



Міністерство охорони здоров'я України

The Ministry of Health of Ukraine



Національна академія  
медичних наук України

The National Academy  
of Medical Sciences of Ukraine



Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П. Л. Шупика

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate  
Education

**25–27 квітня • 2018 • April 25–27**

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



**VII INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS**  
«Introduction of modern medical science advances into healthcare  
practice in Ukraine»

**МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ**  
CONGRESS PROCEEDINGS



Україна, Київ, ВЦ «КиївЕкспоПлаза»  
KyivExpoPlaza Exhibition Center, Kyiv, Ukraine

# ЗМІСТ

<b>Організація і управління охороною здоров'я</b>	<b>3</b>
Щорічна конференція з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2018»	3
Всеукраїнська конференція «Доступність та якість медичного обслуговування у сільській місцевості: сьогодення та перспективи. Погляд регіонів»	4
Перший національний симпозіум української медичної експертної спільноти «Здоров'я України – найвища цінність держави»	4
Науково-практична конференція «Освіта — основа управлінської діяльності в охороні здоров'я»	6
Школа головного лікаря	6
Науково-практична конференція «Реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні: Виклики сьогодення»	6
<b>Дні приватної медицини</b>	<b>13</b>
IX практична конференція «Приватна медицина: реалії практики»	13
<b>Дні лабораторної медицини</b>	<b>14</b>
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Теорія та практика лабораторної медицини» (До 100-річчя заснування нмапо імені П. Л. Шуплика моз України)	14
Українська лабораторна школа	14
Майстер-клас «Нові можливості імунохроматографічного аналізу у діагностиці критичних станів (Інфаркт міокарда, тромбоемболія, діабет)»	14
Майстер-клас «Нові можливості хемілюмінесцентного методу в лабораторній діагностиці»	15
Майстер-клас «Метод імунофіксації: можливості та обмеження для сучасної діагностики»	15
Майстер-клас «Експрес-системи в мікробіологічній діагностиці. Простота, швидкість, доступність»	15
Майстер-клас «Лабораторні аналізатори японської корпорації Tosoh – якість понад усе!»	15
Майстер-клас «Контроль якості визначень груп крові людини за системами ABO, rhesus, kell та імунних антитіл за допомогою діагностичних моноклональних реагентів та стандартних еритроцитів «Групотест»	15
Майстер-клас «Презентація аналізатора електролітів SmartLyte виробництва Diamond Diagnostics (США)»	15
Майстер-клас «Презентація біохімічного експрес-аналізатора Spotchem виробництва Arkray (Японія)»	15
Майстер-клас «Сучасне використання систем для забору крові»	15
Майстер-клас «Сучасні підходи до діагностики однонуклеотидних поліморфізмів (SNP) методом ПЛР в реальному часі: використання технології TaqMan та високороздільного плавлення (HRM)»	15
Науково-практична конференція «Актуальні питання лабораторної медицини в діагностичній практиці сімейних лікарів»	16
Всесвітній тиждень імунізації	17
Круглий стіл «Наш спільний захист – вакцинація»	17
Науково-практична конференція «Інфекційні хвороби у сучасному світі: епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика»	17
<b>Радіологія: Ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, променева діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека</b>	<b>21</b>
Всеукраїнська школа ультразвукової і функціональної діагностики «Інновації в ультразвуковій і функціональній діагностиці»	21
Науково-практична конференція «Сучасна променева діагностика в моніторингу лікування»	21
Науково-практична конференція «Інноваційні методи у променевій діагностиці»	22
Семінар «Інтервенційна радіологія в діагностиці та лікуванні»	22
Науково-практичний семінар «Вибір методу діагностичної візуалізації в кардіології в залежності від клінічної ситуації»	22
<b>Функціональна діагностика</b>	<b>24</b>
IV Школа з клінічної нейрофізіології «Актуальні питання клінічної нейрофізіології. EEG діагностика пароксизмальних станів». «Викликані потенціали»	24
<b>Військова медицина</b>	<b>25</b>
IV Науково-практична конференція «Впровадження наукових розробок НАМН України та особливості надання медичної допомоги учасникам АТО і постраждалому населенню»	25
<b>Медицина невідкладних станів</b>	<b>26</b>
Симпозіум «Медицина невідкладних станів та медицина катастроф»	26
Секційне засідання «Уніфікований підхід до надання екстреної медичної допомоги в галузях цивільної та військової медицини, який відповідає міжнародним стандартам»	26
Школа екстреної медичної допомоги	26
Майстер-клас «Стандартизація домедичної та первинної медичної допомоги на догоспітальному етапі»	26
<b>Хірургія, нейрохірургія, кардіохірургія, ендоскопія, комбустиологія</b>	<b>45</b>
Науково-практична конференція «Сучасні клітинні технології в лікуванні хронічної серцевої та судинної недостатності»	45

Науково-практична конференція «Досягнення ендovasкулярної нейрорентгенохірургії в лікуванні хворих з судинною патологією»	45
Науково-практична конференція «Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування пролежнів, ускладнених ран та трофічних виразок у хворих з опіками та їх наслідками»	46
<b>Медицина реабілітація і фізична терапія</b>	<b>54</b>
Науково-практична конференція «Сучасні технології реабілітаційної медицини»	54
<b>Травматологія та ортопедія</b>	<b>56</b>
Семинар «Сучасні принципи ендopротезування суглобів»	56
Науково-практична конференція «Помилки та ускладнення в хірургії верхньої кінцівки»	56
<b>Онкологія</b>	<b>60</b>
Науково-практична конференція «Онкологія сьогодні: сучасні підходи та аспекти»	60
Науково-практична конференція «Сучасна стратегія променевої діагностики та оцінки ефективності лікування пухлин органів малого таза»	60
<b>Терапія, кардіологія, неврологія, гастроентерологія, ендокринологія, гематологія та трансфузіологія, фармакологія</b>	<b>77</b>
IV Терапевтична школа «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів»	77
Симпозіум «Проблеми діагностики та лікування хвороб органів травлення»	77
II Науково-практичний семінар «Сучасні підходи в діагностиці та лікуванні неврологічної патології»	78
Українська кардіологічна школа імені академіка Н.Д. Стражеска «Серцево-судинні захворювання: від профілактики до сучасних технологій лікування»	78
Науково-практична конференція «Профілактика неінфекційних захворювань. Медико-соціальні та клінічні аспекти»	79
Науково-практична конференція з міжнародною участю «Трансфузіологія та гематологія: новітні тенденції розвитку та прикладні питання»	80
Науково-практична конференція «Сучасний стан та перспективи розвитку в Україні нанотехнологій та нанофармакології»	82
<b>Загальна практика – сімейна медицина</b>	<b>124</b>
Науково-практична конференція «Сьогоднішня первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини»	124
Науково-практична конференція «Реформа і якість первинної медичної допомоги»	124
<b>Гінекологія, репродуктологія, акушерство, перинатологія, неонатологія, педіатрія</b>	<b>126</b>
Науково-практична конференція «Сучасні технології в діагностиці та лікуванні гіперпроліферативних захворювань статевих органів у жінок репродуктивного віку»	126
<b>Урологія і нефрологія</b>	<b>127</b>
<b>Офтальмологія</b>	<b>132</b>
Науково-практична конференція «Актуальні питання офтальмології»	132
Семинар «Дайджест інновацій в офтальмології»	132
Семинар «Правове регулювання офтальмологічної практики: взаємовідносини з пацієнтом, вирішення конфліктних ситуацій»	133
<b>Дерматовенерологія</b>	<b>134</b>
Науково-практична конференція, присвячена 25-річчю НАМН України «Прогрес в сучасній діагностиці інфекцій, що передаються статевим шляхом, інфекційних, розповсюджених та тяжких дерматозів. Досягнення в лікуванні»	134
<b>Організація і управління фармацією</b>	<b>143</b>
Науково-практичний семінар «Практичні аспекти менеджменту та економіки аптечної мережі»	143
<b>Сестринська справа</b>	<b>143</b>
Українська школа медсестринства	143
<b>Стоматологія</b>	<b>144</b>
Симпозіум «Фармакотерапія у стоматології»	144
Семинар для стоматологів «Правове регулювання стоматологічної практики: зміни в законодавстві»	144
<b>Сателітні заходи</b>	<b>147</b>
Науково-практичний семінар «Особливості імуноферментних та молекулярних методів діагностики кліщових інфекцій»	147
Науково-практичний семінар «Актуальні питання медицини праці»	147



# ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

## ЩОРІЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 2018»

25 квітня 2018 року · Час проведення: 12.00–17.30

**Організатори:** Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, Компанія LMT

**Модератор:** Олександр Костянтинович Толстанов, д.м.н., проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, проф. каф. управління охороною здоров'я

### ПРОГРАМА

**Тема:** Досвід організації моніторингу системи управління якістю діяльності НМАПО імені П. Л. Шупика як засіб підвищення ефективності використання стандарту ISO 9001:2015 та моделі ділової досконалості EFQM

**Доповідач:** Толстанов О.К., д.м.н., проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, проф. каф. управління охороною здоров'я

**Тема:** Реалізація засад громадського здоров'я в підготовці управлінців сфери охорони здоров'я в Україні

**Доповідачі:** Михалчук В.М., д.м.н., зав. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, Хоменко І.М. д.м.н., зав. каф. громадського здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, Нестерець О.Л. к.м.н., ст. викл. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Структура та функції системи громадського здоров'я регіонального рівня

**Доповідачі:** Слабкий Г.О., д.м.н., проф., зав. каф. громадського здоров'я Ужгородського національного університету, Миронюк І.С., д.м.н., доц., декан факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету, Качала Л.О., к.м.н., доц. каф. громадського здоров'я Ужгородського національного університету

**Тема:** Медико-соціальні площини превентивного виховання молоді щодо вживання психоактивних речовин

**Доповідачі:** Любінець О.В., д.м.н., проф., зав. каф. організації і управління охороною здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького, Чемерис Н.М., магістр державного управління, ас. каф. організації і управління охороною здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького

**Тема:** Медико-демографічна ситуація: чому Україна не потрапила до 50 найздоровіших країн світу?

**Доповідачі:** Рингач Н.О., д.н.д.у., проф. каф. управління охороною здоров'я, головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, Власик Л.Й., ас. каф. соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинської медичної академії

**Тема:** Моральні та етичні засади медичної професії. Запровадження відзнаки за професіоналізм та милосердя «Орден Святого Пантелеймона»

**Доповідачі:** Князевич В.М., Голова Поважної ради «Ордену Святого Пантелеймона», міністр охорони здоров'я України (2007-2010)

**Тема:** Місце і роль спеціалізованих інформаційних систем на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я та побудові e-Health в Україні

**Доповідач:** Терентюк В.Г., директор проектів з інформатизації закладів охорони здоров'я, к.м.н., фахівець з УОЗ, ТОВ «АЛТ Україна ЛТД»

**Тема:** Реалії та нові перспективи глобальних витрат на охорону здоров'я для забезпечення універсального доступу до медичного обслуговування

**Доповідач:** Шевченко М.В., д.м.н., доц., викладач ШКОЛИ охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

**Тема:** Особливості розробки системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO

9001:2015 у закладах охорони здоров'я в умовах їх автономізації. Ринкові вимоги до госпітальних інформаційних систем  
**Доповідачі:** Котуза А.С., д.м.н., проф., керівник Центру науки, організації контролю якості та безпеки медичної діяльності Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, консультант із питань впровадження системи управління якістю та аудитор систем якості за ISO 9001, ISO 1348; Крилов А.В., виконавчий директор HL7 Ukraine. Керівник центру комп'ютерних технологій у медицині Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами. Консультант Selenium Health

**Тема:** Презентація MIC nHealth для головних лікарів ЗОЗ

**Доповідач:** Ростислав Олійник, ТОВ «Роял Інтеграція», Асоціація eHealth в Україні

**Тема:** Управління ризиками безпеки життєдіяльності в сучасних умовах

**Доповідач:** Волянський П.Б., начальник Інституту державного управління у сфері цивільного захисту, д.н.держ.упр., доцент

**Тема:** Медична реабілітація військовослужбовців сил оборони України на регіональному рівні

**Доповідачі:** Бабюк М.І., д.м.н., проф., начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; Гайда І.М., начальник Військово-медичного клінічного центру Західного регіону; Сушко Ю.І., к.м.н., помічник начальника Військово-медичного клінічного центру Західного регіону



**Тема:** Перспективи використання системи цивільної охорони здоров'я для потреб медичного забезпечення військовослужбовців на засадах єдиного медичного простору

**Доповідачі:** **Жаховський В.О.**, к.н.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; **Лівінський В.Г.**, к.м.н., науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; **Ясінський В.П.**, старший викладач факультету психології Львівського державного університету внутрішніх справ МВС України

## ВСЕУКРАЇНЬСКА КОНФЕРЕНЦІЯ «ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ. ПОГЛЯД РЕГІОНІВ»

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 12.00–17.30**

**Організатор:** Компанія LMT

**За підтримки:** Адміністрації Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України

**Модератор:** **Віктор Лисак**, директор департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної держадміністрації

### ПРОГРАМА

**Тема:** Створення об'єктів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості

**Доповідач:** **Лев Парцхаладзе**, заступник міністра Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України

**Тема:** Порядкок формування спроможних мереж ПМСД

**Доповідач:** **Наталія Лісневська**, координатор з охорони здоров'я Центрального офісу реформ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України

**Тема:** Підвищення доступності та якості медицини в сільській місцевості. Досвід проведення автономізації закладів охорони здоров'я Полтавської області

**Доповідач:** **Віктор Лисак**, директор департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної держадміністрації

**Тема:** Досвід та перспективи розвитку медицини у сільській місцевості Васильківського району Київської області

**Доповідачі:** **Владислав Одинець**, голова Васильківської районної державної адміністрації Київської області; **Наталія Баласинович**, голова Васильківської районної ради Київської області

**Тема:** Забезпечення належної практики первинної медичної допомоги — погляд професійної асоціації

**Доповідач:** **Лариса Матюха**, д.м.н., проф., президент Української асоціації сімейної медицини

**Тема:** Впровадження медичної реформи в регіонах: позиція Асоціації ОТГ

**Доповідач:** **Ігор Гнатуша**, член правління, голова секторальної платформи «Охорона здоров'я» Асоціації ОТГ

**Тема:** eHealth в Україні: яким він може бути з досвіду проектного офісу eHealth

**Доповідач:** **Юрій Бузай**, Координатор eHealth, Transparency International Україна

**Тема:** Громадське здоров'я і сільська медицина: досвід Львівщини

**Доповідач:** **Ірина Микчак**, директор департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА

**Тема:** Місце і роль інформатизації в реформованні системи охорони здоров'я та побудові e-Health в Україні. Практика та досвід

**Доповідач:** **Вадим Терентюк**, директор проектів з інформатизації закладів охорони здоров'я, к.м.н., фахівець з УОЗ, ТОВ «АЛТ Україна ЛТД»

**Тема:** Про розвиток сільської медицини в області

**Доповідач:** **Михайло Лобас**, начальник Управління охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації

**Тема:** Успіхи та проблеми телемедичних ЕКГ-проектів у первинній ланці: 20-річний досвід регіонів України

**Доповідач:** **Роман Павлович**, к.м.н., директор ТОВ «Компанія TREDEX»

**Тема:** Первинна профілактика основних стоматологічних захворювань як складова державної системи охорони здоров'я України. Доступність та якість надання стоматологічної допомоги у віддалених селах України

**Доповідачі:** **Ірина Мазур**, проф., президент ГО «Асоціація стоматологів України»; **Іван Коваленко**, Заслужений лікар України, головний лікар КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» Черкаської обласної Ради;

**Валентина Близнак**, лікар вищої категорії, завідувач консультативно-організаційно-методичним кабінетом КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» Черкаської обласної Ради

**Тема:** Перша в Україні хмарна платформа передачі даних обстежень для сільської місцевості IDIS Medical Cloud

**Доповідач:** **Дмитро Дейнеко**, заступник директора ТОВ «НМТ»

## ПЕРШИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ СИМПОЗИУМ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ СПІЛЬНОТИ «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦЯ — НАЙВИЩА ЦІННІСТЬ ДЕРЖАВИ»

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 14.00–18.00**

**Організатор:** УКРАЇНЬСКА МЕДИЧНА ЕКСПЕРТНА СПІЛЬНОТА

**Модератори:** **Ігор Наїда**, **Костянтин Надутий**, **Іван Сорока**



## ПРОГРАМА

## ЛІДЕРСТВО ТА ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ

**Тема:** Стратегічні підходи до лідерства та управління в охороні здоров'я

**Доповідач:** Валерія Лехан, засновник УМЕС, Голова Правління Асоціації організаторів охорони здоров'я Дніпропетровської області, д.м.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України

**Тема:** Самоврядування публічних професій в охороні здоров'я

**Доповідач:** Костянтин Набутий, член координаційної ради УМЕС, заст. Голови Правління Всеукраїнського лікарського товариства, член правління Української асоціації сімейної медицини, засновник експертної платформи «ПРО S VITA»

## СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Тема:** Громадське здоров'я в системі координат нової національної СОЗ України

**Доповідач:** Оксана Фірсова, доц. каф. соціальної і гуманітарної політики НАДУ

**Тема:** Превенція — складова системи громадського здоров'я України

**Доповідач:** Андрій Гук, засновник та член координаційної ради УМЕС, відповідальний секретар Української асоціації нейрохірургів

## КАДРОВА ПОЛІТИКА ТА НАУКА

**Тема:** Засади національної політики охорони здоров'я України у сфері кадрових ресурсів

**Доповідач:** Ігор Найдя, засновник та уповноважений координатор УМЕС, засновник експертної платформи «ПРО S VITA»

**Тема:** Післядипломна медична освіта та безперервний професійний розвиток професіоналів охорони здоров'я

**Доповідач:** Олександр Толстанов, засновник та член координаційної ради УМЕС, Почесний президент ВГО «Снілка громадських організацій «Народна рада», заслужений лікар України, д.м.н., проф.

**Тема:** Стратегія охорони здоров'я: джерела обґрунтування та моніторинг — орієнтація на людину і націю

**Доповідач:** В'ячеслав Ханенко, засновник УМЕС, член правління Київське відділення ГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення»

**Тема:** Наука і інноваційний розвиток — нові вимоги до спеціалістів і процесів

**Доповідач:** Андрій Горбань, член УМЕС, к.м.н.

## ФІНАНСУВАННЯ ТА ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО

**Тема:** Стратегія фінансування: від прозороти економіки до благополуччя і розвитку

**Доповідач:** Оксана Солдатенко, засновник УМЕС, засновник експертної платформи «ПРО S VITA», д.юр.н., проф.

**Тема:** Бюджет, обов'язкове і добровільне медичне страхування, кошти фізичних і юридичних осіб — складові фінансової стійкості і розвитку національної СОЗ

**Доповідач:** Тетяна Бутківська, Голова правління страхової компанії «РАРИТЕТ», член Ради Київського відділення ГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення»

**Тема:** Приватна ініціатива в охороні здоров'я: медицина інноваційних технологій — медицина майбутнього

**Доповідач:** Ростислав Валіхновський, засновник УМЕС, член Президії Асоціації, Віце Президент Всеукраїнської асоціації пластичних, реконструктивних і естетичних хірургів, к.м.н., заслужений лікар України

## МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ: ДОСТУПНІСТЬ, ЯКІСТЬ І БЕЗПЕКА

**Тема:** Національна модель первинної медичної допомоги населенню

**Доповідач:** Лариса Матюха, засновник УМЕС, Президент Української Асоціації сімейної медицини, д.м.н., проф.

**Тема:** Стратегія розвитку національної екстренної медичної допомоги

**Доповідач:** Анатолій Рогов, засновник УМЕС, Президент Всеукраїнської асоціації працівників швидкої та невідкладної допомоги та медицини катастроф

**Тема:** Стоматологічне здоров'я — важлива складова якісного довголіття людини

**Доповідач:** Ірина Мазур, засновник УМЕС, Президент Асоціації стоматологів України, д.м.н., проф.

**Тема:** Спеціалізована і високоспеціалізована медична допомога: доступність і інноваційний розвиток

**Доповідач:** Віктор Шафранський, засновник УМЕС, к.м.н.

**Тема:** Медична реабілітація та її медико-соціальний і медико-економічний потенціал

**Доповідач:** Володимир Мартинюк, засновник УМЕС, дійсний член Європейської Академії дитячої інвалідності (EACD), дійсний член Канадської Асоціації дитячих неврологів (CAN) та Всесвітньої Асоціації дитячих неврологів (ICNA), д.м.н., проф., заслужений лікар України

**Тема:** Як забезпечувати якість медичного обслуговування на сучасному етапі і завтра

**Доповідач:** Алла Степаненко, засновник УМЕС, член правління ВГО «Українська медико-правова асоціація», д.м.н., проф.

## ІНФОРМАТИЗАЦІЯ

**Тема:** Стратегія розвитку електронної охорони здоров'я України

**Доповідач:** Петро Клименко, засновник та член Координаційної ради УМЕС, Голова Ради Київського відділення ВГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення», к.м.н.

**Тема:** «Електронні» права пацієнта

**Доповідач:** Віктор Сердюк, президент ВБО «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів», засновник експертної платформи «ПРО S VITA»



**ЕФЕКТИВНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ПОЛІТИКА**

**Тема:** Розвиток вітчизняного фармакологічного сектору економіки в умовах медичної реформи

**Доповідач:** *Олександр Чумак*, засновник УМЕС, Асоціація виробників ліків України

**Тема:** Роль лікарських засобів та медичних виробів в новій СОЗ

**Доповідач:** *Олег Клімов*, засновник УМЕС, Голова правління ВГО «Фармацевтична палата України»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ****«ОСВІТА — ОСНОВА УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»**

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 15.00–17.30**

**Організатор:** Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Модератори:** *Михальчук В.М.*, д.м.н., зав. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика,

*Децик О.З.*, д.м.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського Національного медичного університету

**ПРОГРАМА**

**Тема:** Досвід застосування очно-заочної форми з елементами дистанційного навчання кафедрою управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Доповідач:** *Михальчук В.М.*, д.м.н., зав. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Короткотермінові науково-практичні семінари як одна із форм безперервного професійного розвитку

**Доповідач:** *Гойда Н.Г.*, проф. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Стандартизація управління закладом охорони здоров'я: теоретичні засади впровадження

**Доповідач:** *Горачук В.В.*, д.м.н., проф. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Особливості підготовки в аспірантурі за спеціалізацією «Соціальна медицина» в рамках спеціальності «Громадське здоров'я»

**Доповідач:** *Лехан В.М.*, д.м.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

**Тема:** Проблеми і перспективи підготовки керівних кадрів в системі охорони здоров'я сьогодення

**Доповідач:** *Децик О.З.*, д.м.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства Івано-Франківського Національного медичного університету

**Тема:** Підвищення грамотності організаторів охорони здоров'я — запорука його збереження

**Доповідач:** *Рингач Н.О.*, д.н.д.у., проф. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Розвиток медичної освіти в Україні: історичні аспекти

**Доповідач:** *Бугро В.І.*, д.м.н., доц. каф. управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Реформування військово-медичної освіти України, як державна проблема

**Доповідач:** *Бадюк М.І.*, д.м.н., проф., нач. каф. організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

**Тема:** Актуальність підготовки менеджерів для впровадження механізмів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України

**Доповідач:** *Кравченко В.В.*, к.м.н., Заслужений лікар України, докторант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

**ШКОЛА ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ****НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ****«РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:****ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ»**

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 12.00–18.00**

**Організатори:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Інститут післядипломної освіти, кафедра менеджменту охорони здоров'я

**Модератори:** *Артеменко Марія Вікторівна*, журналістка, викладач, координатор медичних та соціальних проєктів;

*Москаленко Максим Віталійович*, доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, міжнародний асоціативний член Американської школи керівників охорони здоров'я АСНЕ

**ПРОГРАМА**

**Тема:** Реформування системи фінансування в Україні

**Доповідач:** *Ірина Сисоєнко*, заступника голови комітету ВР України з питань охорони здоров'я

**Тема:** Пацієнт, лікар, лікарня: як реформа змінить формулу взаємодії

**Доповідач:** *Олена Хитрова*, асоційована партнерка Юридичної компанії ILL, експертка Харківської експертної групи підтримки медичної реформи, експертка РПР, адвокат



**Тема:** Новий механізм бюджетування практики первинної медичної допомоги. Міфи та реалії

**Доповідач:** **Короткий О.В.**, аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, завідувач інформаційно-аналітичним відділом КНП «ЦПМСД №1» Святошинського району м. Києва

**Експертна дискусійна панель**

**Сисоєнко І.В.**, заступника Голови комітету ВР України з питань охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я

Національна служба здоров'я

ДП «Електронне здоров'я»

**Тема:** Безперервна система поліпшення якості в закладах ОЗ

**Доповідач:** **Новічкова О.М.**, ст. викладач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Тема:** Особливості формування лікарень інтенсивного лікування госпітальних округів в умовах запровадження державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення

**Доповідачі:** **Слабкий Г.О., Скрип В.В., Миронюк І.С.**, Ужгородський національний університет

**Тема:** Організаційно- та фінансово-правові питання в роботі головного лікаря в умовах сьогодення

**Доповідач:** **Радмила Гревцова**, адвокат, к.ю.н., доцент, Голова Комітету Асоціації адвокатів України з медичного і фармацевтичного права, директор навчально-наукового центру медичного права Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Тема:** Досвід застосування інформаційних технологій щодо моніторингу раціонального використання лікарських засобів закладами охорони здоров'я

**Доповідач:** **Гришук С.М.**, заступник виконавчого директора благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області», к.м.н.

**Тема:** Задоволеність персоналу — критерій ефективності кадрового менеджменту ЗОЗ в умовах реформування медичної галузі

**Доповідач:** **Важновець Т.А.**, доц. каф. менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Тема:** Підходи до оптимізації ліжкового фонду закладів охорони здоров'я при створенні госпітального округу

**Доповідач:** **Борис В.Н.**, к.м.н., гол. лік. Новоград-Волинського міськрай. ТМО, **Гордійчук В.П.**, головний лікар Коростенської центральної міської лікарні

## ЩОДО МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ ВІД ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ, ДЕФОРМАЦІЙ ТА ХРОМОСОМНИХ АНОМАЛІЙ В УКРАЇНІ

Дудник С.В.

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Дослідити тенденції рівня та структури малюкової смертності (загалом, за статтю) від вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (клас XVII) в Україні.

**Матеріали та методи.** Дослідження та необхідні розрахунки проведено на підставі офіційних статистичних даних Державного комітету статистики України (2012-2016 рр.), методи: аналітичний, статистичний, порівняльного аналізу, системного підходу.

**Результати та обговорення.** Загальний рівень малюкової смертності від вроджених вад розвитку знизився на 14,3% (в 2016 р. відносно 2012 р.), спостерігається зниження рівня малюкової смертності від інших природних вад розвитку нервової системи на 32,9%, від вроджених вад розвитку серця на 19,7%, від інших вроджених вад розвитку системи кровообігу на 16,7%, від інших природжених вад розвитку на 9,5%, та її зростання від природженої гідроцефалії та Spina bifida на 12,85%, синдрому Дауна та ін. хромосомних аномалій на 8,1%. Рівень смертності дівчаток від класу XVII знизився на 20,8%, хлопчиків — на 9,2%, рівень малюкової смертності хлопчиків від даної причини вищий, ніж у дівчаток. У загальній структурі смертності частка смертей від класу XVII знизилась на 1,7%, при цьому в загальній структурі смертності хлопчиків до 1-го року життя дана причина смерті у 2016 р. зросла на 4,4% і на 45,4% має більшу питому вагу ніж у дівчаток.

**Висновки.** Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії є однією із провідних причин смертності дітей до 1-го року життя, що робить необхідним впровадження дієвої національної програми з профілактики та медичної допомоги дітям, що має сприяти розвитку якісної системи з профілактики вищезазначеної причини, наданню якісної медичної допомоги та лікування у випадках із структурними вродженими вадами із функціональними проблемами.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Бойко В.Я., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Дослідити та проаналізувати структуру захворюваності та поширеності хвороб серед населення Рівненської області.





**Матеріали та методи.** Використано статистичний метод досліджень. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності Рівненської області за 2009–2016 роки.

**Результати та обговорення.** За період дослідження загальний показник захворюваності всього населення скоротився із 7911,2 до 7587,1 на 10 тис. населення. Показник захворюваності дорослого населення скоротився із 6058,1 до 5572,1. Найбільший рівень первинної захворюваності дорослого населення області за період дослідження спостерігається серед наступних класів хвороб: хвороби органів дихання (1581,8), хвороби системи кровообігу (535,3), травми та інші зовнішні причини (483,8), хвороби сечостатевої системи (459,5), хвороби кістково-м'язової системи (409,3). Зареєстровано зростання захворюваності дорослого населення області від новоутворень (з 85,4 до 106,4); хвороб сечостатевої системи (з 348,3 до 459,5 відповідно); хвороб ока (з 371,2 до 415,2 відповідно).

**Висновки.** В структурі захворюваності дорослого населення Рівненської області провідними є хвороби органів дихання, хвороби системи кровообігу, травми та інші зовнішні причини, хвороби сечостатевої системи, хвороби кістково-м'язової системи.

## РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ: ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ

Бугро В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Проаналізувати особливості становлення і розвитку медичної освіти в Україні.

**Матеріали та методи.** В ході дослідження використано метод системного підходу і системного аналізу та бібліосемантичний метод.

**Результати та обговорення.** Становлення та розвиток вищої медичної освіти в Україні мав низку особливостей. Одна з них — це створення закладів з підготовки лікарів без участі урядових структур. Перші з них, засновані в кінці XVI ст., — як прояв меценатської діяльності (Острозька школа, 1578–1624; Замойська академія, 1593–1784), наприкінці XVIII ст. — за одноосібним, без відому Медичної колегії, рішенням князя Г.О. Потьомкіна у зв'язку з потребами в лікарях російської армії під час війни з Туреччиною (Єлизаветградська медико-хірургічна школа, 1787–1797). Лише Львівський «Колегіум медикум» (1773) відкритий за рішенням австрійського уряду.

В XIX ст. Україна вступила без жодного вищого усього медичного закладу: єдина в Східній Україні медико-хірургічна школа в Єлизаветграді після 10 років свого існування була закрита царським урядом, а в 1805 р. австрійський уряд приєднав Львівський університет до Краківського.

В доземський період в Східній Україні існували два медичних факультети при двох перших університетах — Харківському (1805) і Київському (1841). В Харківському університеті перші в Україні були створені самостійні кафедри нормальної анатомії і фізіології, а в Київському — кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією і введена самостійна кафедра військово-польової хірургії, створена одна з перших в державі кафедр гігієни, розпочалося навчання студентів в умовах поліклініки. Свої особливості в Україні мала вища жіноча медична освіта: від курсової підготовки на приватних засадах через медичні відділення Вищих жіночих курсів (Львів, Одеса, Катеринослав) до Жіночих медичних інститутів в Харкові (1910) і Києві (1916).

Введення дільничного принципу надання медичної допомоги в умовах земської медицини викликало значну потребу у середньому медичному персоналі, в той час, як від Приказів громадської опіки земствам дістались всього дві фельдшерські школи: Київська (1842) і Харківська (1845). Протягом 1868–1917 років в Україні було створено 9 земських медичних (фельдшерських або акушерських) шкіл.

Реалізація курсу Української центральної Ради на українізацію освіти позначилась перш за все у заснуванні 5 жовтня 1917 року в Києві Українського Народного університету з медичним факультетом (декан — О.В. Корчак-Чепурківський) з українською мовою викладання. Україномовний медичний факультет зберігався і в період гетьманського правління і існував паралельно з медичним факультетом університету Св. Володимира.

Період гетьманату для вищої медичної освіти позначився його дозволом професійній спільноті київських лікарів (травень 1917 року) на заснування в листопаді 1918 році нового для України типу вищого навчального закладу — Клінічного інституту удосконалення лікарів (директор — професор М.А. Левитський), який став у витоків зародження системи післядипломної підготовки лікарів в Україні. Нині це Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (ректор — академік НАМН України, професор Ю.В. Вороненко) — найпотужніший і провідний в Україні заклад післядипломної медичної освіти.

У травні 1919 року на Колегії НКОЗ України «Про підготовку санітарних лікарів» прийнято рішення про організацію цільової підготовки санітарних лікарів.

У підготовці стоматологічних кадрів НКОЗ України і Укрголовпрофосвіти пішли шляхом скасування в 1920 році зуболікарських шкіл старого типу і створення в медичних вузах самостійних одонтологічних факультетів.

В галузі фармацевтичної освіти єдиним типом вищого навчального закладу в Україні встановлювався хіміко-фармацевтичний інститут (в 1920 році відкриті в Харкові і Одесі).

В 1940 році мережа вищих медичних усього закладів України складалася з 14 вузів, в тому числі 9 медичних (2-й Харківський підпорядкування НКОЗ СРСР) і трьох фармацевтичних та 28 середніх медичних усього закладів.

В період Другої Світової війни, медичні інститути України евакуюювались до Челябінська (1-й і 2-й Київські), Чкалова (1-й Харківський), Фрунзе (Харківський, Київський і Харківський стоматологічні), послідовно до Ставрополя і Фергани



— Дніпропетровський, П'ятигорська і Семипалатинська — Дніпропетровський і Харківський фармацевтичні інститути. Їх діяльність на території України відновились протягом 1943–1944 років.

У 1967 році у Харківському медичному інституті, у вигляді експерименту, введено річну інтернатуру з терапії, хірургії і акушерства з гінекологією для випускників лікувальних факультетів, педіатричних — з педіатрії, дитячої хірургії і дитячих інфекційних хвороб. При цьому останній рік навчання відводився для первинної спеціалізації — субординатури по одній з вказаних дисциплін. Таким чином, вводилась первинна дворічна спеціалізація — субординатура-інтернатура. До кінця 1973 року за системою субординатура-інтернатура працювали всі 14 вищих медичних учбових закладів України, які мали лікувальні і педіатричні факультети. Базами інтернатури стали понад 560 потужних лікувально-профілактичних закладів, в яких щорічно проходили спеціалізацію більше 5,5 тис. випускників.

В серпні 1974 року інтернатура була введена для випускників стоматологічних факультетів, чим завершилась реформа вищої стоматологічної освіти, дискусії про побудову якої розпочались ще в 20-х роках в період становлення радянської вищої медичної школи.

До 1988 року п'ять вищих медичних закладів (Кримський і Харківський медичні інститути, Київський, Харківський і Запорізький інститути удосконалення лікарів), розташованих в Україні, знаходились у підпорядкуванні МОЗ СРСР.

Медичні інститути були повернені в 1988 році, а інститути удосконалення лікарів — у листопаді 1991 року.

Нині підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється в вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації, серед них: 64 медичних коледжів, 47 медичних училищ та їх 4 філій, 2 інститути медсестринства (Житомир, Тернопіль), 12 медичних університетів, 2 медичні академії (Дніпропетровськ, Полтава), 1 Національний фармацевтичний університет (Харків) та 3 академії післядипломної освіти (Київ, Харків, Запоріжжя). Шість медичних університетів та одна медична академія післядипломної освіти (Київ) мають статус національних. Підготовку фахівців за напрямом «Фармація» здійснюють 15 вищих навчальних закладів. Підготовка лікарів здійснюється також на медичному факультеті Ужгородського університету.

На підготовці медичних та фармацевтичних кадрів зосереджено потужний потенціал: у університетах та академіях МОЗ України працює понад 1,7 тис. професорів та докторів наук та понад 6,5 тис. доцентів і кандидатів наук, що є одними з кращих показників серед усіх освітянських закладів держави нашої країни.

**Висновки.** Сучасний розвиток медичної науки і практики, соціально-економічні перетворення в суспільстві та реформування охорони здоров'я зумовлюють необхідність вносити системні корективи в підготовку та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників із наближенням їх освіти до міжнародних стандартів та першочерговим забезпеченням якості їх навчання та рівня практичних умінь.

## ДИНАМІКА КОЕФІЦІЄНТА НАРОДЖУВАНІСТІ В УКРАЇНІ

Габорець Ю.Ю., Слабкий Г.О., Дудіна О.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Дослідити динаміку коефіцієнта народжуваності в Україні за 2000–2016 рр.

**Матеріали та методи.** Дані галузевої статистичної звітності. Метод-статистичний.

Результати та обговорення. Динаміка коефіцієнта народжуваності, який за період 2000–2016 рр. збільшився з 30,6% до 42,7% (або на 39,5%), визначається змінами як по вікових показників народжуваності, так і вікової структури жінок. Одночасно з негативною динамікою вікової структури жінок протягом XXI століття відбувалися нерівномірні зміни вікових коефіцієнтів народжуваності. У 2016 р. в Україні підвищення по вікових коефіцієнтів було характерно для всіх п'ятирічних вікових груп жінок за винятком груп 15–19 років та 20–24 річних, в яких інтенсивність дітонародження зменшилася з 30,6 і 94,2 на 1000 жінок відповідного віку у 2000 році до 25,3 і 87,8 у 2016 р. відповідно. Чим старшими були жінки репродуктивного віку, тим вищим був темп приросту по вікових коефіцієнтів народжуваності для відповідних груп. Жінки віком 35–39 років заслуговують на особливу увагу, оскільки саме у них коефіцієнти народжуваності зростали найвищими темпами. Рівень народжуваності у цій віковій групі у 2016 р. порівняно з 2000 р. збільшився у 3,1 разу що у 1,4 разу перевищувало аналогічний приріст у жінок віком 30–34 роки і у 2 рази — для жінок віком 25–29 років. Найбільший приріст показників народжуваності спостерігався у 2012 р., коли коефіцієнт народжуваності у жінок віком 25–29 років порівняно з 2000 р. збільшився на 62,2%, у 30–34-річних жінок — на 31,7%, у 35–39-річних — у 3 рази у 40–44 річних у 2,6 рази, у 45–49 річних у 4 рази.

**Висновки.** Встановлено підвищення коефіцієнта народжуваності за період 2000–2016 рр. на 39,5%. При цьому зареєстровано позитивне зрушення вікового профілю народжуваності у бік жінок старших вікових груп.

## ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ПІСЛЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Думановський К.Г., Слабкий Г.О., Качала Л.О.

Ужгородський національний університет

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» м. Київ

**Мета.** Вивчити та представити систему організації хірургічної допомоги дитячому населенню після реформування системи охорони здоров'я.



**Матеріали та методи.** В ході дослідження використано бібліосемантичний метод, метод структурно-логічного аналізу та системний підхід.

**Результати та обговорення.** В умовах реформування системи охорони здоров'я хірургічна медична допомога дитячому населенню в повному обсязі має бути включена до програми медичних гарантій, яка фінансується за рахунок коштів державного бюджету. На рівні госпітального округу (в межах терапевтичного вікна) ургентна хірургічна допомога дитячому населенню має надаватися в багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування та дитячих лікарнях (при їх наявності). При певних обставинах ургентна хірургічна допомога може надаватися і в обласній дитячій лікарні. Планова хірургічна допомога має надаватися як в багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування або дитячій лікарні, так і в хірургічних відділеннях обласних дитячих лікарнях, що залежить від нозологічної форми, стану дитини та складності оперативного втручання. Концентрація хірургічної допомоги тільки на обласному рівні призводить до нерационального використання потужностей обласних лікарень та відсутності розмежування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

**Висновки.** Система організації хірургічної допомоги дитячому населенню яка формується в умовах реформування системи охорони здоров'я, має забезпечити дитяче населення доступною та якісною хірургічною медичною допомогою.

## МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ САМОГУБСТВ

Зашик Н.С., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Представити методичні підходи до соціальної профілактики самогубств.

**Матеріали та методи.** Під час виконання роботи використано наступні методи дослідження: системного підходу, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

**Результати та обговорення.** Соціальна профілактика має на меті виявлення, послаблення дії та усунення причин суїцидальної поведінки та самогубств. Вона представляє собою систему соціально-економічних, соціально-політичних, правових, організаційних та виховних заходів, які проводить держава і суспільство з метою усунення виявлених детермінант і охоплює основні види життєдіяльності кожної людини: економічні, політичні, духовні. Соціальна профілактика суїцидальної поведінки та самогубств потребує комплексного міжсекторального підходу з вирішенням існуючих соціальних, економічних, правових, духовних, культурних, медичних та інших масових проблем, які зумовлюють дане явище. Загальними вимогами до соціальної профілактики є обґрунтованість, повнота охоплення, конкретність, своєчасність, реальність. При цьому профілактичні заходи мають бути диференційованими за місцем і часом їх проведення.

**Висновки.** Соціальна профілактика самогубств є складним процесом, який включає заходи державного, правового, соціально-економічного, медичного, психологічного, педагогічного та інш. характеру і мають бути безперервними та послідовними.

## ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО, ЯК ЗАКОНОДАВЧИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДОРОГОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ В СУЧАСНИХ УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Картавцев Р.Л., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Показати, що в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я державно-приватне партнерство є законодавчим механізмом забезпечення закладів охорони здоров'я дороговартісним обладнанням.

**Матеріали та методи.** Законодавча база, результати власних досліджень та дані наукової літератури; методи структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання.

**Результати та обговорення.** В умовах впровадження гарантованого пакету медичних послуг обов'язковою умовою є якість їх надання шляхом виконання галузевих стандартів медичної допомоги, що неможливо без застосування сучасних медичних технологій, що забезпечується використанням дорого вартісного обладнання. Рівень забезпечення сучасним дороговартісним обладнанням закладів охорони здоров'я є незадовільним. Крім того, дороговартісне обладнання неможливо придбати за рахунок бюджетного фінансування.

**Висновки.** В умовах реформування системи охорони здоров'я державно-приватне партнерство може бути використане як механізм із забезпечення закладів охорони здоров'я дороговартісним обладнанням.

## ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Крохмалюк Л.В., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Визначити методичні підходи до забезпечення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я.



**Матеріали та методи.** Під час виконання роботи використано бібліосемантичний метод, метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження став міжнародний досвід забезпечення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я.

**Результати та обговорення.** Методологія забезпечення інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я складається із вирішення задач основних складових інфекційної безпеки. Медичні заходи забезпечення інфекційної безпеки включають в себе: протиепідемічні; санітарно-гігієнічні; дезінфекційні, дератизаційні та дезінсекційні. лікувально-профілактичні. В методологічному плані вирішення даних завдань має базуватися на стратегічному, комплексному та поточному плануванні даного розділу діяльності лікарні, матеріально-технічному забезпеченні, безперервному навчанні медичного персоналу, бактеріологічному контролі, стандартизації медичних послуг; моніторингу та оцінці інфекційної безпеки в закладах охорони здоров'я за визначеними індикаторами.

**Висновки.** Втілення в практичну діяльність запропонованих методичних підходів дозволить створити безпечні умови перебування пацієнтів в лікарнях та праці медичного персоналу.

## ЩОДО КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ, ЯКІ ВЧИНЕНІ ЖИТЕЛЯМИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ У СТАНІ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧНОГО, ТОКСИЧНОГО АБО ПСИХОТРОПНОГО СП'ЯНІННЯ

Кручаниця В.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

**Мета.** Вивчити та проаналізувати рівень правопорушень, які вчинені жителями Закарпатської області у стані алкогольного, наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння.

**Матеріали та методи.** Статистичний. Дані прокуратури Закарпатської області за період 2006-2017 рр.

**Результати та обговорення.** За період дослідження в області скоєно 38190 кримінальних правопорушень із яких 6756 (17,69%) особами, які перебували у стані алкогольного сп'яніння та 155 (0,4%) особами, які перебували у стані наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння. Найбільша частка кримінальних правопорушень скоєних особами, які перебували у стані алкогольного сп'яніння зареєстрована в 2013 (26,8%), 2011 (23,2%) та 2012 (22,9%) роках з тенденцією, починаючи з 2013 року, до зниження. Найбільша частка кримінальних правопорушень скоєних особами, які перебували у стані наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння зареєстрована у 2012 (1,0%) та 2011 (0,6%) роках з тенденцією в наступні роки до стабілізації показника.

**Висновки.** Перебування особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного або психотропного сп'яніння є фактором ризику скоєння кримінальних правопорушень.

## ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЕЖІ ТА СТРУКТУРИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Лобас М.В.

Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, м. Черкаси

**Мета.** Дати характеристику мережі та структури закладів охорони здоров'я Черкаської області із забезпечення населення медичною допомогою всіх рівнів.

**Матеріали та методи.** Дані галузевої статистичної звітності. Використано статистичний метод.

**Результати та обговорення.** Первинна медико-санітарна допомога надається в 13 Центрах ПМСД, до складу яких входить 107 лікарських амбулаторій (всього 156 лікарських амбулаторій) та 345 ФАПів. Вторинна амбулаторно-поліклінічна допомога надається в 7-ми самостійних поліклініках та 45-ти поліклініках в складі лікарень, 1-й дитячій поліклініці та 5-ти стоматологічних поліклініках. Вторинна стаціонарна допомога надається в 20 ЦРЛ, 1 районній лікарні та 6 дільничних лікарнях, 7 міських лікарнях. Третинний рівень медичної допомоги надається в 21 закладі охорони здоров'я, в тому числі 6 спеціалізованих диспансерах. Крім того в області функціонує 2 пологових будинки, станція переливання крові, бюро суд-мед. експертизи, МСЕК, центри здоров'я та 5 санаторіїв. Підготовка середніх медичних працівників проводиться в 2 медичних коледжах.

**Висновки.** В області функціонує розгалужена мережа та структура закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний), які при відповідному ресурсному забезпеченні та впровадженні сучасних організаційних та клінічних технологій в змозі забезпечити населення якісною медичною допомогою.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПРОГРАМ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ІПСШ У ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

Миронюк В.І.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

**Мета.** Аналіз перспектив програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні.

**Результати та обговорення.** За період 6 раунду Глобального Фонду та роботи Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні» досягнуто найбільших



успіхів в плані діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. В 2015-2017 роки в Україні працювала окрема програма за підтримки Глобального Фонду: «Інвестиції заради впливу на епідемію туберкульозу та ВІЛ-інфекції». В рамках цієї програми зберігся, у скороченому варіанті, лише один компонент програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: компонент експрес-діагностики окремих ІПСШ (сифіліс, гонорея та уrogenітальний хламідіоз) у окремих цільових груп населення (ЖСБ та ЧСЧ). Науковий супровід програм після завершення фінансової підтримки практично втрачений. Збережено співпрацю між партнерськими організаціями на національному рівні, в той же час на регіональному рівні співпраця збереглася лише в компоненті перенаправлення клієнтів, у яких виявлено позитивний результат тесту на окремі ІПСШ в спеціалізованих ЗОЗ для отримання необхідної медичної допомоги.

**Висновки.** Досягнути максимального охоплення цільовими послугами діагностики та лікування ІПСШ представників груп підвищеного ризику можливо шляхом широкого залучення ресурсів громадського сектору та галузі охорони здоров'я. Це, в першу чергу, заклади охорони здоров'я в структурі яких працюють лікарі-дерматовенерологи.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО АВТОНОМІЗАЦІЇ В УМОВАХ ЇХ КОНКУРЕНЦІЇ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ВЛАСНОСТІ

Скрип В.В., Миرونюк І.С., Слабкий Г.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

**Мета.** Встановити особливості автономізації закладів охорони здоров'я в умовах їх конкуренції незалежно від форми власності.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стала законодавча база України із зазначеного питання, а методами дослідження — структурно-логічний аналіз та концептуальне моделювання.

**Результати та обговорення.** Впровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає конкуренцію закладів охорони здоров'я різної форми власності (державної, комунальної, приватної) в боротьбі за пацієнтів та отримання бюджетного фінансування. При цьому вказаним Законом України обмежується обсяг позабюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в рамках програми державних гарантій, дане ускладнює можливість складання фінансового плану автономізованого закладу охорони здоров'я, особливо на перехідний період та планування його структури, потужності та штатного розпису.

**Висновки.** При підготовці до автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» необхідно визначити рівень його конкурентоспроможності та забезпечити його конкурентоздатність.

## ПИТАННЯ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СЛУЖБИ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Якимець В.В., Слабкий Г.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Проаналізувати та представити можливою модель служби отоларингології медичної допомоги регіонального рівня в умовах реформування системи охорони здоров'я населення.

**Матеріали та методи.** В ході дослідження використано бібліосемантичний метод, метод структурно-логічного аналізу та системний підхід.

**Результати та обговорення.** Реформована система медичної допомоги має забезпечити первинну медичну допомогу при захворюваннях ЛОР-органів сімейним лікарем. Далі амбулаторна допомога населенню другого рівня має надаватися в консультативних поліклініках, консультативно-діагностичних центрах та консультативних поліклініках обласних лікарень. Стационарна спеціалізована медична допомога, як дитячому так і дорослому населенню повинна надаватися в лікарнях інтенсивного лікування госпітальних округів, а високоспеціалізована — в обласних лікарнях. Важливо, щоб послуги з надання населенню отоларингології медичної допомоги були включені до програми медичних гарантій, яка буде фінансуватися за рахунок коштів державного бюджету.

**Висновки.** Модель служби отоларингології медичної допомоги регіонального рівня, яка формується в умовах реформування системи охорони здоров'я населення, має забезпечити доступною допомогою при захворюваннях ЛОР-органів.

» ПРОДОВЖЕННЯ



## ДНІ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

ІХ ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПРИВАТНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ»

25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.30

**Організатор:** Компанія LMT

**Модератори:** Алла Кізім, компанія LMT; Сергій Кучеренко, компанія Health Promo

### ПРОГРАМА

**Тема:** Оформлення відносин з пацієнтом: договори, інформовані згоди на медичне втручання (практичний досвід)

**Доповідач:** *Юлія Нахімчук, співзасновник та старший юрист юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ»*

**Тема:** Кінець епохи дешевої робочої сили в Європі — що це може означати для українського лікаря?

**Доповідач:** *Анетта Гузек-Рошик, керуючий директор Global Job Gate, Польща*

**Тема:** Управління медичним бізнесом крізь призму системи управління якістю. Ринкові вимоги до госпітальних інформаційних систем

**Доповідачі:** *Андрій Котуза, д.м.н., проф., керівник Центру науки, організації контролю якості та безпеки медичної діяльності Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, консультант із питань впровадження системи управління якістю та аудитор систем якості за ISO 9001, ISO 1348; Андрій Крилов, виконавчий директор HL7 Ukraine. Керівник центру комп'ютерних технологій у медицині Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами. Консультант Selenium Health*

**Тема:** Підготовка медичної документації для співпраці зі страховими компаніями в Україні

**Доповідач:** *Алла Пожевілова, головний лікар медичного центру «ДЕНТВОКАЛ», магістр управління інноваційною діяльністю*

**Тема:** Успішні стратегії по розвитку в'їзного медичного туризму в Україні

**Доповідач:** *Віолетта Янишевська, MD, MBA, президент Української Асоціації Медичного Туризму — УАМТ, член Наглядової Ради Всесвітньої Асоціації Медичного Туризму — GHTC*

**Тема:** EVEX Medical Corporation. Успішний міжнародний досвід. Грузія

**Доповідач:** *Anri Karanadze, Commercial Director, Evex Medical Corporation*

**Тема:** Міжнародна сертифікація клінік GCR — Global clinic rating

**Доповідач:** *Ольга Шабанова, international accreditor GCR, Словачка*

**Тема:** Роль лікаря в медичному туризмі. Закордонний досвід та українські реалії

**Доповідач:** *Інна Дащенко, віце-президент Міжнародної Асоціації Лікарів Медичного Туризму*

**Тема:** 15 хвилин, які змінять Ваше життя

**Доповідач:** *Валерій Кідонь, лікар, керівник Департаменту розвитку бізнесу accemedin.com*

**Сергій Сошинський, CEO accemedin.com, MBA**

**Тема:** Перевірки дотримання ліцензійних умов провадження медичної практики: ключові моменти. «Віртуальний аудит» діяльності ліцензіата

**Доповідач:** *Антоніна Нижник, засновник та керівник юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ», провідний фахівець в галузі медичного права, аудитор з сертифікації систем управління якістю за стандартом ISO серії 9001*

**Тема:** Реформа фінансування медицини — загрози чи можливості для приватної медицини

**Доповідач:** *Олена Хітрова, асоційований партнер юридичної компанії ILF, експерт Харківської експертної групи підтримки медичної реформи, експерт РПР, адвокат*

**Тема:** Тренди та нові інструменти збільшення кількості пацієнтів у 2018 році

**Доповідач:** *Костянтин Чеменьов, директор компанії «МЕДМАРКЕТИНГ»*

**Тема:** Найефективніша стратегія просування медичних послуг в інтернеті

**Доповідач:** *Андрій Каспаревич, Генеральний директор медичного порталу ЗДОРОВ-ІНФО та міжнародного медичного порталу ITMED*

**Тема:** Як створюється черга до лікаря від роботодавців або секрети успішного лікаря в приватному медичному закладі

**Доповідач:** *Сергій Кучеренко, засновник компанії «Health promo»*

▶▶▶ ПРОДОВЖЕННЯ





## ДНІ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
«ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ»  
(до 100-річчя заснування НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України)**

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.00**

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–12.30**

**Організатори:** Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Всеукраїнська асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини

### ПРОГРАМА

#### Перше пленарне засідання

**Головуючі:** *Луньова Г.Г., Девє В.А., Хейломський О.Б.*

**Тема:** Гарне використання лабораторних тестів — вибір тесту. Межі перевірки повторення. Мінливість в запиті тесту. Використання тестів, які додають зменшену вартість. Способи обмеження тестового запиту

**Доповідач:** *Жоао Тьяго Гімарашен, д.м.н., д-р філософії, директор клінічної патології, лікарняний центр Сан-Жоау, медичний факультет Університету Порту, Португальська Республіка*

**Тема:** Невизначеність або загальна похибка результату? Що використовуємо?

**Доповідачі:** *Проценко В.М., к.м.н., доц., ХМАПО; Івков А.Г., начальник лаб-ії, ННЦ «Інститут метрології», м. Харків*

#### Друге пленарне засідання

**Головуючі:** *Завадецька О.П., Олійник О.А.*

**Тема:** Нові можливості оцінки стану вуглеводного обміну: HbA1c

**Доповідач:** *Будрейко О.А., д.м.н., заст. дир. з наукової роботи ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», зав. відд. ендокринології клінічного інституту, м. Харків*

**Тема:** Дисметаболичні кардіоміопатії: як запідозрити і чого очікувати?

**Доповідач:** *Тітова Г.Ю., к.м.н., доц. ХДМУ*

**Тема:** Пренатальний скринінг: тенденції, помилки, перспективи

**Доповідач:** *Бадюк В.М., к.м.н., доц., зав. КДЛ Клініки генетики репродукції «Вікторія», м. Київ*

**Тема:** Лабораторні алгоритми оцінки чоловічої фертильності

**Доповідачі:** *Завадецька О.П., к.м.н., доц. НМАПО імені П. Л. Шупика; Буденчук І.В., менеджер лабораторного відділу ТОВ «Медігеран»*

#### Третє пленарне засідання

**Головуючі:** *В'юницька Л.В., Берник О.О., Продусевич Л.В.*

**Тема:** Можливості цитологічної діагностики в доопераційному прогнозуванні поведінки пухлин та вибору адекватної терапії

**Доповідач:** *Зелінська Г.В., к.б.н., с.н.с. лабораторії цитології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка» НАМН України*

**Тема:** Клінічний аналіз крові: діагностичні можливості гематологічного аналізатору 6-biff в онкологічній практиці

**Доповідач:** *Берник О.О., к.б.н., ас. НМАПО імені П. Л. Шупика, зав. КДЛ «Клініки Спіженка»*

**Тема:** Цитологічна діагностика новоутворень щитоподібної залози. Досвід та практика науковця

**Доповідач:** *Зелінська Г.В., к.б.н., с.н.с. лабораторії цитології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка» НАМН України*

**Тема:** Сучасні лабораторні тести в діагностиці діабетичної нефропатії

**Доповідач:** *Луньова Г.Г., д.м.н., проф. НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Гострий промієлоцитарний лейкоз. Інтерпретація даних лабораторних досліджень виконаних на гематологічному аналізаторі

**Доповідач:** *Терент'єв О.А., науковий співробітник ТОВ «Лабвіта»*

**Тема:** Імуноферментний аналіз. Інноваційний підхід до класичної методики

**Доповідач:** *Ігор Тормасов, науковий співробітник ТОВ «БіоТестМед»*

### УКРАЇНЬКА ЛАБОРАТОРНА ШКОЛА

**МАЙСТЕР-КЛАС «НОВІ МОЖЛИВОСТІ ІМУНОХРОМАТОГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ  
У ДІАГНОСТИЦІ КРИТИЧНИХ СТАНІВ  
(ІНФАРКТ МІОКАРДА, ТРОМБОЕМБОЛІЯ, ДІАБЕТ)»**

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 12.00–12.30**

**Проводить:** *Олександр Лозінський, кандидат біологічних наук, біохімік, спеціаліст по продукції компанії «ХІМЛАБОРРЕАКТИВ»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «НОВІ МОЖЛИВОСТІ ХЕМІЛЮМІНІСЦЕНТНОГО МЕТОДУ В ЛАБОРАТОРНИЙ ДІАГНОСТИЦІ»****25 квітня 2018 року · Час проведення: 12.40–13.10**

*Проводить: Олександр Лозінський, кандидат біологічних наук, біохімік, спеціаліст по продукції компанії «ХІМЛАБОРРЕАКТИВ»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «МЕТОД ІМУНОФІКСАЦІЇ: МОЖЛИВОСТІ ТА ОБМЕЖЕННЯ ДЛЯ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ»****25 квітня 2018 року · Час проведення: 13.20–14.20**

*Проводить: Юлія Петренко, менеджер з продукції компанії «УКР ДІАГНОСТИКА»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «ЕКСПРЕС-СИСТЕМИ В МІКРОБІОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ. ПРОСТОТА, ШВИДКІСТЬ, ДОСТУПНІСТЬ»****25 квітня 2018 року · Час проведення: 14.30–15.10**

*Проводить: В'ячеслав Сичов, головний консультант з питань клінічної діагностики ТОВ «Вектор-Бест-Україна»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «ЛАБОРАТОРНІ АНАЛІЗАТОРИ ЯПОНСЬКОЇ КОРПОРАЦІЇ TOSON — ЯКІСТЬ ПОНАД УСЕ!»****25 квітня 2018 року · Час проведення: 15.20–16.00**

*Проводить: Юлія Спунтай, комерційний директор ТОВ «Вега Медіка»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ВИЗНАЧЕНЬ ГРУП КРОВІ ЛЮДИНИ ЗА СИСТЕМАМИ ABO, RHESUS, KELL ТА ІМУННИХ АНТИТІЛ ЗА ДОПОМОГОЮ ДІАГНОСТИЧНИХ МОНОКЛОНАЛЬНИХ РЕАГЕНТІВ ТА СТАНДАРТНИХ ЕРИТРОЦИТІВ «ГРУПОТЕСТ»****25 квітня 2018 року · Час проведення: 16.10–16.40**

*Проводить: Мартиненко Т.С., завідувач відділу лабораторних досліджень. Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр крові», завідувач лабораторії ПП «Групотест»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «ПРЕЗЕНТАЦІЯ АНАЛІЗАТОРА ЕЛЕКТРОЛІТІВ SMARTLYTE ВИРОБНИЦТВА DIAMOND DIAGNOSTICS (США)»****27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–10.30**

*Проводить: Володимир Лазун, керівник відділу медичного лабораторного обладнання компанії «ХІМЛАБОРРЕАКТИВ»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «ПРЕЗЕНТАЦІЯ БІОХІМІЧНОГО ЕКСПРЕС-АНАЛІЗАТОРА SPOTSCHEM ВИРОБНИЦТВА ARKRAY (ЯПОНІЯ)»****27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.40–11.10**

*Проводить: Володимир Лазун, керівник відділу медичного лабораторного обладнання компанії «ХІМЛАБОРРЕАКТИВ»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «СУЧАСНЕ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМ ДЛЯ ЗАБОРУ КРОВІ»****27 квітня 2018 року · Час проведення: 11.20–12.20**

*Проводить: Анна Кондратьєва, фахівець з продукції SARSTEDT, компанії «БІО ТЕСТ МЕД»*

**МАЙСТЕР-КЛАС «СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ОДНОНУКЛЕОТИДНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ (SNP) МЕТОДОМ ПЛР В РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ: ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ TAQMAN ТА ВИСОКОРОЗДІЛЬНОГО ПЛАВЛЕННЯ (HRM)»****27 квітня 2018 року · Час проведення: 12.30–14.30**

*Проводить: Олена Драгущенко, фахівець з продукції та технічної підтримки, ТОВ «Біолабтех, ЛТД»*

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ В ДІАГНОСТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ»****26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–18.00**

**Організатори:** НАМН України, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, Лабораторна та метрологічна служба НАМН України, міжінститутський Референтний лабораторний центр НАМН України

**ПРОГРАМА****Перше засідання****Президія: Гавриленко Т.І., Горovenко Н.Г., Мінченко Ж.М.**

**Тема:** Особливості вимог до проведення преаналітичного та постаналітичного етапів лабораторних досліджень лабораторними спеціалістами та сімейними лікарями

**Доповідач: Гавриленко Т.І., проф.,** головний спеціаліст з лабораторної діагностики НАМН України, керівник відділу імунології та біохімії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

**Тема:** Генетичні дослідження в практиці сімейного лікаря

**Доповідач: Горovenко Н.Г., чл.-к. НАМН України,** зав. каф. медичної та лабораторної генетики НМАПО імені П.Л. Шупика

**Тема:** Молекулярно-генетичні критерії перебігу та ефективності лікування хронічних

лімфопроліферативних новоутворень

**Доповідач: Мінченко Ж.М., проф.,** зав. лаб. імуногенетики ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

**Тема:** Субфебрилітет — лабораторні дослідження для диференційної діагностики в практиці сімейного лікаря

**Доповідач: Чумак А.А., проф.,** директор Інституту клінічної радіології ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

**Тема:** Центральні та периферичні втрати ауто толерантності при тимусзалежній міастенії

**Доповідач: Клімова О.М., проф.,** зав. діагностичної лабораторії з імуноферментним та імунофлюоресцентним аналізом ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева» НАМН України, м. Харків

**Тема:** Лабораторні критерії у діагностиці запальних та дегенеративних захворювань суглобів

**Доповідач: Леонтьєва Ф.С., проф.,** зав. відділом лабораторної діагностики ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Сітенка» м. Харків

**Тема:** Біомаркери гострого коронарного синдрому

**Доповідачі: Гавриленко Т.І., проф.; Рижкова Н.О.,** к.м.н., відділ імунології та біохімії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»

**Тема:** Підхід до організації діагностики критичних станів. Централізація менеджменту досліджень кислотно-лужного стану за допомогою IT-рішень

**Доповідач: Димова О.В.,** ТОВ «УКР ДІАГНОСТИКА»

**Друге засідання****Президія: Марушко Т.В., Кузнєцова Л.В., Гомоляко І.В.**

**Тема:** Системна запальна відповідь у дітей

**Доповідачі: Марушко Т.В., проф.,** зав. каф. педіатрії-2 НМАПО імені П.Л. Шупика; **Голубовська Ю.Е.**

**Тема:** Роль мелатоніну в патогенезі артеріальної гіпертензії у дітей

**Доповідачі: Марушко Ю.В., проф.,** зав. каф. педіатрії післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця;

**Гищак Т.В.,** доц., д.м.н.

**Тема:** Діагностика гострої та хронічної фази алергічного запального процесу у пацієнтів з алергодерматозами

**Доповідач: Кузнєцова Л.В., проф.,** каф. клінічної та лабораторної імунології і алергології НМАПО імені П.Л. Шупика

**Тема:** Клініко-імунологічні аспекти вітаміну D3 на етапах еволюції цукрового діабету I типу у дітей та підлітків

**Доповідачі: Попова В.В., проф.,** ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України

**Використання сучасних наукових і діагностичних розробок в якості скринінгових в сімейній медицині****Визначення індивідуальної стрес-стійкості (I частина)**

**Гомоляко І.В., проф.,** зав. лаб. патоморфології та цитології, ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України»

**Неінвазивна біопсія печінки (II частина)**

**Гомоляко І.В., проф.; Янченко В.Г.; Швадчин І.О.; Клочкова Н.Є.,** лабораторія патоморфології та цитології, ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України»

**Тема:** Роль лабораторних досліджень для визначення тактики лікування серцевої недостатності

**Доповідач: Распутняк О.В.,** лікар-кардіолог вищої категорії, Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова

**Тема:** Інтелектуальна система керування збору зразків крові

**Доповідач: Андрій Лю,** компанія Guangzhou Improve Medical

**Тема:** Якість стадії попереднього аналізу та керування процесами

**Доповідач: Tang Jiang MD, PhD.,** компанія Guangzhou Improve Medical



**Тема:** Діагностика, перебіг та прогноз захворювань щитоподібної залози

**Доповідач:** *Вьюницька Л.В., к.м.н., доц. каф. клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Препарати патології нирок у пацієнтів з цукровим діабетом

**Доповідач:** *Вьюницька Л.В. к.м.н., доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П. Л. Шупика*

## ВСЕСВІТНИЙ ТИЖДЕНЬ ІМУНІЗАЦІЇ

### КРУГЛИЙ СТІЛ «НАШ СПІЛЬНИЙ ЗАХИСТ — ВАКЦИНАЦІЯ»

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–12.00**

**Організатор:** *ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Загрозливі ситуації щодо спалахів вакцинконтрольованих інфекцій в Україні. Оцінка сьогодення

**Тема:** Важелі впливу на ефективність реалізації державної політики у сфері імунопрофілактики в Україні

**Тема:** Моніторинг безпечності та ефективності вакцинації

**Тема:** Стан вакцинації осіб з груп ризику відповідно до діючого календаря

**Тема:** Профілактика інфекційних хвороб мандрівників

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА»

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 13.00–16.00**

**Тема:** Стан вакцинопрофілактики та епідемічна ситуація з керованих інфекцій в Україні

**Доповідач:** *Задорожна В.І., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

**Тема:** Аспекти крайової патології природних і антропоургічних осередків зооантропонозів

**Доповідач:** *Виноград Н.О., Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів*

**Тема:** Оцінка ризику ускладнення епідемічної ситуації з дифтерії в Україні

**Доповідач:** *Подаваленко А.П., ХМАПО, м. Харків*

**Тема:** Проміжні підсумки академічної програми по лікуванню ХГС, в умовах реальної клінічної практики

**Доповідач:** *Федорченко С.В., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

**Тема:** Ураження печінки при кору

**Доповідач:** *Трихліб В.І., Українська військово-медична академія*

**Тема:** Особливості клінічного перебігу інфекційних уражень нервової системи у підлітків

**Доповідач:** *Березіна Л.В., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

**Тема:** Інноваційні підходи до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

**Доповідач:** *Марциновська В.А., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

**Тема:** Сучасний стан антибіотикорезистентності грамнегативних збудників нозокоміальних інфекцій

**Доповідач:** *Покас О.В., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

**Тема:** Використання методу визваних потенціалів р300 для діагностики когнітивних порушень у пацієнтів з хронічною хворобою лайма

**Доповідачі:** *Клюс В.Ю., Руденко А.О., Муравська Л.В., Дяченко П.А., ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»*

### ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ВИЗВАНІХ ПОТЕНЦІАЛІВ Р300 ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ЛАЙМА

*Клюс В.Ю., Руденко А.О., Муравська Л.В., Дяченко П.А.*

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

**Мета.** Діагностувати когнітивні порушення у пацієнтів з хронічною хворобою Лайма за допомогою використання методу визваних потенціалів.

**Матеріали та методи.** 112 пацієнтів (основна група), з хронічною хворобою Лайма, та контрольна група 40 здорових осіб. До основної групи пацієнтів увійшли хворі віком від 20 до 77 років, чоловіків 24 особи (21,4%) та 88 жінок (78,6%). Верифікація діагнозу ХЛ серед пацієнтів основної групи проводилась у ході двоетапного серологічного дослідження крові/сироватки. Пацієнти основної групи були розділені на дві групи. Реєстрацію когнітивних ВП головного мозку (Р300) проводили на 24-канальному електроенцефалографі «BrainTest» (ДХ-системи, Україна) з комп'ютерною обробкою.

**Результати та обговорення.** Визначені у ході дослідження значення амплітудних показників дозволили простежити динаміку зміни активності кори головного мозку на різних етапах патології нервової системи, що виникає на хронічних



стадіях ХЛ. У пацієнтів основної групи було виявлено клінічно достовірне зниження показників амплітуди P300 порівняно з контрольною групою. Зокрема, показники амплітуди P300 зліва у пацієнтів групи I та II були нижчими відповідних показників групи контролю в середньому на 0,84 мкВ; амплітудне значення P300 справа у пацієнтів групи I та II були нижчими відповідних показників групи контролю в середньому на 0,80 мкВ.

**Висновки.** Застосовано та доведено ефективність методу когнітивних викликаних потенціалів P300 для діагностики когнітивних порушень у пацієнтів з хронічними формами ХЛ з переважним ураженням нервової системи, що дозволило встановити чутливий індикатор когнітивних порушень (збільшення латентного періоду та зниження амплітуди P300) та пов'язати його з порушенням механізмів оперативної пам'яті і направленої уваги обстеженого.

## ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПОПУЛЯЦІЇ ВІРУСІВ ГРИПУ, ВИДІЛЕНИХ В УКРАЇНІ В СЕЗОНІ 2017-2018 рр.

Лейбенко Л.В., Смутько О.Ю., Онищенко О.В., Фесенко А.Ю., Радченко Л.В., Міроненко А.П.

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

**Мета.** Вивити антигенну та генетичну мінливість вірусів грипу сезону 2017-2018 рр. шляхом проведення антигенного та молекулярного аналізу виділених ізолятів.

**Матеріали та методи.** Матеріалом досліджень були носогорлянкові змиви від хворих на грип з чотирьох міст: Київ, Одеса, Дніпро та Хмельницький. Зразки досліджувались методом ПЛР в реальному часі. Ізоляцію вірусів грипу проводили на культурах клітин MDCK та MDCK-siat. Сиквенування ізолятів було здійснено в CDC (Атланта) та Лондоні.

**Результати та обговорення.** Серед загального числа (1709 випадків) 733 (43%) були лабораторно протестовані, з яких 44% виявились позитивними на грип. Типування в ПЛР показало значне переважання вірусів грипу типу В (88%), над грипом А (12%). Субтипування позитивних на грип зразків виявило, що віруси грипу А (H3N2), циркулювали з незначною перевагою (56%), порівняно з вірусами грипу А (H1N1) pdm09 (44%). Штами A/Kyiv/316/2017 та A/Kyiv/359/2017 типу А(H1N1) pdm09 були антигенно подібними до вакцинного штаму A/Michigan/45/2015. Серед вірусів грипу В переважали V/Victoria-подібні ізоляти, які становили 69%, в той час як V/Yamagata-подібні віруси склали менше третини (31%). Штами В/Kyiv/360/2017 та В/Kyiv/9/2018 генетичної гілки В/Yamagata показали найвищий титр у реакції з сироваткою до вакцинного штаму В/Phuket/3073/2013. Дана генетична гілка не була включена до складу тривалентних вакцин від грипу, застосованих в Україні.

**Висновки.** Сезон 2017-2018 рр. відзначився сумісною циркуляцією всіх чотирьох субтипів вірусів грипу: А (H1N1) pdm09, А (H3N2), В/Victoria і В/Yamagata. І, як наслідок, епідемією середньої інтенсивності, в порівнянні з такими при циркуляції меншого числа варіантів. Цьому також сприяло значне переважання вірусів грипу В у порівнянні з А типом, які за даними багаторічного моніторингу не показують високу інтенсивність і смертність. Більшість (69%) вірусів грипу В належали до генетичної гілки В/Victoria, в той час, як у Європейському регіоні переважали В/Yamagata-подібні віруси. Віруси гілки В/Victoria були включені до складу вакцин на 2017-2018 сезон.

## ОСНОВНІ ЧИННИКИ, ЩО ПРИЗВОДЯТЬ ДО ХРОНІЗАЦІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Матяш В.І., Панасюк О.Л., Березіна Л.В., Трембачова Н.С., Говорова Д.В., Борщов С.П.

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

**Актуальність.** Актуальною проблемою для Інституту на теперішній час є значне збільшення кількості хворих з хронічними запальними ураженнями нервової системи (НС), обумовлені недостатнім рівнем надання медичної допомоги на первинних етапах в неврологічних та інфекційних стаціонарах.

**Мета.** Аналітичний огляд та оцінка основних чинників здатних призвести до хронізації запальних уражень НС.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на базі відділення інтенсивної терапії та детоксикації інституту за останні 5 років. Ретроспективним методом була проведена оцінка клінічних, анамнестичних даних 294 пацієнтів з ознаками запального ураження НС, які неодноразово знаходились на лікуванні у високоспеціалізованих неврологічних та інфекційних закладах Києва та регіонів країни.

**Результати та обговорення.** Результати отриманих даних свідчать, що основними чинниками, що призводять до хронізації запальних захворювань нервової системи являються:

1. Неадекватно проведене первинне обстеження пацієнтів, а також обмежений спектр досліджуваних патогенів у біологічних середовищах.
2. Неправильний вибір середовищ для дослідження (аналіз ліквору тільки у 9,42%) та рідкісне одночасне дослідження ліквору і крові (0,42%).
3. Часте призначення противірусної і антибактеріальної терапії (в 23,67% і 31,25% відповідно) без урахування етіологічного фактору і подальшого контролю її ефективності, особливо при певних типах патогенів (HSV, EBV).
4. Недооцінка значущості рецидивів (у 70,58%) після проведеної стандартної патогенетичної терапії, як маркера можливої інфекційної етіології процесу і необхідності комплексного обстеження.

**Висновки.** Для запобігання хронізації запальних уражень НС доцільно підвищити кваліфікацію лікарів (інфекціоністів та неврологів) для забезпечення більш якісного надання медичної допомоги в профільних високо спеціалізованих стаціонарах.



## ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МОНОІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ТА ДЕМІЕЛІНІЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ З УРАХУВАННЯМ ВІКУ

Панасюк О.Л., Говорова Д.В., Матяш В.І., Березіна Л.В., Борщов С.П., Трембачова Н.С.

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

**Мета.** Вивчити частоту й етіологічну структуру моноінфекцій (МІ) у пацієнтів із запальними та демієлінізуючими захворюваннями нервової системи (НС).

**Матеріали та методи.** За останні 10 років у відділенні інтенсивної терапії та детоксикації було обстежено і проліковано 1200 пацієнтів із запальними та демієлінізуючими захворюваннями НС.

**Результати та обговорення.** Згідно отриманих результатів у 598 (49,83%) хворих була зареєстрована реплікативна активність одного патогену (МІ), у 294 (24,50%) — декількох (асоційована інфекція), у 308 (25,67%) — не виявлено активного інфекційного процесу.

В етіологічній структурі МІ визначено значне домінування герпесвірусної інфекції (ГВІ) (до 86,29%). Рідше реєструвались борреліоз (4,01%), туберкульоз (2,68%), токсоплазмоз (0,5%), хламідіоз (0,33%), інші бактеріози (3,34%), вірусні інфекції, мікози. В структурі ГВІ (516 випадків) домінували HSV (38,76%), EBV (29,65%), HHV6 (13,57%).

Віруси HSV, CMV, EBV було виявлено практично в усіх вікових групах, але частіше в осіб 30-40 років. У пацієнтів 50-60 років вірус HSV в 50,00% є основною причиною патологічних станів. Віруси HHV6, HHV7 частіше реєструвались у пацієнтів у віці 20-40 років, вірус VZV частіше в осіб старшої вікової категорії (40-50 років). Туберкульоз частіше (37,50%) було виявлено у пацієнтів 60-70 років. Випадки бактеріальної нейроінфекції реєструвались в усіх вікових групах, але частіше в осіб 30-40 років. Схожа тенденція відмічена і з мікозами НС.

**Висновки.** У пацієнтів із запальними й демієлінізуючими захворюваннями НС в 49,83% випадків діагностується МІ, серед яких переважає ГВІ (до 86,29%), рідше борреліоз (4,01%), туберкульоз (2,68%), інші бактеріози (3,34%).

## ФЕНОТИПИ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ — ЗБУДНИКІВ НОЗОКОМІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Покас О.В., Марієвській В.Ф.

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

**Мета.** Визначити розповсюдженість бета-лактамаз різних типів серед штамів ентеробактерій — збудників нозокоміальних інфекцій та визначити їх чутливість до антибіотиків.

**Матеріали та методи.** Досліджено 143 множинностійких штамів ентеробактерій, виділених в хірургічних стаціонарах різних регіонів України в 2017 р. Чутливість до антибіотиків вивчали диск-дифузійним методом. Бета-лактамази виявляли фенотипними методами: дисків з Тріс-ЕДТА — цефалоспоринози С (АmpС); подвійних дисків з клавуланатом — бета-лактамази розширеного спектру (ESBL); з фенілбороновою кислотою — карбапенемази *Klebsiella pneumoniae* (KPC).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що найбільш поширеним типом бета-лактамаз були ESBL, виявлені у 47,57±6,1% штамів ентеробактерій. На другому місці за поширеністю були KPC, виявлені у 34,3±5,8% штамів. Дані ферменти виявлені серед ентеробактерій всіх досліджених видів — *E.coli*, *E.colocae*, *K.pneumoniae*, *P.mirabilis*. Меншу частку склали продуценти цефалоспоринози — АmpС — 10,4±3,7% штамів. Комбіновані фенотипи склали 8,1% (АmpС+KPC) та 1,6% (ESBL+АmpС+KPC). Штами-продуценти ESBL були резистентними до всіх цефалоспоринозів І-IV поколінь. Найбільш активними антибіотиками виявились амікацин і нетілміцин — 71,9±7,9 — 68,8±8,2%, та іміпенем — 59,4±8,7% чутливих штамів. Штами-продуценти KPC були резистентними практично до всіх цефалоспоринозів, фторхінолонів. Найвищу активність проявляли амікацин та нетілміцин (60,9±10,2% та 69,6±9,6% чутливих штамів). Менше виявлено штамів чутливих до карбапенемів, так до іміпенему 39,1±10,2% а до меропенему лише 26,1±9,2% штамів були чутливими. Штами-продуценти комбінованих фенотипів виявились панрезистентними до антибіотиків.

**Висновки.** Таким чином, основним типом цефалоспоринози, поширених в Україні, є бета-лактамази розширеного спектру (ESBL). Для терапії інфекцій, викликаних штамми-продуцентами ESBL активними залишаються іміпенем, нетілміцин, амікацин.

## ВІРУСОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ЕФЕКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Щербінська А.М., Ляльчук М.Г., Бабій Н.О., Кирпичова В.В., Колодій Г.Є.

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

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ

**Вступ.** На сьогодні високоактивна антиретровірусна терапія (АРТ) розглядається як могутній засіб пригнічення реплікації ВІЛ в організмі людини. З огляду на те, що АРТ не призводить до повного вилюкування пацієнтів, виникає необхідність постійного моніторингу мутацій резистентності (МР) ВІЛ до антиретровірусних препаратів (АРВП).

**Мета.** Проаналізувати частоту формування і передачі МР ВІЛ, асоційованих зі стійкістю до АРВП, у пацієнтів з різною тривалістю АРТ.

**Матеріали та методи.** Молекулярно-генетичні, епідеміологічні, статистичні.

**Результати та обговорення.** Проведений молекулярно-генетичний аналіз геному ВІЛ 480 пацієнтів з вірусологічно неефективною АРТ виявив спектр МР ВІЛ до АРВП та визначив частоту їх формування. Вказані дослідження дозволили





встановити, що тривалість АРТ суттєво не впливає на стійкість ВІЛ до АРВП. Вирішальне значення має генетичний бар'єр (ГБ) АРВП різних класів: на тлі прийому препаратів з низьким ГБ, таких як нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (EFV або NVP), частота формування МР ВІЛ дорівнює 5,3%; прийом препаратів з високим ГБ (інгібітор протеази — Рав/rtv) супроводжується формуванням МР ВІЛ значно рідше — в 1,1% випадків. Визначено, що МР ВІЛ до АРВП виявлялися достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) у ВІЛ-інфікованих чоловіків (59,7 $\pm$ 2,25%), ніж у жінок (40,3 $\pm$ 2,25%). Вік пацієнтів з МР ВІЛ у 92,19 $\pm$ 1,23% випадків знаходився в діапазоні від 25 до 49 років.

**Висновки.** Отримані результати мають важливе теоретичне значення як основне джерело інформації щодо тенденцій формування резистентності ВІЛ при розширенні масштабів АРТ в Україні, вірогідності інфікування населення резистентними штамми вірусу.

## ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІКВОРУ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ 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 серологічних та молекулярно-генетичних маркерів у лікворі при ураженнях нервової системи.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз випадково відібраних 100 історій хвороби пацієнтів Центру нейроінфекції ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України». Вивчалися результати лабораторних обстежень, проведених пацієнтам для встановлення етіологічного діагнозу.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що позитивні результати виявлення молекулярно-генетичного матеріалу найбільш поширених збудників інфекційних уражень центральної нервової системи (ЦНС) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у лікворі були отримані лише у 6 хворих (6%). Отже діагностична цінність методу для встановлення етіології захворювання в обраній групі пацієнтів виявилася низькою. Частота позитивних результатів ПЛР-дослідження плазми крові склала 14,1%, що може бути свідченням активності інфекційного процесу. Однак, у даному випадку не може бути доказом етіології ураження ЦНС. Частота виявлення специфічних антитіл до збудників у крові склала 15,6%, у лікворі — 2,4%. В той же час, у попередньо проведених нами дослідженнях з використанням тест-систем для кількісного визначення специфічних антитіл, призначених для дослідження ліквору частота виявлення специфічних антитіл в сироватці та лікворі перевищувала 90%.

**Висновки.** Дослідження ліквору методом ПЛР представляє діагностичну цінність при гострому процесі в ЦНС. У обстежених пацієнтів можна припустити хронічний процес, що вимагає проведення подальшої диференційної діагностики з метою виключення аутоімунної природи хвороби. Діагностичну цінність може представляти визначення специфічних антитіл тільки при одночасному дослідженні ліквору і сироватки крові, проведеному з використанням спеціально призначених тест-систем для дослідження ліквору. У цьому випадку необхідно визначити індекс антитіл (ліквор/сироватка крові).

## ВИВЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ 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

Для вирішення проблеми антибіотикорезистентності як альтернативної терапевтичної стратегії використовують бактеріофаги, які за даними дослідників, не поступаються антибіотикам.

**Мета.** Вивчення чутливості клінічних штамів мікроорганізмів до бактеріофагів.

**Матеріали та методи.** Досліджено 25 штамів *Paeruginosa*, 10 штамів *K. pneumoniae*, 5 штамів *E.coli*, 8 штамів *S.aureus* та 3 штами коагулазо-негативних стафілококів (CNS), виділених з ранових поверхонь. У дослідженнях був використаний комерційний полівалентний піобактеріофаг.

**Результати та обговорення.** На початку експерименту досліджувані штами мікроорганізмів були вивчені на наявність чутливості їх до різних класів антибіотиків. Показано, що різні види антибіотикорезистентних мікроорганізмів, які були виділені з ранових поверхонь, були чутливими до полівалентного піобактеріофагу. Чутливість даних штамів до фаголізу у різних мікроорганізмів є різною. Найменш чутливими виявилися коагулазо-негативні стафілококи (CNS), їх частка складає 33,3%. Найбільш чутливими до фагів виявилися резистентні штами *E.coli*, що відзначилися 100% лізальністю. Ця здатність штамів *E.coli* однаково сприймалась як чутливими до антибіотиків штамми, так і резистентними. Висока чутливість до фагів виявилась у резистентних штамів *P. aeruginosa* — 88%. Наявна висока лізальність у штамів синегнійної палички, при 92% резистентності до антибіотиків. Аналіз даних штамів *K. pneumoniae* показав, що вони мають панрезистентність до антибіотиків, проте лізальність проявляють лише 60% штамів продуцентів бета-лактамаз.

**Висновки.** Дослідження показали, що полівалентний бактеріофаг не поступається антибіотикам та іншим хіміопрепаратам, які використовуються в лікувальній практиці, а в деяких випадках має переваги з активності до збудників інфекційних хвороб і особливо антибіотикорезистентних варіантів.

►►► ПРОДОВЖЕННЯ



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

**ВСЕУКРАЇНЬСКА ШКОЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ  
«ІННОВАЦІЇ В УЛЬТРАЗВУКОВІЙ І ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ»**

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 15.00–18.00**

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 15.00–18.00**

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 14.00–16.30**

***Організатори:** Асоціація радіологів України; Українська Асоціація фахівців ультразвукової діагностики; кафедра променевої діагностики НМАПО імені П. Л. Шупика; Компанія LMT*

### ПРОГРАМА

**25 квітня 2018 року**

**Тема:** Інноваційні технології Сапон в мультипараметричній ультразвуковій діагностиці (мр-УЗД) дифузних захворювань печінки

**Доповідач:** *Динник О.Б., президент Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики*

**Тема:** Аналітичний огляд міжнародних керівництв з ультразвукової еластографії печінки EFSUMB/WFUMB та можливості їх застосування в Україні. Фірма «РАДМІР»

**Доповідач:** *Ковалеренко Л.С., медцентр «Doctor Vera»*

**Тема:** Еластографія печінки новонароджених та дітей раннього віку. Компанія «Ultrasign»

**Доповідач:** *Закревський А.Н., к.м.н., доц. каф. неонатології ХМАПО*

**Тема:** Компресійна еластографія щитоподібної залози. Показання до проведення і особливості методу. Компанія «SonoScape»

**Доповідач:** *Чирков Ю.Е., к.м.н., Український науково-практичний центр ендокринної хірургії*

**Тема:** Неалкогольна жирова хвороба печінки як ендокринна патологія: роль фахівців УЗД

**Доповідач:** *Марунчин Н.А., к.м.н., лікар-ендокринолог, інститут еластографії*

**26 квітня 2018 року**

**Тема:** Сучасні можливості ультразвукової діагностики ембріології серцево-судинної системи і вроджених вад серця. Компанія «Philips»

**Доповідач:** *Куркевич А.К., завідувач науково-діагностичного відділу «ЦЕНТР ДИТЯЧОЇ КАРДІОЛОГІЇ ТА КАРДІОХІРУРГІЇ»*

**Тема:** Сучасна оцінка мікроциркуляції: лазерна доплерівська флоуметрія і цифрова капіляроскопія

**Доповідач:** *Мостовий С.Є., к.м.н., лікар функціональної діагностики Медичний центр «Медбуд»*

**Тема:** Висока чіткість зображення при УЗ діагностиці

**Доповідач:** *Konstantin Gasitza, EDAN instruments*

**Тема:** Європейський вектор. Керівництво ESR «Запобігання та контроль інфекцій в УЗД»

**Доповідач:** *Динник О.Б., президент Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики*

**27 квітня 2018 року**

**Тема:** Віртуозне опанування інноваційними УЗ технологіями. Майстер-клас на обладнанні Soneus P7 (Ultrasign)

**Доповідач:** *Лінська Г.В., к.м.н., зав.кабінетом ультразвукової діагностики, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», за участі ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (директор д.м.н., професор Тодуров І.М.)*

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА В МОНІТОРИНГУ ЛІКУВАННЯ»

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 10:00–12:30**

***Організатор:** Кафедра променевої діагностики НМАПО імені П. Л. Шупика*

### ПРОГРАМА

**Тема:** Прогнозування ризику злоякісності вперше виявлених новоутворень печінки за даними МДКТ

**Доповідачі:** *Шпак С.О., доцент; Танасічук В.С., асистент*



**Тема:** Динаміка МДКТ та МРТ семіотичних змін метастатичного ураження печінки після радіохірургічного лікування

**Доповідачі:** *Дзигар О.В., Бабкіна Т.М., професор*

**Тема:** МДКТ в оцінці якості оперативних втручань на колінному суглобі

**Доповідачі:** *Шпак С.О., доцент; Телуха К.І., аспірант*

**Тема:** Прогностичні фактори ремоделювання лівого шлуночка серця при хронічних формах ІХС за даними методів томографічної візуалізації

**Доповідачі:** *Танасічук В.С., асистент; Шпак С.О., доцент*

**Тема:** Роль МДКТ в діагностичному алгоритмі травм щелепно-лицьової ділянки в педіатричній практиці

**Доповідачі:** *Бабкіна Т.М., професор; Русин А.Г., клінічний ординатор*

**Тема:** Метаболічна ПЕТ/КТ як прогностичний інструмент в онкологічній практиці

**Доповідачі:** *Новіков М.М., аспірант; Бабкіна Т.М., професор*

**Тема:** Передопераційний алгоритм оцінки життєздатності міокарда у хворих з ішемічною хворобою серця

**Доповідачі:** *Кундіна В.В., аспірант; Бабкіна Т.М., професор*

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ У ПРОМЕНЕВІЙ ДІАГНОСТИЦІ»

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 13:00–14:30**

**Організатор:** ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Постпроцесінгова обробка зображень в алгоритмі променевої діагностики патології підшлункової залози

**Доповідачі:** *Гордієнко К.П., Синюта С.Б.*

**Тема:** Нові підходи в оцінці порушень мозкового кровообігу при доплерографії

**Доповідач:** *Мазур С.Г.*

**Тема:** FAST–протокол при травматичних ушкодженнях внутрішніх органів

**Доповідач:** *Світличний Е.В.*

**Тема:** Можливості цифрового томосинтезу у диференційній діагностиці доброякісних та злоякісних змін грудної залози

**Доповідачі:** *Гурандо А.В., Дикан І.М.*

**Тема:** Сучасні можливості використання високоінтенсивного ультразвуку (HIFU) в гінекології

**Доповідачі:** *Карачарова І.Ю., Козаренко Т.М.*

**Тема:** Сучасні підходи в ультразвуковій діагностиці раку передміхурової залози

**Доповідач:** *Коробко В.Ф.*

### СЕМІНАР «ІНТЕРВЕНЦІЙНА РАДІОЛОГІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ» Інтервенційна радіологія в діагностиці та лікуванні. Радіочастотна абляція пухлин. Досвід роботи ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 10:00–14:00**

**Організатор:** ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Особливості інвазивної діагностики злоякісних пухлин різної локалізації

**Доповідачі:** *Красносельський М.В., Балака С.М., Гречіхін Г.В., ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків*

**Тема:** Використання радіочастотної абляції в лікуванні злоякісних новоутворень печінки і її метастазів

**Доповідачі:** *Гречіхін Г.В., Балака С.М., ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків*

**Тема:** Методи інтервенційної радіології в лікуванні механічної жовтяниці злоякісної етіології

**Доповідачі:** *Гречіхін Г.В., Балака С.М., ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків*

**Тема:** Ендоваскулярні методики в онкологічній практиці

**Доповідачі:** *Балака С.М., Гречіхін Г.В., ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків*

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ВИБІР МЕТОДУ ДІАГНОСТИЧНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В КАРДІОЛОГІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНОЇ СИТУАЦІЇ»

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 13:30–15:30**

**Організатор:** ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Значення КТ та МРТ в діагностиці ішемічної хвороби серця



**Доповідач: Федьків С.В.**, д.м.н., проф., зав. відд. ядерної медицини та променевої діагностики, ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України

**Тема:** Розшарування аорти та тромбоемболія легеневої артерії

**Доповідач: Ялинська Т.А.**, д.м.н., ДУ «НПМЦДКК МОЗ України»

**Тема:** КТ та МРТ діагностика захворювань клапанів серця

**Доповідач: Таммо Раад**, к.м.н., ДУ «НПМЦДКК МОЗ України»

**Тема:** Міокардит та неішемічні кардіоміопатії

**Доповідач: Таммо Раад**, к.м.н., ДУ «НПМЦДКК МОЗ України»

**Тема:** Вибір методу візуалізації у пацієнтів з вродженими вадами серця

**Доповідач: Ялинська Т.А.**, д.м.н., ДУ «НПМЦДКК МОЗ України»

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

### IV ШКОЛА З КЛІНІЧНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЇ. ЕЕГ ДІАГНОСТИКА ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ». «ВИКЛИКАНІ ПОТЕНЦІАЛИ»

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.00**

**Організатори:** Відділення функціональної діагностики ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»; Відділення функціональної діагностики з групою рентгенології ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», ГО «Товариство клінічних нейрофізіологів»

**Модератори:** Чеботарьова Л.Л., д.м.н., проф.; Гайко О.Г., д.мед.н.

#### ПРОГРАМА

**Головуючі:** Чеботарьова Л.Л., Мар'єнко Л.Б., Третьякова А.І.

**Тема:** ЕЕГ в діагностиці пароксизмальних станів

**Доповідач:** Мар'єнко Л.Б., професор

**Тема:** Кореляція між даними доплерографічної та ЕЕГ діагностики при деяких пароксизмальних станах

**Доповідач:** Калашніков В.Й., к.м.н.

**Тема:** Клініко-ультрасонографічне співставлення у хворих з вертебрально-базиллярною недостатністю

**Доповідачі:** Глоба М.В., д.м.н.; Ващенко В.В., к.м.н.; Сулій Л.М., к.м.н.

**Майстер-клас-школа ЕЕГ**

**1. Артефакти ЕЕГ**

**2. Вікові особливості ЕЕГ**

**3. Круглий стіл**

**4. В рамках круглого столу обговорення «Формування ЕЕГ заклучення»**

**Харитонов В.І.**, зав. дит. відд. Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 ім. акад. Павлова, дійсний член Європейської академії епілептології (EUREPA) і Міжнародної асоціації дитячих неврологів (ICNA); **Погребняк А.Б.**, лікар МЦ «Лікарська практика»

**Тема:** Міогенні вестибулярні викликані потенціали

**Доповідач:** Трінус К.Ф., д.м.н., проф. приватного навчального закладу «Академія медицини та екології», проф. Вюрцбурзького університету в Німеччині, керівник «Лабораторії головокружіння» при ДП «Санаторій «Конча-Заспа»

**Тема:** Викликані потенціали в клінічній неврології: методи і показання, огляд літератури 2017

**Доповідач:** Погребняк А.Б., лікар МЦ «Лікарська практика»

**Тема:** Нейрофізіологічні дослідження в урології

**Доповідач:** Белущенко Д.С., головний лікар МЦ «Лікарська практика»

**Тема:** Майстер-клас по викликаним потенціалам

**Проводять:** Третьякова А.І., д.м.н.; Сулій Л.М., к.м.н.; Солоневич О.С., к.м.н.

»»» ПРОДОВЖЕННЯ



## ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

### IV НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

#### «ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК НАМН УКРАЇНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО І ПОСТРАЖДАЛОМУ НАСЕЛЕННЮ»

#### Сучасні методи надання медичної допомоги при бойових ушкодженнях та медико-соціальна реабілітація учасників АТО

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–14.00**

**Організатори:** Національна академія медичних наук України, ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Про постанову КМУ №1057 від 27.12.2017 р. «Порядок психологічної реабілітації учасників АТО»

**Доповідач:** **Н. Федорович**, заступник Міністра Мінсоцполітики

**Тема:** Досвід комплексного підходу до лікування психотравми у учасників бойових дій

**Доповідач:** **К. Возниціна**, ДУ «ІМП ім. Ю.І. Кундієва НАМН України»

**Тема:** Роль оцінки стану слухової та вестибулярної систем у реабілітації військовослужбовців, які отримали акуртравму в реальних бойових умовах

**Доповідачі:** **Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Петрук Л.Г.**, ДУ «Отоларингології ім. проф. А.І. Коломійченка НАМН України»

**Тема:** Нейрореабілітація як складова комплексного лікування при нейрохірургічній патології

**Доповідач:** **А. Гук**, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Тема:** Проблема зловживання психоактивними речовинами у осіб, що постраждали в результаті бойових дій

**Доповідач:** **А. Лисенко**, КМНКЛ «Соціотерапія», ГО «Довгі літа»

**Тема:** Заміщення кістково-суглобових дефектів після вогнепальних та міно-вибухових пошкоджень

**Доповідачі:** **Вирова О.Є., Корж М.О., Головіна Я.О., Скорик І.О.**, ДУ «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М.І. Ситенка НАМН України»

**Тема:** Оцінка психофізіологічного статусу комбатантів при застосуванні об'ємного пневмопресингу в процесі реабілітації

**Доповідачі:** **Зайцев Д.В., Кальниш В.В., Пишнов Г.Ю.**, ДУ «ІМП ім. Ю.І. Кундієва НАМН України»

**Тема:** Майстер-клас «Від травми до ресурсу» (шляхи знаходження внутрішнього та зовнішнього ресурсу при роботі з травмою)

**Проводить:** **Л. Литвиненко**, керівник Кризового Центру Інституту психології ім. Костюка НАМН України

#### ОЦІНКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ КОМБАТАНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ОБ'ЄМНОГО ПНЕВМОПРЕСИНГУ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Зайцев Д.В., Кальниш В.В., Пишнов Г.Ю.

ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України», м. Київ

**Мета.** На основі психофізіологічних досліджень оцінити ефективність застосування об'ємного пневмопресингу (ОП) у бійців АТО у період реабілітації.

**Матеріали та методи.** Основну групу склали 32 комбатанти віком 35±3,8 р. з посттравматичним стресовим розладом; контрольну — 20 умовно здорових осіб у віці 27±3,2 р. Проводили стабілометричне дослідження, реєстрацію артеріального тиску (АТ); варіабельності серцевого ритму (ВСР) і одночасно ОП на апараті «Біо-1» (виробник — ПГО «Нове в медицині», Україна). За розрахунками лейкоцитарної формули визначали рівень та стадії адаптивних реакцій організму в процесі реабілітації.

**Результати та обговорення.** Після процедури ОП у досліджуваній групі достовірно ( $p < 0,05$ ) знизився на 6% систолічний та на 13% пульсовий АТ. Аналіз ВСР виявив зростання парасимпатичного впливу та автономізацію регуляції серцевого ритму, підвищення абсолютного рівня активності регуляторних систем за рахунок нейрогуморального компоненту ( $\approx 80\%$ ). За показниками стабілометрії виявлено достовірне зниження частоти коливань центру тиску; роль зорового контролю зменшувалася, а пропріорецепторний вплив зростав.

**Висновки.** Запропонована методика ОП сприяє розвитку загальної релаксації, зниженню АТ і серцевого навантаження, зростанню активності регуляторних систем і зменшенню напруженості. За розрахунками лейкоцитарної формули виявлено зниження реакції стресу вдвічі з 7% до 3%; стану переактивації: з 17% до 13%, та підвищеної активації – з 32% до 18%. Після проведеного лікування кількість осіб з фізіологічними індивідуальними адаптаційними реакціями зростає на 13%, кількість осіб з ознаками напруги гомеостазу знизилася на 28%. Трансформації корелятивів працездатності в період реабілітації переконливо свідчать про сприятливий ефект застосування ОП для лікування бійців АТО з різною психосоматичною патологією.





## МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

### СИМПОЗИУМ «МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ»

Секційне засідання «Уніфікований підхід до надання екстреної медичної допомоги в галузях цивільної та військової медицини, який відповідає міжнародним стандартам»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.00

**Організатори:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (кафедра медицини катастроф і військово-медичної підготовки та кафедра медицини невідкладних станів); ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; Українська військово-медична академія; Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Київської міської державної адміністрації; Харківська медична академія післядипломної освіти (кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф); ВГО «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»

**Модератори:** Роцин Г.Г., Зозуля І.С., Мороз Є.Д., Рогов А.В.

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Першочергові заходи щодо реформування екстреної медичної допомоги в Україні

**Доповідачі:** Роцин Г.Г., Зозуля І.С., Рогов А.В., Близнюк М.Д., Іванов В.І.

**Тема:** Шляхи інтеграції міжнародних принципів надання екстреної медичної допомоги в систему охорони здоров'я України

**Доповідачі:** Роцин Г.Г., Зозуля І.С., Смайли Дениел, Рогов А.В., Близнюк М.Д.

**Тема:** Сучасний стан розвитку медицини катастроф в Україні

**Доповідачі:** Мороз Є.Д., Гур'єв С.О., Печиборщ В.П., Кушнір В.А.

**Тема:** Медичний захист населення в єдиній державній системі цивільного захисту: проблемні питання його функціонування

**Доповідачі:** Мороз Є.Д., Печиборщ В.П., Близнюк М.Д., Сацук С.П., Волошин В.Д., Михайловський М.М.

**Тема:** Симуляційне навчання основним принципам сортування постраждалих фахівцями екстреної медичної допомоги

**Доповідачі:** Загуровський В.М., Яцина Г.С., Соколов А.С., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С.

**Тема:** Місце та особливості симуляційного навчання в післядипломній освіті фахівців з медицини невідкладних станів

**Доповідачі:** Яковцов І.З., Загуровський В.М., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С., Мустафа В.І.

**Тема:** Особливості медичного сортування на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах в залежності від виду травм

**Доповідачі:** Яковцов І.З., Загуровський В.М., Яцина Г.С.

**Тема:** Особливості надання екстреної догоспітальної медичної допомоги травмованим потерпілим з категорії «завантажу та вези»

**Доповідачі:** Ляхович Р.М., Джуз М.Я., Мончак Г.В., Дубчак В.Б., Шильман Е.Є., Савчук В.М.

**Тема:** Особливості спеціалізованих реанімаційних заходів у дітей відповідно до європейських протоколів

**Доповідачі:** Орел В.В., Іващенко О.В., Вербицький І.В.

**Тема:** Використання симуляційних технологій для формування компетентності у лікарів-інтернів та слухачів з медицини невідкладних станів

**Доповідачі:** Зозуля І.С., Орел В.В.

**Тема:** Особливості сучасної структури гострих отруєнь психоактивними речовинами та лікарськими засобами серед дорослих

**Доповідачі:** Андрющенко В.В., Гарбар С.М., Іващенко О.В., Калиш М.М., Падалка В.М.

**Тема:** Ішемічно-реперфузійний синдром — як фактор розвитку поліорганної недостатності у травмованих

**Доповідачі:** Крилюк В.О., Федосєєва О.В., Кузьмінський І.В., Цимбалюк Г.Ю.

**Тема:** Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод

**Доповідачі:** Гур'єв С.О., Кушнір В.А., Сацук С.П., Гребенюк В.І.

**Тема:** Аналіз організації надання спеціалізованої травматологічної допомоги пораненим з вогнепальними ушкодженнями кінцівок на етапах медичної евакуації

**Доповідач:** Король С.О.

**Тема:** Застосування NPW-therapy в хірургічному лікуванні поранень і травм грудної клітки та живота

**Доповідачі:** Заруцький Я.Л., Асланян С.А., Компанієць А.О., Гончарук В.С., Вовк М.С.

**Тема:** Вибір хірургічної технології у пацієнтів з гострим білярним панкреатитом у ранній фазі захворювання

**Доповідачі:** Цимбалюк Р.С., Максименко М.В., Тюлюкін І.О., Сусак Я.М.

#### ШКОЛА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Майстер-клас «Стандартизація домедичної та первинної медичної допомоги на догоспітальному етапі»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 12.30–15.30

**Організатори:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (кафедра медицини катастроф і військово-медичної підготовки та кафедра медицини невідкладних станів); ДЗ «Український науково-практичний



центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Київської міської державної адміністрації; Харківська медична академія післядипломної освіти (кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф); ВГО «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф»

**Модератори:** Рошчин Г.Г., Зозуля І.С., Мороз Є.Д., Рогов А.В.

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Особливості СЛР у дітей

**Доповідачі:** Рошчин Г.Г., Кузьмін В.Ю., Мазуренко О.В.

**Тема:** Контроль якості проведення СЛР

**Доповідачі:** Кузьмін В.Ю., Рошчин Г.Г., Мазуренко О.В., Іскра Н.І.

**Тема:** Проведення СЛР при травмі

**Доповідачі:** Кузьмін В.Ю., Рошчин Г.Г., Мазуренко О.В., Слічко І.Й.

**Тема:** Необхідність вентиляції легень високим потоком

**Доповідач:** Robert Brink, компанія «Imtmedical»

**Тема:** Використання кровоспинного бандажа (пакета) при цивільних та бойових пораненнях і травмах

**Доповідач:** Андрій Порохницький, лікар-травматолог, інструктор по тактичній медицині

**Тема:** Телеметрична ЕКГ-діагностика на службі швидкої допомоги

**Доповідачі:** Новіков М.В., заступник директора Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; Пересунько П.В., ТОВ «Компанія «ЮТАС», керівник проекту по телемедицині

#### ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ ТА ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ СЕРЕД ДОРΟΣЛИХ

Андрющенко В.В., Гарбар С.М., Іващенко О.В., Калиш М.М., Падалка В.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, токсикологічний центр, м. Київ

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ

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

**Мета.** Оптимізація процесу надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гострими отруєннями лікарськими засобами.

**Матеріали та методи.** На основі статистичних даних структурних підрозділів Київського токсикологічного центру проведений ретроспективний аналіз випадків гострих отруєнь у пацієнтів за період 2008 — 2017 рр.

**Результати та обговорення.** Динамічні спостереження за структурою гострих отруєнь у місті Києві за 10 років демонструють, що доля отруєнь лікарськими засобами залишається вагомим в загальній структурі гострих отруєнь хімічної етіології, та не має тенденції до зменшення. В цілому, отруєння різноманітними психоактивними і наркотичними речовинами складають 41,2%, це переважно такі речовини: амфетаміни, марихуана, опій, морфін, кокаїн, «вінт», «ширка». На другому місці — алкоголь і його сурогати (20,8%), суміші медикаментів різних фармакологічних груп — 7,8%; психотропні медикаменти — 3,6%; кардіотропні — 3,3%. При ненавмисних отруєннях (передозуваннях) лікарські засоби застосовуються з метою посилення, або, модифікації ефекту основного наркотика, так найчастіше застосовуються: Кодтерпін, Баклофен, Бупрिनорфен, Налбуфін, Лірика, Соннат. При навмисних отруєннях лікарськими засобами найчастіше використовуються психотропні засоби інших груп: барбітурати, бензодіазепіни, фенотіазини. Нерідко застосовуються з суїцидальною метою М-холіноблокатори та клонідину гідрохлорид.

**Висновки.** Навмисні отруєння лікарськими засобами залишаються поширеним видом гострих отруєнь хімічної етіології та потребують постійного моніторингу з метою підвищення ефективності надання екстреної медичної допомоги.

#### ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З НЕСТАБІЛЬНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ТАЗА ПРИ ПОЛІТРАВМІ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Бурлука В.В.<sup>1</sup>, Анкія М.Л.<sup>2</sup>, Дорош В.М.<sup>3</sup>, Максименко М.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Українська військово-медична академія, кафедри військової хірургії, м. Київ

<sup>2</sup> КЗ «Обласна клінічна лікарня», м. Київ

<sup>3</sup> Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

<sup>4</sup> ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

**Мета.** Удосконалення системи надання хірургічної допомоги постраждалим з нестабільними пошкодженнями таза при політравмі в гострому періоді травматичної хвороби (далі — ТХ) на основі оцінки тяжкості травми і прогноза клінічного перебігу.



**Матеріали та методи.** Основу дослідження склали клінічні спостереження над 406 постраждалими з нестабільними пошкодженнями таза при політравмі (далі — НППТ) (за шкалою ISS  $\geq 17$  балів), які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні політравми КМКЛШМД (м. Київ). Для вивчення хірургічної тактики в гострому періоді ТХ усі пацієнти були розподілені на 2 клінічні групи: основну — 137 (33,74%) постраждалих і контрольну — 269 (66,26%) хворих. Кількісну оцінку тяжкості анатомічних пошкоджень проводили за шкалою АТS, анатомо-функціональні зміни під час надходження за шкалою FTS. Оцінку показників центральної гемодинаміки проводили за допомогою інтегральної реографії тіла. Статистична обробка результатів проводилась з використанням критеріального числа Стьюдента і критерія  $\chi^2$ -Пірсона.

**Результати та обговорення.** Згідно з проведеними нами дослідженнями, у постраждалих з НППТ, госпіталізованих у стаціонар з метою хірургічного гемостазу в 134 (33,0%) випадках виконано екстрену зовнішню фіксацію тазового кільця: у 75 (54,74%) пацієнтів основної і 59 (21,93%) контрольної груп. Як правило, накладали апарат зовнішньої фіксації — передня рама в різних варіантах, у 120 (89,55%) хворих, у 14 (10,45%) — проведена стабілізація таза рамою Ганца, причому в 10 (7,46%) з них була комбінація передньої рами і рами Ганца. Аналіз одержаних результатів показує, що в основній групі постраждалих зовнішня стабілізація тазового кільця з метою гемостазу використовувалася в 2,5 рази частіше ніж в контрольній — 75 (54,74%) проти 59 (21,93%) ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 44,195$ ). Передня рама, як один із видів зовнішньої фіксації, накладена в основній групі у 65 (47,45%) пацієнтів з НППТ, в контрольній — у 55 (20,45%), ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 31,780$ ), рама Ганца при пошкодженнях типу С відповідно — у 10 (27,78%) і 4 (5,97%) випадках ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 = 9,482$ ). Крім цього, у постраждалих основної групи у 8 (22,22%) випадках рама Ганца використовувалась разом з передньою рамою. Серед пошкоджень тазових органів в обох групах переважала травма сечового міхура — 17 (45,95%) в основній і 31 (50,82%) в контрольній, пошкодження уретри і прямої кишки відповідно в 12 (32,44%) і 15 (24,59%), в 2 (5,41%) і 3 (4,92%) випадках. На тазових органах у гострому періоді ТХ виконано 94 операційних втручань різної складності — 39 (41,49%) в основній і 55 (58,51%) в контрольній групах.

**Висновки.** Найбільша кількість померлих припадає саме на гострий період ТХ (до 48 годин після травми) — 185 (74,30%) постраждалих, в основній групі 63,93%, в контрольній — 77,66% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 4,543$ ). Обсяг, тривалість і пріоритетність виконання операційних втручань у постраждалих з НППТ в гострому періоді ТХ визначається тяжкістю травми, прогнозом перебігу ТХ і типом нестабільності тазового кільця. Активне впровадження удосконаленої схеми хірургічного лікування постраждалих з НППТ при поступленні дозволило знизити летальність серед постраждалих з НППТ в гострому періоді ТХ з 77,66% до 63,93% ( $p < 0,05$ ) та загальну летальність з 69,89% до 44,53% ( $p < 0,01$ ).

## ЗМІНИ У ФЕРМЕНТАТИВНИЙ ЛАНЦІ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ТКАНИНІ ЛЕГЕНЬ ПРИ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОМУ СИНДРОМІ

Цимбалюк Г.Ю.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,  
Кафедра медицини катастроф з курсом військової підготовки, м. Тернопіль

**Мета.** Вивчити вплив ішемічно-реперфузійного синдрому на зміни у системі перекисного окислення ліпідів тканини легень в експерименті.

**Матеріали та методи.** У ставеозрілих самців білих щурів лінії Вістар, середньою масою від 180 до 200 г змодельовано поєднану травму органів черевної порожнини за розробленою методикою. Тварини були розподілені на 3 групи дослідження (далі — ГД): ГД-1 — моделювалася тільки реперфузійний синдром кічківки; ГД-2 — моделювалася тяжка травма органів черевної порожнини та масивна кровотрата; ГД-3 — моделювалася тяжка травма органів черевної порожнини, масивна кровотрата та реперфузійний синдром. Контрольними точками дослідження були: перша, третя та сьома доба після травми.

**Результати та їх обговорення.** В результаті проведеного експерименту були отримані наступні результати.

У ГД-1 спостерігалось максимальне значення показника каталази на першу добу —  $2,49 \pm 0,11$  мкмоль/кг, після чого спостерігалось поступове зниження показника. Так на третю добу показник каталази склав  $2,11 \pm 0,17$  мкмоль/кг та через 7 днів —  $1,14 \pm 0,002$  мкмоль/кг. Показники каталази на першу, третю та сьому добу були достовірними ( $p < 0,001$ ) в порівнянні з контрольною групою (далі — КГ) де її рівень склав  $0,87 \pm 0,003$  мкмоль/кг. Рівень супероксиддисмутази (далі — СОД) в ГД-1 в контрольних точках дослідження склав  $2,56 \pm 0,13$  пит.од./мг,  $2,14 \pm 0,12$  та  $1,03 \pm 0,05$  відповідно, що було достовірно в порівнянні з КГ, де показник СОД склав  $0,93 \pm 0,01$  пит.од./мг. Слід зауважити, що на сьому добу рівень СОД фактично дорівнював показнику у КГ дослідження.

У ГД-2 рівень каталази через одну добу склав  $2,74 \pm 0,13$  мкмоль/кг максимально зростав до третьої доби —  $3,03 \pm 0,14$  мкмоль/кг, через сім днів дещо зменшувався в порівнянні з першою та третьою добою до рівня  $2,52 \pm 0,12$  мкмоль/кг. Ці показники достовірно відрізнялися від такого в КГ. Показник СОД досягав максимального значення через одну добу коли складав  $2,82 \pm 0,09$  пит.од./мг, з подальшим зменшенням до сьомої доби спостереження та склав відповідно  $2,54 \pm 0,09$  й  $1,87 \pm 0,15$  пит.од./мг.

У ГД-3 рівень каталази через добу склав  $2,81 \pm 0,15$  мкмоль/кг, на третю добу спостерігалось його максимальне значення на рівні  $3,17 \pm 0,17$  мкмоль/кг та різке падіння показника через сім днів до рівня  $1,13 \pm 0,20$  мкмоль/кг. Подібна тенденція спостерігалась із показником СОД: так, через одну добу рівень був максимальним та склав  $2,88 \pm 0,14$  пит. од./мг,



далі поступово зменшувався до третьої та сьомої доби, що відповідало значенням показника  $2,59 \pm 0,11$  та  $1,88 \pm 0,09$  пит. од./мг.

**Висновки.** Виявлено, що ішемічно-реперфузійний синдром викликає активізацію ферментативної ланки антиоксидантного захисту у тканинах легень. Рівень активації захисних механізмів при ішемічно-реперфузійному синдромі аналогічний такому при поєднаній травми та кровотечі.

## ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUZІЙНОМУ СИНДРОМІ КІНЦІВКИ ТА ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ

Федосєєва О.В.

Черкаська медична академія, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії, м. Черкаси

**Мета.** Вивчити особливості впливу ішемічно-реперфузійного синдрому на розвиток ендогенної інтоксикації при тяжкій поєднаній травмі.

**Матеріали та методи.** У статевозрілих самців білих щурів, лінії Вістар, середньою масою від 180 до 200г змодельовано поєднану травму органів черевної порожнини за розробленою методикою. Тварини були розподілені на 3 групи дослідження (далі — ГД): ГД-1 — моделювалась тільки реперфузійний синдром кінцівки; ГД-2 — моделювалась тяжка травма органів черевної порожнини та масивна кровотрата; ГД-3 — моделювалась тяжка травма органів черевної порожнини, масивна кровотрата та реперфузійний синдром. Контрольними точками дослідження були: перша, третя та сьома доба після травми.

**Результати та обговорення.** Зміни показників молекул середньої маси (далі — МСМ) в ГД-1 були наступними: МСМ238 — зростання показника спостерігалось з першої доби та склало  $0,18 \pm 0,01$  ум.од., що було достовірно більше ( $p < 0,001$ ) порівняно з показником у контрольній групі дослідження (далі — КГ) ( $0,10 \pm 0,005$  ум.од.). До третьої доби цей показник зріс до рівня  $0,22 \pm 0,01$  ум.од. та зменшився до сьомої доби —  $0,14 \pm 0,01$  ум.од. Аналогічна динаміка спостерігалась з показником МСМ254:  $0,07 \pm 0,01$ ,  $0,11 \pm 0,02$  та  $0,06 \pm 0,004$  ум.од. відповідно, при чому, ці показники були достовірно більшими ( $p < 0,001$ ) ніж у КГ ( $0,03 \pm 0,003$  ум.од.). У показника МСМ260 були наступні зміни: з першої доби відмічалось зростання до рівня  $0,09 \pm 0,01$  ум.од., що майже в 2 рази більше ніж у КГ, де рівень складав  $0,04 \pm 0,005$  ум. од., через три доби спостерігалось подальше збільшення до рівня  $0,13 \pm 0,01$  ум.од., але, через сім діб відмічалось зниження рівня МСМ260 до  $0,1 \pm 0,01$  ум.од., що перевищувало у 2 рази рівень показника відносно КГ.

Таким чином, ішемічно-реперфузійний синдром може приводити до виникнення ендогенної інтоксикації. Цей факт потребує подальшого дослідження та проведення порівняння з показниками у ГД-2 та ГД-3.

**Висновки.** При тяжкій поєднаній травмі розвиток ішемічно-реперфузійного синдрому пов'язан із збільшенням рівня МСМ238 у 7,4 рази, МСМ254 — у 13 разів, МСМ260 — у 10,8 разів, що вказує на розвиток метаболічної ендогенної інтоксикації.

## ОЦІНКА ПРИЧИННИХ ФАКТОРІВ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Кушнір В.А.<sup>1</sup>, Сацк С.П.<sup>1</sup>, Кушнір Г.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» м. Київ

<sup>2</sup>КЗ «Центральна поліклініка Дарницького району», м. Київ

**Мета.** Вивчити причинні фактори, що впливають на ефективність реабілітації постраждалих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП).

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний науковий аналіз 125 випадків первинної інвалідації постраждалих внаслідок ДТП. Використовувались метод експертної оцінки та метод управління ризиками, відповідно до критеріїв та вимог доказової медицини, із застосуванням комп'ютерних технологій.

**Результати та обговорення.** Проведено експертну оцінку ефективних та неефективних випадків реабілітації постраждалих внаслідок ДТП в порівняльному аспекті, що дозволило визначити причинні фактори, які були систематизовані в 3-х групах.

1. Організаційні фактори — відсутні бази реабілітації та недостатня кількість структурних підрозділів оснащення бази. Нemoжливості утриманням реабілітаційних закладів та структур. За ризик орієнтованою методикою такі фактори мають катастрофічний ризик. Питомо вага таких факторів складає 55%.

2. Кадрові причинні фактори. Відсутність штатних посад фахівців з реабілітацією, необізнаності лікарів з питань реабілітації постраждалих даної категорії. За ризик орієнтованою методикою мають критичний ризик. Питомо вага складає 20%.

3. Клініко-методологічні причинні фактори. Практично відсутні методологія та методика відновного лікування скерованих саме на реабілітацію постраждалих внаслідок ДТП. Враховуючи клініко-нозологічні особливості пошкодження, насамперед поєднаний характер травми, психологічні особливості постраждалих. За ризик орієнтованою методикою мають критичний ризик та питому вагу 25% постраждалих.

**Висновки.** На реабілітацію постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод впливають організаційні, кадрові та клініко-методологічні фактори, які повинні бути враховані в процесі проведення реабілітаційних заходів.



## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Кушнір В.А.<sup>1</sup>, Сацжк С.П.<sup>1</sup>, Гребенюк В.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» м. Київ

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет м. Чернівці

**Мета.** Вивчити ефективність реабілітаційних заходів у постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП).

**Матеріали та методи.** Оцінка реабілітаційних заходів була проведена в часовому періоді 12 місяців після отримання пошкодження загально визначеними методиками оцінки функції органів та систем. Вивчалось відновлення функції під час реабілітації у співвідношенні до повної функції органу чи системи.

**Результати та обговорення.** Вивчення реабілітаційних заходів в постраждалих внаслідок ДТП дозволило встановити, що в цілому їх ефективність не є високою та сягає показника не більше 58% обсягу від повного відновлення функції органів та систем організму. При тому, що цей показник дуже різний за системами організму. Так показник поновлення функції опорно-рухової системи (ОРС) в загальному складає 65%, але даний показник має різне значення за анатомічними структурами, що входять до складу ОРС. Реабілітація внаслідок пошкодження хребта — 12%, верхньої кінцівки — 50%, нижньої кінцівки від 80-85% (залежно від рівня пошкодження). Ефективність реабілітаційних заходів стосовно системи зовнішнього дихання складає 67%, абдомінальних пошкоджень 75%, краніальних пошкоджень 25%. Така диференціація вказує на необхідність визначення причинних факторів, які впливають на ефективність реабілітаційних заходів у постраждалих внаслідок ДТП.

**Висновок.** Реабілітація постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод є недостатньо ефективною та потребує подальшого вивчення та удосконалення.

## ВИБРАНІ ПИТАННЯ ТА ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ УЧОВИХ ПРОГРАМ З НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Іскра Н.І.<sup>1</sup>, Кузьмін В.Ю.<sup>1,2</sup>, Крилюк В.О.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки, м. Київ

<sup>2</sup>ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Визначити шляхи покращення навчання слухачів основним елементам надання домедичної та екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) з елементами само- та взаємодопомоги на догоспітальному етапі на кафедрі медицини катастроф та військово-медичної підготовки (далі — кафедра МК та ВМП) Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

**Матеріали та методи.** Ситуація, що склалась в країні протягом останніх років, значно змінила вимоги до навчального процесу і безпосередньо до викладання піднятої проблеми на кафедрі МК та ВМП. Наслідком цього є широке втілення новітніх стандартів з надання домедичної та ЕМД постраждалим у відповідності до клінічних протоколів та вимог клінічної практики, що пред'являються до принципів викладання.

**Результати та обговорення.** Для усунення диспропорції, яка характеризується більш ґрунтовною теоретичною підготовкою в порівнянні з недостатнім рівнем практичних навичок за останній півтора року на кафедрі МК та ВМП, прошли навчання з застосуванням «симуляційного навчання» та використанням сучасного «симуляційного обладнання» 2345 слухачів, які навчалися за 6 та 12 годинною програмами. Розроблені та втілені в навчальний процес програми для навчання слухачів на кафедрі МК та ВМП основним елементам надання домедичної та ЕМД постраждалим з елементами само- та взаємодопомоги на догоспітальному етапі, які передбачають вивчення протокольних схем, що розроблені співробітниками кафедри та ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України», а також відпрацювання практичних навичок на манекенах та обов'язковий динамічний моніторинг знань. Оцінка слухачами свого рівня додипломної підготовки показала наступні результати: «добре» — 10%; «задовільно» — 25%; «незадовільно» — 65%. Основна проблема: низький рівень володіння практичними навичками майбутньої професії. Відповідно до сучасних вимог вітчизняної та міжнародної практики, протягом останніх років на кафедрі МК та ВМП нами проводиться навчання за програмами, що передбачають навчання надання домедичної та ЕМД не лише за умов масового ураження, а також у вповсякденній діяльності. Навчання включає наступні етапи: визначення рівня освоєння мануальних навичок; показ роботи на манекені; безпосередньо тренінг (80-90% часу навчання); індивідуальний підхід; робота в команді; аналіз навчання; порівняння знань, вмінь та навичок до та після проведення навчання.

**Висновки.** Встановлено, що втілення безперервної форми навчання дозволяє стимулювати мотивацію лікарів до удосконалення професійної компетенції фахівці галузі охорони здоров'я. Комплексний підхід та використання на заняттях сучасного «симуляційного обладнання» та наближення ситуації до реальних умов дозволяють стимулювати пізнавальну діяльність, формувати емоційну зацікавленість, продуктивну діяльність та значно покращити результати



щодо першочергових заходів з надання домедичної та ЕМД. Використання у навчальному процесі розробленої нами програми достатньо стрункої, патогенетично обґрунтованої системи надання домедичної та ЕМД на місці пригод з елементами само- та взаємодопомоги надає можливість навчити, закріпити і поглибити теоретичні знання та відпрацювати практичні навички широкому колу слухачів.

## ЧЕРЕЗШКІРНА ПУНКЦІЙНО-ДИЛАТАЦІЙНА ТРАХЕОСТОМІЯ У ВІДДІЛЕНІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Хвальбота М.В., Гузенко В.М., Вірченко Н.В.

### Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя

**Мета.** Показати переваги і ускладнення після проведення пункційно-дилатаційної трахеотомії в умовах відділення інтенсивної терапії (далі — ІТ), як повсякденна операція, основними показаннями до якої є необхідність тривалої штучної вентиляції легень.

**Матеріали та методи.** У відділенні ІТ загального профілю міської клінічної лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги міста Запоріжжя з 2017 по 2018 рік було виконано 20 пункційно-дилатаційних трахеотомій, які були накладені на 3-8 добу. До ускладнень відносили кровотечу, обструкцію трахеостомічної канюлі, підшкірну емфізему, стеноз.

**Результати та обговорення.** Ми проводили пункційно-дилатаційну трахеотомію методом Сіглі, набір «PercuTwist» з гвинтоподібним розширювачем. Із 20 пацієнтів, яким виконували трахеотомію, тільки у 1 виникло ускладнення, таке як стеноз (рання деканюляція).

Переваги пункційно-дилатаційної трахеотомії: короткі терміни виконання (5-10 хвилин); відсутність необхідності транспортування пацієнта в операційну; легка техніка виконання операції; менша травматизація трахеї за рахунок збереження цілісності хрящових кілець; низький ризик кровотечі; полегшується догляд за трахеостоєю і зміна канюлі; менше запальних реакцій; у віддалений період спостерігалось швидке закриття стоми після видалення канюлі; нижче ризик виникнення стриктур трахеї.

**Висновок.** Наш досвід виконання черезшкірної пункційно-дилатаційної трахеотомії показав, що операція є ефективною і безпечною, рідко супроводжується ускладненнями. Однак висока вартість набору не дозволяє більш широко використовувати дилатаційну трахеотомію у відділенні інтенсивної терапії.

## АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТРАВМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ КІНЦІВОК НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Король С.О.

### Українська військово-медична академія, кафедра військової хірургії, м. Київ

**Мета.** Визначити організаційні особливості надання допомоги пораненим з ушкодженнями кінцівок на етапах медичної евакуації (далі — ЕМЕ).

**Матеріали та методи.** Загальний масив дослідження становив 2051 поранений у яких було 3361 вогнепальне та мінно-вибухове поранення кінцівок з квітня 2014 по лютий 2015 років під час проведення антитерористичної операції (далі — АТО). Проведено проспективний статистичний аналіз організаційних та лікувально-евакуаційних заходів (далі — ЛЕЗ) на всіх рівнях медичної допомоги під час АТО.

**Результати та обговорення.** Клінічно-організаційними особливостями надання хірургічної допомоги пораненим, що становили вхідний потік на етап І рівня були накладання асептичної пов'язки у 98,67%, транспортної іммобілізації — у 98,13%, кровоспинного джгута — у 22,4%, проведення знеболення — у 74,93%. У поранених, що були вхідним потоком на етап ІІ рівня, первинну хірургічну обробку рани проведено у 91,7%, фасціотомію — у 42,26%, ампутацію за первинними показаннями — у 10,94%, стеревний апарат зовнішньої фіксації накладено у 38,87%. Удосконалена концепція спеціалізованого лікування поранених з ушкодженнями кінцівок в умовах бойових дій включала: диференційований підхід до ЛЕЗ з урахуванням тяжкості вогнепальних поранень та прогнозу перебігу травматичної хвороби, ранню евакуацію військовослужбовців з ушкодженнями кисті та стопи в спеціалізовані клініки реконструктивної та відновної хірургії. ЛЕЗ обов'язково складається із застосування сучасних медичних технологій: повторної хірургічної обробки із методикою механотрансдукції, конверсію методу остеосинтезу, тактику DCS, мінімальний та малоінвазивний остеосинтез, пластичне заміщення дефектів кісток та м'яких тканин, в подальшому, реабілітацію пацієнтів з ампутуваними кінцівками в профільному відділенні ВМКЦ ППОС м. Ірпінь.

**Висновки.** Основний предиктор стабілізації стану постраждалого — послідовне надання травматологічної допомоги на ЕМЕ, за рахунок своєчасно виконаних операцій, проведення протишокових заходів у поранених з вкрай тяжкими та тяжкими бойовими травмами кінцівок. Надання травматологічної допомоги через один та два рівні призводить до розвитку серцево-судинної та дихальної недостатності. На підставі аналізу показників гомеостазу встановлено, що у поранених з ушкодженнями кисті та стопи скорочення ЕМЕ не погіршує загальний стан, а дихально-циркуляційні розлади під час евакуації носять помірний характер.





## ВПЛИВ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUZІЙНОГО СИНДРОМУ НА ФЕРМЕНТАТИВНУ ЛАНКУ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ТКАНІНІ ПЕЧІНКИ

Кузьмінський І.В.

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

**Мета.** Вивчити вплив ішемічно-реперфузійного синдрому на зміни у системі перекисного окислення ліпідів тканини печінки в експерименті.

**Матеріали та методи.** У ставеозрілих самців білих щурів лінії Вістар, середньою масою від 180 до 200 г змодельовано поєднану травму органів червоної порожнини за розробленою методикою. Тварини були розподілені на 3 групи дослідження (далі — ГД): ГД-1 — моделювався тільки реперфузійний синдром кінцівки; ГД-2 — моделювалась тяжка травма органів червоної порожнини та масивна кровотврата; ГД-3 — моделювалась тяжка травма органів червоної порожнини, масивна кровотврата та реперфузійний синдром. Контрольними точками дослідження були: перша, третя та сьома доба після травми.

**Результати та обговорення.** В результаті проведеного експерименту були отримані наступні результати.

У ГД-1 спостерігалось максимальне значення показника каталази на першу добу —  $0,34 \pm 0,01$  мкмоль/кг, після чого спостерігалось поступове зниження показника. Так на третю добу показник каталази склав  $0,26 \pm 0,02$  та через сім діб —  $0,23 \pm 0,01$  мкмоль/кг. Взагалі, спостерігалось достовірне збільшення ( $p < 0,001$ ) показника каталази як на першу, третю так й сьому добу в порівнянні з контрольною групою (далі — КГ), де її рівень склав  $0,19 \pm 0,01$  мкмоль/кг. Рівень супероксиддисмутази (далі — СОД) в КГ-1 в контрольних точках дослідження склав  $0,64 \pm 0,004$ ,  $0,60 \pm 0,018$  та  $0,57 \pm 0,03$  відповідно, де також спостерігалось достовірне збільшення ( $p < 0,001$ ) показника в порівнянні з КГ.

У ГД-2 рівень каталази склав  $0,26 \pm 0,01$  мкмоль/кг та максимально зростає до третьої доби —  $0,28 \pm 0,02$  мкмоль/кг, але через сім діб дещо зменшувався в порівнянні з першою та третьою добою до рівня  $0,23 \pm 0,009$  мкмоль/кг. Ці показники достовірно ( $p < 0,01$ ) відрізнялися від такого в КГ. Також, у ГД-2 показник СОД досягав максимального значення через одну добу коли складав  $0,57 \pm 0,01$  пит.од./мг. з подальшим зменшенням до 7 доби.

У ГД-3 максимальне значення каталази було зафіксовано через добу —  $0,72 \pm 0,03$  мкмоль/кг, на третю добу спостерігалось його зниження до рівня  $0,55 \pm 0,01$  мкмоль/кг та різке падіння показника каталази через сім діб до рівня  $0,18 \pm 0,01$  мкмоль/кг. Аналогічна тенденція спостерігалась і з показником СОД.

**Висновки.** Зростання активності показників супероксиддисмутази та каталази в групах дослідження свідчить про стійку активність адаптаційних процесів у відповідь на травму.

## ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПОТЕРПІЛИМ З КАТЕГОРІЇ «ЗАВАНТАЖУЙ ТА ВЕЗИ»

Ляхович Р. М.<sup>1</sup>, Джус М.Я.<sup>1</sup>, Мончак Г.В.<sup>1</sup>, Дубчак В.Б.<sup>2</sup>, Шильман Е.Е.<sup>2</sup> Савчук В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» (Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги) м. Тернопіль

<sup>2</sup>Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Тернопіль

**Мета.** Підвищення ефективності первинної діагностики та надання екстреної медичної догоспітальної допомоги потерпілим з травмами різного генезу, які відносяться до категорії «завантажуй та вези».

**Матеріали та методи.** Здійснено аналіз діяльності бригад екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) по наданню медичної допомоги 190 травмованим потерпілим, яких було госпіталізовано в Тернопільську міську комунальну лікарню швидкої медичної допомоги за період 2014–2016 рр. Зокрема, була відібрана звітна документація, де мали місце ушкодження однієї, двох і більше анатомічних ділянок і життєво важливих систем, тобто поєднання нейрохірургічних, торакальних, абдомінальних, скелетних та інших травм. Якість та повноту діагностики ушкоджень оцінювали шляхом порівняльного аналізу діагнозів, що були виставлені лікарями ЕМД й у відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Базовими документами слугували карти виїзду, супровідні листи бригад ЕМД та карти стаціонарних хворих.

**Результати та обговорення.** Аналіз проведених досліджень довів, що бригади ЕМД у ситуаціях із пацієнтами, що належать до категорії «завантажуй та вези», вважають за основу термінову госпіталізацію постраждалого, а обов'язкове надання адекватної медичної допомоги при цьому подеколи не береться до уваги. Відсутність потрібної медичної допомоги на догоспітальному етапі пов'язана із хибною та застарілою доктриною: «евакуація за будь-яку ціну». Водночас, якісно проведений аналіз первинної діагностики свідчить про її важливе, а подеколи й вирішальне значення. Через це викладене власне бачення алгоритму надання медичної допомоги постраждалим із травмами категорії «Завантажуй та вези» на догоспітальному етапі.

Особливістю діагностики при травмах є наступне: наявність пошкодження зазвичай не діагностується, а виключається в процесі вторинного огляду постраждалого «з голови до п'ят» як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах. Забезпечення адекватного знеболення, як провідного методу анальгезії травмованим хворим із введення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків. Після проведення первинного локального обстеження за показами: іммобілізація шийного відділу хребта, застосування жилету Гейндріха, накладання транспортних шин. Вторинне обстеження, яке має на меті виключення інших ушкоджень здійснюється в салоні автомобіля під час транспортування в лікувальну установу.



Деталізація характеру ушкоджень опорно-рухового апарату, ушкоджень органів черевної та грудної порожнини, травми черепа здійснюється на госпітальному етапі.

**Висновки.** Найважливішим завданням надання ЕМД у вогнищі ураження під час виконання первинного обстеження є відновлення життєво важливих функцій організму на тлі первинної зупинки кровотоку SBABC — (SB — зупинка кровотоку, триада Сафара: А — прохідність верхніх дихальних шляхів, В — дихальна функція, С — стан системи кровообігу). Початкові стабільні показники функції зовнішнього дихання й гемодинаміки за наявності шокогенних ушкоджень не є підставою для відмови від проведення ранньої протишокової терапії на догоспітальному етапі.

## МІСЦЕ ПУНКЦІЙНИХ МЕТОДІВ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Максименко М.В.<sup>1</sup>, Тюлюкін І.О.<sup>1</sup>, Дирда О.О.<sup>2</sup>, Сусак Я.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

<sup>3</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Мета.** Покращити результати лікування пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці (далі — СМЖ) шляхом застосування пункційних методів на етапах лікування.

**Матеріали та методи.** Досліджено пацієнтів з СМЖ (N=46), що були госпіталізовані в Київську міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги, до яких було застосовано пункційні методи при визначенні діагностично-лікувальної тактики.

**Результати та обговорення.** На основі отриманих даних нами об'єктивізовано можливість застосування транскутантних пункційних методів дренування внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчаних проток у пацієнтів з різною тривалістю та рівнем гіпербілірубінемії, відповідно до наявності супутньої патології та органної (в першу чергу печінкової) недостатності. Проаналізувавши отримані дані не була доведена ефективність застосування транскутантних-транспечінкових методів декомпресії у хворих з тривалою біліарною гіпертензією, високим рівнем білірубінемії та явищами печінкової недостатності. Натомість у хворих з прогресуючою біліарною гіпертензією та незначною тривалістю гіпербілірубінемії декомпресійні пункційні методи мали виражені позитивні результати, що відобразилося в зменшенні рівня летальності та кількості ускладнень.

**Висновки.** Таким чином, застосування пункційних методів при лікуванні пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці дозволило значно зменшити рівень ускладнень та загальної летальності.

## ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ПЕРЕВІРКИ ЯКОСТІ ЗНАЬ З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ОСІБ БЕЗ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Мороз Є.Д.<sup>1</sup>, Близнюк М.Д.<sup>1</sup>, Елішевський Б.М.<sup>1</sup>, Набоченко О.З.<sup>1</sup>, Назаренко І.І.<sup>1</sup>, Іванов В.І.<sup>1</sup>, Рошнін Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Проаналізувати пропозиції медичних спеціалістів щодо виконання доручення виконуючого обов'язки Міністра охорони здоров'я України У. Супрун від 04.01.2018р. №3 з розробки проекту наказу МОЗ України щодо запровадження порядку перевірки якості знань з домедичної допомоги особам, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з надання домедичної допомоги та зобов'язані здійснювати такі дії та заходи, відповідно до статті 12 Закону України «Про екстрену медичну допомогу».

**Матеріали та методи.** Відповідно до мети було проведено письмове опитування 25 керівників центрів екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) та медичних катастроф (далі — МК), на базі яких діють навчально-тренувальні відділи з підготовки осіб з медичною освітою та таких, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини.

**Результати та обговорення.** Опрацювавши отримані відповіді відповідно до мети дослідження, ми зазначили ті, які найчастіше зустрічалися. Пропозицію «Внести зміни відповідно до сучасних рекомендацій згідно Наказу МОЗ України №398 від 16 червня 2014р. «Про затвердження порядку надання домедичної допомоги при невідкладних станах» — внесли 75% опитуваних. Пропозицію «Розробити проект договору та порядок здійснення та норм оплати, на підставі якого буде здійснюватися підготовка та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу, згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012р. №1115 п.9 та Наказу МОЗ України від 02.03.2009р. №132 «Про організацію навчання окремих категорій неметодичних працівників навичкам першої невідкладної медичної допомоги» відповідно пункту 1.5 «Положення про навчально-тренувальний відділ (центр) підготовки з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях» — внесли 80% опитуваних. Пропозиція «Розробити ліцензійний іспит (залік), який буде складатися кожного календарного року на протязі дії терміну посвідчення, згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012р. №1115 п.11», була відмічена у 83% відповідей. Пропозицію «про створення оснащених симуляційних центрів на базі існуючих навчально-тренувальних відділів обласних центрів ЕМД та МК з розробленою нормативно-провою базою із затвердженням кваліфікаційних характеристик лікарів-викладачів», згідно Наказу МОЗ України від 25.09.2013 № 831 п. 9.9, висловило 95% опитуваних.



**Висновки.** З метою виконання поставленого завдання, затвердження примірною таблицею оснащення симуляційних центрів та порядку здійснення та норм оплати праці лікарів-викладачів із підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу, рекомендуємо прийняти за основу Наказ МОЗ України від 29.03.2017 № 346. Виконання перевірки якості знань покласти на вищі медичні та фармацевтичні навчальні заклади I-IV рівня акредитації незалежно від форми власності та підпорядкування, в тому числі: навчально-тренувальні відділи центрів ЕМД та МК, навчально-тренувальні відділи Товариства Червоного Хреста, інші навчально-тренувальні підрозділи, які провадять діяльність відповідно до законодавства про освіту за програмами, затвердженими МОЗ України і погодженими з МОН України.

## МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ НЕМЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ДІЙ В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

Назаренко І.І.<sup>1</sup>, Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Іванов В.І.<sup>1</sup>, Слічко І.Й.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Оцінити вплив елементів психологічної підготовки на особистісну та ситуативну тривожність в залежності від рівня суб'єктивного контролю у слухачів, які не мають медичної освіти в межах циклу догоспітального етапу підготовки, яка проводилася відділенням підготовки інструкторів з надання медичної допомоги у надзвичайній ситуації на базі Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України.

**Матеріали та методи.** Останнім часом в закладах з підготовки немедичних працівників з надання домедичної допомоги застосовується «симуляційне навчання» з використанням сучасного «симуляційного обладнання» (манекенів, муляжів, фантомів тощо). Відповідно до чого, було анкетовано 201 слухач без медичної освіти, серед яких — 109 (55%) (основна група) проходили підготовку з використанням в процесі навчання сучасного «симуляційного обладнання» (манекенів, муляжів, фантомів тощо), а 92 (45%) особа — здобувала тільки теоретичні матеріали (порівняльна група). Залежно від визначеного рівня суб'єктивного контролю за тестом Є.Ф. Бажина, слухачів обох груп були розподілені на три підгрупи: з нормальним рівнем 42 (38,5%) — основної та 40 (43%) — порівняльної, з екстернальним — 38 (35,0%) і 25 (27%), з інтернальним — 29 (26,5%) і 27 (30%) відповідно. Для визначення особистісної та реактивної тривожності була використана методика С.Spielberger в модифікації Ю.Л. Ханіна. Рівень тривоги за методикою: низький — до 30 балів, помірний — від 31 до 45 балів, високий — 46 і більше

**Результати та обговорення.** Помірний рівень особистісної тривожності спостерігався майже у половини слухачів обох груп, але в порівняльній — цей показник був вищим у 76,5%, ніж в основній — 54,3%. Високий рівень особистісної тривожності був зафіксований тільки у представників порівняльної групи в 1,5%, в основній був відсутній взагалі. Низький рівень особистісної тривожності — 41,7% в основній групі і 33,3% — в порівняльній. Більша кількість слухачів з низькою особистісною тривожністю в основній групі свідчить про те, що застосування в навчальній практиці сучасного «симуляційного обладнання» дає ім'язнання та навички дій в можливих екстремальних ситуаціях. При визначенні ситуативної тривожності спостерігалася аналогічна тенденція: основна група — низький рівень у 42,6% слухачів, тоді як в порівняльній — у 17,2%, помірний рівень — у 34,0% випадків основної та 50,3% в порівняльній, високий рівень — 20,4% та 27,5% відповідно.

**Висновки.** Для удосконалення більш якісного рівня психологічної підготовки слухачів без медичної освіти застосування «симуляційного навчання» з використанням сучасного «симуляційного обладнання» сприяє більш якісній підготовці до надання домедичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій. Визначено, що у слухачів обох груп відзначається помірний рівень особистісної та ситуативної тривожності, що є оптимальним рівнем «корисної тривоги», але у представників основної групи ці показники нижчі. Між тим, низький рівень особистісної тривожності найбільш частіше має місце у слухачів екстернального і інтернального типу суб'єктивного контролю, причому частіше при екстернальному, а високий та низький рівень ситуативної тривожності — у слухачів екстернального та інтернального типів.

## ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПОСТРАЖДАЛОГО ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ ПРИГОДИ

Назаренко І.І.<sup>1</sup>, Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Іванов В.І.<sup>1</sup>, Дорош В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

**Мета.** Визначити вплив типу темпераменту на психологічний стан постраждалого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, з метою встановлення причинно-наслідкового зв'язку між діями та їх наслідками.

**Матеріали та методи.** Експеримент проводився у відділенні політравма Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у 2017 році, експериментальна група складала 53 чоловіки на етапі лікування до 1 місяця: 45 — чоловіки, 8 — жінки. Вік пацієнтів в середньому становив  $41 \pm 7$  років.



Для встановлення індивідуальних особистісних особливостей постраждалих внаслідок ДТП: визначення темпераменту — використана методика Г. Айзенка; визначення характеру — застосовано тест Г. Айзенка «Ваш характер»; оцінка функціонального стану та визначення рівня вихідної соціальної адаптації — методика Р.М. Баєвського.

**Результати та обговорення.** Керуючись методикою Г. Айзенка, отримали дані: кількість сангвініків склала — 33%, флегматиків — 21%, меланхоліків — 11% та холерики становили 35%. Оцінка функціонального стану постраждалих внаслідок ДТП за методикою Р.М. Баєвського (визначення рівня вихідної соціальної адаптації) показала, що водії з темпераментом холерика перебувають у стані найбільшого напруження, ніж водії з іншими типами темпераменту, що надалі може стати причиною проявлення у них ранньої втоми та збільшення ризику за кермом. Водії з темпераментом сангвініка перебувають у стані незначного напруження з тенденцією до підвищення. Водії флегматики перебувають у стані підвищеного напруження з тенденцією до спаду. Водії з темпераментом меланхоліка практично не відчувають напруження, але у складній ситуації через їх неважність та невпевненість напруження дещо підвищується, а потім різко знижується.

**Висновки.** При плануванні заходів зі зниження аварійності на автошляхах України необхідно обов'язково врахувати психофізіологічні особливості водія при проходженні курсів для отримання водійських прав. Визначення впливу типу темпераменту на психологічний стан постраждалого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди необхідно при проведенні судово-медичної експертизи в контексті кримінологічних індивідуально-психологічних особливостей особистості.

## ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ ВІДПОВІДНО ДО ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПРОТОКОЛІВ

Орел В.В.<sup>1</sup>, Іващенко О.В.<sup>1</sup>, Вербицький І.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ

**Мета.** Акцентування особливостей спеціалізованих реанімаційних заходів (Advanced Life Support — ALS) у дітей відповідно до The European Resuscitation Council 2015 ALS Guidelines при підготовці лікарів з фаху «медицина невідкладних станів» (далі — МНС).

**Матеріали та методи.** Статистичний аналіз базисного рівня підготовки та результатів теоретичних знань й практичних навичок, відповідно до протоколу ALS у дітей, серед лікарів кафедри МНС НМАПО імені П. Л. Шупика протягом 2016-2017 років.

**Результати та обговорення.** У роботі представлені дванадцять основних особливостей протоколу ALS у дітей. 1. Послідовність: прохідність дихальних шляхів-дихання (далі — ШВЛ) — компресії грудної клітки (далі — КГК). 2. Початок: 5 вдихів. 3. Співвідношення ШВЛ:КГК у дітей після народження 1:3, у більш старших дітей 2:15. 4. Амплітуда КГК: 4 см у дітей до 1 року, 5 см у дітей старше 1 року. 5. Частота КГК у дітей після народження 90 за 1 хв, у більш старших дітей 100-120 за 1 хв. 6. Частота ШВЛ у дітей після народження 30 за 1 хв, у більш старших дітей 14-16 за 1 хв. (при інтубації трахеї — 10 за 1 хв без перерв на КГК). 7. ШВЛ у дітей після народження починають повітрям (доношені) або 21-30% киснем (недоношені) з можливим підвищенням концентрації кисню; у більш старших дітей 100% киснем. 8. Судинний доступ: периферичний внутрішньовенний або внутрішньокістковий. 9. Дефібриляція (при дефібрилюючих ритмах): 4 Дж/кг через 2 хв (1 цикл). 10. Адреналін 0,01-0,03 мг/кг у дітей після народження, 0,01 мг/кг у більш старших дітей (максимум — 1 мг) кожні 2 цикли. 11. Аміодарон 5 мг/кг болюсно після третього та п'ятого розряду. 12. При гіповолемії: болюсно ізотонічний кристаллоїдний (бажано збалансований) розчин 10 мл/кг у дітей після народження, 20 мл/кг у більш старших дітей (при необхідності повторити).

**Висновки.** 1. Проведення спеціалізованих реанімаційних заходів у дітей повинно базуватися на сучасних протоколах ALS. 2. Відповідно до протоколу ALS у дітей наявність лікаря в системі екстреної медичної допомоги дозволяє розпочинати реанімаційні заходи за межами лікарні. 3. Теоретична підготовка лікарів МНС повинна поєднуватися з симуляційними методами навчання з акцентом на особливостях протоколу ALS у дітей.

## МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ НАСЕЛЕННЯ В ЄДИНІЙ ДЕРЖАВНІЙ СИСТЕМІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЙОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

Мороз Є.Д., Печиборщ В.П., Близнюк М.Д., Сацик С.П., Михайловський М.М., Волошин В.Д.

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

**Мета.** Проаналізувати стан медичного захисту населення та відповідність нормативно-правового забезпечення організації екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) потерпілим при надзвичайних ситуаціях (далі — НС). Обґрунтувати доцільність адаптації нормативно-правової бази ЕМД та медицини катастроф (далі — МК), до положень Кодексу цивільного захисту України, Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та інших нормативних документів Кабінету Міністрів України (далі — КМУ).

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



**Результати та обговорення.** Система надання ЕМД потерпілим в НС в Україні радикально не змінила існуючу раніше в УРСР систему акад. Семашко. З набранням чинності Кодексом цивільного захисту України та Законом України «Про екстрену медичну допомогу» та нормативно-правових документів КМУ, які відмінили цілий ряд нормативно-правових актів, що регламентували діяльність МК, виникла нагальна потреба створення нормативно-правової бази системи адаптованої до чинного законодавства, створення системи ЕМД.

Матеріальне забезпечення працівників ЕМД, технічний стан медичного обладнання та санітарного транспорту системи медичного захисту населення в НС, організація стійкого зв'язку, гарантії соціального захисту його працівників не відповідають світовим стандартам.

**Висновки.** Створення нормативно-правової бази, яка відповідає положенням законодавчої бази, вимогам сьогодення та світовим стандартам, безперечно дасть позитивні результати не тільки в організації діяльності ЕМД та МК в НС, а і в організації чіткої взаємодії підрозділів ЕМД та МК з іншими закладами охорони здоров'я, а також з іншими зацікавленими в цьому процесі міністерствами і відомствами в процесі подолання їх наслідків.

Це повністю регламентує функціонування системи медичного захисту в єдиній державній системі цивільного захисту.

## СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО І ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Мороз Є.Д., Печиборщ В.П., Близнюк М.Д., Сацик С.П., Михайловський М.М., Волошин В.Д.

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

**Мета.** Проаналізувати стан реалізації соціального і правового захисту медичних працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі — Е(Ш)МД) держави в повсякденних умовах та в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (далі — НС).

**Матеріали та методи.** Використані наукові публікації, матеріали конференцій. Бібліографічний та системного підходу. **Результати та обговорення.** Відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (далі — Закон) була змінена структура колишньої служби швидкої медичної допомоги держави, яка поєдналась з одним із напрямків служби — медициною катастроф. Вимогами п. 2 ст. 5 цього Закону визначено, що основними завданнями системи екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) є «організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної ЕМД у тому числі під час виникнення НС та ліквідації їх наслідків». Згідно з п.5 ст.11. Закону «Працівник системи ЕМД, який входить до складу бригади Е(Ш)МД, під час виконання службових обов'язків має право на захист від протиправного посягання на своє життя та здоров'я, яке має забезпечуватись відповідно до вимог законодавства». У п.1. ст.36 Кодексу цивільного захисту України передбачено: «Медичний захист — надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, рятувальникам та іншим особам, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт...».

Нажаль, система обов'язкового страхування особового складу бригад Е(Ш)МД не створена і не функціонує, як не прикро, а соціального та правового захисту працівників цих бригад при ризиках їх повсякденної діяльності та за умов ліквідації наслідків НС немає.

**Висновки.** Враховуючи стан реального соціального і правового захисту медичних працівників бригад Е(Ш)МД, ми вбачаємо нагальною необхідністю створення чинної нормативно-правової бази спроможної вирішити означену надзвичайно актуальну проблему.

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMI

Потяженко М.М.<sup>1</sup>, Іщейкін К.Є.<sup>1</sup>, Настрога Т.В.<sup>1</sup>, Лавренко О.С.<sup>2</sup>, Ткач Л.І.<sup>2</sup>

### <sup>1</sup>Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава <sup>2</sup>КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Полтава

**Мета.** Провести аналіз результатів надання екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) на догоспітальному етапі хворим з інфарктом міокарду з дугоподібним підйомом сегменту ST (далі — STEMI) бригадами КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2015-2017 роки.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 636 карт виїзду бригад ЕМД (Ф-№110/0) та супровідних листів (Ф-№114/0) за 2015-2017 р. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

**Результати та обговорення.** Основним методом відновлення прохідності інфарктзалежної артерії (ІЗА) у хворих зі STEMI, відповідно до Наказу МОЗ України №455 від 2014р., було проведення первинних перкутаних коронарних втручань (далі — ПКВ). Бригадами ЕМД пацієнти зі STEMI госпіталізуються у відділення інтервенційної радіології (ВІР) Полтавської обласної клінічної лікарні для проведення ургентного ПКВ. У 2015р. у ВІР госпіталізовано 51 пацієнт, у 2016р. — 129, у 2017р. — 157, тобто показник пацієнтів, що були госпіталізовані збільшився в 3 рази. Завдяки дистанційній маршрутизації пацієнта, час «перший медичний контакт (далі — ПМК) — балон» скоротився вдвічі і, в середньому складає 54 хв. щорічно. Якщо час «ПМК — балон» перевищує 120 хв., бригадами ЕМД проводиться догоспітальний тромболізис, якого потребують 30% хворих зі STEMI. Протягом 2015-2017р. догоспітальний тромболізис тенектеплазою проводився у 294 випадках, із них фельдшерськими бригадами у 84 (29%). Летальність хворих зі STEMI,



після ПКВ становила 6,3% у 2015р., у 2016р. — 5,5%, у 2017р. — 7,1%. Летальність серед пацієнтів зі STEMI, яким перед стентуванням попередньо проводився тромболізис у 2015р. склала 3,3%, у 2016р. — 3,5%, у 2017р. — 4,1%.

**Висновки.** Застосування реперфузійної терапії хворим зі STEMI сприяло зниженню летальності на Полтавщині у цієї категорії пацієнтів.

## ВПРОВАДЖЕННЯ «ПАРАМЕДИЧНОЇ» СИСТЕМИ — НАЙСКРАВІШЕ НЕПОРОЗУМІННЯ РЕФОРМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Рогов А.В.

### Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва

**Мета.** Зберегти існуючу систему екстреної медичної допомоги в Україні.

**Матеріали та методи.** Було застосовано матеріали нормативно-правових актів, а саме: чинна законодавчо-нормативна база; Рішення селекторних нарад (15.11.2017 року і 23.01.2018 року) з участю керівників обласних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі — ЕМД та МК), науковців, голов первинних профспілкових організацій центрів ЕМД та МК.

**Результати та обговорення.** Незважаючи на спротив медичної спільноти, працівників екстреної медичної допомоги, профспілкових організацій, очільники Міністерства охорони здоров'я України нав'язують «парамедичну» систему надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі — систему, яка абсолютно неприйнятна для нашої держави. З 01 січня 2023 року до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі — ЕМД) планується ввести 2 парамедиків та екстреного медичного техника замість лікаря та фельдшера. Ми виступаємо категорично проти таких змін в системі екстреної медичної допомоги і ось чому.

В Україні вже стартувала реформа ЕМД з 2012 року з прийняттям Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та низки підзаконних актів. Вдалося вирішити цілий ряд питань, які суттєво впливають на роботу служби ЕМД в Україні: служба має законодавчо-нормативну базу і чітко знає свої завдання та функції, в областях почали вводитися в дію єдині автоматизовані оперативно-диспетчерські служби, бригади ЕМД повністю укомплектовані виробами медичного призначення, медикаментами. Значно покращилось оснащення медичною апаратурою, суттєво оновилися парк санітарних автомобілів, внесені зміни в умови оплати праці працівників, покращилась і підготовка кадрів. Суспільство отримало гарантоване право на безкоштовну, своєчасну і ЕМД на догоспітальному етапі.

В Україні не закінчена реформа первинної медико-санітарної допомоги та й взагалі не сформований інститут сімейного лікаря і тому в інтересах здоров'я і життя пацієнтів, особливо в сільській місцевості, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги вимушені виконувати інколи і функції колег з первинки. Не відкриті відділення невідкладної медичної допомоги в багатопрофільних лікарнях і не сформована мережа лікарень інтенсивного лікування та не визначена їх структура. Зміна реально працюючої системи ЕМД потребує тривалого часу — це роки на підготовку фахівців, реальна модернізація лікарень, автомобілі з дорогим сучасним обладнанням, хороші дороги. На все це потрібні величезні кошти, яких у держави немає. Чому замість вирішення реальних проблемних питань в роботі центрів ЕМД та МК, які суттєво впливають на роботу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, йде перейменування посад?

Введення спеціальності парамедик суттєво підриває імідж медичного працівника, і вже сьогодні ми маємо значний кадровий дефіцит як лікарів так і фельдшерів з медицини невідкладних станів, що призведе до кадрового колапсу в системі і аж ніяк не покращить своєчасність та якість надання ЕМД на догоспітальному етапі.

Профспілка працівників охорони здоров'я не погоджує такі зміни.

**Висновки.** Без реформування всіх рівнів надання медичної допомоги, впровадження «парамедичної» системи надання екстреної медичної допомоги не покращить ефективність надання екстреної медичної допомоги населенню, а призведе до повної руйнації системи та збільшення смертності населення України.

## DIFFERENT INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL SYSTEMS` ADAPTATION TO UKRAINIAN ENVIRONMENT

G.Roshchin<sup>1</sup>, Smiley Daniel<sup>2</sup>, G.Roshchina<sup>1</sup>, G.Loboda<sup>1</sup>, S.Kurianov<sup>1</sup>, S.Sinelnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

<sup>2</sup>EMSA Sacramento, CA, USA

**Objective.** To study the modeling, structure and functioning of Emergency medical services (next — EMS) and disaster medicine in US and EU countries for possible adaptation to Ukrainian laws.

**Materials and methods.** The monitoring reports of WHO European Office and 28 European Emergency medical care (next — EMC) standards were analyzed. The US EMS system was also analyzed. Early days the “Franco-German” model dominated in majority of EU countries: Physicians on Ambulance; No First Responders; No Defined “Emergency Department”; No Required EMS System with all EMS Components. In US and few EU countries “Anglo-American” model: transportation component; No Physicians on Ambulance; Fire Department is the First responder on Medical responses; Defined “Emergency Department”.

**Results and discussion.** Now days in Ukraine the following model: Physicians on Ambulances; No first Responders; No defined “Emergency Department”; No Required EMS System with EMS Components. In modern world it is obvious that both “Franco-German” and “Anglo-American” are quickly integrating toward unified and most effective system. Considering





Ukrainian EU integration intention there is a need to adopt our current EMS system to internationally accepted requirements: 1. the presence of Law about EMC and known source for its finance. 2. Prehospitals EMC. 3. Hospital EMC 4. Education and specialties in EMC. 5. EMC response in disasters (disaster medicine).

**Conclusion.** "Franco-German" and "Anglo-American" systems are 87% integrated with each other. The creation of new Ukrainian EMS system that will be adapted to International rules will help to improve the results of patients and disaster victims' treatment.

## STUDING BY STUDENTS OF DENTAL FACULTY OF THE RULES OF THE BLS

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Ukraine

<sup>3</sup>Vienna University, Austria

**Introduction.** The increasing number and types of dangerous accidents and disasters put on demand the need in integrated and unified system of emergency care and disaster medicine in Europe and Ukraine has to be prepared to become a part of this system. Basic life Support (next — BLS) being an integral part of resuscitation in case of cardiac arrest requires that dental practitioners can retain sufficient ventilation and circulation until the cause of the arrest is detected and eliminated. Medical emergencies are not rare in dental practice. Most dentists faced with emergency during there practice 2-3 times a year. It is recommended that all medical students who are exposed to patients must be trained to offer basic life support. The aim of the present study is to assess and compare the level of knowledge and attitudes toward BLS among dentist student of second-year and forth-year.

**Material and methods.** This survey study enrolled second-, third-, and fourth-year dental students National Medical University. The questionnaires consist of two parts: knowledge of participants related to BLS, and attitude toward BLS. The knowledge score for each participant was calculated with a maximum possible score of 10 and minimum score of 1, where a higher score indicates a greater knowledge.

Results. We interviewed 45 dentist students of the second and fourth year. 40 second-year students did not have BLS information the other 5 were not motivated to study. Fourth-year students knew about cardinal resuscitation, but only 20 of them could do correctly. Most (89,5%) of the participant thought that dental student should know about BLS and one should be included in the undergraduate dental curriculum. Some of respondents (8,3%) were reluctant to perform CPR to a patient or a stranger and the cause for reluctance was afraid to do harm of the victim. Concerning the reasons lack BLS knowledge one third believed busy curriculum. Males student of the second year were more likely to demonstrate reluctance than females student. At the end of the surgery program large number of dental students knew meaning of BLS.

**Conclusion.** The dentist's are not well informed about the necessity and expediency of Basis life Support at the second-year and much more educated at the forth-year study.

## ШЛЯХИ ІНТЕГРАЦІЇ МІЖНАРОДНИХ ПРИНЦИПІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Рощин Г.Г.<sup>1</sup>, Зозуля І.С.<sup>1</sup>, Смайли Дениел,<sup>2</sup> Рогов А.В.<sup>3</sup>, Близнюк М.Д.<sup>4</sup>, Іванов В.І.<sup>4</sup>, Теслюк М.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Служба екстреної медичної допомоги штату Каліфорнія, США

<sup>3</sup>ВГО «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф» м. Київ

<sup>4</sup>Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

<sup>5</sup>Віденський університет, Австрія

**Мета.** Удосконалення основних системних принципів надання екстреної медичної допомоги в Україні (далі — ЕМД) на основі аналізу міжнародних стандартів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано сучасні протоколи з надання екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) США, Великої Британії, країн Західної Європи та Австралії.

**Результати та обговорення.** Дослідження показали, що незалежно від особливостей систем ЕМД в цих країнах, у тому числі місцевих, основні напрямки їх діяльності ґрунтуються на єдиних принципах — своєчасність та якість надання ЕМД, спадкоємність догоспітального та раннього госпітального етапів, використання єдиних стандартів та алгоритмів надання ЕМД, які розроблені відповідно до вимог доказової медицини. Створення систем ЕМД в цих країнах розпочалося у 70 роках минулого століття та продовжувалося понад 20 років, що пов'язано з структурними перебудовами всієї сфери охорони здоров'я та значними матеріальними затратами.

Відповідно до міжнародних стандартів, розглядаючи систему ЕМД, як єдине ціле, необхідно виділити її основні компоненти з включенням до системи підрозділів ЕМД та лікувальних закладів усіх форм власності, в першу чергу через внесення відповідних змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та Закону України «Про екстрену медичну допомогу», а саме: наявність джерела фінансування (державний та місцевий бюджети, фонди, гранти тощо) з включенням до системи ЕМД відомчої та приватної екстреної медичної допомоги; адміністративно-фінансове



управління системою ЕМД через місцеві органи виконавчої влади, відомчі установи та приватний сектор; функціональне медичне управління системою (функціональне керівництво шляхом запровадження ліцензування як установ з надання ЕМД, так і індивідуально кожного фахівця з медицини невідкладних станів з контролем на державному рівні); створення повноцінної підсистеми ЕМД на догоспітальному етапі з уведенням нових спеціальностей (екстрений медичний технік, парамедик, медсестра з медицини невідкладних станів, лікар з медицини невідкладних станів).

Паралельно з цим, розробити єдині уніфіковані протоколи для відповідних фахівців в усіх міністерств, відомствах та закладах охорони здоров'я усіх форм власності із запровадженням до програм навчання з медицини невідкладних станів міжнародних програм: BLS; ALS; ACLS, ATLS, PALS, MALS та TISS. Розробити та затвердити: стандарт на автомобілі та їх таблиць оснащення відповідно до прийнятих протоколів, а також, диспетчерської служби з відповідними протоколами фахівця — диспетчера ЕМД. Вищення першочергових питань на госпітальному етапі з надання ЕМД можливо із створенням відділень (палат) невідкладної медичної допомоги багатопрофільних лікарень, «Центрів травми» трьох рівнів та інформаційно-консультативних токсикологічних центрів, у тому числі, відновити в Україні центральний рівень Служби медицини катастроф з утворенням мобільних формувань.

**Висновки.** Відповідно до сучасних вимог суспільства в Україні, створення єдиної системи ЕМД є одним з найважливіших соціальних пріоритетів забезпечення здоров'я населення держави.

## ДОГОСПІТАЛЬНА ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПОЛОГАХ

Роціна Г.Ф., Голяновський О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика  
Кафедра акушерства та гінекології №1, м. Київ

**Мета.** На основі аналізу міжнародних протоколів розробити низку заходів щодо стандартизованого підходу з надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі.

**Матеріали та методи.** Нами проаналізовано протоколи з надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі США та Євросоюзу.

**Результати та обговорення.** Основними компонентами початкового етапу протокольного алгоритму є наступні вимоги збору анамнезу: 1) дотримання безпеки для фахівця, який надає екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі (оцінити безпечність місця надання допомоги, вжити належні заходи щодо запобігання інфекційного впливу для фахівця і породіллі, одягнуті рукавички і захисний халат/накидку); 2) отримати допологовий анамнез — термін вагітності, кількість попередніх вагітностей та пологів; 3) розпитати ознаки та симптоми у роділлі для оцінки періоду пологів — болі в животі і біль у попереку, виділення з піхви (відходження слизової пробки або амніотичних вод), позиви на дефекацію; 4) визначити тривалість перейм та довжину інтервалу між ними; 5) повідомити приймаючу лікарню про процес пологів.

Надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі слід розпочати з об'єктивної оцінки передлежачої частини плоду — при неускладнених пологах це голівка, яка може знаходитися в порожнині малого тазу. Оцінка процесу пологів відбувається на основі наступних моментів: 1) врізання голівки немає — пологи в процесі — дозволити роділлі зайняти зручне положення; 2) є врізання голівки — пологи вже відбуваються.

Допомога при пологах надається в наступному обсязі: 1) при народженні голівки — шприцем відсмоктувати слиз з рота та носа малюка; 2) полегшити проходження переднього (верхнього) плеча та заднього (нижнього) плеча; 3) після народження дитини, затиснути пуповину двома зажимами на відстані 20 і 25 сантиметрів від новонародженого та перерізати пуповину. 4) загорнути новонародженого в теплу ковдру, покласти на живіт матері; 5) після відходження плаценти, проводити контроль щодо надмірної кровотечі, виконувати масаж матки та стиснути будь-які розриви, що можуть кровоточити; 6) захочувати матір кормити груддю, що сприяє зупинці кровотечі.

За потребою — застосування інгаляцій киснем та контроль показників пульсоксиметрії. За необхідності — налаштувати внутрішньовенне введення 0,9% фізіологічного розчину або розчину Рінгера. Підтримуюча терапія і контроль життєво важливих показників відбувається до моменту, поки породіллі та новонароджений не будуть передані на наступний рівень медичної допомоги.

**Висновки.** В усіх проаналізованих міжнародних протоколах виявлено єдиний уніфікований підхід до надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі, який, за нашими висновками, запобігає розвитку ускладнень у новонародженого та породіллі на наступному рівні медичної допомоги.

## ОРГАНІЗАЦІЯ МІЖВІДОМЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Сличко І.Й., Мазуренко О.В., Роціна Г.Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Узагальнити досвід національної взаємодії різних відомств щодо організації надання медичної та гуманітарної допомоги цивільному населенню в умовах конфлікту в зоні антитерористичної операції (далі — АТО).

**Матеріали та методи.** Робота ґрунтується на власному досвіді, отриманого під час роботи на контрольному пункті



в'їзду-виїзду (далі — КПВВ) «передньої лінії» зони АТО на донецькому напрямку в березні 2017 року.

**Результати та обговорення.** Серед факторів ризику для цивільного населення було визначено: велике скупчення людей, потенція ймовірність застосування вибухових пристроїв та вогнепальної зброї, значна кількість осіб похилого віку, осіб з особливими потребами та дітей. Організація функціонування КПВВ, імплементується розв'язанням наступних питань, зокрема: безпека — забезпечується військовослужбовцями збройних сил України; медичні (екстрена медична допомога) — працівниками екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, добровольцями-медиками Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. М.І. Пирогова; гуманітарні (продукти харчування, питна вода, обігрів, вибіральні тощо) — міжнародною організацією «Premier urgency international». Медична бригада складалася з 1 лікаря, 1 медичної сестри, 1 водія. Впродовж 30 днів за медичною допомогою звернулось 668 осіб, серед них 96% дорослих, 4,0% дітей віком 1 — 14 років. Серед дорослих основною причиною звернень визначено: вегетосудинна дистонія, що пов'язана зі стресом і соматоформними розладами та гіпертензією (43,0%); біль у животі (16,4%); побутові травми (14,8%). Серед дітей превалювали: ГРВІ (48,3%); неінфекційні гастроентерити і коліти, діарея (41,4%). 213(31%) особа потребували госпіталізації до місцевих закладів охорони здоров'я.

**Висновки.** До пріоритетних напрямів взаємодії та координації під час проведення антитерористичних операцій слід визнати: безпековий, медичний та гуманітарний. Безпекові питання належать до компетенції відповідних органів згідно чинного законодавства, медичні аспекти — системі охорони здоров'я України з можливим офіційним залученням добровольчих організацій. До реалізації гуманітарних питань доцільно залучати неурядові та благодійні організації, у т.ч. іноземні. Впровадження міжвідомчої взаємодії та координації передбачає: розробку, узгодження та впровадження чіткого плану дій між всіма учасниками операції.

## РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ УКРАЇНИ В НАШИХ РЕАЛІЯХ

Стахова Н.І.

### Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва

**Мета.** Збереження системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України (далі — МОЗ).

**Матеріали та методи.** Рішення конференцій, круглих столів, зборів колективів, рішення селекторних нарад, засідань, громадських обговорень, робочі зустрічі з депутатами Верховної Ради та представниками Кабінету Міністрів, дані соціологічних опитувань.

**Результати та обговорення.** На сьогодні «швидка» один з найнадійніших гвинтиків у всій системі охорони здоров'я України. І чи не єдина служба, яка працює чітко та відповідально, незважаючи на всі кризи, труднощі і залишається безкоштовною для всіх верств населення протягом двадцяти чотирьох годин і за будь-яких умов. Заяви представників МОЗ про парамедиків дуже стривожили медичну спільноту, викликали хвилю критики, налякали населення. Для ефективної роботи системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі — ЕМД та МК) необхідне виконання вже існуючого Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та фінансування.

У багатьох регіонах злагоджено працюють оновлені, модернізовані оперативно-диспетчерські системи центрів ЕМД та МК з GPS-технологіями (м.Київ, Харківська, Дніпровська, Херсонська, Сумська, Полтавська та інші). Цілодобово працює колл-центр (м.Київ та в інших регіонах), де безкоштовно по телефону кожен може отримати пораду лікаря щодо здоров'я чи іншу медичну потрібну інформацію. Успішно функціонують консультативно-телеметричні центри (передача електрокардіограм з їх розшифруванням) і відповідно відразу на місці пацієнту надана необхідна кваліфікована лікарська допомога з інфарктом міокарда чи іншою кардіологічною патологією, не має потреби чекати коли довезуть до лікарні, враховуючи наші регіони, де дороги не пристосовані для госпіталізації пацієнта на протязі години від моменту виклику до приймальних чергових лікарень або до приймальних відділень екстреної медичної допомоги лікарень інтенсивного лікування, які ще не існують, але МОЗ вже рекомендує, що треба госпіталізувати до не існуючих «Emergency department».

Що стоїть за новими реформами «швидкої»? Це життя пацієнта, яке залежить від трьох речей: знань і умінь, мотивації та бажання допомогти і ми працівники ЕМД та МК МОЗ України рятуємо цілодобово життя не зважаючи на відсутність реальної мотивації.

Персонал «швидкої» — головна цінність системи, це лікарі та фельдшери, які рятують життя і з задоволенням проходять і хочуть проходити навчання, щодо вдосконалення практичних навичок та наблизити надання допомоги до міжнародних стандартів і воліє теж бажаною приєднатися до навчання, щоб завжди бути допомогою для бригади лікаря та фельдшера. Система ЕМД міста Києва рятує життя вже 116 років, а парамедична система з'явилась лише у 70-их роках минулого століття як допомога при поліції, пожежниках, то де буде вища кваліфікація надання медичної допомоги, де століттями передавався досвід та постійно удосконалюється система чи там де існує всього 40 років зовсім інша система підтримання життєвих функцій потерпілому. Згідно даних соціологічного опитування «Рейтинг» за 2017 рік серед населення найбільша довіра серед медичних працівників — це до лікаря екстреної медичної служби (у 67% респондентів). Чи думкою населення теж треба нехтувати?

**Висновки.** Реформи необхідні, але спочатку необхідно, щоб працювала первинна медико-санітарна допомога, щоб були створені приймальні відділення «Emergency department» та налагоджені дороги у всіх регіонах України. Необхідно



створювати в усіх територіальних центрах ЕМД та МК навчальні відділення та симуляційні класи. Вкрай необхідно зберегти у системі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф посаду лікаря та фельдшера бригади, бо найдорожче — це життя пацієнта.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКОНАННЯ НОРМАТИВІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИЗНАЧЕНИХ НА ЗАКОНОДАВЧОМУ РІВНІ

Тихенко С.В.

### Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва

**Мета.** Дослідити особливості алгоритму виконання виклику від населення щодо надання екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) за єдиним номером «103» відповідно до критеріїв розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та неекстрені.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз критеріїв розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та не екстрені, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012р. № 1119.

**Результати та обговорення.** Автоматизована система управління оперативно-диспетчерської служби ЕМД за єдиним номером «103» це: автоматична обробка ознаки виклику; виключення людського фактору в оперативному управлінні бригадами ЕМД; забезпечення нормативу негайного виїзду бригади ЕМД на виклик шляхом транслявання виклику від диспетчера «103» на мобільний термінал бригади ЕМД; автоматичне керування етапами виконання виклику; взаємодія із автоматизованою системою управління «Smart city»; забезпечення «Зеленого коридору» бригадам ЕМД в режимі реального часу; надання інформації про ризики на шляху слідування бригади ЕМД на виклик в режимі реального часу; взаємодія з підрозділами патрульної поліції та Державної служби надзвичайних ситуацій (далі — НС), аварійними службами в реальному часі; реєстрація оперативних даних про виконаний виклик; автоматичне транслявання оперативних даних про виклик до Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань НС (форма 155); реєстрація статистичних даних про виконаний виклик; економія ресурсів системи ЕМД.

**Висновки.** Потребує зміни постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012р. № 1119 стосовно алгоритму виконання виклику від населення щодо надання екстреної медичної допомоги за єдиним номером «103», відповідно до впровадження до критеріїв розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та не екстрені — екстрене перевезення від «Сімейного лікаря».

## ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ БІЛІАРНИМ ПАНКРЕАТИТОМ У РАННІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Цимбалюк Р.С.<sup>1</sup>, Максименко М.В.<sup>1</sup>, Тюлюкін І.О.<sup>1</sup>, Сусак Я.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Мета.** Покращити результати лікування хворих з гострим біліарним панкреатитом (далі — ГБП) шляхом обґрунтування, розробки та впровадження в клінічну практику малоінвазивних хірургічних технологій у ранній фазі захворювання.

**Матеріали та методи.** Було досліджено 76 пацієнтів з ГБП та розподілено на групи: на основі ретроспективного аналізу першу групу склали хворі з традиційним алгоритмом лікування (N=30); другу групу сформовано на основі аналізу лікування хворих до яких було застосовано малоінвазивні хірургічні технології у ранній фазі захворювання (N=46).

**Результати та обговорення.** На основі отриманих даних нами обґрунтовано, розроблено та впроваджено в лікувальну тактику алгоритм вибору методу хірургічного лікування пацієнтів з ГБП, в основу якого покладено ретельне визначення тривалості захворювання, наявності супутньої патології, синдрому поліорганної недостатності та її тривалості, рівня біліарної гіпертензії (далі — БГ) та гострих рідинних скупчень. Пацієнтам другої групи, з попереднім врахуванням показів-протипоказів, проводилися наступні малоінвазивні втручання: лапароскопічна холецистектомія, яка при необхідності поєднувалася з інтраопераційною холедохоскопією, холедохолітотомією та літоекстракцією, зовнішнім дренажуванням холедоха; ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія у поєднанні з ендоскопічною папілосфінктеротомією та літоекстракцією, ендоскопічним стентуванням холедоха; пункційні методи з метою ліквідації БГ при неможливості застосування описаних вище варіантів хірургічного лікування.

**Висновки.** Запропонований індивідуальний підхід до лікування гострого біліарного панкреатиту у поєднанні з малоінвазивними хірургічними технологіями у ранній фазі захворювання дозволив зменшити кількість ускладнень, летальність та знизити розвиток некротичних форм панкреатиту.

## ЩО КРИЄТЬСЯ ЗА ЗАМІНОЮ ПОСАД В СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вершигора А.В., Тихенко С.В.

### Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва

**Мета.** Дослідити виконання нормативів, визначених на законодавчому рівні, працівників оперативно-диспетчерської служби Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, зміни яких ініціює Міністерство охорони



здоров'я (далі — МОЗ) України у 2018 році, щодо введення посади диспетчера оперативно-диспетчерської служби без медичної освіти.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз існуючих нормативно-правових актів щодо роботи оперативно-диспетчерської служби Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі — ЦЕМД та МК) в Україні.

**Результати та обговорення.** Для виконання завдань покладених на оперативно-диспетчерську службу ЦЕМД та МК Постановами Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1118 «Про затвердження Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події» та від 21.11.2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» в Довіднику класифікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я» передбачена посада «Фельдшер з інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги» за спеціальністю «Медицина невідкладних станів», з освітньо-кваліфікаційними характеристиками «Фельдшер», «Сестра медична».

Чи доцільні зміни, які ініціює МОЗ України, щодо введення посади диспетчера оперативно-диспетчерської служби ЦЕМД та МК без медичної освіти, та корисно для реформованої системи охорони здоров'я на даному етапі в Україні?

**Висновки.** Введення посади диспетчера оперативно-диспетчерської служби, яка не передбачає у працівника медичної освіти, унеможливить виконання вище вказаних нормативних актів, а саме прийняття рішень щодо розподілу викликів, які реєструються в оперативно-диспетчерському відділі служби екстреної медичної допомоги, за телефоном «103» за категоріями — «Екстрений» або «Неекстрений».

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОЇ ГОСПІТАЛЬНОЇ МЕМБРАНОПРОТЕКЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ОБ'ЄМУ ВОГНИЩА УРАЖЕННЯ

Волосовець А.О.<sup>1</sup>, Зозуля І.С.<sup>1</sup>, Зозуля А.І.<sup>1</sup>, Боброва В.І.<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ**

**Мета.** Дослідити ефективність ранньої госпітальної мембранопротекції для лікування пацієнтів із гострим ішемічним інсультом.

**Матеріали та методи.** За схемою ранньої госпітальної мембранопротекції, крім стандартної терапії призначали цитиколін за наступною схемою: 1-5 добу – 1000 мг на 200 мл фізіологічного розчину хлориду натрію в/в крапельно 2 р/д, 6-10 добу – 500 мг в 200 мл 0,9% розчину NaCl в/в крапельно 2 р/д, 11-15 добу – 200 мг перорально 3 р/д. Для оцінки ефективності ранньої госпітальної мембранопротекції пацієнти були розділені на 3 групи. До 1-ї групи були включені 73 пацієнти у віці від 48 до 83 років (середній вік – 63,2±1,5 року) з середнім об'ємом інсультного вогнища (24,3±6,9 см<sup>3</sup>) та початковим дефіцитом 13,2±4,2 бала за шкалою інсульту — NIHSS (National Institutes of Health Stroke). 2-а група включала в себе 54 пацієнти у віці від 52 до 83 років (середній вік — 64,3±1,2 року), з порівняно невеликим об'ємом ішемічного вогнища (8,3±2,6 см<sup>3</sup>) та початковим дефіцитом у 10,8±3,1 бала за шкалою NIHSS. Що ж до 3-ї групи, куди входило 24 пацієнти у віці від 52 до 83 років (середній вік – 63,6±1,3 року) із значним інсультним вогнищем з середнім об'ємом 46,2±11,3 см<sup>3</sup>, з дефіцитом у 15,5±3,9 бала за шкалою NIHSS на початку лікування.

**Результати та обговорення.** Аналіз регресу дефіциту показав, що серед пацієнтів 1-ї групи швидкість відновлення функцій складала в середньому 2,25 бала по шкалі NIHSS протягом тижня, а достовірна (p<0,05) різниця в балах порівняно із початковим дефіцитом була досягнута на 14 день лікування (9,4±1,6 бала). Для 2-ї групи швидкість відновлення була найнижчою — 1,67 бала за тиждень, а достовірна (p<0,05) різниця в порівнянні з початковим дефіцитом виявлялася лише на 14 день (7,2±1,3 бала). Для 3-ї групи регрес симптоматики виявився найбільш вираженим і склав 4,25 бала за тиждень, досягнувши достовірної різниці (p<0,05) вже на 7 добу (10,3±1,6 бала).

**Висновки.** Отримані нами результати підтверджують ефективність використання мембранопротекторної терапії в ранньому госпітальному періоді ішемічного інсульту та дозволяють патогенетично пов'язати цей ефект зі значним набряком та підвищеною проникністю гематоенцефалічного бар'єра для препарату.

## МІСЦЕ ТА ОСОБЛИВОСТІ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ФАХІВЦІВ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Яковцов І.З., Загуровський В.М., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С., Мустафа В.І.

**Харківська медична академія післядипломної освіти, Кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф, м. Харків**

**Мета.** Вдосконалення післядипломної освіти фахівців з медицини невідкладних станів шляхом використання симуляційних методів навчання в Харківській медичній академії післядипломної освіти (далі — ХМАПО).

**Матеріали та методи.** За даними багатьох досліджень стосовно незалежної оцінки переддипломної та післядипломної освіти в медичній галузі не викликає ніякого сумніву те, що основний тягар набуття необхідних компетенцій в підготовці фахівців з медицини невідкладних станів лягає саме на плечі післядипломної освіти. Основним, а, в деяких випадках — єдиним методом навчання та відпрацювання цих компетенцій є симуляційне навчання. Воно дозволяє освоїти ті навички та маніпуляції, які несуть у собі загрози для хворого і не можуть бути багаторазово повторювані, що унеможлиблює їх навчання в процесі надання допомоги хворим та постраждалим.



**Результати та обговорення.** Кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф ХМАПО на всіх етапах післядипломної освіти при підготовці фахівців, як з медицини невідкладних станів, так і суміжних спеціальностей, широко використовує симуляційні методи навчання. Основними є відпрацювання практичних навичок, вмінь на базі тренажерів та симуляторів навчально-тренінгового центру, основною базою якого є кафедра. Комплектація та технічне забезпечення центру дозволяє проводити відпрацювання всього переліку практичних навичок, які повинні оволодіти фахівці. Наступним напрямком є використання методики «виртуального пацієнта» в підготовці. Ця методика, як у простому, так і розгалуженому варіантах, дозволяє ефективно, в режимі реального часу, формувати навички клінічного мислення, діагностики, диференціації та прогнозування, підбору адекватного набору лікувальних заходів для кожного конкретного випадку. Вона може використовуватись як для навчання, так і сертифікації спеціаліста. Інтегруючи, вказані вище, методики навчання, є метод ролевих ігор. Використовуючи різні варіанти ролевих ігор, слухачі мають можливість засвоїти роботу в команді, знаходити своє місце у відповідності до зміни обставин, прогнозувати розвиток подій та бути готовими до реагування на різноманітні ситуації. Особливо незамінним є симуляційне навчання для попередження згасання компетенцій і навичок, які досить рідко застосовуються в повсякденній роботі. Тут слід зазначити необхідність постійного тренування прийомів життєзабезпечення фахівцями суміжних спеціальностей.

**Висновки.** Симуляційне навчання є основною та невід'ємною частиною навчального процесу в підготовці фахівців з медицини невідкладних станів. Саме воно надає можливість безпечного оволодіння та вдосконалення всіх, необхідних в роботі, компетенцій та навичок, моделювання надзвичайних ситуацій та командної роботи в них.

## ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Забашта В.Ф.

КЗОЗ «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків

**Мета.** Удосконалення організації роботи служби екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) в Харківському регіоні хворим з гострим коронарним синдром (далі — ГКС).

**Матеріали та методи.** За даними сучасної спеціалізованої літератури одним із провідних чинників, які обумовлюють високу смертність від серцево-судинних захворювань в світі, є ГКС, який поєднує такі стани, як нестабільна стенокардія і інфаркт міокарду. Відомо, що вплинути на масштаб ураження міокарду, і, як наслідок — смертність — можливо лише у перші години його розвитку (за даними різних авторів від 2 до 4 годин). Тому проблема надання ранньої висококваліфікованої допомоги хворим з ГКС залишається найбільш актуальною в Україні, вирішення якої дозволить знизити смертність і інвалідизацію пацієнтів, насамперед, осіб працездатного віку. На теперішній час спеціалізовані заклади охорони здоров'я в Україні мають всі необхідні умови для надання допомоги хворим з ГКС на сучасному європейському та світовому рівні. Однак, на жаль, час прибуття пацієнта в стаціонар в багатьох випадках перевищує термін, коли можливо запобігти розвитку незворотних наслідків ГКС. Цей термін складається з низки факторів — часу від початку болю до виклику швидкої допомоги, часу прибуття бригади екстреної допомоги, часу перебування бригади на місті події, часу транспортування до спеціалізованого закладу охорони здоров'я.

**Результати та обговорення.** За останні роки в Харківському регіоні вирішено багато питань організації роботи служби ЕМД, значно скорочені і доведені до світових стандартів термін прибуття бригад на виклик, проведені заходи щодо організації дорожнього руху. Це дозволяє керівництву Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (м. Харків) проводити роботу з метою оптимізації обсягу заходів, необхідних для діагностики та надання ЕМД хворим з ГКС на догоспітальному етапі.

**Висновки.** Організація надання екстреної медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдром, в першу чергу, спрямована на скорочення терміну отримання висококваліфікованої допомоги в умовах спеціалізованого стаціонару.

## СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ОСНОВНИМ ПРИНЦИПАМ СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ФАХІВЦЯМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Загуровський В.М., Яцина Г.С., Соколов А.С., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф, м. Харків

**Мета.** Відповідно до сучасних вимог суспільства, з метою удосконалення надання екстреної медичної допомоги (далі — ЕМД) одночасно великої кількості постраждалих розробити додаткові критерії основних принципів сортування.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз нормативно-правових актів (Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI; Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу») стосовно загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих на догоспітальному етапі, в першу чергу, бригадами ЕМД або медичним працівником, що першим прибув на місце події.

**Результати та обговорення.** Діючі принципи та основи сортування постраждалих несуть на собі чіткий відбиток періоду глобального протистояння епохи холодної війни та розраховані на великі масиви постраждалих. Вони відповідно формувалися для «ідеальних» умов, що були розроблені та сплановані для умов застосування засобів масового враження. В реаліях сьогодення такі умови відсутні, а багато з тих старих принципів та засад стають перешкодами в розвитку процесу сортування в теперішніх динамічних умовах.





Нами зроблена спроба пристосування та адаптація старих основ з урахуванням сучасних умов та стану працюючої вогнищі надзвичайної ситуації бригади ЕМД. Основний принцип сортування – оцінка соматичного стану на час огляду – ліг основою, на тлі якого були застосовані інші, додаткові критерії. До цього спонукало розуміння того, що процес сортування – це не тільки розподіл на потоки постраждалих, але і необхідність одночасного надання ЕМД за вітальними показниками та прогнозування (формування) подальшого маршруту проходження кожного постраждалого. Перш за все, ми відійшли від статичної картини враження і доповнили її динамікою — появою нових локусів ураження та ускладнень з боку наявних. Це приводило до зміни стереотипів дій та пластичності в роботі бригади, її адекватності. Наступним чинником було встановлення преморбідного стану постраждалих, що давало можливість оцінити компенсаторні можливості та вразливі місця в механізмах регуляції й виникнення ускладнень, які можуть бути більш загрозливими, ніж основне враження. Наступною була спроба прогнозування можливих ускладнень та необхідність, нагальність додаткових дій та втручань для їх попередження або послаблення. На основі одержаної інформації формується план негайних та відстрочених заходів, невідкладність, напрям та шляхи евакуації, та заходи в процесі її проведення, супровіді та інше.

**Висновки.** В умовах роботи бригади швидкої медичної допомоги запропонована удосконалена схема динамічного принципу медичного сортування значно покращує якість та прогноз надання екстреної медичної допомоги великої кількості постраждалих.

## ЗАСТОСУВАННЯ NPW THERAPY В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРАНЕНЬ І ТРАВМ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ЖИВОТА

Заруцький Я.Л., Асланян С.А., Компанієць А.О., Гончарук В.С., Вовк М.С.

Українська військово-медична академія, Кафедра військової хірургії, м. Київ

**Вступ.** Що позитивно впливає на процес загоєння та активно стимулює репаративні процеси, зменшує бактеріальну контамінацію в тканинах і, таким чином, прискорює процес загоєння ран.

**Мета.** Оцінити ефективність застосування негативного тиску при застосуванні вакуум асоційованої терапії (далі — VAC-терапії) у важкопоранених з дефектами м'яких тканин та розвитком ускладнень з боку внутрішніх органів грудної та черевної порожнин, та покращити результати лікування у даній категорії пацієнтів із поєднаною травмою грудної клітки та живота.

**Матеріали та методи.** Загальний масив дослідження становив 42 поранених та травмованих із поєднаною травмою грудної клітки та живота, що мали значні дефекти м'яких тканин та ускладнення з боку внутрішніх органів, в період з 2014 по 2016 роки під час проведення антитерористичної операції. Проведено проспективний статистичний аналіз результатів лікування ран негативним тиском — NPWT (Negative pressure wound therapy) із застосуванням методу VAC-терапії. Принцип методу заснований на використанні закритої дренажної системи, яка підтримує негативний тиск в ділянці рани.

**Результати та обговорення.** Клінічні спостереження виконувалися у 42 хворих з раньовими дефектами м'яких тканин та ускладненнями внутрішніх органів грудної та черевної порожнин. Загальний масив дослідження хворих розподілено на 2 групи: 1-а (група дослідження) складала 28 пацієнтів; 2-а (контрольна група) — 14 пацієнтів, яким застосовували консервативні методики лікування ран. В 1-й групі використовували систему NPWT. Напротязі перших 48 годин використовували постійний режим з рівнем негативного тиску 125 мм рт.ст. В подальшому змінювали на перемінний в межах 80-130 мм.рт.ст. Після зникнення ознак запалення та появи оптимальної грануляційної тканини виконано закриття раньового дефекту методом пластики місцевих тканин.

**Висновки.** Використання методу VAC-терапії в 1-й групі дослідження значно скорочує терміни лікування у порівнянні з використанням консервативних методик лікування ран в 2-й групі. Отже, застосування вакуум-терапії позитивно впливає на регенерацію тканин та зменшує терміни дозрівання грануляційної тканини, що покращує якість підготовки раньового дефекту до наступної реконструктивно-пластичної операції. На етапах медичної евакуації це зменшує період лікування та оптимізує лікувально-евакуаційні заходи.

►►► ПРОДОВЖЕННЯ



## ХІРУРГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ, ЕНДОСКОПІЯ, КОМБУСТІОЛОГІЯ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ КЛІТИННІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ ТА СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ»

26 квітня 2018 року • Час проведення: 10.00–14.00

**Організатор:** Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України  
**Головуючі:** Костилев М.В., Салютін Р.В., Дрюк М.Ф., Габрієлян А.В.

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Проблеми та перспективи розвитку клітинної трансплантації

**Доповідачі:** Салютін Р.В., Паляниця С.С., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Моніторинг функціонального стану серця у хворих з дилатаційною кардіоміопатією після клітинної трансплантації

**Доповідач:** Костилев М.В., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Вплив стовбурових клітин кордової крові на процеси регенерації при кардіоміопатії у моделі хронічного ураження міокарду (експериментальне дослідження)

**Доповідачі:** Доманський Т.М., Сморжевський В.Й., Миронюк О.І., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Трансплантація стовбурових клітин пуповинної крові у хворих з дилатаційною кардіоміопатією як альтернатива хірургічному втручанню

**Доповідач:** Габрієлян А.В., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Вплив трансплантації стовбурових клітин пуповинної крові на розвиток аритмій у віддаленому періоді у пацієнтів з кардіоміопатією

**Доповідачі:** Кудлай І.В., Романова С.В., Габрієлян А.В., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Ствобурові клітини в лікуванні ішемічної хвороби серця

**Доповідач:** Кирик В.М., ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

**Тема:** Клітинно-тканинні трансплантації в лікуванні захворювань судин нижніх кінцівок

**Доповідачі:** Дрюк М.Ф., Кірімов В.І., Барна І.Є., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

**Тема:** Застосування методів клітинної терапії в лікуванні трофічних виразок та хронічних ран і дефектів м'яких тканин

**Доповідачі:** Кірімов В.І., Дрюк М.Ф., Барна І.Є., ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ДОСЯГНЕННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ НЕЙРОРЕНТГЕНОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ»

27 квітня 2018 року • Час проведення: 10.00–12.00

**Організатор:** ДУ «Науково-практичний Центр ендовазкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Вітання учасників конференції та огляд сучасних досягнень інтервенційної та нейроінтервенційної радіології у сучасній медицині

**Доповідач:** Щеглов Д.В.

**Тема:** Рентгеноендовазкулярне лікування артеріовенозних мальформацій різної локалізації з застосуванням нейроендовазкулярних технологій

**Доповідач:** Альтман І.В.

**Тема:** Ендовазкулярне лікування ішемічного інсульту, спричиненого гострою оклюзією великої церебральної артерії

**Доповідач:** Конопчик С.В.

**Тема:** Досвід ендовазкулярного лікування травматичних ушкоджень артерій голови та шії

**Доповідач:** Свиридюк О.Є.

**Тема:** Поширеність та клінічні прояви фузиформних артеріальних аневризм судин головного мозку, методи їх діагностики

**Доповідач:** Кудельський Я.Є.

**Тема:** Перфузійні зміни при ішемічних порушеннях мозкового кровообігу в різні періоди захворювання

**Доповідач:** Коваленко О.П.

**Тема:** Досвід лікування спінальних дуральних артеріовенозних фістул



**Доповідач: Самоненко Ю.М.**

**Тема:** Етапне хірургічне лікування ішемічної форми синдрому діабетичної ступні

**Доповідач: Нікішин О.Л.**

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОЛЕЖНІВ, УСКЛАДНЕНИХ РАН ТА ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ З ОПІКАМИ ТА ЇХ НАСЛІДКАМИ

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–16.00**

**Організатор:** Кафедра комбустіології та пластичної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика

### ПРОГРАМА

#### Перше засідання

**Головуючі: Козинець Г.П., Олійник Г.А., Коваленко О.М.**

**Тема:** Стан надання медичної допомоги хворим із опіками та їх наслідками в Україні. Інноваційні здобутки лікування комбустіологічної служби України

**Доповідач: Козинець Г.П., професор**

**Тема:** Стан надання комбустіологічної допомоги хворим із опіками та їх наслідки в Харківській області та інноваційні здобутки в лікуванні опіків

**Доповідач: Олійник Г.А., професор**

**Тема:** Стан надання комбустіологічної допомоги хворим із опіками та їх наслідки в Дніпропетровській області та інноваційні здобутки в лікуванні опіків

**Доповідач: Слесаренко С.В., професор**

**Тема:** Стан надання комбустіологічної допомоги хворим із опіками та їх наслідки у Вінницькій області та інноваційні здобутки в лікуванні опіків

**Доповідач: Нагайчук В.І., професор**

#### Друге засідання

**Головуючі: Слесаренко С.В., Нагайчук В.І., Жернов О.А.**

**Тема:** Принципи профілактики та консервативного лікування пролежнів різних локалізацій у хворих із тяжкими опіками. Використання сучасних засобів

**Доповідачі: Козинець Г.П., проф.; Коваленко О.М., проф.; Солодкий Ю.А.**

**Тема:** Основні засади хірургічного лікування пролежнів різних локалізацій у хворих із тяжкими опіками

**Доповідачі: Жернов О.А., д.м.н.; Жернов А.О., к.м.н.; Стаскевич С.В.**

**Тема:** Особливості хірургічного лікування пролежнів у хворих із опіками

**Доповідач: Перцов В.І., проф.; Пономаренко О.В., к.м.н.**

**Тема:** Вибір методу оперативного лікування пролежнів у хворих із тяжкими опіками

**Доповідач: Савчин В.С., к.м.н.**

**Тема:** Фіксовані виступи. Регламент одного виступу 5 хвилин

**Доповідачі: Тацюк С.В., к.м.н. (Одеса); Савчин В.С., к.м.н. (Львів); Пономаренко О.В., к.м.н. (Запоріжжя)**

#### Третє засідання

**Головуючі: Нагайчук В.І., Перцов В.І., Савчин В.І.**

**Тема:** Інноваційні технології лікування пролежнів у хворих із тяжкими опіками

**Доповідач: Олійник Г.А., професор**

**Тема:** Використання ВАК-терапії в лікуванні поширених пролежнів при тяжких опіках

**Доповідач: Тацюк С.В., к.м.н.**

**Тема:** Методи лікування пролежнів із використанням методів біогальванізації

**Доповідач: Нагайчук В.І., професор**

**Тема:** Обґрунтування хірургічного лікування рубцевих деформацій з використанням розтягнутих об'єднаних клаптів з власним кровообігом

**Доповідач: Мохаммед Кітрі**

**Тема:** Удосконалення хірургічного лікування поверхневих і глибоких дермальних опіків

**Доповідач: Коваленко А.О.**

**Тема:** Фіксовані виступи. Регламент одного виступу 5 хвилин

**Доповідачі: Погоріляк А.Й., к.м.н.; Нікітенко Б.М.; Цапенко В.І.; Трач Р.Я.; Гринчук О.П.**

## ПЕРСПЕКТИВИ ТА ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ КЛІТИННОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Салютін Р.В.<sup>1</sup>, Паляниця С.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України» м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України м. Київ, Україна

**Мета.** Аналіз напрямків розвитку клітинної трансплантації в Україні, визначення перспектив та проблемних питань.



**Матеріали та методи.** Проведено аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо використання клітинної трансплантації (окрім трансплантації при лікуванні онкогематологічної патології) та нормативно-правової бази, що її регламентує.

**Результати та обговорення.** Трансплантація стовбурових клітин міцно увійшла в арсенал сучасних підходів до лікування цілому ряду соматичних захворювань, наслідків травм, а також при низці патологій, як «місто» до органної трансплантації.

Клітинні трансплантати в США, Південній Кореї тощо вже є офіційними продуктами/препаратами, що внесені до фармацевтичних каталогів і використовуються в клінічній практиці у відповідності до показів та протипоказів.

Впровадження в клінічну практику методів клітинної трансплантації відкриває нові горизонти в системі охорони здоров'я, зменшуючи, перш за все, відсоток укладень, інвалідизацій та летальних випадків, призводячи до скорочення термінів медичної, соціальної та трудової реабілітації, таким чином зменшуючи витрати з забезпечення охорони здоров'я.

Однак існують питання щодо врегулювання технології виготовлення, контролю якості і безпечності трансплантатів, їх офіційної реєстрації та контролю використання.

**Висновки.** Біомедичні технології лікування – найбільш перспективна технологічна платформа, що визначає медицину майбутнього. Водночас єдиного підходу до врегулювання клінічного використання клітинних препаратів, як у світі так і в Україні не сформовано, що потребує додаткового аналізу та розробки концепції розвитку інноваційних біотехнологій.

## ВПЛИВ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ НА ПРОЦЕСИ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПРИ КАРДІОМІОПАТІЇ У МОДЕЛІ ХРОНІЧНОГО УРАЖЕННЯ МІОКАРДУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Доманський Т.М., Сморжевський В.Й., Миронюк О.І.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

**Мета.** Визначення ефективності трансплантації стовбурових клітин кордової крові (СК КК) на uszkodження міокарду та оцінки відновлення його порушених функцій в експерименті.

**Матеріали та методи.** Експеримент проведено на самках мишей лінії FVB віком 5 місяців. Всі роботи з піддослідними тваринами проводили з дотриманням вимог статті 26 Закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження» (від 21.02.2006 р.), «Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, які використовуються з експериментальною та іншою науковою метою» (Страсбург, 1986 р.), а також з дотриманням усіх принципів біоетики та норм біологічної безпеки. Для дослідження толерантності до фізичного навантаження використовували модифікований тест примусового плавання [Порсолт, 1977]. Реєстрацію ЕКГ проводили на термопапері, при швидкості протягування 50 мм/с, за допомогою електрокардіографа OTE Biomedica-2240 (Італія). Імунофлуоресцентне дослідження клітин міокарду виконували методом проточної цитометрії фенотипування клітин з міокарду миші. Виявлення донорських клітин проводили з використанням первинних моноклональних антитіл до мембранних антигенів HLA людини, та вторинних антитіл, мічених флуорохромом PerCP. Морфологічні дослідження проводили під світлооптичним мікроскопом AxioLab (Carl Zeiss, Німеччина).

**Результати та обговорення.** Перебіг відновлення функціональних та морфологічних змін в групі «модель+СК КК» порівнювали з природним перебігом обраної базової моделі ураження міокарда. Трансплантація СК КК через 4 та 8 тижнів після трансплантації призводить до підвищення толерантності до фізичного навантаження, що продемонстрував тест примусового плавання. А саме збільшилась тривалість активного плавання до першого періоду пасивного плавання та загальний час плавання у порівнянні з групою тварин зі змодельованим ураженням міокарду. Відповідно позитивна динаміка спостерігалася і на ЕКГ: зникла тахікардія та екстрасистоля, на 4 тижні спостереження зниження вольтажу зубців зменшилось, а на 7 та 11 тижнях зникло. В групі після трансплантації стовбурових клітин кордової крові швидше зменшувалась депресія та елевация сегмента ST, суттєво зменшувалось альтернація комплексу QRS. При гістологічному дослідженні спостерігалось зменшення набряку ядер кардіоцитів та периваскулярного простору. Методом імуногістохімії було встановлено, що в органи — мішені відбувається накопичення стовбурових клітин.

**Висновки.** Проведене експериментальне дослідження продемонструвало, що трансплантація стовбурових клітин кордової крові прискорює процеси регенерації. Отримані експериментальні результати можуть слугувати підґрунтям для проведення подальших клінічних випробувань у пацієнтів з хронічними захворюваннями серця.

## ТРАНСПЛАНТАЦІЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПУПОВИННОЇ КРОВІ У ХВОРИХ З ДИЛАТАЦІЙНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ХІРУРГІЧНОМУ ВТРУЧАННЮ

Габріелян А.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», Відділ трансплантації та хірургії серця, м. Київ

**Мета.** Провести порівняльний аналіз ефективності лікування хворих з дилатаційною кардіоміопатією з використанням стовбурових клітин пуповинної крові та операції парціальної резекції лівого шлуночка.

**Матеріали та методи.** Вивчені 2 групи хворих: в групі 1 виконувалася операція — парціальна резекція лівого шлуночка



(операція Батіста),  $n = 19$ , в групі 2,  $n = 22$ , – виконувалася трансплантація стовбурових клітин пуповинної крові методом внутрішньовеного введення. Групи були ідентичні за основними клініко-функціональними показниками. Скоротлива здатність міокарда оцінювалась методом ЕХОКГ з вивченням секторальної скорочувальності в динаміці. Для оцінки самопочуття застосовувалася Мінесотський опитувальник якості життя (MHFLQ). Середній термін спостереження становив  $16,6 \pm 5,7$  місяця.

**Результати та обговорення.** При аналізі вихідна фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) у другій групі була достовірно нижче ( $19,8\% \text{ vs. } 29,7\%$ ,  $p = 0,007$ ). У той же час кінцево-діастолічний об'єм ЛШ (КДО ЛШ) був вище в 1 групі. Безпосередньо після операції було відзначено суттєвий приріст скорочувальної функції ЛШ і зменшення його об'ємів (ФВ зросла з  $29,7\%$  до  $36,5\%$ , КДО знизилось з  $316,1 \text{ мл}^3$  до  $258,2 \text{ мл}^3$ ). Померло 3 пацієнта, госпітальна летальність склала  $15,8\%$ . Протягом періоду спостереження (18 міс.) відзначена тенденція до зниження ФВ в середньому на  $35\text{--}42\%$  від максимальної і збільшення КДО ЛШ до  $290,8 \pm 11,2 \text{ мл}^3$ . Відзначалось повернення проявів серцевої недостатності у вигляді набряків нижніх кінцівок і задишки при невеликому фізичному навантаженні у  $46\%$  хворих після операції. За період спостереження померло ще 2 пацієнти, загальна летальність, з урахуванням операційної, склала  $26,3\%$ . У 2 групі відзначалось поступове збільшення ФВ, яке досягло максимуму ( $38,4\%$ ) до 12 міс. після введення і незначно знизилось до 18 міс. ( $35,8\%$ ). Достовірних змін об'ємів ЛШ відзначено не було (КДО  $272,0 \text{ мл}^3$  початково, до 18 міс. –  $232,2 \text{ мл}^3$ ). При цьому хворі 2 групи відзначали вище рівень фізичного і психологічного компонента здоров'я, ніж хворі 1 групи. За весь період спостереження в 2 групі помер 1 пацієнт, загальна летальність склала  $4,5\%$ .

**Висновки.** Трансплантація стовбурових клітин пуповинної крові хворим з ДКМП дозволяє без операції досягти достовірного приросту скорочувальної здатності міокарда і зберігає ефект дії до 12–18 міс. Аналіз віддалених результатів, необхідність і можливість повторного введення вимагають подальшого вивчення.

## ВПЛИВ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПУПОВИНОЇ КРОВІ НА РОЗВИТОК АРИТМІЙ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ З ДИЛАТАЦІЙНОЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЯМИ

Кудлай І.В., Романова С.В., Габрієляна А.В.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»,  
Відділ трансплантації та хірургії серця, м. Київ

**Мета.** Вивчити вплив трансплантації стовбурових клітин пуповинної крові (ТСК ПК) у хворих з дилатаційною (ДКМП) та ішемічною кардіоміопатіями (ІКМП) на розвиток аритмій в віддаленому періоді.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз даних ЕКГ та Холтеровського моніторингування (ХМ) 37 хворих, яким було виконано ТСК ПК. 17 хворих були з ДКМП, 20 з ІКМП. З синусовим ритмом (СР) було 27 пацієнтів ( $72,97\%$ ) з фібриляцією передсердь (ФП) – 10 пацієнтів ( $27,03\%$ ). Середня ЧСС за час реєстрації в СР становила  $69,0 \pm 7,8$  ( $58\text{--}83$ ) уд./хв. В процесі 24-годинного ХМ у всіх хворих до ТСК ПК було виявлено шлуночкові екстрасистолі (ШЕ). ШЕ по класифікації за Lown 1 класу була у 1 пацієнта, 2 класу 6 пацієнтів, 3 класу 7 пацієнтів, 4а класу 11 пацієнтів, 4б класу 8 пацієнтів, 5 класу 4 пацієнта. В ході ХМ у 33 пацієнтів ( $89,19\%$ ) було зареєстровано надшлуночкові екстрасистолі (НШЕ). Схема терапії серцевої недостатності (СН) у хворих включала  $\beta$ -блокатори та аміодарон. Методи дослідження включали визначення та аналіз кількості шлуночкових та надшлуночкових аритмій. Середній термін спостереження становив 16,6 місяців.

**Результати та обговорення.** Через 16,6 місяців після ТСК ПК СР був зафіксований у 28 пацієнтів. При спостереженні у всіх хворих були зареєстровані ШЕ. Шлуночкова екстрасистолія 5 клас за Lown була зареєстрована у 1 хворого; у 1 хворого ШЕ були поліморфними та відповідали 4б класу. У 3 хворих було виявлено мономорфні парні ШЕ, що відповідало 4а класу за Lown. 6 пацієнта належали до 3 класу; підставою для цього була наявність політопних ШЕ. Часта мономорфна ШЕ зафіксована у 17 пацієнтів (2 клас). 9 хворих мали поодинокі ШЕ, що класифікували до прогностично найсприятливіших (1 клас). Таким чином, 11 хворих ( $29,73\%$ ) мали ШЕ високих градацій, що могло свідчити про підвищений ризик виникнення фатальних аритмій. У жодного хворого кількість ШЕ не перевищувала критичну відмітку  $25\%$  добового ритму. За 16,6 місяців спостереження у всіх хворих були зареєстровані НШЕ, проте їх кількість та прояви були клінічно незначними і відповідала стану до ТМСК ПК. Через 16,6 місяців після ТСК не було потреби у імплантації кардіовертера-дефібрилятора.

**Висновки.** Дані аналізу ХМ свідчать про зменшення аритмогенної активності міокарда через 16,6 місяців спостереження після ТМСК ПК в комбінації з медикаментозним лікуванням, що підтверджувалось зменшенням відносної кількості та класу прогностично неблагоприятних шлуночкових подій (III – V клас ШЕ за Lown). Негативних наслідків ТМСК ПК, включаючи проаритмогенез зареєстровано не було, що може свідчити про безпеку цього класу СК в довгостроковому терміні спостереження.

## КЛІТИННО-ТКАНИННИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СУДИН КІНЦІВОК

Дрюк М.Ф., Кіримов В.І., Барна І.Е.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»,  
Відділ мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії м. Київ, Україна

**Мета.** Покращення результатів лікування хворих із захворюваннями судин кінцівки на основі оптимізації процесів ангіогенезу та регенерації тканин.



**Матеріали та методи.** Розроблені та впроваджені методи клітинно-тканинних трансплантацій (КТТ) та пептидної терапії (ПТ) у комплексному лікуванні більш як 300 хворих (2005-2017 рр.) з хронічною ішемією тканин внаслідок ураження судин кінцівок різного генезу (тромбоблітеруючі та системні захворювання з ураженням судин та мікроциркуляторного русла нижніх та верхніх кінцівок).

Застосовувались аутологічні клітини та пептиди: аспірати кісткового мозку (АКМ) та жирової тканини (ЖТ), виділені з них фракції клітин АКМ та підготовлені субстрати ЖТ у вигляді мікро-нанографту, що містять клітини-попередники, мезенхімально-стромальні клітини, цитокини, сигнальні молекули, а також виділені з периферичної крові аутоплазма та фібриновий гель у вигляді згустків, збагачених тромбоцитами як джерело різних факторів росту та цитокінів.

**Результати та обговорення.** У пацієнтів з «критичною» ішемією при нереконструктабельних формах ураження судин збережено функцію кінцівок у більш як у 80%, а при II ст. ішемії у всіх хворих досягнуто суттєве покращення у віддалений період.

**Висновки.** Розроблені методи лікування безпечні, доступні, потребують мінімального забезпечення. Перспективно застосування КТТ та ПТ у поєднанні з рентгеноваскулярними та реконструктивними операціями на судинах, а також з іншими стандартними хірургічними втручаннями.

### ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК, ХРОНІЧНИХ РАН ТА ДЕФЕКТІВ ТКАНИН

Кіримов В.І., Дрюк М.Ф., Барна І.Є.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»,  
Відділ мікросудинної, пластичної та відновлювальної хірургії, м. Київ

**Мета.** Покращення результатів лікування хворих з виразково-рановими дефектами тканин на основі оптимізації процесів ангиогенезу та регенерації тканин.

**Матеріали та методи.** Розроблені та застосовані в клініці нові методи лікування з використанням клітинно-тканинних технологій (КТТ) та пептидної терапії (ПТ) з метою стимуляції локальних регенеративно-репаративних процесів та стимуляції ангиогенезу в ішемізованих тканинах. КТТ та ПТ включали застосування аутологічних клітин та пептидів: аспірату та виділеної фракції мононуклеарних клітин кісткового мозку (КМ), мікро-нанографту жирової тканини, що містять клітини-попередники, мезенхімально-стромальні клітини, цитокини, сигнальні молекули, а також плазму крові збагаченої тромбоцитами та фібринового гелю збагаченого тромбоцитами у вигляді згустків. Комплексне лікування включало також хірургічні коригуючі та етапні втручання (санація, некректомія, використання «дермальних еквівалентів», аутодермопластики). Розроблені алгоритм і методи лікування застосовані у більш ніж 160 хворих (2007-2017 рр.) з трофічними виразками та дефектами тканин, які виникли внаслідок хронічної ішемії (III-IV ст.) при тромбоблітеруючих «нереконструктабельних» ураженнях артерій, патології венозних судин, системних захворювань з порушенням мікроциркуляції, а також травматичного генезу.

**Результати та обговорення.** Повне загоєння ранових дефектів та збереження опорної функції кінцівки досягнути більш як у 80% хворих з хронічною ішемією нижніх кінцівок III-IV ст. та у всіх пацієнтів з дефектами тканин іншого генезу.

**Висновки.** Застосування методів КТТ та ПТ у хворих забезпечує активацію процесів ангиогенезу, репарації та регенерації тканин та відкриває нові підходи і можливості в лікуванні чисельних хворих з тяжкою патологією.

### PLASMA LEVELS OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) IN PATIENTS WITH ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS (AVMS) DIFFERENT LOCALIZATION BEFORE AND AFTER ENDOVASCULAR TREATMENT

Altman I.V.

SO «Scientific — Practical Centre of Interventional Neuroradiology of National Academy of Medical Science of Ukraine», Kiev

**The objective.** Recent studies have demonstrated increased circulating levels of VEGF in patients with arteriovenous malformations. We sought investigate the role of abnormal angiogenesis in the formation and progression of arteriovenous malformations by examining the plasma VEGF levels in patients with AVMS different localization before and after endovascular treatment.

**Materials and methods.** The plasma VEGF levels were determined in 17 patients with AVMS of head, neck, upper and lower extremities newly identified and in 12 patients with AVMS after endovascular treatment with relapse of symptoms 12-month follow-up visits. Plasma VEGF concentrations were measured via commercially available enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). For controls, the plasma VEGF levels were obtained from 10 healthy people without AVMS.

**Results and discussion.** The mean plasma VEGF level in patients with AVMS newly identified at basal in ewas 183.67 +/- 63.17 pg/mL. The mean plasma VEGF level in patients with AVMS after endovascular treatment with relapse of symptoms was 452.18 +/- 271.42 pg/mL. The mean plasma VEGF level in the control group was significantly lower (36.74 +/- 19.08 pg/mL, P=0.084). Plasma VEGF levels in 29 AVMS patients were higher than in controls group. Plasma VEGF levels in patients with AVMS after endovascular treatment with relapse of symptoms was significantly higher than in patients with AVMS newly identified.

**Conclusions.** These results support the key role of abnormal angiogenesis in AVM pathophysiology and suggest that the endovascular treatment may stimulate of abnormal angiogenesis in AVMS patients.





## РЕНТГЕНОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НЕЙРОЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Альтман І.В., Нікішин О.Л., Аль-Кашкиш Іяд Ісхак, Найда А.В., Кравчик О.І.

**Державна установа «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України», м. Київ**

**Мета.** Лікування хворих з артеріовенозними мальформаціями (АВМ) є вкрай складною задачею внаслідок різноманітності форми та локалізації, варіабельністю ангіоархітекtonіки, гемодинамічних змін в судинах і тканинах. Часто АВМ виникають в зонах важкодоступних для хірургічного втручання. Застосування ендovasкулярних втручань у хворих з даною патологією, як окремо, так і при комплексному підході на сьогодні не викликає сумнівів. Стрімкий розвиток ендovasкулярних технологій все більше привертає увагу, став невід'ємним у лікуванні мальформацій будь якої локалізації та походження. Поряд з традиційними ендovasкулярними технологіями інтервенційні радіологи почали використовувати інструментальні засоби та матеріали, що належать до нейроваскулярної практики. Саме вдосконалення нейроендovasкулярних методів лікування церебральних мальформацій дає можливість успішно застосовувати новітні технології в лікуванні судинних мальформацій іншої локалізації.

**Матеріали та методи.** Дослідження побудоване на аналізі результатів ендovasкулярного лікування 61 хворого з АВМ з локалізацією в області голови, кінцівок, тулуба, внутрішніх органів. Всі хворі перебували на обстеженні та лікуванні в ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України» на протязі 2016 — 2017 рр. Головним методом лікування була рентгеноендovasкулярна оклюзія (емболізація) — облітерація аферентних артерій АВМ під рентгенологічним контролем.

**Результати та обговорення.** Як самостійний метод лікування емболізація була застосована у 52 (85,2%) пацієнтів. У 4 пацієнтів ендovasкулярне лікування було доповнене хірургічним втручанням, у 5 хворих ендovasкулярне лікування комбіноване зі склеротерапією. Виконано 68 ендovasкулярних втручань у 61 хворого. В тому числі 29 з приводу АВМ нижніх кінцівок, 6 АВМ верхніх кінцівок, 18 АВМ в області голови та шиї, 2 АВМ легень, 3 АВМ нирки, 2 АВМ печінки, 1 АВМ матки. При АВМ великого розміру з багатьма артеріовенозними шунтами було виконано до трьох емболізацій у одного хворого на протязі 3–12 місяців. Емболізація із застосуванням мікрокатетерної нейроваскулярної технології виконано у 6 (10%) хворих. Використання мікрокатетерної техніки дозволило успішно виконати емболізацію в дистальних відділах кінцівок та в випадках, коли в заповненні АВМ брали участь внутрішні сонні артерії.

**Висновки.** Застосування мікрокатетерної нейроваскулярної технології дозволяє підвищити ефективність ендovasкулярного лікування хворих з АВМ різних локалізацій шляхом вдосконалення, оптимізації тактики ендovasкулярних втручань, застосування нових методологічних підходів.

## ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, СПРИЧИНЕНОГО ГОСТРОЮ ОКЛЮЗІЄЮ ВЕЛИКОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АРТЕРІЇ

Щеглов Д.В., Конопчик С.В., Свиридюк О.Є., Коваленко О.П., Аль-Кашкиш І.І.

**Державна установа «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України», м. Київ**

**Мета.** Оцінити ефективність ендovasкулярної реvascularизації при ішемічному інсульті, спричиненому гострою оклюзією великої церебральної артерії.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів обстеження і лікування 19 пацієнтів з гострим ішемічним інсультном, обумовленим оклюзією великої церебральної артерії. Чоловіків було 9, жінок — 10. Вік хворих коливався від 43 до 74 років. Тяжкість неврологічної симптоматики в гострому періоді ішемічного інсульту оцінювали за шкалою NIHSS. Якісну оцінку реvascularизації проводили за шкалою TICI. Рівень якості життя і соціальної адаптації пацієнтів після лікування оцінювали за модифікованою шкалою Ренкіна.

**Результати та обговорення.** Високої якості реvascularизації при застосуванні стент-ретриверів і дистальних аспіраційних катетерів (TICI 2b — 3) вдалося досягти у 15 (78,9%) випадках, TICI 2a — у 1 (5,3%) та не вдалося відновити прохідність артерії у 3 (15,8%) пацієнтів. Задовільний результат (0 — 2 бали за модифікованою шкалою Ренкіна) перед випискою мали 9 (47,4%) пацієнтів, серед яких у 8 ендovasкулярна реvascularизація була успішною. Померло — 2 (10,5%) хворих внаслідок геморагічної трансформації зони ішемії та компресії головного мозку. Лише у 1 (5,3%) пацієнта був проведений системний тромболісис перед механічною тромбектомією. За літературними даними задовільні результати лікування пацієнтів у рамках bridging — концепції при успішній реvascularизації складають 46%.

**Висновки.** Ендovasкулярне відновлення прохідності церебральної артерії, як моно-метод, не поступається в ефективності реvascularизації у рамках bridging — концепції.



## ПЕРФУЗІЙНІ ЗМІНИ ПРИ ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Щеглов Д.В., Чебанюк С.В., Коваленко О.П., Загородній В.М., Свиридюк О.Є., Конотопчик С.В., Терницька Ю.П., Сидоренко О.Ф.

Державна установа «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України», м. Київ

**Мета.** Дослідити особливості змін церебральної перфузії у хворих з ішемічними порушеннями головного мозку у різні періоди захворювання за допомогою перфузійної комп'ютерної томографії (ПКТ) при використанні ендovasкулярних методів лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження перфузії головного мозку у 39 хворих з ішемічними порушеннями мозкового кровообігу. Середній вік обстежених склав 58,9±1,1 років. Перша група (I) — 18 хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, II — 21 хворий з хронічним ішемічним порушенням мозкового кровообігу. При виконанні ПКТ до та після ендovasкулярного лікування оцінювали наступні показники: церебральний кровообіг (CBF), церебральний об'єм крові (CBV), середній час транзиту контрасту (МТТ).

**Результати та обговорення.** У хворих I групи до лікування було значне зниження CBF, CBV та підвищення МТТ, але після ендovasкулярного лікування зареєстровано підвищення показників CBF, CBV та регрес МТТ з позитивними змінами на ПКТ-сканах та вираженими кольоровими патернами перфузійних характеристик у ішемічних ділянках, що свідчить про покращення перфузійного кровообігу. У хворих II групи зареєстровано помірне зниження CBF та CBV та помірне підвищення МТТ з покращенням стану хворих після застосування ендovasкулярних методик лікування та тенденцією до нормалізації CBF, CBV та МТТ показників. Відновлення церебральної гемодинаміки залежало від індивідуальних особливостей будови судинної системи, наявності та вираженості колатерального кровообігу. У 76% хворих з класичною будовою артерій Вілізівського кола при відновленні церебральної перфузії різких змін гемодинаміки не зареєстровано. У 24% хворих з порушенням колатерального кровообігу на ПКТ-грамах спостерігали різко виражене підвищення CBF, виражене підвищення CBV та незначним коливанням МТТ. Це було характерним для синдрому церебральної гіперперфузії (СЦГП), що пов'язано зі зниженням можливостей колатеральної компенсації.

**Висновки.** Використання методу перфузійної комп'ютерної томографії у хворих з ішемічними розладами церебрального кровообігу дозволяє об'єктивно характеризувати зміни мозкового кровотоку з візуалізацією зони ішемічного ураження. Перфузійна комп'ютерна томографія у поєднанні з церебральною ангіографією та іншими методами нейровізуалізації допомагають визначити тактику лікування хворих з ішемічними порушеннями мозкового кровообігу та знизити ризик ускладнень при ендovasкулярному лікуванні.

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ФУЗИФОРМНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ, МЕТОДИ ЇХ ДІАГНОСТИКИ

Щеглов Д.В., Кудельський Я.Е.

Державна установа «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України», м. Київ

**Мета.** Проаналізувати поширеність та клінічні прояви фузиформних артеріальних аневризм судин головного мозку і методи їх діагностики.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 1650 історій хвороб пацієнтів з артеріальними аневризмами судин головного мозку за період з січня 2007 р. по грудень 2017 р. Виявлено, що у 79 хворих були фузиформні аневризми (ФА), з них у одного їх було дві. Вік хворих коливався від 14 до 74 років. Чоловіків було 43 (54,4%), жінок 36 (45,6%). Більше половини пацієнтів були молодшими 50 років (42 хворих (53%).

Аневризми первинно були виявлені за даними методів нейровізуалізації (спіральної комп'ютерної (СКТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ)). Всім хворим проводилась селективна церебральна ангіографія.

**Результати та обговорення.** Згідно даних дослідження, ФА серед всіх артеріальних аневризм зустрічалися у 4,78% випадків. ФА локалізувались у вертебробазиллярному басейні — 41 випадок (51,25%), у каротидному — 39 (48,75%). Найбільш часто ФА виявлялись в сегментах основної (30 (37,5%) випадків), внутрішньої сонної (17 (21,25%)) та середньої мозкової (14 (17,5%)) артерій, рідше в сегментах хребтової (6 (7,5%)), задньої мозкової (5 (6,25%)), передньої мозкової (7 (8,75%)), задньої сполучної (1 (1,25%) випадок) артерій. Серед обстежених у 65 (82,4%) хворих ФА виявлено як самостійну патологію, у 10 (12,6%) пацієнтів крім фузиформних були і мішкоподібні аневризми, а у 4 (5%) виявлено екстракраніальні стенози судин в інших басейнах. У 17 (21,5%) пацієнтів був субарahnoidalний крововилив при поступленні та/або в анамнезі. У 2 (2,5%) пацієнтів захворювання було безсимптомними. У 60 (76%) спостереженнях були інші прояви цереброваскулярної патології і ФА були діагностовані за допомогою методів нейровізуалізації (СКТ та/або МРТ), як випадкові знахідки.

**Висновки.** Фузиформні аневризми є рідкісним захворюванням судин головного мозку і частіше бувають самостійними (82,4%), рідше (12,5%) поєднуються з мішкоподібними аневризмами та стенозами судин ГМ (5%). У кожного п'ятого пацієнта ФА проявлялися субарahnoidalними крововиливами з тяжким клінічним перебігом. Скринінгова СКТ та МРТ є цінними методами діагностики фузиформних артеріальних аневризм.

**ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ**Нікішин О.Л.<sup>1,2</sup>, Саволок С.І.<sup>2</sup>, Музь М.І.<sup>3</sup>, Альтман І.В.<sup>1</sup>, Горбовець В.С.<sup>2,3</sup>, Гвоздяк М.М.<sup>2</sup><sup>1</sup>ДУ «Науково-практичний центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ<sup>3</sup>Міська клінічна лікарня № 8, м. Київ**Мета.** Оптимізувати результати лікування пацієнтів з ішемічною формою синдрому діабетичної ступні.**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати лікування 32 пацієнтів з ішемічною формою синдрому діабетичної ступні. Середній вік — 64 роки, чоловіки становили переважну більшість — 21 (65,6%). Пацієнтам виконано 2-х етапне хірургічне лікування. На I етапі виконували ендovasкулярну реvascularизацію ураженої нижньої кінцівки. На II етапі хірургічного лікування виконувалася ліквідація вогнища гнійно-некротичного ураження, з наступною пластикою рани. Ендovasкулярна реvascularизація ураженої кінцівки виконувалася за допомогою балонної ангіопластики, яка доповнювалася стентуванням по показам. Ендovasкулярне втручання на артеріях гомілки виконувалося у 9 (28,1%) пацієнтів, поєднане втручання на артеріях стегна та гомілки — у 21 (65,6%) хворих, на артеріях таза, стегна та гомілки виконано у 2 (6,3%) хворих. Всього встановлено 8 стентів у стегново-підколінному сегменті, 2 стенти у клубових артеріях.

На II етапі у 3 (6,2%) хворих рани загоїлись вторинним натягом, пластика рани нестандартними клаптями змодельованими з акральних тканин межуючих з рановим дефектом виконана у 15 (46,8%); пластика рани вільним перфорованим шкірним клаптем — у 9 (28,1%); пластика рани підшовеної поверхні ступні шкірним клаптем на судинній ніжці у 1 (3,1%). У решти 4 (12,5%) — виконані малі та великі ампутації.

**Результати та обговорення.** За період спостереження відновлено прохідність артерій та збережена ступня у 78,2% хворих. У 25 (62,5%) загоїлись рани після відновлення цілісності тканин ступні запропонованими способами аутодермопластики.**Висновки.** Етапний підхід, що включає поєднання ендovasкулярних та хірургічних методів є перспективним. Шляхи оптимізації тактики комплексного лікування пацієнтів на синдром діабетичної ступні потребують подальших досліджень.**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ СПІНАЛЬНИХ ДУРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ ФІСТУЛ**

Щеглов Д.В., Самоненко Ю.М., Найда А.В.

**Державна установа «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України», м. Київ****Мета.** Оцінити результати лікування хворих з дуральними спінальними артеріовенозними фістулами та порівняти ендovasкулярний та мікрохірургічний методи лікування.**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів лікування 15 пацієнтів з дуальними артеріовенозними фістулами, що були проведені в ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії Національної академії медичних наук України» з 2011 по 2017 роки.**Результати та обговорення.** В усіх випадках після проведеного лікування спостерігалось зменшення неврологічного дефіциту (збільшення сили в нижніх кінцівках, відновлення контролю сечопуску) у пацієнтів, які отримували ендovasкулярне лікування в ранньому післяопераційному періоді відмічались транзиторне поглиблення неврологічного дефіциту; в групі пацієнтів після мікрохірургічного лікування подібне транзиторне погіршення спостерігалось тільки у одного пацієнта. Тривалість оперативного втручання при ендovasкулярній емболізації в середньому перевищувала тривалість мікрохірургічного відкритого втручання, що пов'язано із складним ендovasкулярним доступом до дуральної фістули (малий діаметр та звивистість судин).**Висновки.** Хоча віддалений результат лікування хворих зі спінальними ДАВФ при застосуванні обох методів майже однаковий, мікрохірургічний метод демонструє кращі показники відновлення неврологічних функцій у ранньому післяопераційному періоді, має переваги у меншій тривалості втручання та не залежить від складності судинної анатомії в ділянці ДАВФ.**ДОСВІД ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ ТА ШІЙ**

Щеглов Д.В., Чебанюк С.В., Свиридюк О.Є., Найда А.В.

**ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ****Мета.** Вивчити ефективність та безпечність застосування ендovasкулярних методик при лікуванні травматичних ушкоджень артерій голови та ший.**Матеріали та методи.** Дослідження побудоване на аналізі результатів лікування 26 хворих з травматичними ушкодженнями артерій голови та ший: 12 хворих з каротидно-кавернозними сполуками, 4 хворих з травматичними аневризмами основної пазухи, 3 хворих з вертебро-югулярними сполуками, 2 хворих — дисекційні аневризми хребтової артерії та 2 хворих з травматичними аневризмами внутрішньої сонної артерії. Вік хворих коливався від



21 року до 66, середній вік — 32 роки. Чоловіків було 17, жінок — 9. Для виконання ендovasкулярного втручання використовували відокремлювані мікроспіралі, протекційні стенти, балон-асистуючу техніку та рідкі композиції для емболізації.

**Результати та обговорення.** 26 хворим проведено 28 ендovasкулярних втручань, в двох випадках використано комбінацію ендovasкулярної методики з подальшим хірургічним видаленням сполуки. Реконструктивні втручання на магістральних артеріях головного мозку вдалось виконати у 14 з 23 хворих, деконструктивні втручання — у 9. Досягти регресу симптоматики вдалось у всіх хворих, ускладнень в інтра- та післяопераційному періоді не відмічено. У 25 хворих повністю відновлено працездатність, у 1 хворого залишилась глибока інвалідизація із-за супутньої тяжкої поєднаної травми. Застосування ендovasкулярних технологій дозволило збільшити частку реконструктивних втручань при хірургії магістральних артерій головного мозку.

**Висновки.** Ендovasкулярні методики високоефективні та безпечні при лікуванні травматичних ушкоджень артерій голови та шиї, дозволяють досягти високих клінічних результатів при мінімальних періопераційних ризиках.

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
Під патронатом Комітета Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–18.00

**Організатори:** Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, ГО «Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів та курортологів», ДУ «Український науково-практичний медичний центр неврології та реабілітації МОЗ України», ГО «Українська Академія реабілітації та здоров'я людини»

### ПРОГРАМА

**Тема:** Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів і курортологів — 20 років об'єднання науки та практики

**Доповідач:** **Биков Ігор Геннадійович**, директор ДУ «Український науково-практичний медичний центр неврології та реабілітації МОЗ України», Голова правління ВАФК

**Тема:** Перспективи розвитку та стратегії в майбутній діяльності ВАФК

**Доповідач:** **Бучинський Сергій Никодимович**, завідуючий відділенням відновлюючого лікування та фізіотерапії КНП КДЦ Шевченківського району м. Києва

**Тема:** Будемо систему нейрореабілітації разом

**Доповідач:** **Бровченко Маріанна Станіславівна**, к.м.н., зав. міським центром нейрореабілітації КМКЛ №18, Президент ГО «Асоціація нейрореабілітації»

**Тема:** Фізична і реабілітаційна медицина в Україні — реалії сьогодення

**Доповідач:** **Володимиров Олександр Аркадійович**, проф., д.м.н., зав. каф. медичної реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, головний лікар клінічного санаторію «Жовтень», Голова ГО «УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

**Тема:** Сучасні напрямки реабілітації хворих, що перенесли ішемічний інсульт

**Доповідачі:** **Шмакова Ірина Петрівна**, д.м.н., проф., зав. каф. реабілітаційної медицини; **Волянська В.С.**, к.м.н., Кафедра реабілітаційної медицини, Одеський національний медичний університет; **Шаповалова Г.А.**, к.м.н., Кафедра реабілітаційної медицини, Одеський національний медичний університет

**Тема:** Результати ранньої реабілітації пацієнтів із інсультом в умовах спеціалізованого інсультного центру

**Доповідач:** **Гуляєва Марина Віталіївна**, директор ВГО «Українська асоціація боротьби з інсультом», керівник науково-організаційного відділу МЦ «Універсальна клініка «Оберіг»

**Тема:** Імобілізаційний синдром у хворих з тривалими посттравматичними розладами свідомості — камінь спотикання» реабілітаційного маршруту

**Доповідач:** **Кулик Олександр Васильович**, к.м.н., директор ТОВ «Науково-практичний центр нейрореабілітації «Нодус»

**Тема:** Сучасні методи нейромодуляції в реабілітології

**Доповідач:** **Зубов Павло Геннадійович**, к.м.н., зав. лабораторією клінічної нейрофізіології, с.н.с. ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України», Президент Української асоціації клінічних нейрофізіологів

**Тема:** Реабілітація хворих з гострим та хронічним неспецифічним болем в спині з позицій доказової медицини

**Доповідач:** **Васильєва-Лінецька Лариса Яківна**, проф. каф. фізіотерапії, курортології та відновлювальної медицини «Харківська медична академія післядипломної освіти»

**Тема:** Організація комплексної реабілітації хворих після нейрохірургічних втручань: проблеми і перспективи в Україні

**Доповідач:** **Гук Андрій Петрович**, к.м.н., зав. відд. ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії з зрупою ад'ювантних методів лікування. Координатор державного інвестиційного проекту «Національний центр нейротравми і нейрореабілітації» у складі ДУ «Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Тема:** Корекція вегетативних та астеноневротичних розладів у хворих з наслідками закритих черепно-мозкових травм методом програмованої сенсорної депривації

**Доповідач:** **Коршняк Володимир Олексійович**, д.м.н., пров.н.с. відділу нейропсихокібернетики ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

**Тема:** Нейрореабілітація в Ізраїлі

**Доповідачі:** **Юлій Трегер**, MD, PhD, MHA, директор Відділення Реабілітації Медичного Університетського Центру Сорока; **Беер Шева**, Ізраїль, Голова Ревізійної Комісії Товариства Реабітологів Ізраїля

**Тема:** Основи системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (Метод проф. Козьякіна)

**Доповідач:** **Лунь Галина Павлівна**, к.м.н., заступник директора по лікувальній частині Реабілітаційного центру «Еліта»

**Тема:** Менеджмент мультидисциплінарного реабілітаційного процесу в спеціалізованому інсультному центрі клініки «Оберіг»

**Доповідач:** **Гуляєва Марина Віталіївна**, директор ВОО «Українська асоціація боротьби з інсультом» керівник науково-організаційного відділу МЦ «Універсальна клініка «Оберіг»



**Тема:** Попереково-тазостегновий синдром. Холістичний підхід

**Доповідач:** *Кирдогло Гліб Костянтинович, к.м.н., головний лікар Центру кінезітерапії та реабілітації «Вища Ліга», Президент Української асоціації прикладної кінезіології*

**Тема:** Диференційоване використання нейром'язової активації в програмах нейрореабілітації

**Доповідач:** *Гоженко Олена Анатоліївна, д.м.н., гол.н.с. лабораторії експериментальної та клінічної патології, ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України»*

**Тема:** Трансформація санаторно-курортних закладів в сучасні реабілітаційні комплекси на прикладі лікувально-оздоровчого комплексу «Біла акація»

**Доповідач:** *Колоденко Олена Володимирівна, к.м.н., с.н.с. Укр. НДІ «Медичної реабілітації та курортології МОЗ», санаторії «Біла акація»*

**Тема:** Рання інкрементальна мобілізація в практиці роботи інсультного блоку

**Доповідачі:** *Ворохта Юрій Миколайович, доц., к.м.н.; Храмцов Денис Миколайович, керівник інсультної служби клініки Одеського НМУ «Центр реконструктивної та відновлювальної медицини*

**Тема:** Neuras — сучасний метод нейром'язової активації в реабілітації. Норвежський досвід, інтегрований на базі медичного центру ZARTA

**Доповідач:** *Альошко Олена Віталіївна, керівник відділення реабілітації медичного центру ортопедії та реабілітації ZARTA*

**Тема:** Можливості клініки Медбуд у реабілітації неврологічних хворих або реабілітація від А до Я

**Доповідач:** *Смолій Наталія Олександрівна, керівник відділення нейрореабілітації клініки Медбуд*

**Тема:** Профілактика і реабілітація методами нейроенергетичної кінезіології

**Доповідач:** *Мальцев Максим Володимирович, Асоціація інтегративної кінезіології*

**Тема:** Бломберг терапія в реабілітації

**Доповідачі:** *Орех Анжела Євгенівна, Щуцька Іванна Вікторівна, ведучі спеціалісти Асоціації інтегративної кінезіології*

## МАГНІТОТЕРАПІЯ ЯК СКЛАДОВА КОМПЛЕКСУ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СУПУТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ

Шаповалова Г.А.

**ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса**

**Мета.** Обґрунтування магнітотерапії (МТ) як складової комплексу санаторно-курортної реабілітації (СКР) дітей із супутніми захворюваннями нервової системи в періоді ремісії онкозахворювань.

**Матеріали та методи.** Фрагмент алгоритму обстеження дітей з ОЗ на етапі санаторно-курортної реабілітації (СКР) включав загальне клінічне обстеження та інструментальні дослідження: електроенцефалографія (ЕЕГ); ехоенцефалографія (ЕхоЕГ); ультразвукова доплерографія (УЗДГ).

Для 25 дітей у періоді ремісії онкогематологічних захворювань (17 осіб) та солідних пухлин (8 осіб) додатково до загального комплексу СКР призначали МТ на шийно-комірцеву зону: магнітна індукція 20–30 мТл, експозиція 10–15 хвилин, через добу, на курс 5 процедур.

**Результати та обговорення.** Додаткове призначення магнітотерапії забезпечило вірогідне зменшення скарг дітей. За показниками УЗДГ встановлено статистично вірогідні позитивні зміни мозкової гемодинаміки: зменшення церебральної ангіодистонії, асиметрії кровообігу та венозної дистемії, підвищення резерву кровообігу та покращення адаптаційних можливостей апарату ауторегуляції мозкового кровообігу. Результати УЗ ЕхоЕГ свідчать про покращення ліквородинаміки у вигляді статистично вірогідного зменшення явищ внутрішньочерепної гіпертензії та частоти реєстрації додаткових Ехо-сигналів, проявів гіпертензійно-лікворного синдрому та індексу пульсації. Дані ЕЕГ показують позитивні зміни в стані електрогенезу головного мозку із нормалізацією біоелектричної активності та статистично вірогідним покращенням функціональної активності кори.

**Висновки.** Слід визнати доцільним продовження досліджень щодо обґрунтування ролі МТ та інших фізичних факторів у СКР дітей в періоді ремісії ОЗ із супутньою патологією нервової системи.

»» ПРОДОВЖЕННЯ





## ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

### СЕМІНАР «СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ»

26 квітня 2018 року · Час проведення: 14.30–18.00

**Організатор:** ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Первинне ендопротезування кульшового та колінного суглобів

**Доповідачі:** *Корж М.О., Філіпенко В.А.*

**Тема:** Ревізієне ендопротезування кульшового та колінного суглобів

**Доповідачі:** *Філіпенко В.А., Мезенцев В.О., Жигун А.І.*

**Тема:** Особливості післяопераційної реабілітації пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба

**Доповідачі:** *Філіпенко В.А., Бондаренко С.Є., Стауде В.А., Баднаї А.А., Арутюнян З.А.*

**Тема:** Застосування нових матеріалів при виконанні ендопротезування суглобів

**Доповідачі:** *Танькут О.В., Підгайська О.О.*

**Тема:** Двоетапне ревізієне ендопротезування колінного та кульшового суглобів при інфекційних ускладненнях

**Доповідачі:** *Вирва О.Є., Малик Р.В., Шевченко І.В.*

**Тема:** Екзартикуляції та реконструктивно-відновні операції на куксах в ділянках суглобів стопи і гомілки із застосуванням м'язової, кісткової пластики, біоматеріалів та протезування на операційному столі з позицій концепції «післяампутаційної хвороби»

**Доповідачі:** *Диннік О.А., Тимченко І.Б., Диннік А.О.*

#### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

### «ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–13.00

**Організатор:** ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

**Модератори:** *Гайко Г.В., проф., Страфун С.С., проф., Долгопалов О.В., д.м.н.*

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Помилки та ускладнення в хірургії плеча та плечового суглоба

**Доповідач:** *Страфун С.С., професор*

**Тема:** Проблемні питання реабілітації та лікування травм в ділянці ліктьового суглоба

**Доповідач:** *Курінний І.М., д.м.н.*

**Тема:** Помилки та ускладнення при лікуванні травм кисті

**Доповідач:** *Бузуглий А.А., к.м.н.*

**Тема:** Кінезіотерапія — метод сучасної реабілітації

**Доповідач:** *Тетяна Жиліна, лікар міського центру нейрореабілітації*

### ЕКЗАРТИКУЛЯЦІЇ ТА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ НА КУКСАХ В ДІЛЯНКАХ СУГЛОБІВ СТОПИ І ГОМІЛКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ М'ЯЗОВОЇ, КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ, БІОМАТЕРІАЛІВ ТА ПРОТЕЗУВАННЯ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ СТОЛІ З ПОЗИЦІЙ КОНЦЕПЦІЇ «ПІСЛЯАМПУТАЦІЙНОЇ ХВОРОБИ»

*Диннік О.А.<sup>1</sup>, Тимченко І.Б.<sup>1</sup>, Диннік А.О.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Військова агресія на сході України та її медичні наслідки спричинили наявність більш ніж 800 захисників Держави, яким була проведена ампутація кінцівок і значно частіше нижніх. Зазначене потребує розробки сучасної державної концепції реабілітації вояків, що втратили кінцівки, на основі надбань сучасної медицини і вітчизняного досвіду.

**Мета.** Висвітлити нове теоретичне підґрунтя та практичні розробки ситенківської фахової школи з проблем клінічного протезування.

**Матеріали та методи.** Більш як 500 хворих, яким проведено формування кукс нижніх кінцівок із застосуванням м'язової пластики і 167 таких із застосуванням кісткової пластики та імплантатів із біоматеріалів з протезуванням хворих на операційному столі (експрес-протезуванням). Проводили аналітичні, клініко-рентгенологічні, біомеханічні та фізіологічні методи досліджень.



**Результати та обговорення.** Розроблена нова методологічна основа медико-техніко-соціальної реабілітації пацієнтів з куксами нижніх кінцівок – концепція «післяампутаційної хвороби». Останню ми трактуємо як сукупність місцевих та загальних (системних) функціональних і органічних компенсаторно-приспосувальних та патологічних змін і процесів в організмі людини з куксою кінцівки після загоєння рани, які знижують її якість життя, рухову активність і працездатність. Пусковим механізмом у появі симптомокомплексу «післяампутаційної хвороби» є гіподинамія постраждалих, яку обумовлюють традиційні методи підготовки кук до протезування. Розроблено оригінальні технічні засоби та методи формування кукс нижніх кінцівок в ділянках суглобів стопи і гомілки та на її протязі із застосуванням м'язової, кісткової пластики, імплантатів із біоматеріалів та протезування на операційному столі. Накопичується досвід щодо застосування ендопротезів суглобів та дистального відділу кукс із біоматеріалів. Розпочата підготовка щодо розробки та застосування ендо-, екзопротезів кукс кінцівок.

**Висновки.** Науково-практичні здобутки ситенківської фахової школи, розуміння їх змісту і алгоритму вирішення проблеми, дозволяють комплексно оцінювати успішність реабілітації не тільки фактом і кількістю виданих протезів, клінічним станом кукси, а й показниками стану органів та систем, та якості життя постраждалих, що є головним і для людини, і для суспільства, і для держави.

## ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Філіпенко В.А., Бондаренко С.Є., Стауде В.А. Баднауї А.А., Арутюнян З.А.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Післяопераційна реабілітація є невідомою складовою комплексного лікування хворих, яким виконано ендопротезування кульшового суглоба, час і методики її проведення на сьогодні є предметом дискусії серед фахівців. **Мета.** Розробити методику післяопераційної реабілітації пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба і оцінити її ефективність.

**Матеріали та методи.** Проведено проспективне порівняльне дослідження ефективності розробленої методики реабілітації 25 пацієнтів з наслідками травм ділянки кульшового суглоба, яким в 2014-2017 рр. було виконано ендопротезування кульшового суглоба. Середній вік склав 59 років (від 22 до 79 років), 12 чоловіків і 13 жінок. До контрольної групи були включені 25 пацієнтів після ендопротезування внаслідок коксартроза обумовленого перенесеним реактивним артритом, середній вік — 58 років (від 40 до 74 років), 9 чоловіків і 16 жінок. В обох групах виконання реабілітаційних вправ починали на наступну добу після ендопротезування за різними методиками. Після виписки зі стаціонару хворі продовжували виконувати вправи амбулаторно. Результати застосування методики реабілітації оцінювали через 3 місяці після ендопротезування за допомогою шкали Harris і шкали Oxford Hip Score.

**Результати та обговорення.** Через 3 місяці після ендопротезування в основній групі функціональний стан кульшового суглоба за шкалою Harris був кращий, ніж у контрольній групі, відповідно — 77,2 і 72,3 бали ( $p < 0,05$ ), за шкалою Oxford Hip Score в основній групі показники також були кращі, ніж показники в контрольній групі, відповідно — 36,1 і 34,4 бали ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Розроблена методика реабілітації після ендопротезування є прийнятною і більш ефективною в порівнянні з нині використовуваною методикою.

## РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО ТА КОЛІННОГО СУГЛОБІВ

Філіпенко В.А.<sup>1</sup>, Мезенцев В.О.<sup>2</sup>, Жигун А.І.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

**Мета.** Покращити результати ревізійного ендопротезування кульшового та колінного суглобів шляхом обґрунтування вибору, розробки та клінічного використання оптимальних методів операцій.

**Матеріали та методи.** В період з 2000 до 2018 року проведено 273 операції з реендопротезування кульшового суглоба (102 хворих — нестабільність тазового компоненту, 39 — ніжки, 96 — обох компонентів, 36 ревізій із заміни пар тертя). В період з 2009 до 2018 року проведено 29 операцій з реендопротезування колінного суглоба (26 хворих — заміна обох компонентів ендопротеза, 3 — лише великогомілкового). Для оцінки кісткових дефектів кульшової западини та стегнової кістки при реендопротезуванні кульшового суглоба використовували класифікації Pargosky. Для оцінки кісткових дефектів стегнової та великогомілкової кісток при реендопротезуванні колінного суглоба використовували класифікацію Anderson Orthopaedic Research Institute.

**Результати та обговорення.** Позитивні результати реендопротезування кульшового суглоба були одержані в 85% випадків, реендопротезування колінного суглоба — у 89% хворих. Успіх реендопротезування кульшового суглоба залежить від: відновлення центру ротації кульшового суглоба; адекватної первинної фіксації компонентів ендопротеза у кістковій тканині; як умова виконання попередніх вимог — пластика кісткових дефектів, що виникли внаслідок нестабільності попередньої конструкції. Визначальним при виконанні реендопротезування колінного суглоба є: відсутність надлишкової резекції кісткової тканини; відновлення рівня суглобової щілини колінного суглоба; пластика



кісткових дефектів; відновлення балансу м'яких тканин; ретельний вибір конструкції ендопротеза; адекватна первинна фіксація компонентів ендопротеза в кістковій тканині.

**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.

## ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ВИКОНАННІ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ

Танькунт О.В., Підгайська О.О.

### ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Основна причина пізньої асептичної нестабільності при ендопротезуванні кульшового суглоба — це знос пари тертя ендопротеза. Пошук нових матеріалів з поліпшеними трибологічними характеристиками для пари тертя ендопротеза кульшового суглоба є перспективним і важливим напрямом в ортопедичній хірургії, яке дозволить продовжити терміни функціонування ендопротеза в організмі людини.

**Мета.** Проаналізувати віддалені результати ендопротезування кульшового суглоба з сапфір-полімерною і сапфір-сапфіровою парою тертя.

**Матеріали та методи.** У відділенні патології суглобів ми виконали 28 операцій із заміни кульшового суглоба у 25 пацієнтів з використанням пари тертя «сапфір-полімер» і «сапфір-сапфір» в період з 1998 року по 2017 рік. Застосовувалися пари тертя «сапфір-полімер» в 8 випадках, пари тертя «сапфір-сапфір» — в 20. Сапфірові чашки ендопротеза цементної фіксації були використані в 17 випадках, безцементної фіксації — в 3 («прес-фіт» — 2, і гвинтова фіксація — 1).

**Результати та обговорення.** Середня тривалість спостереження 10,3 року (5-19) результати функції кульшового суглоба за шкалою Харріса збільшилися з 46 до 84 балів. Рентгенологічно всі ендопротези стабільні, зон остеолізу та ознак зносу пари тертя не було.

Ревізії були виконані у 2 (7,1%) пацієнтів: одна — через втомний перелому індивідуально виготовленої титанової ніжки ендопротеза, інша — через 9 років після первинної операції (були використані ніжка і чашка конструкції Герчева з парою тертя «сапфір-полімер») через асептичну нестабільність ніжки ендопротеза на фоні остеопорозу. Дослідження видаленої пари тертя показало, що знос сапфірової голівки та полімерного вкладиша склав 0,1 мм.

**Висновки.** Ендопротезування із застосуванням монокристалічного корунду в парі тертя дозволяє отримати добрі результати у віддаленому періоді після операції. Подальші дослідження є перспективними в ендопротезуванні кульшового суглоба.

## ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВО-СУГЛОБОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТА МІННО-ВИБУХОВИХ ПОШКОДЖЕНЬ

Вирва О.Є., Корж М.О., Головіна Я.О., Скорик І.О.

### ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Особливості лікування масивних поранень кінцівок полягають не тільки в санації раньових ушкоджень, боротьбі з інфекційними ускладненнями, а і в заміщенні утворених дефектів кісток та суглобів на віддалених етапах лікування.

**Мета.** Аналіз проведення етапу реконструктивного хірургічного втручання у разі наявності масивного дефекту кісток та суглобів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 38 хворих з дефектами кісток та суглобів кінцівок, після поранень та масивних гнійно-некротичних процесів. Хворі проходили лікування у клініці інституту ім. проф. М.І. Ситенка в період 2013-2017 рр. Найбільш поширеними методами хірургічних втручань були двоетапні некректомії з використанням металево-цементних спейсерів, що насичені антибіотиками, різновиди кісткової пластики, модульне ендопротезування.

**Результати та обговорення.** Головною метою першого етапу лікування було ліквідувати запальний процес. Із цією метою виконувалися секвестрнекректомії, заміщення дефекту кісток металево-цементними спейсерами з антибіотиками. Кращі результати давали двокомпонентні офіційні спейсери, що сприяли відновленню м'язової активності ураженого сегменту. Також використовувались інтраопераційно виготовлені спейсери. На другому етапі, через 6-9 місяців після отримання стійкої ремісії інфекційного процесу, були проведені різні види реконструкцій із використанням ендопротезів, кісткових трансплантатів та їхніх комбінацій. Жодного ускладнення протягом до 2-х років після закінчення лікування у всіх хворих не спостерігалось.

**Висновки.** Найбільш позитивні результати спостерігалися під час використання офіційно виготовлених спейсерів з антибіотиками, що дозволяло відновити функцію суглоба і кінцівки вже на першому етапі лікування та досягти ліквідації інфекційного процесу. Кінцевий етап лікування потрібно вибирати виключно індивідуально для кожного випадку.



## ДВОЕТАПНЕ РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО ТА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕННЯХ

Вирва О.Є., Малик Р.В., Шевченко І.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ», м. Харків

Розвиток інфекції після ендопротезування суглобів хоча і не є найчастішим ускладненням (1-2% для кульшового і 1,6-2,5% для колінного суглобів), проте є станом, який у всіх випадках важко піддається лікуванню, вимагає виконання багаторазових оперативних втручань, пов'язано з тривалими термінами госпіталізації. Одним із методів для лікування наслідків інфекційних ускладнень після первинного ендопротезування кульшового та колінного суглобів є метод двоетапного ревізійного ендопротезування.

**Мета:** Оптимізувати процес лікування хворих на інфекційні ускладнення ендопротезування колінного та кульшового суглобів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 121 пацієнта із інфекційними ускладненнями після первинного ендопротезування кульшового (78 пацієнтів) та колінного (43) суглобів в період із 2006-2017 рр., із яких жінок було 69, чоловіків — 52. У всіх пацієнтів було діагностовано пізній глибокий інфекційний процес в ділянці прооперованого суглоба, який проявився в терміни від 3 міс. до 5 років після первинного втручання. Пацієнтам проводилося двоетапне хірургічне лікування з наступним ревізійним ендопротезуванням.

**Результати та обговорення.** На першому етапі проводиться оперативне втручання із видаленням ендопротеза, установка тимчасових імплантатів (цементних спейсерів), які насичені антибіотиком. Для кульшового суглоба використовувалися однокомпонентні спейсери, для колінного — двокомпонентні. В результаті після 6-9-місячної ремісії запального процесу пацієнтам проводився 2-й етап, який включав ревізійне ендопротезування кульшового або колінного суглобів ревізійними (96 пацієнтів) та модульними ендопротезами (25).

**Висновки.** Двоетапне ревізійне ендопротезування в лікуванні пацієнтів із пізніми глибокими інфекційними ускладненнями після первинного ендопротезування дозволяє ліквідувати інфекційний процес та в подальшому відновити функцію ураженого суглоба.

» ПРОДОВЖЕННЯ



# ОНКОЛОГІЯ

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ОНКОЛОГІЯ СЬОГОДЕННЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА АСПЕКТИ»

25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–15.00

**Організатор:** Національний інститут раку

### ПРОГРАМА I секція

**Головуючі:** Колеснік О.О., Коровін С.І., Сивак Л.А.

**Тема:** Віддалені результати лікування хворих на саркому м'яких тканин високого ступеня ризику

**Доповідач:** Остафійчук В.В.

**Тема:** Т-клітини імунологічної пам'яті у хворих на первинно-локалізовану меланому шкіри

**Доповідач:** Кукушкіна С.М.

**Тема:** Вибір тактики комбінованого лікування місцево-поширеного раку прямої кишки

**Доповідач:** Звірич В.В.

**Тема:** Ішемія — фактор онкологічного прогнозу хворих на метакроннометастазуючий колоректальний рак

**Доповідач:** Бурлака А.А.

**Тема:** Результати вживання реверсивної операції Гартмана із завершуючою СМЕ/CVL у пацієнтів з ускладненими формами колоректального раку

**Доповідач:** Махмудов Д.Е.

**Тема:** Експресія рецепторів стероїдних гормонів, VEGF і Her-2/неу серозному раку і функціональних кістах яєчника. Гормональний гомеостаз у хворих з рецидивом серозного раку яєчника

**Доповідач:** Ткаля Ю.Г.

**Тема:** Прогностичні фактори при рецидивах раку вульви

**Доповідач:** Самохвалова О.О.

**Тема:** BRCA-мутації у хворих на рак яєчників: поширеність та можливість лікування

**Доповідач:** Рекута А.С.

**Тема:** Скринінг, як єдиний метод зниження піку захворюваності на рак шийки матки

**Доповідач:** Михайлович Ю.Й.

**Тема:** Деструктивні зміни пухлинних клітин під дією неоад'ювантної поліхіміотерапії у хворих на рак грудної залози

**Доповідач:** Махортова М.Г.

**Тема:** Імунологічні показники у хворих на метастатичний рак грудної залози прогностично несприятливих молекулярних підтипів

**Доповідач:** Сивак Л.А.

**Тема:** Топометрична підготовка — важливий етап забезпечення якості дистанційної променевої терапії

**Доповідач:** Скоморохова Т.В.

### II секція

**Головуючі:** Лісний І.І., Орел В.Е.

**Тема:** Комбіноване лікування хворих на рак слизового дна порожнини рота з первинним хірургічним втручанням та заміщенням дефектів шкірно-м'язовим клаптом платизми

**Доповідач:** Кравець О.В.

**Тема:** Проблемні питання мультимодальної аналгезії програми ERAS в періопераційному періоді

**Доповідач:** Лісний І.І.

**Тема:** Магнітно-резонансна нотераностика злоякісних пухлин

**Доповідач:** Орел В.Е.

**Тема:** Інформаційна технологія Національного канцер-реєстру України як інструмент об'єктивної оцінки якості онкологічної допомоги населенню

**Доповідач:** Горох Є.Л.

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА»

26 квітня 2018 року · Час проведення: 14.30–18.00

**Організатори:** Національний інститут раку, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України



## ПРОГРАМА

## Секція

## «Сучасна стратегія променевої діагностики та оцінки ефективності лікування пухлин органів малого таза»

**Тема:** Сучасні аспекти променевої діагностики в онкології

**Доповідач:** *Головко Т.С., д.м.н., проф., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Ультразвукова диференційна діагностика саркоми матки

**Доповідач:** *Абдуллаєв Р.Я., д.м.н., проф., Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Тема:** Променева дослідження для визначення місцевого поширення пухлинного процесу у хворих на рак шийки матки

**Доповідач:** *Бакай О.О., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Перед та інтраопераційна променева діагностика у хворих на метастазуючий колоректальний рак

**Доповідач:** *Бурлака А.А., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Особливості оцінки ефекту неоад'ювантної терапії при використанні різних підходів до МР-рестадіювання при місцево розповсюджених формах раку прямої кишки

**Доповідач:** *Ганіч О.В., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Променеві методи дослідження в оцінці розповсюдження місцево-поширеного раку сечового міхура

**Доповідач:** *Гаврилюк О.М., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Застосування ПЕТ/КТ під час контролю ефективності лікування пухлин аноректальної локалізації

**Доповідач:** *Ашихмін А.В., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Можливості МРТ в діагностиці раку шийки матки

**Доповідач:** *Коровіна А.С., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Роль ультрасонографії у скринінгу рецидивів раку яєчників

**Доповідач:** *Процик О.Є., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Можливості сучасних променевих методів у діагностиці метастатичного колоректального раку

**Доповідач:** *Лаврик Г.В., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Сучасна діагностика раку прямої кишки

**Доповідач:** *Сорокін Б.В., д.м.н., НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ*

**Тема:** Вибір тактики променевої діагностики раннього раку прямої кишки

**Доповідач:** *Махмудов Д.Е., Національний Інститут Раку, м. Київ*

## Секція «Оригінальні дослідження»

**Тема:** Застосування соноеластографії при діагностиці пухлинних захворювань привушних слинних залоз

**Доповідач:** *Філіпський А.В., Кафедра променевої діагностики факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького*

**Тема:** Стан діастолічної функції лівого шлуночка серця у хворих на лімфому при різних режимах хімотерапевтичного лікування

**Доповідач:** *Шевчук Л.А., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Можливості комплексної променевої діагностики злоякісних пухлин малих розмірів в грудних залозах

**Доповідач:** *Крахмальова А.С., к.м.н., Національний Інститут Раку, м. Київ*

**Тема:** Результативність діагностики захворювань підшлункової залози на основі постпроцесінгу комп'ютерного томографічних та магнітно-резонансних томографічних зображень

**Доповідач:** *Забудська Л.Р., Олександрівський консультативно-діагностичний центр, м. Київ*

**Тема:** Реконструкція операційних світлинників

**Доповідач:** *Прокоп'єв А.Г., керівник відділу продажів, науково-виробнича компанія Лів Свет, BOZON™*

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЕФЕКТУ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО МР-РЕСТАДІЮВАННЯ ПРИ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ФОРМАХ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Ганіч О.В., Головко Т.С., 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 (mrTRG) у порівнянні з розробленим нами методом, що базується на оцінці шкали сірого на T2 зважених зображень за допомогою розробленого програмного забезпечення (EmrTRG).

**Матеріали та методи.** Протягом 2016-2017 років, 74 пацієнти з первинно виявленим місцево розповсюдженим раком прямої кишки (МРРПК) (mrT3mrGf+N1-2M0) були включені в дослідження. Всі пацієнти пройшли курс неоад'ювантної хіміопроменевої терапії (НАХПТ), зі сумарною дозою 50,4 Гр у комбінації з Капецитобіном, з послідовним оперативним лікуванням. Через 8-10 тижнів після закінчення курсу НАХПТ, всі пацієнти пройшли МРТ обстеження з оцінкою ефекту НАХПТ з використанням mrTRG та EmrTRG. МР-дані зрівнювалися з даними патологічного 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, pTRG0 — у 4 (4%) випадках. У 12 (16%) випадках зустрічалась повна





радіологічна відповідь за даними mrTRG та у 8 (11%) випадках — за даними EmrTRG. mrTRG 4 зустрічалась у 20 (27%) випадках, та у 12 (16%) за даними EmrTRG. mrTRG3 — у 12 (15%), та у 18 (24%) випадках за даними EmrTRG. mrTRG 2 — у 10 (13%) випадках, та у 22 (31%) випадках за даними EmrTRG. mrTRG 1 — у 14 (22%) випадках та у 10 (14%) за даними EmrTRG. mrTRG 0 — у 6 (7%) випадках та у 4 (4%) за даними EmrTRG.

**Висновки.** EmrTRG має більшу діагностичну ефективність у виявленні pTRG 2-4 порівняно з mrTRG.

## РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ПОСТПРОЦЕССИНГА КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ

Забудская Л.Р.

Александровский консультативно-диагностический центр, г. Киев

**Цель.** Показать информативность и эффективность постпроцессинга компьютерно-томографических и магнитно-резонансных томографических изображений в идентификации заболеваний поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Обследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе «Toshiba Activion 16» (КТ) и магнитно-резонансном томографе «Toshiba Excelart Vantage AGV» 1,5Тл (МРТ). Обследовано 129 больных с болями в эпигастрии, связанными и несвязанными с приемом пищи, болями в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, тошнотой, рвотой, кровотечением в анамнезе, похудением, желтухой.

Использовали базу данных обследования пациентов на КТ с многофазным сканированием в нативную, артериальную, венозную, отсроченную фазы с рентгенконтрастированием и на МРТ с магнитоконтрастированием. Проводили анализ семиотики компьютерно-томографической с рентгенконтрастированием в нативную, артериальную, венозную, отсроченную фазы сканирования и магнитно-резонансной томографической с магнитоконтрастированием; гистографический анализ изображений тканей по рентгеновской плотности/интенсивности; расчёт полиномиального уравнения регрессии, аппроксимирующей точки кривой накопления-выведения контрастного соединения (КС), на процессоре Microsoft Excel; расчёт коэффициента гетерогенности.

**Результаты и обсуждение.** Верифицировано аденокарциному у 59 больных, у 14 – цистаденокарцинома, у 12 – ацинарноклеточный рак, у 11 – плоскоклеточный рак, у 12 – недифференцированный рак, у 3 – очаговый панкреатит, у 11 – хронический панкреатит, у 2 – аутоиммунный панкреатит, у 3 – парадуоденальный панкреатит, у 2 – фокальный липоматоз.

**Выводы.** Заболевания ПЖ диагностированы на основе качественных и количественных показателей семиотики, коэффициентов полиномиального уравнения регрессии кривой накопления-выведения КС и коэффициента гетерогенности с чувствительностью 97,9% и специфичностью 92,0%.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ В УКРАЇНІ

Доля Ю.О., Бурлака А.А., Михайлович Ю.Й., Журбенко А.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Колоректальний рак — одне з найбільш поширених онкологічних захворювань серед населення України і щороку від нього вмирає великий відсоток працездатного населення нашої країни, то можна однозначно стверджувати, що масовий відбір, сортування та обстеження здорової ланки жителів України є вкрай необхідним для того, щоб виявити наявність даного захворювання за відсутності симптомів.

Здорове населення України має бути зніційоване та направлене на розуміння небезпечності колоректального раку, як виду онкологічного захворювання та бути проінформованим про необхідність проходження обстеження раз в рік. Така інформація може бути розповсюджена шляхом видачі інформаційних листів, брошур та завдяки трансляції матеріалу про важливість скринінгу за допомогою телевізійних служб. Важливою ланкою при інформуванні здорового населення є сімейні лікарі, які теж мають звертати увагу своїх пацієнтів на доцільність проведення певних видів обстеження, коли людина знаходиться у віці і автоматично попадає в зону ризику.

Оскільки скринінг — це один з профілактичних заходів, який направлений на запобігання розвитку ракових захворювань серед населення, то Україна на державному рівні має підтримувати програми з онкології які направлені на скринінг колоректального раку, при цьому держава має забезпечити високий рівень охоплення популяції, яка підпадає під рамки обстеження даної локалізації.

Безперечно фінансування програми скринінгу колоректального раку є актуальним в Україні і підтримка таких програм має величезне значення національного характеру.

## ВИБІР ТАКТИКИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КІШКИ

Звірич В.В., Колеснік О.О., Шудрак А.А., Махмудов Д.Е., Безносенко А.П.

Національний інститут раку, м. Київ

**Актуальність.** За даними Національного канцер-реєстру та провідних світових баз даних, місцево-поширений рак



прямої кишки (МРРПК) становить до 20% всіх вперше виявлених пухлин. Дана форма характеризується несприятливим прогнозом перебігу. На сьогодні відсутні загальноприйняті стандарти діагностики, стадіювання та лікувальної тактики МРРПК.

**Мета.** Дослідити ефективність основних способів комбінованого лікування МРРПК.

**Матеріали та методи.** В період з 2008 по 2013 роки комбіноване лікування МРРПК проведене 123 пацієнтам. До основної групи увійшли 43 пацієнти, яким неoad'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії СОД 50-60 гр на фоні 2-3 курсів поліхіміотерапії на основі оксаліплатину та фторпіримідинів із подальшим оперативним втручанням через 8-10 тижнів. До групи порівняння увійшли 80 пацієнтів, яким неoad'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії 30-40 гр із призначенням фторпіримідинів в якості радіомодифікаторів із подальшим оперативним втручанням через 4-6 тижнів.

**Результати та обговорення.** В цілому було зафіксовано 12 (29%) проявів гематологічної токсичності у пацієнтів основної групи, 20 (25%) – в контрольній групі, 16 проявів гастроінтестинальної токсичності у 6 (42%) пацієнтів основної групи, 19 – у 12 (38%) в контрольній групі, 7 інших проявів токсичності у 4 (29%) і 11 – у 8 (25%) пацієнтів відповідно. У переважній більшості пацієнтів основної та контрольної групи відповідь на ХПТ проявилася стабілізацією процесу (64 і 72% відповідно). Часткова регресія була відзначена в 29 і 22%, повна регресія (урТ0) – у одного пацієнта основної та двох пацієнтів контрольної групи. Статистично достовірних відмінностей між групами не отримано. Інша тенденція спостерігається при оцінці відповіді на ХПТ залежно від критеріїв mTRG: так, 36% пацієнтів основної групи продемонстрували ступінь регресу mTRG-2, а 60% пацієнтів контрольної групи – mTRG-3, що свідчить про досить високий рівень ефективності ХПТ, незважаючи на відсутність зменшення ступеня поширеності первинної пухлини відповідно до критеріїв RECIST. Загальна п'ятирічна виживаність склала  $55 \pm 12,3\%$  з медіаною в 24 міс., в основній групі і  $39 \pm 9,7\%$  з медіаною в 27 міс. в контрольній; загальна п'ятирічна безрецидивна виживаність склала  $34 \pm 11,4\%$  з медіаною в 11 міс. в основній групі і  $28 \pm 11,7\%$  з медіаною в 14 міс. в контрольній групі ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Проведення неoad'ювантної хіміопроменевої терапії 50-60 гр на фоні поліхіміотерапії на основі оксаліплатину не викликає значного підвищення рівня токсичності, призводить до збільшення частоти регресії пухлин та дає можливість підвищити загальну та безрецидивну виживаність у хворих на МРРПК.

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ

Остафійчук В.В., Коровін С.І., Палівець А.Ю., Кукушкіна М.М., Дедков С.А

Національний інститут раку, наукове відділення пухлин шкіри і м'яких тканин, м. Київ

**Мета.** Метою даного дослідження була оцінка комплексного підходу лікування сарком м'яких тканин кінцівок та тулуба ІІб-ІІІ стадії.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані підсумки комплексного лікування 81 хворих на СМТ ІІб-ІІІст., що проходили лікування в Національному інституті раку в період з 2011 по 2016 рр., в залежності від використання в передопераційному та післяопераційному періоді поліхіміотерапії (ПХТ), променевої терапії (ПТ) чи їх комбінації.

Всі пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 40 хворих, які отримували 2 курси неoad'ювантної (НА) системної ПХТ за схемою CyVADIC (вінкристин — 1,4 мг/м<sup>2</sup>; циклофосфан — 500 мг/м<sup>2</sup>; доксорубіцин — 50 мг/м<sup>2</sup>; дакарбазин — 1200 мг/м<sup>2</sup>) з інтервалом 3 тижні та наступним хірургічним лікуванням, в післяопераційному періоді хворим проводилось 2 курси ПХТ за схемою VAC (1-й день: вінкристин — 1,5 мг/м<sup>2</sup>; доксорубіцин — 60 мг/м<sup>2</sup>; циклофосфан — 1200 мг/м<sup>2</sup>) та курс променевої терапії (ПТ) на ложе видаленої пухлини в сумарній вогнищевій дозі (СОД) 50 гр. Група 2 складалася із 41 хворих, які отримали лікування: курс НА системної ПХТ за схемою CyVADIC та ПТ в СВД 35-40 гр з наступним хірургічним втручанням, в післяопераційному періоді пацієнтам проводилось 2 курси системної ПХТ за схемою VAC та курс ПТ СВД 20 гр з наступним хірургічним втручанням.

**Результати та обговорення.** Загальна 3-річна виживаність в групі 1 склала  $75,6 \pm 6,3\%$ , в групі 2 –  $70,7 \pm 7,7\%$  ( $p=0,32$ ). Локальна 3-річна безрецидивна виживаність дорівнювала відповідно  $87,2 \pm 5,2\%$ ,  $89,5 \pm 4,6\%$  ( $p=0,32$ ), а безметастатична 3-річна виживаність  $75,0 \pm 6,8\%$  та  $58,5 \pm 7,1\%$  ( $p=0,04$ ) відповідно.

**Висновки.** Застосування протоколу лікування в групі 1 достовірно покращує показники 3-х річної безметастатичної виживаності порівняно із методикою лікування використаної в групі 2.

## ДЕСТРУКТИВНІ ЗМІНИ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ПІД ДІЄЮ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Махортова М.Г.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Неoad'ювантна (НА) поліхіміотерапія (ПХТ) має на меті зниження ризику мікрометастазування та підвищення абластики при оперативному втручанні, що впливає на подальший прогноз захворювання. Цитологічний метод дає можливість провести об'єктивну оцінку якісних та кількісних змін пухлинних клітин (ПК) раку грудної залози (РГЗ).

**Мета.** Вивчити деструктивні зміни пухлинних клітин під дією внутрішньовенної (ВА) та внутрішньовенної (ВВ) НА ПХТ у хворих на РГЗ.

**Матеріали та методи.** Досліджені цитологічні препарати операційного матеріалу 45 хворих на РГЗ (без НАПХТ (17), ВАПХТ



(10), ВВПХТ(18)), забарвлені за методом Паппенгейма. Якісно-кількісні ознаки змін ПК РГЗ вивчалися згідно розробленої нами «Схеми цитоморфологічних ознак якісного та кількісного складу клітин РГЗ», яка включала 57 ознак їх градацій у 4500 ПК РГЗ. Матеріал верифікований гістологічно. Результати оброблено статистично.

**Результати та обговорення.** В ході порівняльного аналізу виявлено, що ступінь деструктивних змін ПК РГЗ більше виражений після НА ВАПХТ, порівняно з контрольною групою, та характеризувався вірогідним зменшенням кількості ПК з ядрами, які мали компактну структуру хроматину ( $4,76 \pm 1,98\%$ ), та після ВВПХТ ( $3,28 \pm 0,84\%$ ). При цьому відмічалось збільшення вмісту кількості ПК з повністю лізованою цитоплазмою після ВАПХТ ( $27,80 \pm 8,47\%$ ), відповідно – ВВПХТ ( $23,06 \pm 1,96\%$ ). Виявлена різниця вмісту великих за розміром ядерців в ядрах ПК РГЗ після ВАПХТ ( $7,14 \pm 2,00\%$ ), ВВ ПХТ ( $6,02 \pm 4,06\%$ )

**Висновки.** Отримані дані дозволили виявити цитологічні ознаки впливу НА ПХТ у хворих на РГЗ. При порівняльному аналізі встановлено, що більш виражені деструктивні зміни визначались під дією НА ВА ПХТ порівняно з ВВПХТ.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПЕТ/КТ ПІД ЧАС КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН АНОРЕКТАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Ашихмін А.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Вступ.** Досвід клінічного застосування позитронно-емісійної томографії з використанням радіофармпрепарату 18-фтордезоксиглюкози (далі — ПЕТ/КТ) підтверджує доцільність її застосування в онкології для поточної та заключної оцінки ефективності проведеного лікування. ПЕТ/КТ має високу чутливість при моніторингу ефективності проведеного хіміотерапевтичного чи радіотерапевтичного лікування. За результатами численних досліджень, щодо використання методу ПЕТ/КТ для подальшого динамічного контролю, виявлено найбільшу точність системної та локо-регіонарної оцінки в порівнянні із КТ і МРТ-методиками. Щодо оцінки вторинного ураження регіонарних та віддалених лімфовузлів чутливість ПЕТ/КТ методу оцінюється вище за КТ, чутливість по оцінці віддалених метастазів також вище у ПЕТ/КТ.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних ПЕТ/КТ хворих на колоректальний рак за період з 2011 рік по 2017 рік. Всього оцінено ПЕТ/КТ 330 пацієнтів до початку лікування та під час лікування, також проводились порівняння з представленими даними КТ та МРТ. Радіофармпрепарат – фтордезоксиглюкоза 18 (18ФДГ); середня активність на ін'єкцію складала 385,2мБк; у чоловіків 403,05мБк, у жінок 334,23мБк відповідно.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що методика ПЕТ/КТ за чутливістю та специфічністю в порівнянні із стандартними методиками візуалізації (КТ) є більш інформативною. Середня чутливість та специфічність ПЕТ/КТ щодо основного вогнища становила 84% та 91% відповідно. В той час, як аналогічні показники для базового методу КТ склали 64% та 74% відповідно. Різниця в чутливості при оцінці ураження лімфовузлів для методу КТ та ПЕТ/КТ складала 65% та 53% відповідно. Також слід враховувати обмеження методу ПЕТ/КТ: при проведенні оцінки щодо вторинного ураження може виявлятися хибно негативний результат на ПЕТ для дрібних вогнищ в легенях та переважно в верхніх відділах печінки (щодо легень слід враховувати дані отримані на КТ, більш доцільна оцінка печінки в сумнівних випадках за допомогою DWI МРТ). Є високий ризик отримати хибно-негативний ПЕТ результат для муцинозних форм аденокарцином.

**Висновки.** Встановлено, що оцінка за допомогою ПЕТ/КТ потенційно курабельної пухлини та метастазів високо ефективна та змінює тактику лікування у 20% випадків. Визначено на практиці, що під час оцінки ефективності лікування слід враховувати як гістологічний тип пухлини так і дані проведеного ПЕТ/КТ стадіювання. Також доведено, що 18 ФДГ ПЕТ/КТ має суттєві переваги для оцінки ефективності на ранніх термінах лікування, як щодо первинного вогнища на тлі радіотерапії чи комбінованої терапії так і для оцінки метастазів в печінку/легені.

## ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ПРОГНОСТИЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ МОЛЕКУЛЯРНИХ ПІДТИПІВ

Фільчаков Ф.В., Кукушкіна С.М., Сивак Л.А., Лялькін С.А., Верьовкіна Н.О., Тарасенко Т.Е.

Національний інститут раку, м. Київ

Результати багатьох досліджень підтверджують існування зв'язку між перебігом захворювання, результатами лікування та імунореактивністю організму у хворих на злоякісні новоутворення, в тому числі на рак грудної залози (РГЗ).

**Мета.** Вивчити особливості стану імунної системи у хворих на РГЗ прогностично несприятливих молекулярних підтипів.

**Матеріали та методи.** Методом проточної цитофлуориметрії досліджено популяційний склад лімфоцитів периферичної крові 24 хворих на тричі негативний, 15 хворих на люмінальний В Her2/neu негативний метастатичний РГЗ та 20 практично здорових жінок (ПЗЖ).

**Результати та обговорення.** При тричі негативному РГЗ популяційний склад циркулюючих лімфоцитів характеризується низьким рівнем Т-хелперів (CD4+) ( $34,6 \pm 3,4\%$  проти  $42,5 \pm 1,6\%$  у ПЗЖ,  $p=0,038$ ), при люмінальному В Her2/neu негативному РГЗ відносна кількість Т-хелперів реєструється в межах нормальних значень. Відсоток цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD8+), незалежно від молекулярного підтипу пухлини, відповідає аналогічному показнику у ПЗЖ. Групи хворих не відрізняються за вмістом природних кілерних Т-лімфоцитів (CD3+CD56+CD16+) та природних кілерів (CD3negCD56+CD16+), рівень яких визначається в межах нормальних значень. Відносна кількість регуляторних



T-лімфоцитів (CD4+CD25highCD127low-neg) у хворих на трічі негативний РГЗ відповідає такому у ПЗЖ ( $2,8 \pm 0,3\%$  проти  $2,8 \pm 0,2\%$ ,  $p=0,662$ ). Натомість, при люмінальному В Her2/neu негативному РГЗ цей показник ( $2,0 \pm 0,3\%$ ) є зниженим ( $p=0,010$ ).

**Висновки.** Хворі на метастатичний трічі негативний та люмінальний В Her2/neu негативний РГЗ мають певні зміни в імунореактивності організму, подальші дослідження яких дозволять визначати індивідуальні особливості перебігу захворювання та відповідь на терапію.

## ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ НАЦІОНАЛЬНОГО КАНЦЕР-РЕЕСТРУ УКРАЇНИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Горох Є.Л., Рижов А.Ю., Федоренко З.П., Гулак Л.О., Сумкіна О.В., Куценко Л.Б.

Національний інститут раку, м. Київ

Важливою складовою процесу реформування охорони здоров'я є впровадження в медичну практику інформаційних технологій, які сприяють об'єктивізації оцінки розвитку онкоепідеміологічного процесу в популяції України та оцінки ефективності та якості лікувально-діагностичного процесу в мережі онкологічних закладів. Персоніфікована база даних Національного канцер-реєстру України також дозволяє здійснювати супровід та інформаційне забезпечення рандомізованих та кооперованих наукових досліджень в галузі клінічної онкології, вивчення виживаності хворих; інформаційно-аналітичну підтримку діяльності органів управління охороною здоров'я та онкологічною службою.

Національний канцер-реєстр представлений розгалуженою системою збору, зберігання й обробки персоніфікованої інформації про всі випадки раку, зареєстровані на території України; на початок 2018 року база даних канцер-реєстру містить інформацію про понад 3 млн. хворих. Також успішно впроваджується мережа лікарняних канцер-реєстрів, завданням яких є накопичення детальної інформації про онкологічного хворого: діагноз, схему лікування та його безпосередні й віддалені результати. Для об'єктивізації оцінки стану онкологічної допомоги населенню впроваджено показник співвідношення смертність/захворюваність та співставлення його з традиційними показниками (занедбаність ЗН, виявлення ЗН на ранніх стадіях, охоплення хворих спеціальним лікуванням), що дозволяє виявити стандарти приховані недоліки в організації лікувально-діагностичного процесу та запропонувати заходи на їх усунення. В роботу Національного канцер-реєстру імплементовано оновлені класифікації ICD-O-3 та ICSS-3, як міжнародні стандарти представлення онкоепідеміологічних даних дорослого та дитячого віку, що дозволяє представляти дані України у міжнародних дослідженнях, проводити належний аналіз якості даних реєстру та обчислювати показники захворюваності, смертності та виживаності в розрізі регіонів, статево-вікових груп, часових інтервалів та інших параметрів.

Аналітичні матеріали реєстру щорічно видаються у вигляді довідника «Бюлетень Національного канцер-реєстру України» і можуть широко використовуватися в наукових дослідженнях, а також для прийняття управлінських рішень.

## ІШЕМІЯ — ФАКТОР ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУ ХВОРИХ НА МЕТАХРОННО МЕТАСТАЗУЮЧИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

Бурлака А.А., Звірчих В.В., Доля Ю.О., Бабак Л.В., Колеснік О.О.

Національний інститут раку, м. Київ

**Резюме.** 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 металлопротеїназ 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  $25,61 \pm 5,2$  міс.,  $24,07 \pm 4,7$  міс.,  $14,03 \pm 2,9$  міс. та  $27,87 \pm 9,4$  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.

**КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВОЇ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА З ПЕРВИННИМ ХІРУРГІЧНИМ ВТРУЧАННЯМ ТА ЗАМІЩЕННЯМ ДЕФЕКТІВ ШКІРНО-М'ЯЗОВИМ КЛАПТЕМ ПЛАТИЗМИ**

Кравець О.В., Процик В.С., Хлинін О.В.

Національний Інститут раку, м. Київ

За останні десятиріччя досягнуто значного прогресу в реконструктивній хірургії голови та шиї. Для пластичного заміщення дефектів дна порожнини рота застосовують регіонарні (шкірно-жировий носо-губний, субментальний, шкірно-м'язовий кивального м'яза, дельтопекторальний) та вільні (променевої передпліччя, передньо-латеральний стегна) клапті. Роль шкірно-м'язового клаптя платизми для усунення дефектів порожнини рота дотепер є не визначеною через високу частоту ускладнень (10–45%), описаних у ряді досліджень.

**Мета.** Вивчення можливостей використання шкірно-м'язового клаптя платизми при заміщенні невеликих та середніх дефектів дна порожнини рота.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 26 пацієнтів на рак слизової дна порожнини рота, що знаходились на лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї Національного інституту раку та Черкаському обласному онкологічному диспансері у період з 2014-2017 рр., чоловіків було 25 (96,2%), жінок — 1 (3,8%). Вік пацієнтів коливався від 40 до 76 років. Плоскоклітинний рак різного ступеня диференціювання діагностовано у 26 (100%) хворих. За розповсюдженням процесу II стадію (T2N0M0) діагностовано у 9 (34,6%), III (T2N1M0, T3N0-1M0) — у 14 (53,8%), IV (T2-3N2M0) — у 3 (11,6%) пацієнтів.

Усі хворі на першому етапі отримали хірургічне лікування. Резекція дна порожнини рота виконана у 7 (26,9%), дна порожнини рота з крайовою резекцією нижньої щелепи — у 15 (57,7%), дна порожнини рота та язика — у 4 (15,4%) пацієнтів. Шийна дисекція проведена у 17 (65,4%) хворих. Пластичне заміщення дефекту дна порожнини рота проводилось одномоментно з видаленням первинної пухлини. Аджюванту променевою терапією отримали 18 (69,2%), хіміопроменевою — 5 (19,2%) хворих, у 3 (11,6%) пацієнтів застосували лише хірургічне лікування.

Вивчали післяопераційні ускладнення, функціональний статус, ускладнення у донорській ділянці. Оцінка функції проводилась за шкалою функціонування для хворих на рак голови та шиї PSS-HN (Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients).

**Результати та обговорення.** Пластичне усунення дефектів дна порожнини рота у 16 (61,5%) хворих виконано вертикальним, у 10 (38,5%) — горизонтальним шкірно-м'язовим клаптем підшкірного м'яза шиї. Перев'язка лицевої артерії та вени проведена у 9 (34,6%) випадках. Розмір дефектів дна порожнини рота складав від 3,5x2,5 см до 6,0x3,5 см. Повний некроз клаптя відмічено у 1 (3,8%), частковий — у 2 (7,7%), втрата епідермісу — у 2 (7,7%) хворих. У пацієнта з повним некрозом клаптя проведено повторне оперативне втручання. Завершеність первинної пластики складала 96,2%. Гематом, інфекційних ускладнень, слинних норичів та розходження країв післяопераційної рани не відзначали. Харчування через рот було відновлено у середньому на 12 добу після хірургічного втручання. Ускладнень у донорській ділянці не спостерігали.

Оцінку функції проводили за шкалою функціонування для хворих на рак голови та шиї PSS-HN. Оцінювались повноцінність дієти, харчування на людях, зрозумілість мови. Аналіз показників проводили через 4 місяці після оперативного лікування. Показник повноцінності дієти склав 84,1%, харчування на людях — 92,2%, зрозумілість мови — 94,8%.

**Висновки.** Застосування шкірно-м'язового клаптя платизми є простою та ефективною методикою заміщення невеликих та середніх дефектів дна порожнини рота, що дозволяє досягти високих показників приживлення та функціональної реабілітації.

**МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА НАНОТЕРАНОСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН**

Орел В.Е., Головка Т.С., Ганіч О.В., Рихальський О.Ю., Орел І.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Експериментальне підтвердження можливості використання ефекту магнітного резонансу для нанотераностики злоякісних пухлин.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на 40 мишах C57Bl/6 з трансплантованою карциномою легень Льюїс. Тварини були розділені на 4 групи: 1 – контроль (без лікування); 2 – введення офіційного доксорубіцину (ДР) (Pfizer); 3 – введення механомагнітохімічно синтезованого (ММХС) нанокмплесу, що складався з феромагнітних комерційних наночастинок <50 нм (Sigma-Aldrich) та парамагнітного ДР; 4 – введення ММХС нанокмплесу з наступним тотальним електромагнітним опроміненням (ЕО) тварин за допомогою магнітно-резонансного томографу (МРТ) Intera 1.5T (Philips Medical Systems).

**Результати та обговорення.** Введення офіційного ДР або нанокмплесу без ЕО ініціювали рівні мінімальні протипухлинні ефекти. Нанотерапія у поєднанні з тотальним ЕО тварин – пухлиноносів в МРТ ініціювали максимальний протипухлинний ефект. Середнє число метастазів у легнях розраховано на одну тварину у 3 та 4 групах мало більшу тенденцію до зменшення ніж у 1 та 2 групах на 25 день після трансплантації пухлини. Отримані результати були підтверджені результатами магнітно-резонансної томографії тварин з карциномою легень Льюїс. Грунтуючись на раніше проведених дослідженнях злоякісних пухлинних клітин в умовах in vitro, можна



стверджувати, що збільшення протипухлинного ефекту було обумовлено генерацією в умовах магнітного резонансу активних форм кисню та азоту, ініційованих ММХС наноконкомплексом у зляканих пухлинах.

**Висновки.** Технологія магнітно-резонансної нанотераностики дозволяє поліпшити протипухлинний ефект препарату та контролювати ефективність лікування, що відкриває перспективи клінічного використання нанотехнологій для індивідуальних оптимізованих протоколів лікування онкологічних хворих з дисемінованими пухлинами.

## PRELIMINARY OUTCOMES OF REVERSE HARTMANN PROCEDURE WITH COMPLETION CME/CVL FOR PATIENT WHO UNDERWENT PREVIOUSLY INCOMPLETE LYMPHADENECTOMY FOR ADVANCED COLORECTAL CANCER

O.O. Kolesnik, D.E. Makhmudov

National cancer institute, Kiev, Ukraine

**Objective.** Advanced colorectal cancer remains a significant burden in Ukraine. In approximately 30% of cases it manifests by acute bowel obstruction, requiring urgent surgery. Most of colorectal cancer resections, performed under such circumstances, represent an inadequate extent of lymphadenectomy. Since the year 2015 we apply a novel approach for performance of a Hartmann reversal procedure — completion CME/CVL.

**Methods.** Seventy eight patients had been selected for prospective analysis. Presence of remnant regional and apical lymph nodes had been assessed by preoperative CT and MRI. Hartmann reversal procedure had been extended with a CME/CVL as described by Hohenberger et al. Removed specimens with the mesentery had been pathologically examined.

**Results.** Sigmoid colon was the primary tumor site in 37 (47%) cases, rectum — in 25 (32%) and descending colon — in 16 (21%). Previous extent of lymphadenectomy in all cases was D1 and less. No intraoperative findings of primary tumor spread were detected. We observed 12 (15%) Clavien-Dindo grade III complications within a 90-day period. Anastomotic leakage was diagnosed in 9 (11%) of cases: grade B — in 6 (8%) and grade C in 3 (3%) of cases. No 90-day postoperative mortality was observed. Pathologic examination reported a rate of metastatic lymph nodes of 16% (12 cases). Extranodal tumor deposits had been present in 7 (9%) of cases. No signs of tumor were identified in the resection margins after previously performed surgery. All studied patients had been signed into a database for further follow-up and assessment of long-term outcomes.

**Conclusions.** Implementation of CME/CVL principles for reverse Hartmann procedure demonstrates its safety and oncologic rationale with regard to relatively low postoperative complications rate and pathologic findings. Further trials for evaluation of this approach on long-term outcomes are required.

## ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ

Бойчук С.І., Дєдков А.Г., Волков І.Б., Костюк В.Ю., Максименко Б.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Вступ.** Актуальність проблеми зумовлена високою частотою розвитку кісткових метастазів (40-60%) в онкологічних хворих.

**Мета.** Оптимізувати результати лікування хворих з метастатичним ураженням кісток.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням в НІР знаходиться 295 хворих з кістковими метастазами. Комплексне лікування проводилось залежно від типу первинної пухлини, виявлених поодиноких чи множинних метастазів, локалізації процесу та соматичного статусу хворого. Методами лікування хворих з КМ є терапевтичний (хіміотерапія, гормонотерапія, бісфосфонати), променевий (в тому числі радіоізотопний), хірургічний. Хірургічне лікування залежить від визначення прогностичних факторів. Доцільність активної хірургічної тактики визначалася за бальною системою, розробленою Тепляковим В.В.

**Результати та обговорення.** Бісфосфонати та таргетні препарати були основними терапевтичними засобами лікування КМ при всіх нозологічних формах. Хірургічне лікування проводилося переважно у хворих з солітарними кістковими метастазами (45 хворих), або в комплексному лікуванні після патологічного перелому (48 хворих). Променева терапія ефективна у хворих з КМ раку грудної залози, легень, передміхурової залози. Радіоізотопи застосовувалися для лікування хворих з множинними кістковими метастазами раку грудної, передміхурової, щитоподібної залози. Хіміотерапія проводилась залежно від стандартів лікування метастатичних форм раку (грудної залози, товстого кишківника, сечового міхура). Ремісія була досягнута у всіх хворих від 5 до 62 місяців.

**Висновки.** Виявлення КМ різних нозологічних форм раку потребує мультидисциплінарного та індивідуального підходу для вибору оптимальної комбінації лікувальних методів, які призводять до відновлення функції ураженої кінцівки, покращення результатів лікування та якості життя хворих.

## РЕЗЕКЦІЯ ПЕЧІНКИ З ПРИВОДУ НЕКОЛОРЕКТАЛЬНИХ МЕТАСТАЗІВ. ДОСВІД НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ

Бурлака А.А., Доля Ю.О., Колеснік О.О.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

**Мета.** Роль резекції печінки при метастатичному ураженні печінки зляканими новоутвореннями неколоRECTALNOЇ





локалізації (неКРР) досі не вивчено. Метою дослідження є аналіз онкологічного ефекту резекцій печінки у даної когорти хворих.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз резекцій печінки з приводу неКРР в умовах Національного інституту раку за період із грудня 2000 р. по грудень 2016 р. Віддалені результати досліджувались за допомогою методу Каплан-Мейер

**Результати та обговорення.** Результати лікування 84 хворих на неКРР були включені в аналіз. Загальна 5-річна виживаність склала 44%. 5-річна виживаність з приводу меланоми скала 45%, раку молочних залоз – 56%, гастроєзофагеальних метастазів — 0%.

**Висновки.** Резекції печінки у хворих неКРР є ефективним методом контролю захворювання. Хірургічний метод лікування дозволяє досягти показників загальної 5-річної виживаності на рівні результатів лікування хворих на метастатичний колоректальний рак за умови проведення селекції хворих.

## СКЛАДНОСТІ ЦИТОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕДІАСТІНАЛЬНИХ ЛІМФОМ

Алексєєнко О.І., Болгова Л.С., Туганова Т.М., Махортова М.Г.

Національний інститут раку, м. Київ

В передньо–верхньому середостінні знаходиться вилочкова залоза, з якої розвиваються різні гістологічні варіанти тимом, що містять епітеліальні і лімфоїдні клітини та окремі види лімфом. Найчастіше діагностують первинну медіастинальну В–крупноклітинну лімфому (ПМВКЛ) і лімфому Ходжкіна (ЛХ). Для них характерні подібні клінічні дані – новоутворення розвиваються переважно у молодих осіб, характеризуються інфільтративним ростом, наявністю склерозу і некрозу. При цитологічній діагностиці ПМВКЛ виникають значні труднощі.

**Мета.** Виявити характерні для ПМВКЛ цитологічні ознаки.

**Матеріали та методи.** Вивчені цитограми пунктів ПМВКЛ, пофарбованих за методом Паппенгейма, з цитогістологічними розходженнями від 16 хворих у віці 21–54 років. Матеріал усіх спостережень верифікований гістологічними і імуногістологічними методами.

**Результати та обговорення.** При цитологічному дослідженні встановлена злаякісна пухлина у 13 хворих (81,2%), з них було більше даних за тимому у 9, ЛХ – у 2 і Т-клітинну лімфому – у 1 пацієнта. У решти хворих матеріал був малоінформативним. При цьому в цитограмах виявлялись окремі лімфоїдні і епітеліальні клітини з ознаками некротичних змін та сполучноклітинні елементи.

**Висновки.** В цитологічних препаратах ПМВКЛ відзначалась невелика кількість лімфоїдних клітин з ознаками різного ступеня диференціювання і поодинокі епітеліальні клітини вилочкової залози з характерними цитоплазматичними, ядерними і ядерцевими ознаками, серед яких зрідка визначались невеликі поля зору атипових лімфоїдних клітин та окремі сполуччотканинні елементи. Цитологічне дослідження ПМВКЛ є складною діагностичною задачею в зв'язку з дистрофічними змінами пухлинних клітин та реактивною гіперплазією клітин тимусу, що за морфологічними ознаками нагадує тимому і потребує додаткових імуноцитохімічних досліджень.

## СКРИНІНГ В ОНКОЛОГІЇ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ

Михайлович Ю.Й., Журбенк А.В., Доля Ю.О.

Національний інститут раку, м. Київ

Скринінг — це обстеження умовно здорового населення без прояву будь-яких клінічних ознак захворювання. Кінцевою метою скринінгу є зниження смертності від злаякісних новоутворень на популяційному рівні, а іноді й зниження захворюваності, коли метою скринінгу є виявлення передракових станів.

Скринінг злаякісних новоутворень прийнято відносити до заходів профілактики, тобто запобігання розвитку раку, найчастіше — до числа заходів вторинної профілактики. При правильному використанні скринінг може бути дієвим інструментом в профілактиці онкологічних захворювань, але досить обмежених нозологій. При плануванні скринінгових програм, особливо в онкології, необхідно дотримуватися сталих принципів і критеріїв щодо проведення скринінгу, ретельно вивчати доцільність впровадження того чи іншого скринінгового тесту, враховувати переваги і недоліки. У деяких пацієнтів рання точна діагностика передракового стану приведе до поліпшення прогнозу, лікування буде менш радикальним, а витрати служби охорони здоров'я вдасться заощадити. Проте існує низка недоліків до яких може призвести проведення скринінгу: невідмірна діагностика та лікування випадків захворювання; усі процедури проведення скринінгу включають дослідження і тестування великого числа осіб з метою виявлення незначної групи людей з тією або іншою патологією, виникають витрати ресурсів на виявлення більшої кількості захворювань, пов'язаних з проведенням тестів, оплатою праці персоналу і подальшим лікуванням виявлених станів.

Отже, при плануванні скринінгових програм в онкології необхідно провести низку ґрунтовних економічних розрахунків, попри те, що більшість скринінг-тестів прості, а їх процедури відносно дешеві, фактична вартість скринінгу може бути занадто високовартісною та неефективною з економічної точки зору, оскільки в нього залучена велика кількість учасників. Подальші дослідження тих, хто отримав позитивний результат при скринінгу також дорогі та потребують наявності належного діагностичного та лікувального обладнання, відповідного кваліфікаційного рівня медичного персоналу.



Необхідною умовою реалізації скринінгової програми в онкології є розробка медико-економічного протоколу з відповідної нозології та визначення тестів для оцінки ефективності впровадження програми; визначення медико-економічної доцільності програми скринінгу з фінансово-економічним обґрунтуванням і урахуванням подальших витрат на комплексне лікування, соціально-психологічну та медичну реабілітацію виявлених в процесі скринінгу хворих.

## СКРИНІНГ ЯК ЄДИНИЙ МЕТОД ЗНИЖЕННЯ ПІКУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Михайлович Ю.Й., Журбенко А.В., Доля Ю.О.

Національний інститут раку, м. Київ

Онкологічний скринінг — це заходи первинної та вторинної профілактики, тобто попередження захворювання на рак. Доказовою базою ефективності скринінгу є теорія канцерогенезу. Пухлини, виявлені на ранніх етапах формування, є більш сприятливими щодо прогнозу і лікування, ніж новоутворення, що зазнали серйозних якісних змін у процесі прогресії. При порівнянні захворюваності інвазивного раку шийки матки та раку *in situ* в Україні за період 2002–2010 та 2006–2015 рр. необхідно відзначити, що пройшло зміщення у вікових групах захворюваності інвазивного РШМ з 45–50 до 40–44 рр., що викликає занепокоєння. За прогнозними оцінками рівень захворюваності на РШМ зростає до 2020 року у 1,4 рази. Проблема профілактики та ранньої діагностики раку шийки матки в Україні на сьогодні є надзвичайно важливою та актуальною, оскільки рак вражає жінок як репродуктивного, так і працездатного віку. Смертність від раку шийки матки становить 9,2 на 100 тис. населення. Серед країн Європи Україна знаходиться на 11 місці. Прогноз для раку шийки матки доволі сприятливий. Відносно 5-річне виживання на ранніх стадіях становить близько 90%. Кумулятивне 5-річне виживання у Європі – 67%.

Процес цервікального канцерогенезу від інфікування, цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN) помірного або вираженого ступеня дисплазії до розвитку інвазивного РШМ є довготривалим > 20 років. Це свідчить про те, що є достатній період часу для проведення відповідних профілактичних заходів, що перешкоджають розвитку інвазивного РШМ. З іншого боку, це покаже, що ефект цитологічного скринінгу на зниження захворюваності і смертності від РШМ може проявитися тільки через 15-20 років від початку проведення скринінгу. Тому його запровадження, і саме в рамках популяційного скринінгу, є вкрай стратегічно значимим заходом, який треба негайно реалізувати.

## Т-КЛІТИНИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ПАМ'ЯТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННО-ЛОКАЛІЗОВАНУ МЕЛАНОМУ ШКІРИ

Кукушкіна С.М., Фільчаков Ф.В., Кукушкіна М.М., Коровін С.І., Вельська М.Ю.

Національний інститут раку, м. Київ

Особливості клінічного перебігу меланому шкіри (МШ), включаючи випадки спонтанної регресії пухлини та розвиток аутоімунних порушень, в тому числі індукованих лікуванням, свідчать про залучення імунних механізмів у патогенез цього захворювання. Розробка та впровадження нових схем біотерапії у хворих на МШ передбачає дослідження стану імунної системи.

**Мета.** Вивчити вміст Т-клітин імунологічної пам'яті та наївних Т-лімфоцитів в периферичній крові хворих на МШ.

**Матеріали та методи.** Методом проточної цитофлуориметрії досліджено популяційний склад Т-лімфоцитів (CD45RA–CD45RO+, CD45RA+CD45RO+, CD45RA+CD45RO–) периферичної крові у 38 хворих на первинно-локалізовану МШ.

**Результати та обговорення.** У хворих на первинно-локалізовану МШ абсолютний вміст Т-клітин імунологічної пам'яті (CD45RA–CD45RO+) в циркуляції відповідає такому у практично здорових людей і не залежить від наявності виразкування первинної пухлини, натомість кількість наївних Т-клітин (CD45RA+CD45RO–) та активованих Т-клітин з фенотипом CD45RA+CD45RO+ є зниженою. При наявності виразкування МШ (n=14) у хворих суттєво змінюється співвідношення цих субпопуляцій Т-лімфоцитів: збільшується відсоток Т-клітин пам'яті та зменшується відсоток наївних Т-лімфоцитів. Встановлено, що зі збільшенням товщини первинної пухлини в пулі циркулюючих Т-лімфоцитів у хворих зростає відносна кількість Т-клітин пам'яті (r=0,326, p=0,046), при цьому, така залежність є вираженою за умов виразкування первинної пухлини (r=0,615, p=0,025).

**Висновки.** Таким чином, у хворих на МШ субпопуляційний склад циркулюючих Т-лімфоцитів характеризується збільшенням відсотка клітин імунологічної пам'яті, рівень яких корелює з товщиною первинної пухлини.

## ТОПОМЕТРИЧНА ПІДГОТОВКА — ВАЖЛИВИЙ ЕТАП ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Іванкова В.С., Скоморохова Т.В., Макаренко А.А., Галас О.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Вступ.** Предпроменева топометрична підготовка онкологічних хворих є найважливішою частиною технологічного ланцюга підготовки і проведення променевої терапії. Сучасні технології дистанційної променевої терапії з використанням багатопелюсткових коліматорів, індивідуальних захисних блоків, клиноподібних фільтрів, які вирівнюють, болюсів, фіксуючих пристроїв направлених на підвищення ефективності променевої терапії за рахунок значного зменшення об'єму опромінення оточуючих здорових тканин.



**Мета.** Найважливішою метою променевої терапії на протязі всього періоду її використання є дотримання основного радіотерапевтичного принципу: максимальна ушкоджуюча дія на пухлину та зменшення променевого навантаження на оточуючі здорові тканини.

**Матеріали та методи.** Поява в останні роки сучасного радіотерапевтичного обладнання, розвиток діагностичної, радіотерапевтичної техніки та все більш широке впровадження рентгенівських комп'ютерних томографів у практику дозиметричного планування, використання сучасних високопродуктивних алгоритмів розрахунку доз, призвело до розвитку нової методики опромінення – конформної променевої терапії. При проведенні підготовки до конформної променевої терапії використовується об'ємне тривимірне планування (3D), що дозволяє перейти від двувимірного планування (2D) – розрахунків розподілення доз по одноплоскістним зрізам тіла на рівні середини мішені, які раніше використовували до об'єму, що дає можливість створити необхідне расповсюдження дози по всьому об'єму мішені з максимумом у зоні пухлини та низити до мініму мадозні навантаження в зоні оточуючих здорових тканин.

В Національному інституті раку для предпроменевої топоетричної підготовки онкологічних хворих використовуються симулятор, комп'ютерний томограф, система комп'ютерного планування, гама терапевтичні апарати типу РОКУС, Тераatron та ЛПЕ.

**Результати та обговорення.** Важливими задачами предпроменевої підготовки онкологічних хворих є:

- виявлення розмірів патологічних новоутворень та зацікавлених анатомічних структур, а також їх взаємне розташування у зоні уваги;
- комп'ютерне планування опромінення, отриманого за рахунок використання плануючої системи з метою його верифікації;
- визначення геометричних вимог опромінення, розмірів поля, кутів оберту калібратора, стола, розташування захисних блоків і т.п.

**Висновки.** Таким чином, порівняльний аналіз результатів предпроменевої підготовки хворих із використанням 3D- і 2D-планування показав, що об'ємне планування дозволило отримати перевагу по РTV при збереженні тієї самої дози на оточуючі здорові тканини чи її зменшення.

## ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, VEGF И HER-2/NEU В СЕРОЗНОМ РАКЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА. ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКА

Ткаля Ю.Г.<sup>1</sup>, Свинцицкий В.С.<sup>1</sup>, Неспрядько С.В.<sup>1</sup>, Лукьянова Н.Ю.<sup>2</sup>, Чехун В.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальный институт рака, г. Киев

<sup>2</sup> Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины, г. Киев

**Цель.** Изучить и сопоставить гормональный гомеостаз больных с рецидивом рака яичника (РЯ) (контрольная группа) и пациенток с хирургической менопаузой, прооперированных по поводу доброкачественной патологии матки (контрольная группа); исследовать и сопоставить гормональный рецепторный статус, экспрессию HER-2/neu и VEGF в клетках серозного РЯ и яичниках пациенток контрольной группы.

**Материалы и методы.** В проспективном исследовании приняла участие 41 больная с рецидивом серозного РЯ (основная группа) и 35 пациенток с хирургической менопаузой, оперированных по поводу доброкачественной патологии матки (контрольная группа). Исследован и сопоставлен гормональный гомеостаз пациенток двух групп иммунохимическим методом в лаборатории «Sunovo». Проанализированы морфологические исследования операционного материала пациенток двух групп, изучена частота сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия, в частности, комплексной неатипической гиперплазии. Проведено иммуногистохимическое исследование парафиновых блоков операционного материала пациенток двух групп. Изучены и сопоставлены гормональный рецепторный статус (рецепторы к эстрогенам (РЭ), прогестерону (РП), тестостерону (РТ), экспрессия HER-2/neu и VEGF в клетках серозного РЯ и яичниках пациенток контрольной группы. Проведен анализ корреляционной связи между экспрессией стероидных рецепторов, HER-2/neu и VEGF в клетках РЯ и яичниках пациенток контрольной группы с возрастом больных.

**Результаты и обсуждение.** У больных с рецидивом РЯ и пациенток контрольной группы с одинаковой частотой диагностирована комплексная неатипическая гиперплазия эндометрия, которая является результатом хронических дисгормональных нарушений (58,6 и 51,5% соответственно).

Показатели гормонального гомеостаза больных с рецидивным РЯ не имели достоверных различий от таковых у пациенток контрольной группы ( $p < 0,05$ ), и соответствовали референтным значениям уровней половых гормонов постменопаузального периода.

Установлено, что у женщин контрольной группы экспрессия рецепторов стероидных гормонов, HER-2/neu и VEGF наблюдалась только в клетках функциональных кист яичника. Отмечена высокая частота экспрессии указанных маркеров как в клетках серозного РЯ (РЭ — 65,9%, РП — 63,4%, РТ — 56,1%, HER-2/neu — 65,9 и VEGF — 48,8%), так и в функциональных кистах яичника (фолликулярные кисты: РЭ — 75,0%, РП — 50,0%, РТ — 25,0%, HER-2/neu — 75,0 и VEGF — 50,0%; кисты желтого тела: РЭ — 61,5%, РП — 76,9%, РТ — 61,5%, HER-2/neu — 92,3 и VEGF — 69,2%), однако



ступень експресії цих маркерів була достовірно вище в серозному РЯ (33, 7±4,9%, 29,5±4,8%, 23,7±4,1 і 38,5% проти 10,0±3,3%, 12,6±4,1%, 10,0±3,8 і 18,6% відповідно,  $p < 0,05$ ).

Найбільше кількість естроген-, прогестерон- і тестостерон-рецепторпозитивних опухолей з достовірною значимістю відзначено у больових з рецидивним РЯ перименопаузального періода (63,0%, 61,5 і 65,2% відповідно), тоді як найменша частота рецепторпозитивного серозного РЯ зареєстрована у пацієнток репродуктивного віку (14,8%, 11,6 і 13,1% відповідно). Установлено відсутність кореляційної зв'язи між експресією HER-2/neu, VEGF і віковим періодом больових з рецидивним РЯ ( $r = -0,014$ ,  $p = 0,85$  і  $r = -0,036$ ,  $p = 0,73$  відповідно). При цьому спостерігалася значима пряма кореляція між експресією HER-2/neu і VEGF в клітках серозного РЯ ( $r = 0,925$ ,  $p = 0,001$ ).

Самая висока частота експресії РЭ, РП, РТ, HER-2/neu, VEGF в гранулезних, тека- і лютеинових клітках функціональних кіст яєчника відзначена у пацієнток репродуктивного періода (100%, 91,7%, 88,9%, 86,7 і 90,9% відповідно). При цьому установлені достовірно значимі кореляції між усіма стероїдними рецепторами в клітках функціональних кіст яєчника; між віковим періодом жінок і експресією всіх стероїдних рецепторів; експресією РЭ, РП з експресією HER-2/neu і VEGF.

**Висновки.** Ми показали, що оцінка рівнів гормонів в сироватці крові жінок постменопаузального віку не дає повної інформації о можливих варіантах розвитку патологічних процесів, так як для реалізації гормонального ефекта необхідно наявність достаточного рівня стероїдних рецепторів в клітках тканин-мишеней. Представлені результати свідчать про наявність у пацієнток загальних факторів ризику і механізмів гормонального патогенеза гормонозависимих доброякісних захворювань органів репродуктивної сфери і РЯ.

## ВИБІР ТАКТИКИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ РАНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Махмудов Д.Е., Колеснік О.О., Ганіч О.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Актуальність.** В останні роки разом із покращенням діагностичних технологій та впровадженням скринінгових досліджень збільшилася частота виявлення як передракових захворювань прямої кишки, так і раннього раку прямої кишки. Сучасні стратегії променевої терапії та хіміотерапії раку прямої кишки дають змогу суттєво впливати на патоморфоз. Все це створює підґрунтя для впровадження малоінвазивних хірургічних технологій в лікування раннього раку прямої кишки.

**Мета.** Проаналізувати діагностичну та прогностичну значимість МРТ органів малого тазу та трансректального УЗД в диференційній діагностиці раннього раку та передракових захворювань прямої кишки.

**Матеріали та методи.** В період з 2016 по січень 2018 року в відділенні онкоколопроктології Національного інституту раку було виконано 37 мініінвазивних ендоскопічних оперативних втручань з приводу як раннього раку, так і передракових захворювань прямої кишки. Передопераційна діагностика здійснювалася за допомогою комбінації МРТ малого тазу за протоколом MERCURY та трансректального УЗД-дослідження. Показаннями до виконання трансанального ендоскопічного втручання була відсутність даних за ураження регіонарних лімфатичних вузлів та відсутність даних за наявність інвазивної карциноми (tT2, mT2). Для виконання оперативних втручань застосована платформа Karl Storz TEO.

**Результати та обговорення.** Чутливість та специфічність як МРТ, так і УЗД дослідження продемонстрували високі показники без статистично достовірної різниці — 95 та 93% для МРТ та 92 і 89% — для трансректального УЗД. В структурі оперативних втручань виконано 33 ендоскопічні субмукозні диссекції та 4 повностінних резекції («full-thickness resection»). Інтраопераційні ускладнень не було. Перфорації прямої кишки та конверсій не було. За результатами патоморфологічного дослідження 28 видалених пухлин (76%) мали будову папілярно-тубулярних аденом, 5 (14%) карцинома in situ, 3 (8%) — аденокарцинома T1 та 1 (3%) — аденокарцинома T2. Післяопераційні ускладнень не спостерігалось.

**Висновки.** Трансректальне УЗД та МРТ малого тазу продемонстрували однаково високу діагностичну значимість для диференціювання інвазивного та раннього раку прямої кишки. МРТ продемонструвало більшу чутливість та специфічність до оцінки статусу регіонарних лімфатичних вузлів та мезоректальної інвазії.

## ЗАСТОСУВАННЯ СОНОЕЛАСТОГРАФІЇ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Головко Т.С.<sup>1</sup>, Філіпський Ант. В.<sup>2</sup>, Філіпський Анд. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку, м. Київ

<sup>2</sup>Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів

<sup>3</sup>Кафедра променевої діагностики факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів

**Вступ.** Однією із важливих частин у групі найпоширеніших пухлинних захворювань щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) є ураження привушних слинних залоз (ПВЗ). Основою діагностики в цій царині є променеві методи обстеження.



Завдяки низці позитивних загальновідомих характеристик, на даний час, де-факто, методом первинної діагностики є ультрасонографія (УСГ). УСГ застосовується у більшості пацієнтів із різноманітними захворюваннями ПБСЗ. Випадки, де є труднощі з діагностикою, підлягають обстеженню на спіральній комп'ютерній (СКТ) чи магнітно-резонансній томографії (МРТ). Проте, у зв'язку із наявністю низки негативних характеристик (маса та габарити обладнання; значна кількість протипоказань; висока, в порівнянні з УСГ, вартість обстеження), широке застосування цих методик на даному етапі є обмеженим.

У зв'язку з тим, що основою діагностики будь-яких утворених процесів є біопсійні втручання із наступним патоморфологічним дослідженням матеріалу, проведення яких є інвазивним та обтяжливим для організму пацієнта, потреба наявності неінвазивного високоточного методу діагностики, зокрема специфічного до пухлинних процесів ПБСЗ є актуальною.

**Мета.** Оцінити діагностичну цінність соноеластографії (СЕЛГ) в якості високоточного неінвазивного методу для діагностики та диференційної діагностики пухлинних захворювань ВСЗ.

**Матеріали та методи.** Фахові літературні повідомлення та 23 пацієнти із пухлинними захворюваннями ПБСЗ, які з січня 2015 по листопад 2017 року знаходились на лікуванні у відділенні щелепно-лицеві хірургії Львівської обласної клінічної лікарні (ШЛХ ЛОКЛ), що є базою кафедри хірургічної стоматології та ШЛХ ЛНМУ ім. Данила Галицького.

**Результати та обговорення.** СЕЛГ була проведена 23 пацієнтам, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу пухлинних захворювань ВСЗ та мали складність з діагностикою на догоспітальному етапі. Всі пацієнти мали підозру на пухлинні процеси привушної слинної залози (ПБСЗ). Серед них було 13 чоловіків та 10 жінок. Вік пацієнтів — від 25 до 65 років. Всім пацієнтам було проведено СЕЛГ згідно з алгоритмом передопераційного обстеження та виявлено: 18 випадків плеоморфної аденоми ПБСЗ, 3 випадки аденоліпомати та в 2 випадках було виявлено гіперплазовані лімфоузли навколо ПБСЗ. Всі пацієнти були ліковані операційним шляхом. Дані СЕЛГ були підтверджені інтраопераційно та патоморфологічно. Наочним прикладом є випадок пацієнта В., який тривалий час відмічав припухлість у лівій привушній ділянці. Кілька разів він звертався в поліклініку за місцем проживання, де оглядався хірургом та був скерований до онколога із попереднім діагнозом «змішана пухлина лівої ПБСЗ». Онкологом було проведено пункційну біопсію утворенню без променевої навігації з наступним цитологічним дослідженням матеріалу та за її результатами попередній діагноз не підтверджено. В червні 2017 хворий звернувся в ШЛХ ЛОКЛ та був госпіталізований. Згідно з вищезгаданим передопераційним алгоритмом було проведено СЕЛГ — виявлено доброякісний утвір без ознак злоякісного росту. Пацієнт був прооперований. Патоморфологічний висновок — аденоліпомма лівої ПБСЗ.

**Висновки.** Діагностична цінність СЕЛГ є високою та практично відповідає рівню біопсійних методів. Рутинне застосування СЕЛГ дозволить підвищити якість передопераційного обстеження пацієнтів, знизить рівень ймовірних помилок лікування, зв'язаних із недостатньою діагностикою та кількістю необґрунтованих інвазивних обстежень. Навпаки, в умовах доказової та страхової медицини, закінчення СЕЛГ-обстеження має всі підстави бути доказовим обґрунтуванням застосування біопсії.

## МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН МАЛИХ РОЗМІРІВ В ГРУДНИХ ЗАЛОЗАХ

Крахмальова А.С., Крахмальова Л.П.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Підвищення ефективності диференційної діагностики вузлових утворень малих розмірів в грудних залозах (ГЗ) за допомогою використання комплексу сучасних променевих методів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати обстежень 267 жінок віком від 30 до 65 років, які проходили обстеження та лікування в Національному інституті раку протягом 2015–2017 років.

Комплексну променеву діагностику проводили у 4 етапи.

I етап – жінкам молодше 40 років (112 випадків) виконували ультразвукове обстеження (УЗД), а 155 пацієнткам, що старше 40 років – рентгенографію ГЗ.

II етап — всім жінкам виконували УЗД з доплеро– та соноеластографією, а 132 хворим – рентгенографічне обстеження з використанням спеціальних рентгенологічних методик.

В 53 випадках був виконаний III етап променевої діагностики — магнітно-резонансну томографію з контрастним підсиленням (МРТ з КП).

Хворим (109 випадків), у яких при рентгенологічному обстеженні були виявлені утворення розміром до 0,5 см в діаметрі які мали поліморфну будову, бугристі контури, спікули або згруповані мікрокальцинати, був призначений IV етап діагностики – стереотаксична біопсія з подальшою передопераційною розміткою голкою типу мамореп.

Верифікація пухлинних утворень проводилась за допомогою комплексу гістологічних досліджень.

**Результати та обговорення.** В результаті проведення рентгенологічного обстеження було виявлено 109 випадків (40,8%) вузлових утворень ГЗ, що в розмірі не перевищували 0,5 см в діаметрі.

При додатковому комплексному УЗД у цих пацієнток ознаки утворення в ГЗ були зафіксовані тільки у 31 пацієнтці (11,6%).

При аналізі МР-зображень з КП достовірні ознаки наявності утворення в ГЗ зафіксовані в 18 випадках.

По результатам ПГЗ у 48 пацієнток (44,03%) був встановлений діагноз раку, в 17 (15,5%) випадках – фіброаденоми,



в 19 (17,4%) – фіброзно–кістозної мастопатії, в 9 (8,2%) — локальний фіброз, в 16 випадках (14,6%) – склерозуючий аденоз.

**Висновки.** Використання комплексної променевої діагностики злоякісних захворювань грудних залоз дозволяє підвищити точність диференційної діагностики та зменшити кількість діагностичних помилок.

### МОЖЛИВОСТІ МРТ В ДІАГНОСТИЦІ 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 пацієнткам з встановленим діагнозом аденокарцинома шийки матки. Був попередньо проведений курс променевої хімотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 30 пацієнткам з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольне МРТ. 13 пацієнткам в оперативному втручанні було відмовлено, за рахунок фізичного стану або неможливості видалення пухлини.

**Результати та обговорення.** Діагноз аденокарцинома верифікований морфологічно у 80 пацієнок, при кольпоскопії з подальшим морфологічним підтвердженням. У 80 пацієнок (100%) спостерігалось нерівномірне потовщення стінок шийки матки; у 20 пацієнок (25%) ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини не відмічалось; у 40 пацієнок (50%) пухлина поширювалась тільки на парацервікальну жирову клітковину; у 20 пацієнок (25%) відмічалась інвазія органів малої миски. З 80 (100%) пацієнок у 40 пацієнок (50%) виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки таза.

**Висновки.** МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінки ефективності проведеного лікування.

### МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ У ДІАГНОСТИЦІ МЕТАСТАТИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Лаврик Г.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Вивчити можливості променевиx методів дослідження (УЗД, СКТ та МРТ) для виявлення поширення метастазів колоректального раку (мКРР) для планування тактики лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено та оцінено результати променевиx методів досліджень у 345 пацієнтів із мКРР. Результати досліджень співставлено з інтраопераційною та морфологічною верифікацією.

**Результати та обговорення.** У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів МТС в печінці. При моно/білобарному (68,1%) ураженні визначалось рівномірне (62%) /нерівномірне підсилення паренхіми печінки з гіпер-(32,5%) / гіповаскулярними (87,9%) осередками, некрозом (68,1%), звапненнями (19,4%).

По динаміці контрастування осередків при СКТ (в артеріальну фазу) виявлено зону перинодулярного (43,2%) підсилення — як показник активності неоангіогенезу. Уточнено варіанти судинної анатомії (96,8%) печінки, виявлено інвазію в венозне (34,8%) русло, залучення ворітної вени та вен її басейну (50,1%), печінкових (61,7%) та нижньої порожнистої (13,7%) вен. У 13,6% спостережень виявлено поширення МТС у легені, ЛВ межистіння (15,3%), червні (13%) та заочеревинного (32,7%) простору, поширення в інші органи (16,8%). За результатами проведених досліджень операбельними визнано 61,4% пацієнтів. Інтраопераційно, при УЗД, додатково, в печінці виявлено ураження суміжних сегментів (12,7%), судин (8,4%), регіонарних (8,9%) ЛВ.

**Висновки.** Застосування комплексу методів променевої діагностики та послідуоючої обробки зображень дозволило визначити поширеність пухлинного процесу, виявити залучення судинної та біліарної систем печінки, поширення на інші органи, що дозволило визначитися із вибором тактики подальшого лікування.

### ПЕРЕД ТА ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА У ХВОРИХ НА МЕТАХРОННО МЕТАСТАДУЮЧИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

Бурлака А.А., Колеснік О.О.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Близько 50% пацієнтів із колоректальним раком (КРР) мають метастатичне ураження печінки. Адекватне планування тактики та оцінка функціональних резервів печінки на сьогодні є критично важливим чинником успішної хірургії печінки.

**Матеріали та методи.** Аналіз літературних даних та результат проспективного дослідження науково–дослідної роботи Національного інституту раку щодо ефективності методу перед– та інтраопераційної променевої діагностики у хворих на метакхронно метастазуючий колоректальний рак.

**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 (ІОП+), В (ІОП-), В (ІОП+) та А (ІОП-) відповідно ( $p = 0,03$ ). Таким чином, хворі на МКРР що були оперовані із застосуванням МП та які мали ІОП в післяопераційному періоді достовірно найгірший онкологічний прогноз.

**Висновки.** Отримані власні результати свідчать про доцільність застосування волкометрії печінки в передопераційному періоді при плануванні великих резекцій печінки. Доцільно розробити та впровадити методи оцінки функціональних резервів залишкової культи печінки.

## ПРОМЕНЕВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЕВОГО ПОШИРЕННЯ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Бакай О.О.

Національний інститут раку, м. Київ

При верифікованому РШМ основним завданням променевого дослідження є оцінка поширення пухлинного процесу, оскільки це докорінно впливає на вибір тактики лікування та прогноз захворювання.

**Мета.** Оцінити ефективність методів променевого дослідження для визначення місцевого поширення пухлинного процесу у хворих на РШМ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 хворих на РШМ. Структура розподілу за стадіями TNM: Tis — у 2 (3,2%), T1a1 — у 3 (4,8%), T1a2 — у 2 (3,2%), T1b1 — у 17 (27,5%), T1b2 — у 16 (25,9%), T2a — у 19 (30,6%), T2b — у 3 (4,8%) пацієнток. Морфологічна структура РШМ: у 54 (87,1%) плоскоклітинний рак, у 6 (9,7%) — аденокарцинома, у 2 (3,2%) — адено-плоскоклітинний рак. Всім хворим виконано оперативне видалення пухлини. З пацієнток з РШМ T1b2, 1b – з T2a і з T2b отримали курс неоад'ювантної хіміотерапії.

Пацієнткам проводили комплексне УЗД на апараті Philips HD-11 та МРТ на томографі Philips (Intera) 1,5T із застосуванням контрастного підсилення та DWI. Результати променевої оцінки поширення пухлинного процесу зіставлені з даними морфологічного дослідження.

**Результати та обговорення.** Визначена діагностична ефективність методів променевого дослідження для оцінки місцевого поширення пухлини у хворих на РШМ. Чутливість, специфічність та точність УЗД становила 72,7; 82,3 та 80,6% відповідно, нативної МРТ – 90,9; 88,2 та 88,7% відповідно. Застосування контрастного підсилення не підвищувало інформативність МРТ в оцінці інвазії РШМ. Помилкове завищення ступеню розповсюдження пухлинного процесу було обумовлене інтенсивним накопиченням контрастної речовини тканинами навколо пухлини внаслідок реактивного запалення. Використання DWI дозволило знизити кількість хибно позитивних результатів, що підвищило ефективність МРТ – 90,9; 96,0 та 95,1% відповідно. Відмова від застосування контрастного підсилення при МРТ з DWI не впливала на інформативність методу.

**Висновки.** УЗД незначно поступається МРТ в інформативності при дослідженні РШМ. Застосування DWI підвищує ефективність МРТ у визначенні ступеню розповсюдження пухлинного процесу, дозволяє відмовитись від застосування контрастних речовин, при цьому є неінвазивною методикою і не підвищує вартість обстеження.

## ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ОЦІНЦІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Гаврилюк О.М.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Оцінити діагностичну ефективність променевих методів дослідження при місцево поширеному раку сечового міхура (PCM).

**Матеріали та методи.** Основу дослідження склали результати комплексної променевої діагностики (ультразвукова діагностика (УЗД), екскреторна урографія (ЕУ), комп'ютерна томографія КТ, магнітно резонансна томографія в режимі МР-урографії з діурезним навантаженням (МРТ+МРУ (д.н.)).

30 хворих на місцево поширений інвазивний PCM. Усі хворі на PCM були чоловічої статі, віком 24–75 років, середній вік (53,2±11,2).

**Результати та обговорення.** IV стадія PCM (T4b N0 M0) була виявлена у 14 (46,6%). T4 N1 M1 у 16 (53,3%); у 50% хворих виявлено віддалені метастази. Імовірність появи інших пухлин СВШ складала 10%.

Перебіг основного захворювання був ускладнений у 30 (100%) хворих. Одно- та двосторонній УГН спостерігали у 25 пацієнтів (83,3%); макрогематурія, цистит, мікроцист — у 28 (93,3%), хронічна ниркова недостатність — у 15 (50%) нефростомічні та цистостомічні дренажі — в 8 (26,6%) хворих, доброякісна гіперплазія передміхурової залози — в 22 (73,3%), пацієнтів з РСМ і раком передміхурової залози було 9 (30%). Первинний РСМ діагностовано у 18 (60%) хворих, у 12 (40%) – рецидивний.

**Висновки.** Діагностична ефективність (чутливість, специфічність, точність) променевих методів дослідження при місцево поширеному раку сечового міхура складала відповідно: для ЕУ — 72,6%; 51,4%; 74,5%; для УЗД — 78,9%; 73,5%; 72,6%; для КТ — 90,2%; 94,2%; 91,6%; для МРТ — 99,1%; 97,3%; 97,3%. Діагностична ефективність у визначенні ураження лімфатичних вузлів: для КТ — 92,4%; 93,6%; 51,4%; для МРТ — 92,4%; 93,5%; 74,3%.



## РОЛЬ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ДЛЯ СКРИНІНГУ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ ТА ДІАГНОСТИКИ НОВОУТВОРЕНЬ ТОНКОЇ КИШКИ

Сорокін Б.В.<sup>1</sup>, Пироговський В.Ю., Задорожній С.П., Тараненко А.О., Злобенець С.О., Плем'яник С.В., Мурга П.Ю., Гречана У.І., Ноєс А.Дж.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ  
<sup>1</sup>Національна медицина академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Тонка кишка — рідкісна локалізація пухлинних процесів. Хвороба Крона, ціліакія, сімейний аденоматозний поліпоз — найчастіші фактори ризику неоплазій тонкої кишки. Зазвичай, діагноз часто ставиться у пізніх стадіях, що суттєво погіршує прогноз у таких пацієнтів. Рання діагностика веде до покращення результатів лікування та виживання хворих.

**Матеріали та методи.** У нашій клініці за період з травня 2011 року по січень 2018 року було обстежено 630 пацієнтів. Дослідження виконувалося із застосуванням системи капсульної ендоскопії ОМОН та системи двобалонної ендоскопії VSB – 2990i. Із загального числа обстежених 54 склали групу підвищеного ризику: 38 пацієнтів хворіли на хворобу Крона більше 10 років, 5 – перенесли резекцію тонкої кишки з приводу стриктур, 2 – хворіли на ціліакію більше 10 років, у 5 був раніше виявлений синдром Пейтца-Єгерса, 1 пацієнтка мала рак яєчників, 2 – перенесли променеву терапію з приводу раку шийки матки, 2 пацієнти мали сімейний аденоматозний поліпоз. У 13 із цих пацієнтів мали місце кровотечі. У всіх був виражений больовий синдром, анемія та різного ступеня тяжкості диспепсичні розлади. Всі перенесли попередню відеогастроскопію та відеоколоноскопію.

**Результати та обговорення.** У 13 (24,1%) пацієнтів групи ризику — 12 з хворобою Крона та у 1 пацієнта з ціліакією було виявлено ділянки неоплазії. У 10 (18,5%) пацієнтів було виявлено новоутворення тонкої кишки. У пацієнтів з хворобою Крона, які перенесли резекцію тонкої кишки, неопластичних змін виявлено не було. У 4 випадках новоутворення локалізувалися в голодній кишці, в 1 випадку – в здухвинній кишці, в 5 хворих — у всіх відділах тонкої кишки. 1 пацієнт мав тривалий анамнез хвороби Крона та часткову кишкову непрохідність, виявлено аденокарциному здухвинної кишки. У пацієнтки з раком яєчників було виявлено метастатичне ураження тонкої кишки. У 4 пацієнтів пухлини було виявлено при незмінній слизовій. Виконано 3 резекції тонкої кишки та 1 лапароскопічно асистовану ендоскопічну поліпектомію двобалонним ендоскопом. У 2 випадках підтверджено аденоматозний поліп, в 1 випадку — ліпому та ще в 1 пацієнта — стромальну пухлину. У пацієнтів з синдромом Пейтца-Єгерса виявлено множинні поліпи тонкого кишківника, у 2 випадках виконано ендоскопічну поліпектомію за допомогою двобалонного ендоскопа. У хворих з сімейним аденоматозним поліпозом також виявлено численні поліпи голодної та здухвинної кишки. Виконано ендоскопічну поліпектомію в 2 етапи — антеградним та ретроградним доступом. Пацієнтка з метастатичним ураженням скерована на консультацію онколога, також їй призначено курс хіміотерапії.

**Висновки.** Капсульна ендоскопія діагностувала новоутворення тонкої кишки у% пацієнтів групи ризику та передракові захворювання у пацієнтів. Капсульна ендоскопія відіграє важливу роль в алгоритмі діагностичного обстеження хворих з підозрою на пухлини тонкої кишки та при передракових захворюваннях. Капсульна ендоскопія може використовуватися для раннього виявлення, визначення лікувальної тактики і поліпшення прогнозу для пацієнтів з цими новоутвореннями. Двобалонна ендоскопія є ефективною малоінвазивною методикою для видалення новоутворень тонкої кишки.

## РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ У СКРИНІНГУ РЕЦИДИВІВ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Процик О.Є., Головко Т.С., Гуралевич Ю.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Визначити можливості ультразвукового моніторингу в оцінці ефективності лікування хворих з рецидивами раку яєчників.

**Матеріали та методи.** Клінічним матеріалом було спостереження за 81 хворим на рак яєчників, які перенесли комбіноване лікування і знаходились під динамічним спостереженням в НІР. У 60 (74%) хворих були виявлені рецидиви різних локалізацій, 24 (26%) пацієнтки знаходились у стані клінічної ремісії. Вік пацієнток був від 35 до 65 років (74% – хворі працездатного віку, 17% – репродуктивного віку, 35% – перименопаузального віку). Всім хворим проводилось послідовне трансабдомінальне та трансвагінальне ультразвукове дослідження на апараті Philips HD11XE.

**Результати та обговорення.** В ході дослідження було встановлено, що у 42 жінок (70%) рецидиви локалізувалися у порожнині малого таза. Найчастіше позаду культі піхви у 19 хворих (46%) та в перикультурьовій зоні 14 хворих (32%). У двох випадках (5%) пухлина займала весь малий таз. Були досліджені та проаналізовані ехограми рецидивних пухлин та виділено кілька варіантів ехоструктури пухлин: солідна у 32 хворих (53,3%); солідно-кістозна з перевагою солідного компонента — у 10 хворих (16,6%), гетерогенна з множинними перетинками та солідними включеннями – у 3 хворих (5%).

**Висновки.** Ультрасонографія при послідовному використанні трансабдомінального та трансвагінального сканування дозволяє отримати достовірну інформацію про наявність та розповсюдження рецидивної пухлини. Регулярне проведення ультразвукового моніторингу 1 раз на 3 місяці дозволяє виявити рецидив раку яєчників на доклінічній стадії розвитку, а також проводити контроль за ефективністю лікування на його етапах.

**СТАН ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ПРИ РІЗНИХ РЕЖИМАХ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

Шевчук Л.А., Несторак М.В.

Національний інститут раку, м. Київ

**Мета.** Вивчення діастолічної функції (ДФ) лівого шлуночка (ЛШ) до — на парних етапах та по завершенні ПХТ у пацієнтів із лімфомами.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані дані динамічного ехокардіографічного спостереження (ехо-кг) 122 пацієнтів із злоякісними лімфомами – 85 пацієнтів (69,7%) із ЛХ та 37 пацієнтів (30,3%) із НХЛ, що отримували кардіотоксичні схеми ПХТ. Середній вік складав  $48,3 \pm 17,9$  років. За даними базової ехо-кг всі обстежені були розділені на групи спостереження: 1-а — пацієнти з кардіальною патологією (КП) (54 особи (44,3%)), 2-а – без ознак КП, 24 особи (19,7%), 3-тя — 44 особи (36,0%) з кардіальними ускладненнями, як проявами прогресії лімфоми. Усім пацієнтам виконана трансторакальна ехо-кг під час парних етапів та по завершенні ПХТ. Оцінювались параметри систолічної функції (СФ), діастолічної функції (ДФ) ЛШ.

**Результати та обговорення.** Незалежно від типу нозології схеми ПХТ, субклінічними виявились саме параметри ДФ ЛШ при ЛХ; у пацієнтів з КП — пік Е, пік А, співвідношення Е/А, dt; у пацієнтів без КП – пік Е, пік А, співвідношення Е/А, IVRT; у пацієнтів з прогресією лімфоми — dt.

При НХЛ: у пацієнтів з КП — dt; у пацієнтів без КП – пік А, співвідношення Е/А, IVRT, dt; у пацієнтів з прогресією лімфоми — IVRT.

**Висновки.** Використання ФВ ЛШ в оцінці фактичного ураження міокарда недостатнє, оскільки його компенсаторний резерв дозволяє забезпечувати ударний викид ЛШ навіть при значному порушенні функції кардіоцитів. Тому погіршення ДФ серця є більш раннім по відношенню до СФ і у багатьох пацієнтів субклінічна ДД передєє вираженому зниженню СФ. Оцінка функціонального стану серця є необхідною умовою у пацієнтів, що отримують ПХТ. Це дозволить призначити оптимальну схему ПХТ, визначити ранні субклінічні ознаки кардіотоксичності та скорегувати подальше лікування.

»» ПРОДОВЖЕННЯ



# ТЕРАПІЯ, КАРДІОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ ТА ТРАНСFUЗИОЛОГІЯ, ФАРМАКОЛОГІЯ

## IV ТЕРАПЕВТИЧНА ШКОЛА

«Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів»  
(присвячена 60-річчю кафедри терапії НМАПО імені П. Л. Шупика)

25 квітня 2018 року • Час проведення: 10.00–14.00

**Організатор:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

### ПРОГРАМА

**Майстер-клас** «Диференціальна діагностика функціональних запальних захворювань кишечника»

**Проводить:** *Дорофєєв А.Е., д.м.н., проф. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Майстер-клас** «Оптимізація лікування інфекцій дихальних шляхів»

**Проводить:** *Бенца Т.М., д.м.н., проф. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Майстер-клас** «Стандарти лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності: результати доказової медицини»

**Проводить:** *Швець Н.І., д.м.н., проф., зав. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Майстер-клас** «Мультидисциплінарний підхід до ведення хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки»

**Проводить:** *Скрипник І.М., д.м.н., проф., президент Української гастроентерологічної асоціації, зав. каф. внутрішньої медицини №1 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава*

**Майстер-клас** «Дисліпідемії: актуальні проблеми та шляхи вирішення»

**Проводить:** *Пастухова О.А., к.м.н., доц. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Майстер-клас** «Діагностика і лікування екзокринної панкреатичної недостатності у хворих на цукровий діабет»

**Проводить:** *Гдаль В.А., к.м.н., доц. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Майстер-клас** «Особливості діагностики аутоімунного панкреатиту»

**Проводить:** *Чичула Ю.В., к.м.н., доц. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Андроєнний дефіцит у чоловіків — роль терапевта у діагностиці та лікуванні

**Доповідач:** *Зуєв К.О., к.м.н., зав. відд. загальної ендокринної патології та обміну речовин, Київський міський клінічний ендокринологічний центр*

**Тема:** Тромбоцитоз у пацієнтів з важким перебігом бойової хірургічної травми

**Доповідач:** *Петруша О.О., к.м.н., Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»*

**Тема:** Актуальні питання інтенсивної терапії тяжкої негоспітальної пневмонії

**Доповідач:** *Голод А.Г., к.м.н., Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»*

**Тема:** Дефіцит вітаміну D та патологія кісткової тканини

**Доповідач:** *Семенюк С.Б., орд. відд. загальної ендокринної патології та обміну речовин, Київський міський клінічний ендокринологічний центр МОЗ України*

**Тема:** Функціональні захворювання кишківника у хворих з деформуючим остеоартрозом

**Доповідач:** *Снісарєвська Т.П., ас. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Сучасні підходи до ад'ювантної терапії захворювань внутрішніх органів

**Доповідачі:** *Пилипчук В.С., Генеральний директор НВО «Екомед»; Ботьць М.Ю., заст. ген. дир., НВО «Екомед»*

**Тема:** Особливості діабетичної ентероколонопатії як ускладнення цукрового діабету 2 типу

**Доповідач:** *Диня Ю.З., кл. орд. каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Порушення мікробіоти при неалкогольному стеатогепатиті у хворих на цукровий діабет 2 типу

**Доповідач:** *Панченко А.В., ст. лаборант каф. терапії НМАПО імені П. Л. Шупика*

## СИМПОЗИУМ «ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ»

25 квітня 2018 року • Час проведення: 14.30–18.00

**Організатор:** ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

### ПРОГРАМА

**Тема:** Роль фібротичних змін при хронічних дифузних захворюваннях печінки (ХДЗП)

**Доповідач:** *Діденко В.І., к.м.н. (Дніпро)*



**Тема:** Гетеротопія слизової оболонки шлунка у дванадцятипалу кишку

**Доповідач:** *Сімонова О.В., к.м.н. (Дніпро)*

**Тема:** Коморбідність при неалкогольній жировій хворобі печінки у дітей

**Доповідач:** *Завгородня Н.Ю., к.м.н. (Дніпро)*

**Тема:** Відповідь клітин печінки на дисфункцію інших органів травної системи

**Доповідач:** *Ошмянська Н.Ю., к.м.н. (Дніпро)*

**Тема:** Стеатоз підшлункової залози як ранній маркер метаболічного ризику у дітей

**Доповідач:** *Лук'яненко О.Ю. (Дніпро)*

**Тема:** Ехінококкоз печінки: клініко-діагностичні аспекти

**Доповідач:** *Коненко І.С. (Дніпро)*

**Тема:** Ендоскопічна балонна пілородуоденопластика в лікуванні стенозів пілородуоденальної зони виразкового генезу

**Доповідач:** *Тарабаров С.О. (Дніпро)*

**Тема:** Мінінвазивні технології в лікуванні ускладнених форм холелітіазу

**Доповідач:** *Зеленюк О.В. (Дніпро)*

## II НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР

### «СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ»

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 14.30–18.00**

**Організатор:** Кафедра неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Сучасні діагностичні підходи в неврологічній практиці

**Доповідач:** *Ткаченко О.В., проф., д.м.н., зав. каф. неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Полінейропатія при дефіциті вітаміну В12

**Доповідач:** *Оржешковський В.В., к.м.н., доц. каф. неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Ураження нервової системи при залізодефіцитній анемії

**Доповідач:** *Ткаченко О.В., проф., д.м.н., зав. каф. неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Ураження нервової системи при патології нирок

**Доповідач:** *Кононець О.М., к.м.н., ас. каф. неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Аспекти коморбідності цереброваскулярної патології та патології щитоподібної залози

**Доповідач:** *Трещинська М.А., д.м.н., доц. каф. неврології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Майстер-клас: Ураження нервової системи при бореліозі: діагностика і лікування

**Доповідач:** *Новікова О.В., к.м.н., доц. каф. неврології №2 НМАПО імені П. Л. Шупика*

## УКРАЇНЬСЬКА КАРДІОЛОГІЧНА ШКОЛА ІМЕНІ АКАДЕМІКА Н.Д. СТРАЖЕСКА

### «Серцево-судинні захворювання: від профілактики до сучасних технологій лікування»

**26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–18.00**

**Організатори:** Міністерство охорони здоров'я України; Національна академія медичних наук України; ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України; Департамент охорони здоров'я Київської ОДА; Асоціація кардіологів України; Асоціація дослідників України; Всеукраїнська асоціація превентивної кардіології та реабілітації

**Почесний Голова:** *Коваленко В.М., Президент Асоціації кардіологів України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, ак. НАМН України, д.м.н., професор*

**Заступник Голови:** *Мітченко О.І., проф.*

**Члени оркостету:** *Воронков Л.Г., проф.; Лутай М.І., проф.; Несукай О.Г., проф.; Сіренко Ю.М., проф.; Сичов О.О., проф.; Пархоменко О.М., проф.; Соколов Ю.М., проф.; Соколов М.Ю., проф.; Шумаков В.О., проф.*

**Секретаріат:** *Вахілова Л.Л., к.б.н., керівник науково-організаційного відділу*

**Партнери конференції:** ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС УКРАЇНА», SERVIER (Франція), BAYER (Німеччина), BOEHRINGER INGELHEIM (Німеччина), ТОВ «КРКА УКРАЇНА», АВОТТ (США), АСТАВИС, OLFA (Україна), TAKEDA (Японія), БОРЩА ПІВСЬКИЙ ХІМФАРМЗАВОД (Україна), КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД (Україна), ДАРНИЦЯ (Україна), МІКРОХІМ (Україна), MEDOCHEMI E (Кіпр), КУСУМ ФАРМ (Україна), НОМІОРА (Німеччина), WOERWAG PHARMA (Німеччина), AUROBINDO Pharma Ltd (Індія)

**Президія:** *Мітченко О.І., проф., Лутай М.І., проф.*

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Презентація експертно-консультативних центрів ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»

**Доповідач:** *Мітченко О.І., проф.*

**Тема:** Профілактика серцево-судинних захворювань: від факторів ризику до персоналізованого лікування



**Доповідач: Мітченко О.І., проф.**

**Тема:** Принципи раціональної медикаментозної терапії пацієнтів зі стабільною ІХС

**Доповідач: Лутай М.І., проф.**

**Тема:** Раціональна комбінована терапія — основа сучасного лікування артеріальної гіпертензії

**Доповідач: Сіренко Ю.М., проф.**

**Тема:** АГ при цукровому діабеті

**Доповідач: Сіренко Ю.М., проф.**

**Тема:** Терапія хворих з фібриляцією передсердь

**Доповідач: Сичов О.С., проф.**

**Тема:** Сучасне фармакологічне лікування ХСН: огляд підходів

**Доповідач: Воронков Л.Г., проф.**

**Тема:** Гострий артеріальний і венозний тромбоемболізм в клініці невідкладної кардіології: чи на всі питання є відповідь?

**Доповідачі: Пархоменко О.М., проф., член-кор. НАМН України, Іркін О.І., д.м.н.**

**Тема:** Сучасні уявлення про діагностику, лікування та вторинну профілактику хворих на гострий коронарний синдром з урахуванням деяких індивідуальних особливостей

**Доповідач: Шумаков В.О., проф.**

**Тема:** Проблемні питання діагностики і лікування резистентної артеріальної гіпертензії

**Доповідач: Міщенко Л.А., д.м.н.**

**Тема:** Клінічний випадок: ураження нирок у пацієнта з АГ — як вчасно виявити та сповільнити прогресування

**Доповідач: Міщенко Л.А., д.м.н.**

**Тема:** Лікування клапанних вад серця

**Доповідач: Несукай О.Г., проф.**

**Тема:** Принципи діагностики, лікування та профілактики тромбоемболічних ускладнень

**Доповідач: Кожухов С.М., д.м.н.**

**Тема:** Рефрактерна серцева недостатність: шляхи подолання

**Доповідач: Ткач Н.А., к.м.н.**

**Тема:** Фібриляція передсердь: що змінюється в тактиці при різних клінічних ситуаціях?

**Доповідач: Романова О.М., с.н.с.**

**Тема:** Синкопальні стани при порушеннях ритму серця: сучасні технології обстеження і лікування

**Доповідач: Фролов О.І., с.н.с.**

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–16.00

**Організатор:** Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

### ПРОГРАМА

#### Перше пленарне засідання

#### Медико-соціальні проблеми неінфекційних захворювань в Україні і в світі, організаційно-методичні аспекти профілактики і лікування

**Модератори: Коломоєць М.Ю., Кравченко А.М., Яценко Ю.Б.**

**Тема:** Епідеміологічні особливості поширеності неінфекційних захворювань в Україні і в світі. Сучасні стратегії боротьби

**Доповідачі: Дячук Д.Д., Грузєва Т.С., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ**

**Тема:** Організаційно-правові аспекти профілактики неінфекційних захворювань в Україні в контексті євроінтеграційних процесів

**Доповідач: Гревцова Р.Ю., Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ**

**Тема:** Системна трансформація управління у сфері охорони здоров'я як складова реформи і розвитку медичної галузі

**Доповідач: Шкробанець І.Д., Національна академія медичних наук України, м. Київ**

**Тема:** Обґрунтування комплексної міжвідомчої системи профілактики неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя

**Доповідачі: Грузєва Т.С., Галієнко Л.І., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ**

**Тема:** Досвід впровадження планування профілактичних втручань в практику багатопрофільного закладу охорони здоров'я

**Доповідач: Гандзюк В.А., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ**

**Тема:** Стресостійкість і модифіковані фактори серцево-судинного ризику в учасників бойових дій

**Доповідачі: Корнацький В.М., Дорохіна А.М., ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ**

**Тема:** Поширеність тютюнокуріння у військовослужбовців на сучасному етапі

**Доповідачі: Мороз Г.З., Ткачук І.М., Міхріна М.І., Українська військово-медична академія, м. Київ**





**Тема:** Сучасні стратегії боротьби зі шкідливим вживанням алкоголю як чинником ризику неінфекційних захворювань  
**Доповідачі:** *Грузєва Т.С., Зюков О.Л., Замкевич В.Б., НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Клінічні та медико-соціальні аспекти удосконалення вторинної профілактики актинічного кератозу

**Доповідач:** *Ошивалова О.О., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Роль і місце моніторингу та оцінювання при удосконаленні системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення

**Доповідач:** *Кондратюк Н.Ю., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Поширеність ожиріння серед школярів та ризику розвитку захворювань, асоційованих з надлишковою масою тіла (на прикладі прикріпленого до закладу охорони здоров'я контингенту)

**Доповідач:** *Заболотна І.Е., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

#### **Друге пленарне засідання**

#### **Хвороби системи кровообігу та супутня патологія.**

#### **Диференційована фармакотерапія з позицій доказової медицини**

**Модератори:** *Коломоєць М.Ю., Кравченко А.М., Яценко Ю.Б.*

**Тема:** Формування і науковий супровід реєстру пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарда: локальний та світовий досвід

**Доповідачі:** *Дячук Д.Д., Коломоєць М.Ю., Кравченко А.М., Михалев К.О., Сопко О.О., Сімак І.М., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Фармакогенетичний підхід до лікування артеріальної гіпертензії

**Доповідач:** *Пелецька О.В., Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, м. Харків*

**Тема:** Оцінка досягнення цільового рівня артеріального тиску за результатами моніторингу пацієнтів з артеріальною гіпертензією на етапі спеціалізованої допомоги

**Доповідачі:** *Гідзинська І.М., Безпрозванна В.М., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Хронічна хвороба бирок та екологія

**Доповідач:** *Бевзенко Т.Б., НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ*

**Тема:** Розробка та запровадження комплексної навчальної програми з профілактичного консультування та моніторингу для лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою «Профілактика серцево-судинних захворювань та здоровий спосіб життя»

**Доповідач:** *Ласиця Т.С., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Реперфузійна терапія при інфаркті міокарда: вплив на толерантність до фізичного навантаження у пацієнтів молодого віку

**Доповідачі:** *Андрєєв Є.В., Макуха Ю.М., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Тривожно-депресивні розлади після інсульту: діагностика та оптимізація лікування

**Доповідач:** *Коваленко О.Є., НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ*

**Тема:** Дослідження ЕЕГ-предикторів нейромедіаторної та нейрогліальної активності у пацієнтів з хронічною ішемією мозку

**Доповідач:** *Черній Т.В., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Клінічні особливості гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії у осіб працездатного віку

**Доповідач:** *Литвин О.В., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Предиктори виникнення геморагічних ускладнень при гострому коронарному синдромі

**Доповідачі:** *Міщенко О.Ю., Беньковська Л.К., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Удосконалення алгоритму догоспітального ведення пацієнтів похилого та старечого віку з гострим коронарним синдромом

**Доповідач:** *Сімак І.М., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

**Тема:** Оцінка розповсюдженості та прогностичне значення порушення функції нирок у пацієнтів з гострим коронарним синдромом

**Доповідач:** *Сопко О.О., Державна наукова установа «НПЦ ПКМ» ДУС, м. Київ*

### **НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

### **«ТРАНСФУЗИОЛОГІЯ ТА ГЕМАТОЛОГІЯ: НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА ПРИКЛАДНІ ПИТАННЯ»**

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–16.00**

**Організатори:** *ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»; ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; кафедра гематології та трансфузіології; Проект з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я, ВГО «Асоціація служби крові України»*



## ПРОГРАМА

## I Секція

## Новітні тенденції розвитку трансфузіології та гематології

**Тема:** Підготовка спеціалістів трансфузіологічної служби для закладів охорони здоров'я

**Доповідач:** *Видиборець С.В., зав. каф. гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Досягнення проекту зміцнення служб переливання крові в Україні за напрямом «Менеджмент якості в службі крові»

**Доповідач:** *Волок Олександр, директор Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

**Тема:** Досягнення проекту зміцнення служб переливання крові в Україні за напрямом «Належне застосування компонентів крові»

**Доповідач:** *Сергієнко Олександр, технічний експерт з безпеки крові Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

**Тема:** Прогностичне значення VE-кадгерина у виникненні кардіоваскулярних подій після хіміотерапії хронічної лімфоцитарної лейкемії

**Доповідач:** *Самура Б.Б., Запорізький державний медичний університет*

**Тема:** Нові стратегії лікування рецидивів/рефрактерних (р/р) форм рh-негативної гострої лімфобластної лейкемії (ГЛЛ)

**Доповідач:** *Перехрестенко Т.П., ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»*

**Тема:** Новітні підходи до лікування хворих на гемофілію

**Доповідач:** *Стасишин О.В., ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*

**Тема:** Вікові особливості цитогенетичних аберацій на час встановлення діагнозу та у рецидиві множинної мієломи

**Доповідач:** *Корець К.В., ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»*

## II Секція

## Прикладні питання трансфузіології

**Тема:** Організація надання трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я

**Доповідач:** *Маринюк О.В., Київський міський центр крові, заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи, локальний експерт АМАОЗ*

**Тема:** Управління запасами в службі крові та закладах охорони здоров'я

**Доповідач:** *Олександр Сергієнко, технічний експерт з безпеки крові Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

**Тема:** Забезпечення дотримання вимог холодового ланцюга в закладі охорони здоров'я

**Доповідач:** *Добровольський О.Й., Київський міський центр крові, зав. відд. заготівлі донорської крові та її компонентів, локальний експерт АМАОЗ*

**Тема:** Клінічний трансфузійний процес

**Доповідач:** *Волок Олександр, директор Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

**Тема:** Аудит клінічного трансфузійного процесу

**Доповідач:** *Волок Олександр, директор Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

**Тема:** Гемонагляд

**Доповідач:** *Ткаченко М.В., КНП «Одеська обласна станція переливання крові» ООР, уповноважена особа з якості, локальний експерт АМАОЗ*

**Тема:** Підсумки роботи закладів служби крові України в 2017 році

**Доповідач:** *Перехрестенко П.М., ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»*

**Тема:** Рівень активності АлАТ як критерій ефективності діяльності установ служби крові

**Доповідач:** *Чугрєв А.М., головний лікар, Комунальна установа «Житомирський обласний центр крові»*

**Тема:** Застосування гідрофобної хроматографії у фракціонуванні плазми крові

**Доповідач:** *Мадич С.Є., ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*

**Тема:** Вибір методу визначення активності фактора VIII з'єднання крові при застосуванні вірус-інактивуючих агентів

**Доповідач:** *Шурко Н.О., ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*

## III Секція

## Прикладні питання гематології

**Тема:** Залізодєфіцитні стани: діагностика, лікування та профілактика (майстер-клас)

**Проводить:** *Кучер О.В., проф. каф. гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Сучасні методи діагностики та лікування вроджених та набутих порушень системи згортання крові (майстер-клас)

**Проводить:** *Мороз Г.І., доц. каф. гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Феномен зниження рівня метаболічної інтоксикації у хворих на гемофілію а при застосуванні препаратів фактора VIII

**Доповідач:** *Семеняка В.І., ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»*

**Тема:** Рівні загальних імуноглобулінів, біомаркерів d-димеру і розчинного фібрину в плазмі крові пацієнтів з лімфопрліферативними новоутвореннями



**Доповідач:** *Вергун Л.Ю., ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»*

**Тема:** Прогнозування гематологічної токсичності хіміотерапії у хворих на метастатичний рак грудної залози

**Доповідач:** *Сивак Л.А., Національний інститут раку*

**Тема:** Результати спленектомії при негоджкінських лімфомах

**Доповідач:** *Євстахевич Ю.Л., ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*

**Тема:** Фотоферез у лікуванні Т-клітинних лімфом шкіри

**Доповідач:** *Костик Х.Я., ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*

#### IV Секція

### Робоча нарада опорної кафедри за фахом «трансфузіологія» з представниками однопрофільних кафедр

**Тема:** Інтенсифікація навчання

**Доповідач:** *Сергієнко Л.І., доц. каф. клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Online-навчання на базі технології вебінарів

**Доповідач:** *Олександр Сергієнко, технічний експерт з безпеки крові Проекту з безпеки крові (CDC/PEPFAR) в Україні АМАОЗ, Американський міжнародний альянс охорони здоров'я*

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ НАНОТЕХНОЛОГІЙ ТА НАНОФАРМАКОЛОГІЙ»

27 квітня 2018 року • Час проведення: 14.30–17.00

**Організатори:** ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», Всеукраїнська громадська організація «Асоціація фармакологів України», Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, «Нано Технології в Медицині» (ТОВ «НаноМедТех»)

### ПРОГРАМА

**Тема:** Новий фосфоліпідний транспортер ліків, що містить цитохром С

- Ліпосомальний цитохром С — технологічні принципи конструювання біологічно активних речовин  
*Прохоров В.В.*
- Ліпосомальний цитохром С для корекції ДВС синдрому  
*Хромов О.С., д.м.н.*
- Ліпосомальний оксид азоту — корекція порушень кровообігу  
*Соловійов А.І., проф., д.м.н.*

**Тема:** Наноструктуровані матеріали у рішенні проблем іонних каналопатій

**Доповідач:** *Жолос О.В., д.б.н.*

**Тема:** RNA інтерференція та нанофотоніка — нетрадиційні засоби фармакокорекції судинних дисфункцій

**Доповідач:** *Соловійов А.І., проф., д.м.н.*

**Тема:** Фармакологічні дослідження м'якої лікарської форми з наночастинками діоксиду церію

**Доповідач:** *Зайченко Г.В., д.м.н.*

## ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ АРГІНІНУ ЦИТРАТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, УСКЛАДНЕНИЙ ДІАБЕТИЧНОЮ ЕНТЕРОКОЛОНОПАТІЄЮ

Швець Н.І., Диня Ю.З.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Оцінити ефект аргініну цитрату під час лікування пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2), ускладненим діабетичною ентероколонопатією (ДЕКП).

**Матеріали та методи.** В дослідження було включено 47 хворих із ЦД2 з проявами ДЕКП, з них: жінок – 26, чоловіків – 21, віком 46-64 років, які перебували на лікуванні в Київському міському клінічному ендокринологічному центрі. Всі пацієнти були рандомізовані на 2 групи: 1 група (n=23), 2 група (n=24). Хворі обох груп як базисну терапію приймали дієту та пероральний цукрознижуючий препарат з групи бігуанідів (метформін) у стандартній дозі. Хворим групи 2 додатково призначали аргінін цитрат, по одному саше, розчиненому в ½ стакані води, 3 рази на добу після їжі, упродовж 1 місяця. Усім пацієнтам на початку та наприкінці дослідження проводили загальноклінічні, біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального, ліпідного обмінів. Виконували УЗД органів черевної порожнини, оцінювали якість життя за Мінесотським опитувальником.

**Результати та обговорення.** У групі 2 зафіксоване зменшення кількості хворих зі скаргами на диспепсію на 8,2% (p<0,05), дискомфорт по ходу кишківника на 6,2% (p<0,05), закрепи на 4,2% (p<0,05), проноси на 3,8% (p<0,05), тоді як у групі 1 ці показники знизились лише на 4,2% (p<0,05), 3,1% (p<0,05), 2,2% (p<0,05), 1,8% (p<0,05), відповідно. Якість життя пацієнтів групи 2 підвищилась на 23%, а групи 1 — на 7%.

**Висновки.** Застосування аргініну цитрату в комплексному лікуванні хворих на ЦД2, ускладнений діабетичною ентероколонопатією, дозволяє зменшити клінічні прояви ДЕКП, а також позитивно впливає на якість життя пацієнтів.



## ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ, ЯКИЙ МІСТИТЬ АРГІНІНУ ЦИТРАТ, ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Швець Н.І., Панченко А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Вивчити результати лікування хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХБ) на фоні цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) препаратом, що містить аргініну цитрат, який є важливою складовою в процесі біосинтезу оксиду азоту (NO), чинить антиоксидантну дію, нормалізує мікроциркуляцію в печінці, покращує внутрішньоклітинний обмін у гепатоцитах.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 42 хворих, з них 20 жінок і 22 чоловіків, середній вік яких склав  $50 \pm 2,3$  років, з НАЖХП на фоні ЦД 2 типу. Хворих було розподілено на дві групи: 1 група (n=21), 2 група (n=21). У всіх пацієнтів, за допомогою біохімічного аналізу крові, було виявлено підвищення рівня печінкових трансаміназ, однак не більше двох норм. Хворим обох груп призначалася дієтотерапія та лікування метформіном у стандартній дозі. Пацієнти 2 групи отримували додатково препарат, що містить аргініну цитрат, тривалістю 30 днів.

**Результати та обговорення.** У 14 пацієнтів (67%) 1 групи, що отримували метформін, відзначалося достовірне зниження рівня печінкових трансаміназ ( $p < 0,05$ ), але без досягнення нормальних показників, у 7 хворих (33%) значення печінкових трансаміназ залишилися без змін. У 15 (71%) пацієнтів 2 групи, що приймали додатково препарат, який містить аргініну цитрат, після закінчення курсу лікування визначалися показники печінкових трансаміназ у межах норми, у 6 хворих (29%) спостерігалось зниження рівня трансаміназ, але без досягнення нормальних меж. Побічних явищ не відмічалось.

**Висновки.** Таким чином, застосування препарату, що містить аргініну цитрат, у комплексному лікуванні хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні цукрового діабету 2 типу, позитивно впливає на показники печінкових трансаміназ та може вважатися доцільним.

## ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОКОНЦЕНТРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО БРОНХІТУ

Бенца Т.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Дослідити ефективність та профіль безпеки фітоконцентратів у комплексному лікуванні хворих на гострий бронхіт.

**Матеріали та методи.** Обстежено 45 хворих на гострий бронхіт, середній вік яких склав  $52,5 \pm 1,3$  років, з них 22 чоловіків (49%) та 23 жінок (51%). Тривалість симптомів захворювання до постановки діагнозу становила не більше 2-3 днів. Всі пацієнти отримували симптоматичне медикаментозне лікування. Було виділено 2 групи: 1 група (n=24) та 2 група (n=21). Пацієнтам 1 групи додатково призначались фітоконцентрати Бронхін (40 крап. 2 р/добу в 50 мл води за 20 хв до їди), Джерело-І (50 крап. 3 р/добу в 50 мл води за 40 хв до їди), Лізорм (40 крап. 2 р/добу в 50 мл води через 20 хв після їди). Тривалість спостереження складала 10 днів. Оцінка клінічних симптомів проводилась на 5 та 10 день лікування. Інтенсивність кашлю та відповідь на лікування оцінювались за 4-бальною шкалою.

**Результати та обговорення.** Через 5 днів лікування суттєво зменшилась кількість хворих із сильним кашлем в обох групах. Кашель змінювався на продуктивний у 37 (82,2%) пацієнтів. Змінилась також аускультативна картина в легенях: з'являлись вологі хрипи, які на 10 день зникли у більшості пацієнтів, вислуховувались тільки жорстке дихання у 13 (29%) осіб. Через 10 днів лікування у 18 (75%) хворих 1 групи кашель зникав. У 6 пацієнтів спостерігався кашель помірний та незначний. Оцінка відповіді на лікування показала, що відповіді на лікування 70,8% хворих, покращення симптомів спостерігалось у 20,9%, без змін — 8,3% пацієнтів. Фітоконцентрати добре переносилися і не викликали побічних реакцій.

**Висновки.** Фітоконцентрати Бронхін, Джерело-І, Лізорм сприяють регресії клінічних проявів гострого бронхіту та видуванню і можуть призначатись у комплексному лікуванні даного захворювання.

## МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО РОЗБОРУ ХВОРОГО З ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»

Бенца Т.М., Пастухова О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Оптимізація підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Внутрішні хвороби» на етапі післядипломної освіти. У вступному слові викладач визначає мету, завдання та порядок проведення практичного заняття. Проводиться базисний контроль знань. Після цього лікарі-інтерни на конкретному хворому відпрацьовують практичні навички: опитування (скарги, анамнез захворювання та життя, опитування за органами і системами), фізикальне обстеження хворих (огляд, пальпація, перкусія, аускультатія, вимірювання), обґрунтовують і оформляють діагноз. Разом з викладачем розробляється план обстеження, аналізуються дані лабораторних та інструментальних методів обстеження, проводиться диференціація діагностики та призначається індивідуальне адекватне диференційоване лікування (немедикаментозне і медикаментозне) з урахуванням клінічної ситуації. Обговорюються режими дозування, протипоказання до застосування та побічні дії різних класів препаратів.



Важливе значення надається формуванню у лікаря-інтерна готовності до прийняття самостійного адекватного рішення в конкретній клінічній ситуації, розвитку продуктивного клінічного мислення та творчих здібностей.

Для раціонального формування знань застосовуються як традиційні засоби, так й інноваційні методи, що передбачають тренування в центрі симуляційної медицини.

Наприкінці заняття проводиться заключний контроль вмінь та практичних навиків з аналізом допущених помилок.

**Висновки.** Оптимізація навчання лікарів-інтернів передбачає єдність змісту, форм і методів навчання; безперервний зв'язок між теорією та практикою, формування вмінь та практичних навиків лікарів-інтернів з адекватним контролем засвоєння та втілення у освітній процес інноваційних методів навчання.

## ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ЦУКРОВОЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Пастухова О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Дослідити ефективність та профіль безпеки фітоконцентратів в лікуванні хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) і цукровий діабет 2 типу (ЦД2) з дисліпідемією.

**Матеріали та методи.** Обстежено 62 хворих на ЕАГ і ЦД2 з дисліпідемією. Середній вік пацієнтів склав 56,7±0,5 років. Тривалість захворювання на ЕАГ становила в середньому 8,8±0,3 років, на ЦД2 — 5,7±0,4 років. Хворим групи 1 (n=30) призначалась стандартна медикаментозна терапія (антигіпертензивна, цукрознижуюча, розувастатин 5-10 мг/добу), пацієнти групи 2 (n=32) додатково приймали комбінацію фітоконцентратів Холенорм і Світанок. Тривалість спостереження складала 10 тижнів.

**Результати та обговорення.** Застосування комбінації фітоконцентратів Холенорм і Світанок призводило до додаткового достовірного зниження рівня загального холестерину (ХС) (на 15,3%), ХС ліпопротеїнів низької щільності (на 12,5%) і тригліцеридів (на 13,9%), зменшення індексу маси тіла на 16,2% (p<0,05), ніж призначення тільки стандартної медикаментозної терапії. Крім цього, у групі 2 спостерігалась тенденція до підвищення ХС ліпопротеїнів високої щільності на 5,5% (p>0,05) та зниження глюкози крові натще і постпрандальної на 4,1% і 4,9% відповідно (p>0,05). Терапія фітоконцентратами Холенорм і Світанок не викликала побічних реакцій. Добра переносимість лікування зафіксована у 92,8% пацієнтів.

**Висновки.** Застосування комбінації фітоконцентратів Холенорм і Світанок в комплексній терапії пацієнтів на ЕАГ і ЦД2 сприяє достовірному покращенню показників ліпідного профілю та зниженню індексу маси тіла порівняно з призначенням тільки стандартного лікування. Фітоконцентрати доцільно призначати хворим на ЕАГ і ЦД2 з дисліпідемією у поєднанні з базисною терапією.

## ЗОВНІШНЬО-СЕКРЕТОРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ ФЕРМЕНТНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Гдаль В.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Вивчити результати лікування хворих із хронічним панкреатитом та зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 34 хворих із хронічним панкреатитом, середній вік яких склав 49±1,2 років, із зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози. У 11 хворих мав місце важкий перебіг хронічного панкреатиту, 13 — середньої тяжкості, у 10 спостерігався легкий перебіг захворювання. У всіх пацієнтів, за допомогою визначення фекальної еластази-1, діагностована зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози. У залежності від ступеня зовнішньо-секреторної недостатності усім пацієнтам призначався ферментний препарат панкреатин у мінімікросферах у разовій дозі від 10000 до 90000 ОД ліпази під час їди, тривалістю 21 день. Хворих обстежували до та після курсу лікування.

**Результати та обговорення.** У всіх пацієнтів покращилась зовнішньо-секреторна функція підшлункової залози: зменшились диспептичні прояви, зменшилась кількість випорожнень і збільшилась вага тіла.

**Висновки.** Таким чином, пацієнтів з хронічним панкреатитом необхідно тестувати на зовнішньо-секреторну недостатність підшлункової залози і при її наявності призначати ферментні препарати панкреатину у мінімікросферах для замісної терапії.

## ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КИШКІВНИКА ПРИ ДЕФОРМУЮЧОМУ ОСТЕОАРТРОЗІ

Дорофеєв А.Е., Снісаревська Т.П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Дослідити характер та частоту функціональних порушень кишківника у пацієнтів з деформуючим остеоартрозом (ДОА).



**Матеріали та методи.** Проведено аналіз анамнестичних, клінічних даних 86 пацієнтів з ДОА віком 50-75 років незалежно від статі, 53 з яких приймали нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), у тому числі низькі кардіологічні дози аспірину, систематично (не менше 5 разів на тиждень, або курсом), а інші 33– епізодично (менше 5 разів на тиждень).

**Результати та обговорення.** Серед усіх обстежених, у 48 хворих (незалежно від систематичності прийому НПЗП) спостерігались прояви функціональних порушень кишківника. Із них у 26 (1 група) відмічалось збільшення частоти випорожнень (3 і більше разів на добу), з яких у 12 випорожнення були не оформлені, у 6 — відчуття неповної дефекації, у 8 — виділявся з калом слиз; у 4 (2 група) зменшилась частота випорожнень (3 і менше разів на тиждень), з яких у 2 було відчуття неповної дефекації; у 18 (3 група) частота випорожнень не змінилась, але періодично спостерігались біль у животі і метеоризм, з них у 6 було відчуття неповної дефекації, у 4 — виділення слизу з калом. У всіх пацієнтів спостерігались здуття і (або) відчуття розпирання в животі, які у хворих 1 і 2 груп супроводжували 1/3 актів дефекації, а у 3 — 1/4.

**Висновки.** Функціональні порушення кишківника часто супроводжують перебіг ДОА, негативно впливаючи на якість життя пацієнтів. Дані порушення можуть бути зумовлені впливом НПЗП на стінку кишківника і, можливо, зміною рівня простагландинів.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІЇ ГРИПУ

Голод А.Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ  
Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

**Мета.** Вивчити особливості клінічного перебігу у хворих на тяжку негоспітальну пневмонію (НП) у період епідемії грипу 2016 р. шляхом порівняння цих показників з даними хворих на тяжку НП бактеріальної етіології у позаепідемічний період та розробити єдину тактику інтенсивної терапії таких хворих.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб хворих, які лікувалися з приводу НП тяжкого перебігу в клініці пульмонології Національного військово-медичного клінічного центру: 67 випадків в період епідемії грипу у 2016 р. та 32 випадки у 2017 р. при відсутності епідемії грипу.

**Результати та обговорення.** Середня тривалість лікування в реанімації в період епідемії грипу у 2016 р. була 5,1 днів, більшість хворих (43 особи — 64,2%) склали пацієнти молодого та середнього віку, старше 60 років — 24 особи (35,8%), 14 хворих (20,9%) були переведені на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ), летальність складала 16,4%. Середня тривалість лікування в реанімації у 2017 р. була 4,9 днів, більшість (19 осіб — 59,4%) склали пацієнти старше 60 років, 4 хворих (12,5%) були переведені на ШВЛ, летальність складала 9,4%.

Емпірична антибактеріальна терапія проводилась цефтріаксоном, доріпенемом, левофлоксацином. Протівірусну терапію осельтамівіром отримали 18 хворих (26,9%) у 2016 р. та 1 хворий (3,1%) у 2017 р.

**Висновки.** Особливістю тяжкого перебігу НП в період епідемії грипу є розвиток переважно в осіб молодого та середнього віку, швидке прогресування синдрому гострої дихальної недостатності, стійка лихоманка. Необхідне своєчасне переведення хворих на ШВЛ, до прогресування гіпоксемії. Основу емпіричної антибактеріальної терапії тяжкої НП повинні складати препарати, що впливають на весь спектр мікробної флори даної групи хворих, з подальшою корекцією за результатами бактеріальних досліджень мокротиння. Обсяг інфузійної терапії обмежується введенням антибіотиків, допаміну і за необхідності гормонів, при ранньому початку ентеральному харчуванню.

## ТРОМБОЦИТОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ БОЙОВОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ

Петруша О.О., Савченко Я.Б., Гончаров Я.П., Гибало Р.В.

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

**Мета.** Дослідити частоту виникнення реактивного тромбоцитозу у учасників АТО, що отримали бойову хірургічну травму.

**Матеріали та методи.** Обстежено 756 чоловіків у віці від 19-49 років (29,2±0,7 років), які поступили до хірургічних відділень ГВКГ після бойових травм, отриманих в 2014-2015 рр. Кількість пацієнтів з епізодом тромбоцитозу вище  $450 \times 10^9/\text{л}$  складала 109 (17,3%). Наявність мієлопроліферативного захворювання виключена через відсутність тромбоцитозу у першому, отриманому після травми дослідженні крові. У 10 випадках при рівні тромбоцитів (Т) більше  $1000 \times 10^9/\text{л}$  наявність хвороби крові виключена через відсутність мутації гену JAK2V617F. У кожного пацієнта враховані показники під час від 4 до 5 випадків послідовних оперативних втручань, відповідно показники розподілені на 5 груп.

**Результати та обговорення.** У групі з тромбоцитозом були з проникаючими вогнепальними пораненнями 65 (59,66%) осіб, мінно-вибуховою травмою 33 (30,27%), переломами 9 (8,25%), тупими травмами 2 (2,4%). За зонами ураження: політравма 40 (36,69%), грудна порожнина 3 (2,75%), черевна порожнина 3 (2,75%), кінцівки 63 (57,79%). Кількість Т коливалась у широких межах  $103\text{--}1783 \times 10^9/\text{л}$ . Середня кількість Т під час послідовних оперативних втручань складала: I- $426 \pm 17 \times 10^9/\text{л}$ ; II- $507 \pm 23 \times 10^9/\text{л}$ ; III- $564 \pm 24 \times 10^9/\text{л}$ ; IV- $595 \pm 34 \times 10^9/\text{л}$ ; V- $563 \pm 34 \times 10^9/\text{л}$ ; VI- $535 \pm 32 \times 10^9/\text{л}$ . Середня кількість Т поступово зростала до IV оперативного втручання з подальшим зниженням. Випадків тромбозів глибоких вен не зафіксовано.





**Висновки.** Тромбоцитоз є частою знахідкою у пацієнтів з важкою бойовою травмою, перебіг якої потребує повторних оперативних втручань. Поява тромбоцитозу пов'язана з реактивністю організму, як прояв подразнення мієлоїдного паростка кровотворення, та ймовірно є предиктором тривалого перебігу травматичного процесу. Реактивний тромбоцитоз у поранених не асоціюється з ризиком тромботичних ускладнень.

## РОЗПОДІЛ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ І СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДОБОВОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ОЖИРІННЯМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Зуєв К.О.

Київський міський клінічний ендокринологічний центр, м. Київ

**Мета.** Вивчити асоціацію між типом добового ритму артеріального тиску (ДРАТ) і особливостями розподілу жирової тканини (ЖТ), а також показниками глікемічного контролю у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2) з ожирінням (О) та артеріальною гіпертензією (АГ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 пацієнтів (з них 45 чоловіків) віком 55,9±2,15 років з ЦД2, О ті та АГ. Визначали індекс маси тіла (ІМТ), загальну масу ЖТ (МЖТ), масу ЖТ в абдомінальній (МЖТ<sub>а</sub>) і гліuteо-феморальній (МЖТ<sub>г</sub>) ділянках методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії, рівень глюкози плазми крові натще (ГПН), імунореактивного інсуліну (ІПІ) натще та глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). Проводився добовий моніторинг артеріального тиску (АТ).

**Результати та обговорення.** МЖТ<sub>г</sub> у пацієнтів з ДРАТ dipper, non-dipper, night-peaker і over-dipper становила 37,7±1,56, 48,8±3,64, 39,2±2,35, 46,2±3,32% відповідно. При цьому кількість МЖТ<sub>а</sub> у пацієнтів dipper, non-dipper, night-peaker і over-dipper становила 46,3±1,09, 52,2±2,63, 49,4±1,63 і 52,5±2,4 відповідно. В той же час МЖТ<sub>г</sub> у пацієнтів dipper, non-dipper, night-peaker і over-dipper становила 38,3±1,67, 48,1±4,02, 43,5±2,49, 47,8±3,67% відповідно. Найбільшою була вага у пацієнтів night-peaker (ІМТ 39,2±1,74), тоді як у пацієнтів dipper, non-dipper, і over-dipper ІМТ був відповідно 33,7±0,79, 34,3±1,18 та 38,6±1,9 кг/м<sup>2</sup>. Найбільш декомпенсований вуглеводний обмін (за рівнем HbA1c) виявлено у пацієнтів non-dipper – 9,42±0,37%, тоді як у пацієнтів dipper, over-dipper і night-peaker були нижчі значення HbA1c: 8,0±0,25, 8,0±0,6 і 8,65±0,55% відповідно. Рівень ГПН у пацієнтів dipper, non-dipper, night-peaker і over-dipper становив 9,66±0,52, 8,86±1,2, 9,42±0,37 і 8,65±0,55 відповідно. Рівень ІПІ натще також був найвищим у пацієнтів non-dipper і складав 33,9±3,69 мкОд/мл, тоді як у пацієнтів dipper, over-dipper і night-peaker лише 22,3±2,47, 12,8±5,59 і 25,3±5,4 відповідно.

**Висновки.** Пацієнти з ДРАТ dipper мали абдомінальний тип О з МЖТ<sub>а</sub> ≤45% загальної маси тіла і помірний ступінь гіперглікемії натще, а також рівень ІПІ в межах норми. У пацієнтів з ДРАТ over-dipper був важкий ступінь О (ІМТ >38 кг/м<sup>2</sup>) з МЖТ<sub>а</sub> >45% загальної маси тіла, помірна гіперглікемія натще і низький рівень ІПІ натще. Пацієнти з ДРАТ non-dipper мали абдомінальний тип О з МЖТ<sub>а</sub> ≤45% загальної маси тіла, поганий глікемічний контроль ЦД (гіперглікемією на тлі гіперінсулінемії). Пацієнти з ДРАТ night-peaker характеризувалися важким ступенем О з МЖТ<sub>а</sub> >45% загальної маси тіла, гіперглікемією на тлі гіперінсулінемії.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДІАБЕТИЧНОЇ ЕНТЕРОКОЛОНОПАТІЇ

Диня Ю.З.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Провести аналіз сучасних літературних даних щодо проблеми функціональних уражень кишечника при цукровому діабеті 2 типу (ЦД2) та діабетичної ентероколонопатії.

**Матеріали та методи.** Пошук проводився в базі даних PubMed за період 2013–2018 рр. з використанням таких ключових слів, як «гастроентерологічні ускладнення цукрового діабету», «діабетична ентероколонопатія», «функціональні захворювання кишечника».

**Результати та обговорення.** На теперішній час, ЦД2 є однією із важливих медико-соціальних проблем практично у всіх країнах світу. Вважається, що порушення зі сторони травного каналу у людей з ЦД2 не впливає на їх смертність, однак погіршує якість життя і компенсацію діабету. ЦД2 призводить до пошкодження усіх відділів травного каналу, що вимагає застосування різноманітних підходів до лікування і потребує розуміння патофізіології ускладнень. Ураження тонкого кишечника при ЦД2 проявляється порушеннями перистальтики, розвитком псевдообструкції, надмірним бактерійним ростом, діареєю та стеатореєю. Найчастішими змінами зі сторони товстого кишечника є закрепи. Часто характерним є приєднання аноректальних змін — імперативні позиви до дефекації, нетримання калу. Ці порушення можуть бути симптомами як функціональних захворювань кишечника, так і проявом діабетичної ентероколонопатії. Більшість досліджень симптоми пов'язують з діабетичною автономною нейропатією, впливом вивільненої глікемії на мікроангіопатії стінок кишечника, порушення регуляції секреції і дії гормонів та інкретинів, а також електролітними порушеннями, що виникають на фоні уремичних та кетоацидотичних станів. У патогенезі розладів моторики також виділяють порушення як центрального, так і периферичного відділів вегетативної нервової системи. Також виникають структурні зміни сполучної тканини та м'язового шару тонкого і товстого відділів кишечника, що призводить до біомеханічного ремоделювання. Ключову роль у запуску пошкодження ендоневрального кровотоку займає оксидативний стрес.

**Висновки.** Патогенез діабетичної ентероколонопатії складний, але варто виділити дві основні ланки — ангіопатію



і нейропатію та розглянути застосування донаторів NO в боротьбі з оксидативним стресом, як додаток до основного лікування.

## СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Панченко А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Провести аналіз сучасних наукових медичних публікацій за темою: «Лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на фоні цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу)».

**Матеріали та методи.** Для огляду використовувалися матеріали з ресурсу PubMed, ключові слова для пошуку: «неалкогольна жирова хвороба печінки», «цукровий діабет 2 типу», «оксидантний стрес», «інсулінорезистентність (ІР)».

**Результати та обговорення.** В теперішній час захворюваність на НАЖХП вважають пандемією XXI ст. НАЖХП асоціюється з ожирінням, ІР, ЦД 2 типу, метаболічним синдромом. Більше двох третин хворих з ЦД 2 типу хворіють на НАЖХП. Єдиного механізму розвитку НАЖХП не існує. Однією з моделей патогенезу НАЖХП при ЦД 2 типу — є теорія двох ударів. При збільшенні ожиріння на фоні ІР збільшується надходження в печінку вільних жирних кислот (ВЖК), розвивається дисбаланс між посиленням синтезом тригліцеридів (ТГ) в печінці та зниженням їх надходження в кров — перший удар, результатом цього є стеатоз, в печінці накопичуються ТГ та інші похідні холестерину. В процесі реакції окислення ВЖК утворюються реактивні форми кисню, продукти перекисного окислення ліпідів, прозапальні цитокіни — оксидантний стрес — другий удар. Хронічне персистуюче запалення призводить до апоптозу та некрозу гепатоцитів. Для успішного лікування НАЖХП на фоні ЦД 2 типу існує декілька схем: використовують тiazолідиндіони, можливе призначення вітаміну Е, омега-3 поліненасичених жирних кислот, статинів, гепатопротекторів.

**Висновки.** Таким чином, фармакотерапія НАЖХП на фоні ЦД 2 типу активно розробляється та потребує пошуку сучасних та ефективних засобів лікування. Одним з перспективних напрямків в лікуванні цього захворювання слід розглядати препарати, що є донаторами оксиду азоту (NO), які чинять антиоксидантну дію, нормалізують мікроциркуляцію в печінці, покращують внутрішньоклітинний обмін у гепатоцитах.

## ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СТЕАТО- ТА ЕЛАСТОМЕТРІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ (НАЖХП)

Степанов Ю.М., Діденко В.І., Меланіч С.Л., Попок Д.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити вираженість стеатозу (S), фіброзу (F) та біохімічні порушення у хворих на НАЖХП в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 39 хворих на НАЖХП (16 чоловіків та 23 жінки), які були розподілені на 4 групи залежно від ІМТ: I — 17 осіб з надлишковою вагою; II — 13 осіб з ожирінням 1 ступеню; III — 6 осіб з ожирінням 2 ступеню; IV — 3 особи з ожирінням 3 ступеня. Визначення активності показників цитолізу, холестеразу, холестерину, глюкози сироватки крові проводили уніфікованими методами на біохімічних аналізаторах «MicroLab-300» та «StatFax 4500». Стадію F (F1-F4) визначали за допомогою апарату FibroScan за показником жорсткості печінки (LS), ступінь S (S1-S4) за контрольованим параметром ультразвукового загасання (CAP). Порівняння середніх значень здійснювали за допомогою критерію Мана-Уїтні.

**Результати та обговорення.** Серед хворих усіх груп найвищий ступінь S — S3 — встановлений у 100,0% хворих IV групи, що обумовило зростання CAP до (305,5±9,2) db/m та достовірно (p<0,05) перевищувало CAP I групи, в якій у 41,2% переважав S2 та у 23,5% — S3. В II та III групах S3 визначався лише у 41,7% та 40,0%. Найвищий LS також визначався в IV групі — (22,5±19,2) kPa за рахунок F3 (50,0%) та F4 (50,0%). В I-III групах LS був в 3,5, 2,2 та 2,8 рази меншим з переважанням F1 в 70,6%, 58,3% та 66,7% відповідно. Зі зростанням ІМТ спостерігалось зростання частоти цитолізу (з 70,6% в I групі до 100,0% в IV групі) та достовірне зниження його вираженості (з 2,8 норм в I групі до 1,6 норм в IV групі). Також встановлено збільшення частоти виявлення гіперхолестеринемії (з 53,9% в I групі до 66,7% в IV групі) та гіперглікемії (з 23,5% в I групі до 66,7% в IV групі), та зниження їх вираженості, особливо гіперглікемії (p<0,05).

**Висновки.** Збільшення ступеню ожиріння у хворих на НАЖХП супроводжувалось зростанням ступеню стеатозу та стадії фіброзу печінки, частоти виявлення цитолізу, гіперхолестеринемії та гіперглікемії при знизненні вираженості цих змін.

## ДИНАМІКА ПОШИРНОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ

Скирда І.Ю., Завгородня Н.Ю., Зав'ялова І.Ю., Плещенко М.Л.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Визначити поширеність хвороб органів травлення (ХОТ) серед дитячого населення України.

**Матеріали та методи.** Аналіз показників проводився згідно з офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ України в 25 регіонах України за період 2013–2016 рр.



**Результати та обговорення.** В структурі хвороб у 2016 році гастроентерологічна патологія серед дітей склала 7,6%. Поширеність ХОТ серед дівчат за показником на 10 тис. населення (2075,4) була в 1,2 рази вища, ніж серед юнаків (1770,9). Найвищий рівень поширеності ХОТ зареєстрований у м. Києві (194,82), Полтавській (211,68), Чернігівській (165,94) та Рівненській (168,87) областях, а найнижчий рівень — у Запорізькій (59,37), Луганській (61,14) та Одеській (65,64) областях. Кількість зареєстрованих хворих на ХОТ за останні чотири роки має тенденцію до зниження (темп зниження склав 14,5%). У 2016 р. в структурі поширеності, як і в попередні роки, перше місце належить гастриту і дуоденіту (16,2%), друге — холециститу, холангіту (6,3%) та функціональним розладам шлунка (6,4%), третє — хворобам підшлункової залози (2,3%). Аналіз динамічного ряду показав, що темп приросту хвороби Крона, яка є загрозливою за своїми ускладненнями у дорослому віці, склав 100%. Збільшилась кількість дітей з целиакією — на 42,9%, синдромом подразненої кишки — на 27,1% та гастроезофагеальною рефлюксною хворобою — на 17,3%. Водночас значно зменшилась кількість хворих дітей на хронічний гепатит на 42,1%, холецистит і холангіт — на 25,3%, гастрит та дуоденіт — на 23,5%, виразкову хворобу — на 22,2%, хвороби підшлункової залози — на 11,3%.

**Висновки.** В структурі хвороб у 2016 році гастроентерологічна патологія серед дітей займає 2 місце, що дозволяє віднести її до однієї з найбільш розповсюджених груп захворювань. За даними офіційної статистики зміна динамічного ряду поширеності ХОТ має тенденцію до зниження, незважаючи на світову тенденцію до зростання частоти гастроентерологічних порушень у дітей.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕЧІНКОВОЮ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВОЮ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Чалий М.В., Скирда І.Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Визначити клінічні особливості у пацієнтів з печінковою та позапечінковою формами портальної гіпертензії (ПГ).  
**Матеріали та методи.** Обстежено 240 хворих з дифузними захворюваннями печінки та патологією вен печінки віком (47,9±1,3) років (142 чоловіки (59,2%) та 98 жінок (40,8%)), які були розподілені на групи: I склали 165 пацієнтів з печінковою формою ПГ (цироз печінки), II — 40 хворих з позапечінковою формою ПГ (тромбоз ворітної вени, хвороба Бадда-Кіарі, ІХС, кардіосклероз), III — 35 осіб без портальної гіпертензії (хворі на хронічний гепатит різної етіології).

**Результати та обговорення.** Під час аналізу клінічної симптоматики встановлено, що частіше хворі I та III групи скаржились на біль в правому підребер'ї — 63,0% та 57,1% ( $\chi^2=16,5$ ;  $p<0,001$  та  $\chi^2=6,8$ ;  $p<0,001$ , відповідно, проти II групи — 27,5%). Водночас пацієнти з позапечінковою формою ПГ в 2,4 рази частіше, ніж хворих з печінковою формою ПГ — на біль в епігастрію — 30,0% проти 9,7% ( $\chi^2=11,3$ ;  $p<0,001$ ). Відчуття важкості в правому підребер'ї відзначили 49,1% пацієнтів з печінковою формою ПГ та 40,0% — без ПГ, що в 2 рази частіше, ніж серед хворих II групи ( $\chi^2=9,2$ ;  $p<0,001$  порівняно з I групою). В групі пацієнтів з позапечінковою формою ПГ другим за рангом проявом диспепсичного синдрому виявилось відчуття важкості в епігастрії (27,5% випадків), що у 2,5 та 1,6 рази більше порівняно з I ( $\chi^2=6,1$ ;  $p<0,05$ ) та III ( $p>0,05$ ) групами. Майже половина обстежених I та III груп скаржились на зниження апетиту без суттєвої різниці між цими групами, проте хворі II групи зниження апетиту відмічали майже у 2 рази рідше ( $\chi^2=4,7$ ;  $p<0,05$  порівняно з I групою). Ознаки астеновегетативного синдрому виявляли у 100% хворих усіх груп.

**Висновки.** Встановлено, що найбільш поширеними серед пацієнтів були скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність, знижену працездатність, дратівливість, знижений апетит, здуття живота, важкість та болі в правому підребер'ї і епігастрії.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ЛОКАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ СТІНКИ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Стойкевич М.В., Коненко І.С.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити локальну жорсткість артеріальної стінки (ЖАС) сонних артерій у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК) залежно від віку та статі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 40 хворих на ХЗК, у тому числі 27 пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом (НВК) та 13 — з хворобою Крона (ХК), з них 23 жінки та 17 чоловіків. В обстеження включено 29 пацієнтів молодого та 11 пацієнтів середнього віку. Дослідження локальної жорсткості артеріальної стінки проводили на ультразвуковому апараті експертного класу Radmir ULTIMA PA у режимі W-Track.

**Результати та обговорення.** Середні показники ЖАС сонних артерій у хворих середнього віку були більшими в порівнянні з молодими пацієнтами, ймовірно за рахунок зменшення піддатливості судинної стінки ( $p<0,001$ ). У хворих середнього віку з НВК достовірно підвищувалися індекси артеріальної жорсткості, зростала швидкість пульсової хвилі ( $p<0,05$ ) та знижувалася растяжимість судинної стінки ( $p<0,05$ ), тим самим достовірно зменшувалася різниця діаметра судини за серцевий цикл ( $p<0,01$ ), що відображало погіршення пружно-еластичної властивості сонних артерій. За результатами УЗД сонних артерій в залежності від статі, встановлено достовірне зменшення коефіцієнта комплаєнса просвіту ( $p<0,05$ ) сонних артерій у жінок в порівнянні з чоловіками, без зростання індексів жорсткості.



**Висновки.** Таким чином, за результатами оцінки ЖАС сонних артерій визначено вірогідні зміни індексів жорсткості артеріальної стінки у хворих на ХЗК в залежності від віку та статі: зміни показників ЖАС були більш притаманні чоловікам ( $p < 0,05$ ) та пацієнтам середнього віку ( $p < 0,001$ ).

### РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, ЛОКАЛІЗАЦІЯ ТА МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА Н.PYLORI У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНАХ ШЛУНКА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Мосійчук Л.М., Ошмянська Н.Ю., Гончар Г.В., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Проаналізувати розповсюдженість, локалізацію та морфологію *H.pylori* (HP) у хворих з кишковою метаплазією (КМ) після проведеної ерадикаційної терапії, яка є невід'ємною складовою лікування таких пацієнтів.

**Матеріали та методи.** За допомогою морфологічних та морфометричних методів дослідження проаналізовано біоптати 80 пацієнтів з морфологічними змінами слизової оболонки шлунку, які були поділені на 4 групи: I — атрофія слизової оболонки шлунку (10 пацієнтів); II — кишкова метаплазія в антральному відділі шлунку (20 пацієнтів); III — КМ тотальна в антральному відділі шлунку (39 пацієнтів), IV — дисплазія шлункових залоз ( $n=11$ ).

**Результати та обговорення.** За результатами первинного цитологічного дослідження, наявність HP інфекції було виявлено в 26,25% випадків. За локалізацією, в більшості (95,2%) випадків скопичення HP були розташовані в області антрального відділу, або вугла шлунка, та лише в 23,8% випадків — в області фундального відділу.

Загальна частота виявлення мікроорганізмів HP була найбільш високою в групі III (30,8%), найрідше (9,1%) в групі IV, крім того тільки для цієї групи була характерна наявність лише слабого ступеню обсеменіння слизової. Середній ступінь обсеменіння слизової достовірно частіше зустрічався в групі III ( $p < 0,05$ ), також виключно в групі III було виявлено випадки вираженого обсеменіння, яке візуалізувалось навіть при гістологічному дослідженні.

**Висновки.** У хворих з КМ тіла та антрального відділу шлунка загальна частота виявлення HP найбільш висока (30,8%). В більшості випадків мікроорганізми HP мають середні розміри —  $(3,12 \pm 1,4)$  мкм, в 23,5% випадків зустрічаються дрібні штами розміром  $(1,76 \pm 0,22)$  мкм, та в 14,3% випадків великі штами, розміром  $(3,63 \pm 0,13)$  мкм.

### ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КИЛ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ ДОСТУПОМ

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

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Діагностика та лікування хворих на килу стравохідного отвору діафрагми є однією з найбільш актуальніших проблем сучасної медицини.

**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 2017 рр. лапароскопічні втручання з приводу кили стравохідного отвору діафрагми (КСОД) було виконано у 67 пацієнтів.

**Результати та обговорення.** Серед оперованих пацієнтів у 64 (95,6%) діагностовано аксіальну КСОД (type I), у 2 (2,9%) пацієнтів — параезофагеальну КСОД (type II), змішану КСОД з укороченим стравоходом — 1 (1,5%) пацієнт. Крурорафія виконано у 100% пацієнтів: задня — у 60 (89,6%) пацієнтів, передня — у 2 (2,9%) пацієнтів, у 5 (7,5%) пацієнтів — поєднана і алопластика — у 3 (4,5%) пацієнтів. Виконано лапароскопічні фундопластики: фундопластика по Ніссену — у 12 (17,9%) пацієнтів, фундопластика по Ніссену-Розетті — у 19 (28,4%) пацієнтів, фундопластика по Тупе-Поккету — у 36 (57,3%) пацієнтів. Фундодіафрагмопексію виконано у 61 (91,0%). Симультанні оперативні втручання виконано у 5 (7,4%) пацієнтів, конверсії — 1 (1,4%) пацієнта. 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 63 (94,0%) пацієнтів), добре переносяться пацієнтами, характеризуються невеликим відсотком ускладнень. Це дозволяє визнати їх операціями вибору в лікуванні даної патології.

### ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Степанов Ю.М., Карачинова В.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінка стану ліпідного обміну у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечника (ХЗК) в залежності від гендерних особливостей.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 40 пацієнтів з ХЗК, які за гендерними ознаками були розділені на групи: I — жінки ( $n=23$ ,  $39,43 \pm 2,61$ ) з неспецифічним виразковим колітом (НВК,  $n=15$ ) та хворобою Крона (ХК,  $n=8$ ), II — чоловіки ( $n=17$ ,  $35,59 \pm 2,43$ ) з НВК ( $n=12$ ) та ХК ( $n=5$ ). Для характеристики обміну ліпідів у сироватці крові наборами



фірми «Сортам» (Польща) визначали холестерол (ХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ).

**Результати та обговорення.** Встановлено вірогідне зниження вмісту ТГ в сироватці крові у жінок в загальній групі з ХЗЗК в 1,7 разів ( $p < 0,01$ ) та з НВК в 1,8 разів ( $p < 0,01$ ) відносно контролю. У чоловіків з ХЗЗК спостерігалася тенденція до зниження вмісту ТГ. В обох групах пацієнтів спостерігалася тенденція до зниження вмісту ХС. Виражена тенденція до зниження рівня ЛПВЩ визначалася у чоловіків із ХЗЗК, а у жінок показник незначно відрізнявся від контролю. Вірогідні відмінності вмісту ЛПНЩ у пацієнтів з ХЗЗК не визначалося. Аналіз за нозологіями показав аналогічні зміни як при НВК, так і при ХК. Визначено вірогідне зниження вмісту ЛПДНЩ у жінок з ХЗЗК в 2 рази ( $p < 0,05$ ) та з НВК в 2,2 рази ( $p < 0,05$ ). У чоловіків з ХК спостерігалася виражена тенденція до зниження вмісту ЛПДНЩ.

**Висновки.** Встановлено порушення ліпідного обміну у жінок з НВК, що виражалось зниженням вмісту ТГ в сироватці крові в 1,8 разів ( $p < 0,05$ ), а у чоловіків з ХК спостерігалася тенденція до зниження вмісту цього показника (в 1,5 разів,  $p > 0,05$ ). У жінок з НВК вірогідно знижувався вміст ЛПДНЩ в 2,2 рази ( $p < 0,05$ ).

## ЗСУВНОХВИЛЬОВА ЕЛАСТОГРАФІЯ (ЗХЕ) ПЕЧІНКИ І СЕЛЕЗІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Діденко В.І., Коненко І.С.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити жорстко-еластичні властивості паренхіми печінки та селезінки у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) залежно від етіологічного фактора.

**Матеріали та методи.** Обстежено 60 хворих, за етіологічним фактором досліджені були розділені на 4 групи: I — неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) 33 хворих, II — з хронічним вірусним гепатитом С (ХГС) 9 хворих, III — алкогольна хвороба печінки (АХП) 14 хворих та 4 хворих на токсичний гепатит (ТГ) склали IV групу. Контрольну групу налічували 15 практично здорових осіб репрезентативних за віком та статтю. Дослідження ЗХЕ печінки та селезінки проводили на ультразвуковому апараті експертного класу ULTIMA RA.

**Результати та обговорення.** Середні показники ЗХЕ печінки у всіх групах були більшими в порівнянні з контрольною групою, однак достовірність розходжень стосувалися пацієнтів з ХГС і АХП ( $p < 0,05$ ) ймовірно за рахунок прогресування фіброзної трансформації. За результатами ЗХЕ жорсткість паренхіми печінки та селезінки зростала у всіх групах незалежно від етіології в порівнянні з даними контрольної групи. Достовірне збільшення показників ЗХЕ печінки спостерігалася у хворих II і III груп ( $p < 0,05$ ), а ЗХЕ селезінки у пацієнтів з АХП ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, алкогольний чинник розвитку ХДЗП сприяє зростанню жорсткості паренхіми печінки та селезінки максимально в порівнянні з іншими етіологічними факторами. У хворих з алкогольним ураженням печінки спостерігається достовірно вищі показники жорсткості як печінки, так і селезінки, ніж у пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом та метаболічною хворобою. Цей факт пояснюється тим, що у III групі переважали пацієнти з більш важкою хворобою.

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА

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

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Визначення провідних клінічних синдромокомплексів у хворих із передраковими станами шлунка — атрофією, кишковою метаплазією (КМ) та дисплазією слизової оболонки (СО).

**Матеріали та методи.** Обстежено 79 хворих, які за результатами морфологічного дослідження розділені на три групи: 1 група — атрофічні зміни СО шлунка — 10 осіб; 2 група — (КМ) в антральному відділі (АВ) шлунка — 19 пацієнтів; 3 група — тотальна КМ — 39 хворих; 4 група — хворі із дисплазією СО шлунка — 11 осіб. Для оцінки клінічної картини симптоми були згруповані у симптомокомплекси, характерні для гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР) та для функціональної диспепсії із визначенням постпрандіального дистрес-синдрому (ПДС) та синдрому епігастрального болю (СЕБ) згідно Римських критеріїв, з оцінкою кожного за 5-бальною шкалою Лайкерта.

**Результати та обговорення.** Вираженість СЕБ у 2-й групі була у 2,1 разу ( $p < 0,05$ ) інтенсивнішою, порівняно із 1-ю групою. Симптоми СЕБ — біль в епігастрію натще або вночі у хворих 2-ї групи реєстрували у 3,1 разу ( $p < 0,05$ ), а у хворих 3-ї — у 2,9 ( $p < 0,05$ ) разу частіше ніж у 1-й групі. Такі симптоми СЕБ, як дискомфорт в епігастрію, не пов'язаний з прийомом їжі, та біль в епігастрію натще та вночі у пацієнтів 2-ї групи були у 2,4 ( $p < 0,05$ ) та 2,4 ( $p < 0,05$ ) разу інтенсивніші порівняно із хворими 1-ї групи. Симптом ГЕР — печія у 4-й групі за інтенсивністю був у 2,2 ( $p < 0,05$ ) разу більшим, ніж у 2-й групі. Симптом ПДС — відчуття переповнення шлунку після їди був характерним для пацієнтів 4-ї групи та у 2,4 разу ( $p < 0,05$ ) перевищував інтенсивність такої скарги порівняно із хворими 1-ї групи.

**Висновки.** У пацієнтів із КМ у СО шлунка спостерігається збільшення частоти та інтенсивності проявів СЕБ, у хворих із диспластичними змінами — ПДС та збільшення інтенсивності печії.



## ЕНДОСКОПІЧНА БАЛОННА ПІЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ СТЕНОЗОМ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

Тарабаров С.О., Ратчик В.М., Пролом Н.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Поліпшення результатів лікування стенозу пілородуоденальної зони виразкової етіології при використанні ендоскопічної балонної пілородуоденопластики.

**Матеріали та методи.** У відділенні хірургії органів травлення за 2015-2017 роки проведено лікування 17 хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового генезу з використанням методу ендоскопічної балонної пілородуоденопластики. Чоловіків було 14 (82,4%), жінок 3 (17,6%). Вік пацієнтів коливався від 38 до 76 років. За даними обстежень у 2 (11,8%) пацієнтів був декомпенсований стеноз вихідного відділу шлунка, у 10 (58,8%) пацієнтів — субкомпенсований стеноз, у 5 (29,4%) пацієнтів — компенсований стеноз. Усім пацієнтам виконувалось від 3 до 5 сеансів балонної пілородуоденопластики, в залежності від ступеню звуження, з проміжками між сеансами в 1-3 доби. У 10 (58,8%) пацієнтів виконано по 3 сеанси балонної пілородуоденопластики. У 6 (35,3%) пацієнтів виконано по 4 сеанси балонної пілородуоденопластики. В одного пацієнта (5,9%) з декомпенсованим стенозом вихідного відділу шлунка виконано 5 сеансів балонної пілородуоденопластики.

**Результати та обговорення.** У всіх 17 пацієнтів ускладнень не було. У 16 (94,1%) пацієнтів було досягнуто відновлення нормального просвіту ДПК (до 16-20 мм). В одному (5,9%) випадку у пацієнта з декомпенсованим стенозом вихідного відділу шлунка, незважаючи на відновлення просвіту ДПК до 14-15 мм, зберігалися симптоми гастропарезу. Таким чином, ускладнений перебіг виразкової хвороби ДПК з формуванням стенозу пілородуоденальної зони робить актуальною подальшу розробку і впровадження в практику нових технологій — а саме, ендохірургічних методик, які дозволяють відновити функціональну повноцінність пілородуоденальної зони і нормалізувати евакуаторну функцію шлунка.

**Висновки.** Метод ендоскопічної балонної пілородуоденопластики в лікуванні стенозу пілородуоденальної зони виразкового генеза має хороші показники ефективності, відсутність ускладнень та рецидиву захворювання у віддаленому періоді.

## МОРФОЛОГІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЖИРОВОЇ ДИСТРОФІЇ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Ошмянська Н.Ю., Гайдар Ю.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Визначити особливості перебігу жирової дистрофії печінки у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

**Матеріали та методи.** В процесі виконання було проведено морфологічний аналіз біопсійного матеріалу печінки 35 хворих ХДЗП: 16 з хронічним вірусним гепатитом «С» (ХГС), 11 з неалкогольною та 8 з алкогольною жировою хворобою печінки (АЖХП/НАЖХП).

**Результати та обговорення.** За характером розповсюдженості, мікроезикалярний стеатоз достовірно частіше спостерігався при АЖХП (25,0%), а дрібнокрапельна жирова дистрофія — на тлі ХГС (37,5% у порівнянні з 9,1% при НАЖХП та 25,0% при АЖХП), у той час, як крупнокрапельна — достовірно частіше спостерігалась при НАЖХП (90,9% у порівнянні з 37,5% при ХГС та 12,5% при АЖХП). Крім цього, для ХГС була характерна жирова дистрофія, яка найчастіше супроводжувала помірне фіброзування, та в більшості випадків представляла собою осередки дрібнокрапельного або змішаного стеатозу. В деяких випадках дрібнокрапельну дистрофію доповнював також фокальний крупнокрапельний стеатоз (37,5%) або мікроезикалярна жирова дистрофія (6,25%). Індекс стеатозу був найвищий в групі НАЖХП — (0,36±0,11), що підтверджує дані морфологічного дослідження щодо розповсюдженості жирової дистрофії. У той же час, індекс фіброзу був найменшим та склав (0,0443±0,011). В групі ХГС було зафіксовано найбільш значні коливання індексу стеатозу з середнім значенням (0,23±0,09), у той час, як індекс фіброзу склав (0,0812±0,06). Група АЖХП достовірно відрізнялась від групи НАЖХП за індексом фіброза (0,1266±0,013) та стеатоза (0,2289±0,15), при цьому ці показники в даній групі були найвищими.

**Висновки.** Таким чином, залежно від етіологічного фактору, важлива відмінність між розвитком стеатозу/стеатогепатиту була виявлена за характером, ступенем та локалізацією ліпідних крапель, що свідчить про розбіжність деяких механізмів накопичення ліпідів в гепатоцитах.

## ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК)

Татарчук О.М., Стойкевич М.В., Недзвецька Н.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Дослідити стан мікробіоценозу товстої кишки (ТК) у хворих на ХЗЗК в залежності від віку та статі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 39 хворих (16 чоловіків та 23 жінки). 28 пацієнтів мали молодий вік, та 11 пацієнтів





— середній. Дослідження складу мікрофлори вмісту ТК проводили методом посіву десятикратних розведень на стандартний набір селективних та диференційно-діагностичних середовищ.

**Результати та обговорення.** Зміни складу мікрофлори виявлено у 100,0% хворих. Субкомпенсована форма дисбіозу переважала у чоловіків (68,7%), декомпенсована — у жінок (43,5%). Зниження рівня біфідобактерій спостерігалось у 43,8% чоловіків та у 60,9% жінок, лактобактерій — у половини чоловіків та у 3/4 жінок. Умовно-патогенні ентеробактерії р. *Enterobacter* зустрічались у 18,9% чоловіків та 8,7% жінок, *Klebsiella* у 25,0% чоловіків та 21,7% жінок. Лише у жінок було виділено *Proteus* та патогенний стафілокок. У 37,5% чоловіків та у 47,5% жінок був підвищений рівень дріжджоподібних грибів р. *Candida*. Майже у 12,6% чоловіків та у 17,4% жінок висівали гемолітичні біовари кишкової палички. Серед хворих молодого віку переважала субкомпенсована форма дисбіозу (60,7%), тоді як у хворих середнього віку — декомпенсована (54,5%). У хворих середнього віку вищою була частота виділення дріжджоподібних грибів р. *Candida* — 54,6%. Частота виявлення умовно-патогенних ентеробактерій була майже однаковою у хворих молодого та середнього віку.

**Висновки.** Виявлена залежність змін складу мікрофлори товстої кишки у хворих від віку та статі. Серед хворих молодого віку та чоловіків переважала субкомпенсована форма дисбіозу, серед хворих середнього віку та жінок — декомпенсована. З віком зростала частота виявлення гемолітичних біоварів кишкової палички та грибів р. *Candida*.

## ПОШИРЕНІСТЬ АТРОФІЇ І КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОЇ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Сімонова О.В., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити поширеність атрофії (А) і кишкової метаплазії (КМ) слизової оболонки (СО) шлунка (Ш) у хворих на атрофічний гастрит (АГ) за даними ендоскопічного дослідження (ЕД) з режимами збільшення і вузькоспектральної візуалізації (NBI).

**Матеріали та методи.** ЕД СО Ш за допомогою відеоендоскопічної системи Olympus EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія) проведено 80 хворим на АГ (34 чоловіки, 46 жінок, середній вік (57,7±2,1) років). Під час ЕД отримували рандомальні біопсії з СО Ш за Сіднейською системою. А і КМ діагностували при ЕД в режимах збільшення і NBI, що підтверджували гістологічним дослідженням. Поширеність А і КМ вивчали за топографією: антральний відділ, тіло Ш, дифузно (мультифокально).

**Результати та обговорення.** В усіх випадках виявлено А СО, яка в 45,0% випадків обмежувалась антральним відділом Ш і в 55,0% була дифузною. В антральному відділі А локалізувалась циркулярно, в тілі Ш А спочатку вражала малу кривизну в зоні кута, потім поширювалась в оральному напрямку в тіло Ш.

КМ СО Ш діагностовано в 70 пацієнтів (87,5%), що в усіх випадках було підтверджено морфологічно, серед них КМ, обмежена антральним відділом Ш, виявлена в 25,7% хворих, локалізувалась тільки в тілі Ш — в 4,3%, мультифокально — в 70,0% випадків. При аналізі поширеності КМ в Ш було визначено, що в антральному відділі Ш КМ переважно розташовувалась в препілоричній зоні, потім поширювалась в проксимальному напрямку в тіло Ш, де спочатку охоплювала малу кривизну (т.з. «доріжка Вальдейєра»), потім — передню і задню стінки, і в останню чергу — велику кривизну Ш.

Під час порівняння поширеності А і КМ виявлено, що частота КМ була суттєво вищою при дифузній атрофії СО Ш (95,5%), в порівнянні з її частотою при А, обмеженої антральним відділом Ш (77,8%) ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отримані результати свідчать про те, що А і КМ у хворих на АГ, як правило, поширюються в антрокардіальному напрямку, а розвиток КМ прямо пов'язаний з поширенням атрофії СО Ш.

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ БАЛОННОЇ ПНЕВМОКАРДІОДИЛАТАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АХАЛАЗІЄЮ КАРДІЇ

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

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінка віддалених результатів балонної пневмокардіодилатації в лікуванні хворих з ахалазією кардії.

**Матеріали та методи.** У відділенні хірургії з 2006 року по 2018 рік обстежено і проведено комплексне лікування із застосуванням балонної пневмокардіодилатації у 208 пацієнтів з діагнозом ахалазія кардії 1-4 ступеню. Чоловіків 73 (35,1%), жінок 135 (64,9%) у віці від 22 до 76 років (середній вік (38,6±5,2) року).

**Результати та обговорення.** За допомогою променевих методів дослідження ахалазія кардії 1-го ступеню встановлена у 15 (7,2%), 2-го — у 86 (41,3%), 3-го — у 62 (29,8%) і 4-го — у 45 (21,6%) пацієнтів. Тривалість захворювання — від 2-х до 27 років, в середньому (11,3±2,6) років. Ефективність проведеного лікування оцінювалась за наступними критеріями: 1 — зникнення порушень проходження їжі та її затримки в ділянці кардії; 2 — відсутність рідини і харчових мас в просвіті стравоходу при наступних сеансах дилатації; 3 — вільне проведення апарату через кардію в шлунок. Ускладнень при виконанні балонної пневмокардіодилатації не було. Рецидиви ахалазії кардії після виконання курсів балонної пневмокардіодилатації встановлені в терміні від 6 місяців до 2-х років у 48 (23,1%) пацієнтів: у 13,3% — при 1 ступені, у 20,9% — при 2 ступені, у 16,1% — при 3 ступені і у 40,0% — при 4 ступені. При рецидивах ахалазії кардії у 29 (13,9%) випадків повторне застосування балонної пневмокардіодилатації було неефективне.



**Висновки.** При лікуванні хворих з ахалазією кардії у 13,9% випадків застосування балонної пневмокардіодилатації неефективні і хворі потребують хірургічного втручання.

### ЗМІНИ ЖОРСТКОСТІ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СТЕАТОЗУ

Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю., Гравіровська Н.Г., Ягмур В.Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Дослідити зміни жорсткості паренхіми печінки та підшлункової залози (ПЗ) залежно від наявності стеатозу цих органів.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 117 дітей. Стеатоз та жорсткість паренхіми печінки оцінювали за допомогою транз'єнтної еластографії (Fibroscan<sup>®</sup> 502Touch) з визначенням контрольованого параметру ультразвукового затухання, стеатоз та жорсткість паренхіми ПЗ — зсувнохвильової еластографії ПЗ з визначенням середнього коефіцієнту затухання ультразвуку (Радмір ExpertUltima, Україна). Було виділено 5 груп: 1 — 37 пацієнтів з стеатозом печінки та ПЗ, 2 — 30 дітей з ізольованим стеатозом ПЗ, 3 — 6 з ізольованим стеатозом печінки, 4 — 28 з надмірною вагою/ожирінням без стеатозу печінки та ПЗ, 5 — 16 з нормальною вагою. Статистичний аналіз виконували за допомогою програми Statistica 7.0.

**Результати та обговорення.** Середній показник жорсткості паренхіми печінки у дітей 1 групи склав (4,37±0,80) кПа; 2-ї — (3,87±0,59) кПа; 3-ї — (4,27±0,29) кПа; 4-ї — (3,92±0,95) кПа; 5-ї — (4,07±0,68) кПа. Жорсткість паренхіми печінки у дітей 1 групи була максимальною, достовірно відрізняючись від даного показника дітей 2 групи (p<0,05). Статистично значущих відмінностей при порівнянні між іншими групами не виявлено. Середнє значення показника жорсткості паренхіми ПЗ у дітей 1 групи перевищувало даний показник 2 групи (p<0,05). Так, у дітей 1 групи середній показник жорсткості паренхіми ПЗ склав (3,82±0,53) кПа; 2-ї — (3,31±0,87) кПа; 3-ї — (3,48±0,47) кПа; 4-ї — (3,58±0,57) кПа; 5-ї — (3,56±0,46) кПа. Достовірних відмінностей середніх показників жорсткості ПЗ між іншими групами не виявлено.

**Висновки.** Пацієнти, що мали ознаки як стеатозу печінки, так і стеатозу ПЗ характеризувалися достовірно вищими показниками жорсткості паренхіми печінки та ПЗ порівняно з дітьми з ізольованим стеатозом ПЗ. Отримані дані свідчать про необхідність своєчасної діагностики стеатозу печінки й ПЗ та застосування диференційованої лікувальної тактики залежно від їх співіснування.

### ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ (ІР) У ПАЦІЄНТІВ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ (НЖХП)

Ягмур В.Б., Татарчук О.М., Меланіч С.Л., Заїченко Н.Г., Недзвецька Н.В., Грек І.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Відомо, що стеатоз печінки супроводжується розвитком ІР. Останнім часом стало можливим піквількісне визначення ступеня стеатозу за допомогою неінвазивного дослідження параметру контрольованого ультразвукового затухання (САР).

**Мета.** Визначення впливу ступеня жирової дистрофії печінки на наявність ІР у пацієнтів на НЖХП.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходились 56 пацієнтів на НЖХП. Вимірювання ступеня стеатозу печінки проводилось апаратом «Fibro Scan-touch 502». За даними САР досліджені були поділені на три групи. Першу (I) склали 20 пацієнтів із стеатозом першого ступеня (САР — 243,3±33,5 db/m3), другу (II) — 20 хворих із стеатозом другого ступеня (САР — 270,6±28,2 db/m3), третю (III) — 16 пацієнтів із стеатозом третього ступеня (САР — 321,1±27,2 db/m3). Для визначення ІР розраховувався індекс НОМА за формулою (глікемія натще (ммоль/л) × інсулін натще (мкЕД/л))/22,5. Вміст глюкози вимірювався за допомогою глюкозооксидантного уніфікованого методу, вміст інсуліну — імуноферментним аналізом. Достовірних розходжень між групами за антропометричними параметрами не спостерігалось.

**Результати та обговорення.** Рівень глюкози склав в I групі 5,3 ммоль/л, у II групі — 5,6±1,3 ммоль/л та у пацієнтів III групи — 6,0±1,0 ммоль/л. Вміст інсуліну — 16,5±9,5 мкЕД/мл, 20,4±15,5 мкЕД/мл та 22,3±10,1 мкЕД/мл відповідно. При розрахунку індексу НОМА були отримані наступні показники: в I групі — 4,02±2,6, в II — 4,8±3,1 та в III — 6,0±2, що достовірно відрізнялись від показників I та II груп (p<0,05). При цьому не було виявлено кореляційного зв'язку між показниками САР та НОМА (r=0,1).

**Висновки.** Рівень ІР нелінійно залежить від вираженості жирової дистрофії печінки, розрахованої за параметром САР, та зростає при III ступені стеатозу.

### ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ ЯК ПОКАЗНИК ФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Зигало Е.В., Шантирь Л.І., Дементій Н.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Розробити критерії оцінки вегетативного тону (ВТ) на підґрунті комплексного аналізу показників варіабельності ритму серця (ВРС) у хворих на атрофічний гастрит.



**Матеріали та методи.** Обстежено 80 хворих на атрофічний гастрит. I групу склали 10 хворих з атрофічними змінами слизової оболонки шлунка різного ступеня вираженості; II — 20 хворих з кишковою метаплазією в антральному відділі шлунка; III — 39 пацієнтів з тотальною кишковою метаплазією, яка охоплювала антральний відділ та тіло шлунка; IV групу — 11 хворих із дисплазією слизової оболонки шлунка. Дослідження ВРС проводилися за допомогою добового моніторингування ЕКГ за єдиним стандартом, розробленим на сумісному засіданні Європейського суспільства кардіологів та Північно-Американської спільноти електростимуляції та електрофізіології у 1996 р. на апараті ЕС-3Н/АВР з програмним забезпеченням CARDIOSPY фірми LABTECH (Венгрія).

**Результати та обговорення.** З розповсюдженням кишкової метаплазії превалює симпатикотонічна ланка регуляції до 71,8% хворих III групи, тоді як у більшій кількості хворих (81,8%) з дисплазією спостерігається парасимпатикотонічний ВТ. З поширенням кишкової метаплазії у 51,3% хворих III групи відзначалась низька та ригідна ВРС проти 20,0% хворих II групи, відповідно, що свідчить про несприятливий перебіг захворювання цих хворих. У 60,0% хворих II групи діагностувалась помірно низька ВРС. Більша кількість хворих із дисплазією слизової оболонки шлунка (72,7%) знаходилась на рівні ригідної ВРС, що у сукупності з ваготонією вдень та симпатикотонією вночі несприятливо апроксимувала обтяження хвороби.

**Висновки.** Зниження варіабельності ритму серця прогресувало у групах хворих із появою та поширенням кишкової метаплазії до низької та ригідної ВРС. Більша кількість хворих із дисплазією знаходилась на рівні ригідної ВРС, що у сукупності з ваготонією вдень та симпатикотонією вночі є несприятливою прогностичною ознакою.

### ВМІСТ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШЛУНКА

Бабій С.О., Мосійчук Л.М., Карачинова В.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінка вмісту метаболітів оксиду азоту (NO) у сироватці крові пацієнтів з передраковими станами шлунку.

**Матеріали та методи.** В дослідження було включено 29 пацієнтів з морфологічними змінами слизової оболонки шлунку, які були поділені на чотири групи: I група — атрофія слизової оболонки шлунку (n=5); II група — кишкова метаплазія в антральному відділі шлунку (КМАВ) (n=9); III група — кишкова метаплазія тотальна в атральному відділі шлунку (КМТАВ) (n=12), IV група — дисплазія (n=3). В контрольну групу увійшли 20 практично здорових осіб. Загальну кількість оксиду азоту в сироватці крові визначали за методикою Метельської В.А. Порівняння середніх значень здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стюдента) за умов нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальної шкалі. В інших випадках використовували непараметричний метод (U-критерій Мана-Уїтні).

**Результати та обговорення.** Негативна дія оксиду азоту проявляється, коли його рівень різко змінюється: знижується або підвищується, що призводить до функціонального і структурного пошкодження органу. Так, в сироватці крові пацієнтів з передраковими станами шлунку вірогідно зростає рівень оксиду азоту у 4,7 рази ( $85,60 \pm 9,16$  проти  $18,24 \pm 0,29$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ), у порівнянні з контролем. Такі зміни відбувались за рахунок зростання вмісту нітриту ( $NO_2$ ) в 1,9 разів ( $9,60 \pm 2,48$  проти  $5,15 \pm 2,32$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ) і нітратів ( $NO_3$ ) в 5,5 раз ( $72,12 \pm 9,12$  проти  $13,09 \pm 2,50$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ), у порівнянні з контролем.

**Висновки.** Встановлено, що у пацієнтів з атрофічним гастритом та морфологічними змінами в слизовій оболонці шлунку спостерігалась тенденція до зростання рівня оксиду азоту в сироватці крові більше, ніж в 4 рази, у порівнянні з контролем, без вірогідної різниці значень досліджуваних показників між групами.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ КРОНА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ І ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Сімонова О.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки (СО) товстої кишки (ТК) у хворих на хворобу Крона (ХК) залежно від гендерних і вікових особливостей.

**Матеріали та методи.** Ендоскопічне дослідження ТК проведено у 11 хворих на ХК, з них 6 жінок і 5 чоловіків, 7 — молодого (18-44 роки) і 4 — середнього віку (45-59 років).

**Результати та обговорення.** При ендоскопічному дослідженні в усіх випадках виявлено типову картину захворювання у фазі загострення з наявністю наступних ознак: гіперемія (100,0%), набряк СО (90,9%), дефекти СО (81,8%) у вигляді серпінгозних, поздовжніх виразок (72,7%) і афт (9,1%), контактна ранимість СО (45,5%), геморагії (18,2%), псевдополіпоз (45,5%), рельєф «бруківки» (63,6%), фібринозний нальот (27,3%), рубцеві структури сигмовидного відділу ТК (45,5%) і анального каналу (45,5%). Ураження переважно було сегментарним з залученням різних відділів ТК (10 випадків), періанальної зони (5 хворих), здухвинної кишки (2 випадки).

Проведення порівняльної характеристики картини ендоскопічної картини СО ТК в залежності від статі хворих дозволило встановити у пацієнтів чоловічої статі тенденцію до збільшення частоти виразок, кровоточивості СО ТК, структур, суттєве збільшення частоти псевдополіпів і фібринозного нальоту ( $p < 0,05$ ). Вивчення ендоскопічної картини хворих на ХК залежно від віку показало, що у пацієнтів молодого віку вдвічі частіше зустрічались псевдополіпи і



кровоточивість СО ( $p>0,05$ ), в той час, як у хворих середнього віку частіше відмічено наявність фібринозного нальоту ( $p>0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, у хворих на ХК чоловічої статі виявлено збільшення частоти основних ендоскопічних проявів хвороби (виразки, кровоточивість СО, стриктури, псевдополіпи, фібринозний наліт), частина з яких частіше спостерігалась в молодому віці (псевдополіпи, кровоточивість), фібринозний наліт — у середньому віці.

## ШЛУНКОВА СЕКРЕЦІЯ У ХВОРИХ З ПІДВИЩЕНИМ ТОНУСОМ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СФІНКТЕРУ

Галінський О.О., Руденко А.І., Милостива Д.Ф.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Виявити зміни характеру секреторної активності шлунку та тонуусу пілородуоденального сфінктера у пацієнтів з порушенням прохідності вихідного отвору шлунку.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у хворих ( $n=10$ ) і з порушенням прохідності пілородуоденального сфінктера (код за МКХ-10 — К 31.2 та К 31.5). Секреторну активність шлунку оцінювали за значеннями рН шлункового соку, концентрацією пепсину, глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози, гексозамінів. Тонус пілородуоденального сфінктера визначали шляхом цифрової пневмобалонної манометрії під ендоскопічним контролем положення реєструючого балону.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що пілороспазм супроводжувався закономірним значним зростанням тиску під час проходження балону пілородуоденального сфінктера на  $59,98 \pm 20,87$  мм.рт.ст., чого не відбувається з боку нижнього стравохідного сфінктера, де тиск зростає лише на  $14,09$  мм.рт.ст. Шлунковий сік ацидний, середні показники рН  $3,6 \pm 0,7$ , концентрація пепсину знаходилась в межах норми. Відмічалось не понаднормове зростання концентрації глікомукопротеїнів до рівня  $0,16 \pm 0,01$  мг/мл. за рахунок достовірного підвищення концентрації сіалових кислот у 5,3 рази та зниження концентрації фукоз та гексозамінів на 67% та 28% у порівнянні з нормальним рівнем.

**Висновки.** Отже у пацієнтів з порушенням прохідності вихідного отвору шлунку на фоні зростання тонуусу пілородуоденального сфінктера не змінюється активність нижнього стравохідного сфінктера. Зберігається функціональна активність парієтальних та головних клітин, поєднана з збільшенням незбалансованої продукції факторів захисту поверхнево-епітеліальними клітинами у відповідь на затримку евакуації кислого вмісту шлунку.

## ВПЛИВ ЕРАДИКАЦІЇ HELICOBACTER PYLORI НА СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА (СОШ) У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ (ХАГ)

Демешкіна Л.В., Кушніренко І.В., Бочаров Г.І., Дементій Н.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Дослідити ефективність ерадикаційної терапії у хворих з ХАГ в залежності від вираженості морфологічних змін СОШ.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилися 72 пацієнти з ХАГ у віці  $56,7 \pm 5,6$  років, які були поділені на 4 групи: I група ( $n=10$ ) — хворі з атрофічними змінами різного ступеня вираженості без кишкової метаплазії, II група ( $n=18$ ) — з кишковою метаплазією в антральному відділі шлунка, III група ( $n=34$ ) — з кишковою метаплазією в тілі і антральному відділі шлунка або лише у тілі шлунка, IV група ( $n=10$ ) — з дисплазією СОШ. Всім хворим виконувалась езофагогастродуоденоскопія з ультра спектральною візуалізацією (функцією NBI). Helicobacter pylori (HP) досліджували цитологічно за допомогою забарвлення за Романовському-Тімзе. Вивчався анамнез хворих стосовно антихелікобактерної інфекції та проведення HP ерадикації. Усі дані, отримані при виконанні роботи, були статистично оброблені за допомогою Microsoft Excel та SPSS.

**Результати та обговорення.** Майже у половини обстежених хворих відмітили HP у анамнезі (50,0, 50,0, 58,8 та 40,0% у I, II, III та IV групах, відповідно). У хворих III та IV груп ерадикація HP до госпіталізації у ДУ «ІГ НАМН України» була неуспішною: 10,0% і 8,8%, відповідно, в той час як у хворих I та II груп вдалося отримати позитивний ефект ерадикаційної терапії.

**Висновки.** Відсутність ерадикації Helicobacter pylori була виявлена у 10,0% хворих з кишковою метаплазією в тілі і антральному відділі шлунка або лише у тілі шлунка та у 8,8% пацієнтів з дисплазією СОШ. Неefективна ерадикація є одним з чинників розвитку більш виражених змін у СОШ хворих з хронічним атрофічним гастритом.

## СТАН АГРЕСИВНИХ ТА ПРОТЕКТОРНИХ ФАКТОРІВ У ШЛУНКОВОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ З АХАЛАЗІЄЮ КАРДІЇ

Руденко А.І., Гайдар Ю.А., Тарабаров С.О., Галінський О.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» м. Дніпро

**Мета.** Вивчення стану агресивних та протективних факторів в шлунковому вмісті у хворих з ахалазією кардії.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведені на 8 пацієнтах з ахалазією кардії (код за МКХ-10 — К 22.0) (АК), яка була підтвержена ендоскопічними і морфологічними дослідженнями. Контрольну групу склали 20 пацієнтів без захворювань стравоходу. Шлункову секрецію збирали під час езофагогастроскопічного дослідження методом відсмоктування



в градуйовану пробірку. В шлунковому вмісті визначали: його рН, концентрацію пепсину (П), глікопротеїнів (Гл), сіалових кислот (СК), фукози (Ф), гексозамінів (Г).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що у більшості пацієнтів з АХ переважала гіперацидна і ацидна секреція. Дуоденальногастральний рефлюкс різної інтенсивності спостерігався у всіх пацієнтів. Що стосується найбільш значимого агресивного фактора П, то його протеолітична активність зберігалась на рівні контрольних величин. Тоді як пригнічена активність П відмічалась у 2-х хворих майже в 15 разів ( $p > 0,001$ ) до 0,01-0,04 мг/мл відносно контролю. Причини пригнічення протеолітичної активності П у цих пацієнтів можна пояснити присутністю в шлунковому соці дуоденального вмісту, яке створює лужне середовище, в якому П втрачає свою активність. Концентрація Ф і Г була менше майже в 1,5 рази ( $p = 0,05$ ) ніж в контрольній групі. Рівень сіалових кислот навпаки зростає 2,0 рази ( $p = 0,05$ ).

**Висновки.** Виявлений дефіцит і диспропорції компонентів полімерних структур слизового гелю у хворих з АК свідчить про те, що у таких пацієнтів декомпенсаційний стан покривного епітелію гастродуоденальної зони. Слизова оболонка шлунку втратила свої адаптаційно-захисні можливості в результаті тривалого дуоденогастрального рефлюксу, що слід враховувати при лікуванні таких хворих.

## ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НАДСЕГМЕНТАРНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Зигало Е.В., Бандурист О.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Оцінити стан вегетативної нервової системи (ВНС) на підґрунті комплексного аналізу показників варіабельності ритма серця (ВРС) у хворих на патологію езофагогастродуоденальної зони (ЕГДЗ).

**Матеріали та методи.** Залежно від виду порушення сфінктерного апарату 30 досліджених хворих були розподілені на групи: I група складала 10 хворих із стенозом; до II групи увійшло 11 хворих на килу стравохідного отвіру діафрагми (КСОД); III група характеризувалась наявністю у 9 хворих ахалазії кардії. Дослідження ВРС проводилось за допомогою добового моніторування ЕКГ. Стандарти вимірювання ВРС охоплюють методи оцінки часової та частотної зон.

**Результати та обговорення.** У половини хворих I та III група ВТ визначався як ваготонічний. У хворих II групи нормотонія виявлялась вірогідно частіше порівняно з хворими I і III груп ( $p < 0,05$ ). Симпатикотонія була більш характерною для третини хворих на стеноз із гіпомоторикою шлунка, тоді як ваготонія зустрічалась у половини хворих на стеноз із гіпермоторикою шлунка. У половини досліджених хворих визначено гіперсимпатикотонічну ВР, рідше нормотонічну і асимпатикотонічну (30,0% та 20,0% відповідно). У всіх хворих на ахалазію з вихідною ваготонією визначався тільки асимпатикотонічний тип ВР на відміну від хворих-ваготоніків із килкою стравохідного отвіру діафрагми, які у 100,0% випадків мали гіперсимпатикотонічний тип ВР. Вірогідно, що гіперсимпатикотонічна ВР у ваготоніків із КСОД є компенсаторним механізмом на фоні превалювання вихідних парасимпатикотонічних впливів, тоді як асимпатикотонічна ВР у ваготоніків із ахалазією свідчить про недостатні компенсаторно-приспосувальні механізми адаптації.

**Висновки.** Зниження варіабельності ритму серця прогресувало у половини хворих із стенозом та у третини хворих з ахалазією кардії до низької ВРС. Ригідний тип варіабельності ритму серця, який відзначено у третини хворих із стенозом може бути незадовільною прогностичною ознакою тяжкого перебігу захворювання.

## СПЕКТР ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ СИРОВАТКИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Кленіна І.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

**Мета.** Вивчити особливості вмісту вільних жирних кислот (ВЖК) сироватки крові у пацієнтів на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 73 пацієнтів на ХДЗП, які були розподілені на IV групи в залежності від нозології: I — неалкогольна жирова хвороба печінки (38 хворих); II — хронічний гепатит, асоційований з вірусом «С» (15 хворих); III — (15 хворих) токсичний гепатит (алкогольного генезу); IV — токсичний гепатит (медикаментозного генезу) (5 хворих). Серед обстежених хворих були як жінки — 46%, так і чоловіки — 54%, середній вік яких становив  $(59,2 \pm 2,4)$ . Вміст ВЖК у сироватці крові було проведено з використанням апаратно-програмного комплексу для медичних досліджень на базі газового хроматографа «Хроматек-Кристалл 5000». Порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерій Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак.

**Результати та обговорення.** В усіх групах пацієнтів загальний вміст ВЖК був підвищений: I група — в 21,2 рази до  $5,53 \pm 0,97$  мг/мкл ( $p < 0,001$ ); II група — в 23 рази до  $5,98 \pm 3,10$  мг/мкл ( $p < 0,001$ ), III — в 83,8 рази до  $21,83 \pm 6,19$  мг/мкл ( $p < 0,01$ ); IV — в 12,7 рази до  $3,33 \pm 0,02$  мг/мкл в порівнянні з групою контролю ( $0,26 \pm 0,09$ ) мг/мкл. Виявлено підвищення рівня С16:0 на 22,2% ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів I, III груп та на 20,8% ( $p < 0,05$ ) — у пацієнтів II групи, для пацієнтів IV групи характерним було відсутність арахідонової жирної кислоти (С20:4).

**Висновки.** Встановлено, що у пацієнтів на ХДЗП у ліпідному екстракті сироватки крові було виявлено підвищення вмісту ВЖК, що підтверджує гіпотезу про ліпотоксичну дію цих кислот на печінку. Різноманітні зміни вмісту жирних



кислот у вигляді зниження або відсутності вмісту арахідонової жирної кислоти (C20:4) в мембранних структурах гепатоцитів свідчить про інтенсивне використання цієї фракції у вільнорадикальних реакціях у пацієнтів з токсичним гепатитом медикаментозного генезу.

## 25-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ У ВІДДІЛЕННІ ДИТЯЧОЇ ГЕМАТОЛОГІЇ ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ДИТЯЧОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ У ЛЬВОВІ

Дорош О.І.<sup>1</sup>, Цимбалюк І.П.<sup>1,2</sup>, Поліщук Р.С.<sup>1</sup>, Трояновська О.О.<sup>1,2</sup>, Степанюк А.І.<sup>1</sup>, Козлова О.І.<sup>1</sup>, Скоропад Л.Л.<sup>1</sup>, Воробель О.І.<sup>1</sup>, Дубей Л.Я.<sup>2</sup>, Бодак Х.І.<sup>1</sup>

**‘КЗ ЛОР «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» (КЗ ЛОР ЗУСДМЦ), м. Львів  
‘Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів**

**Мета.** Аналіз результатів лікування гострої лімфобластної лейкемії (ГЛЛ) у дітей за 25 років.

**Матеріали та методи.** У 370 хворих на ГЛЛ віком від 0 до 18 р. проаналізовано результати лікування за стандартними програмами хіміотерапії з лютого 1993 р. до січня 2018 р. Для аналізу застосовано програму статистики Statistica 8.

**Результати та обговорення.** 143 (38,65%) пацієнти отримали лікування на основі програм ALL-BFM'90/95 (група 1); 131 (35,41%) хворий – ALLIC-BFM2002 (група 2); 88 (23,78%) хворих –ALLIC-BFM2009 (група 3). Діти віком до 1 року (8 осіб) лікувались згідно з програмами INTERFANT 99/06 (група 4). Безподійне виживання (EFS) у групі 1 становить 68% з медіаною спостереження (МС) 219 місяців, у групі 2 – 77% з МС 110 місяців, у групі 3 – 85% при МС 38 місяців, у групі 4 – 12% з МС 12,5 місяців. Виявлено статистично достовірне покращання показників EFS у групі 3, найгірші результати у дітей до 1 року ( $p < 0,05$ ). Кумулятивне виживання у всій вибірці становить 78%. Рецидив ГЛЛ діагностовано у 53 (14,32%) осіб. Померло 73 дітей, з них 11 хворих (15,07%) — від септичних ускладнень до досягнення ремісії ГЛЛ, 21 дитина (28,77%) — від септичних ускладнень у ремісії I під час інтенсивної хіміотерапії, 39 (53,42%) хворих – у II-ому гострому періоді від прогресування лейкемії та/або інфекційних ускладнень, двоє від вторинних пухлин. Вторинні злоякісні захворювання зареєстровано у 5 (1,35%) дітей. Астроцитома, менингеома та вторинна гостра мієлоїдна лейкемія успішно проліковані, олігодендрогліома та вторинний мієлодиспластичний синдром – летальний наслідок.

**Висновки.** Програми лікування ГЛЛ міжнародної групи BFM демонструють постійно зростаючу високу ефективність. Результати лікування ГЛЛ у дітей першого року життя є незадовільними та потребують удосконалення терапевтичних підходів. Рідкісним віддаленим наслідком лікування ГЛЛ у дітей є вторинні неоплазми, про що повинні пам'ятати лікарі першого контакту та вузькі спеціалісти.

## ОКРЕМІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ КІНЦІВОК

Ткаченко О.В., Палінська О.І.

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра неврології №2, м. Київ**

**Мета.** Дослідження нейропсихологічних характеристик і змін їх показників у пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок для уточнення патогенетичних механізмів перебігу.

**Матеріали та методи.** Нами проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 60 пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок, які перебували на лікуванні в Головному клінічному військовому госпіталі Міністерства оборони України. Усі пацієнти були чоловічої статі молодого і середнього віку.

Методи дослідження окремих нейропсихологічних характеристик включали шкалу Бека, шкалу Гамільтона і шкалу HADS. Зазначені пацієнти пройшли комплекс обстеження, який окрім нейропсихологічного тестування також включав клініко-неврологічне обстеження, лабораторне і інструментальне (зокрема електронейроміографічне) обстеження.

**Результати та обговорення.** За результатами проведеного обстеження, в ході якого було досліджено низку нейропсихологічних показників, що зокрема охоплювали наявність тривоги і оцінку її ступеня і рівня, а також наявність депресивних розладів і її вираженості. Були виявлені зміни зазначених показників, які стосувалися збільшення як частоти їх наявності, так і клінічної вираженості. Зміни зазначених показників найбільш вірогідно, що пов'язані, як з впливом такого вагомого стресогенного фактору, як власне поранення, так і з попереднім психологічним станом пацієнта, його оцінкою події, мотивацією, а також перебігом післятравматичного ураження.

**Висновки.** Дослідження нейропсихологічних показників у осіб, які зазнали вогнепальних поранень кінцівок, є доцільним, і може сприяти як збільшенню діагностичної інформативності, так і оптимізації лікувально-реабілітаційних заходів.

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ НИРОК

Ткаченко О.В., Кононець О.М.

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра неврології №2, м. Київ**

**Мета.** Вивчення клініко-неврологічних, параклінічних та нейропсихологічних характеристик у пацієнтів із захворюваннями нирок.





**Матеріали та методи.** Проведено детальне дослідження та аналіз неврологічного статусу, нейропсихологічних характеристик, а також параклінічних показників у 52 пацієнтів із хронічним захворюванням нирок. Середній вік хворих становив  $52 \pm 2.43$  роки. В комплекс досліджень входили: детальне клініко-неврологічне обстеження, нейропсихологічне обстеження (визначення рівнів конституційної та реактивної тривожностей за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна), лабораторне обстеження (з визначенням параметрів електролітного балансу, азотного обміну, аутоімунних маркерів пошкодження мозкової та ниркової тканин) та інструментальне обстеження (ультразвукове дослідження нирок, магнітно-резонансна томографія головного мозку).

**Результати та обговорення.** В процесі детального клініко-неврологічного обстеження пацієнтів з хронічною хворобою нирок загалом у всіх були виявлені ознаки ураження структур нервової системи. Причому, зустрічались прояви уражень як центрального, так і периферичного відділів нервової системи, а також прояви вегетативної нервової системи. Враховуючи наявність чисельних патогенетичних механізмів уражень нервової системи при патології нирок та їх взаємобумовлюючий вплив, детальне та ґрунтовне дослідження клініко-неврологічного (зокрема стану вегетативної нервової системи) статусу, показників електролітного балансу та аутоімунних маркерів ураження ниркової тканини та структур нервової системи, показників центральної та локальної гемодинаміки, а також нейропсихологічних характеристик у пацієнтів з нирковою патологією сприяє уточненню участі нервової системи у патогенетичних механізмах як розвитку та прогресування патології нирок, так і впливу цієї патології на стан нервової системи. Зазначене має як діагностичне, так і прогностичне значення.

**Висновки.** Комплексне вивчення клініко-неврологічних, вегетативних, нейропсихологічних показників та лабораторних параметрів у пацієнтів з захворюваннями нирок, а також проведення кореляційного та порівняльного аналізу їх взаємозв'язків сприяє уточненню як можливої участі нервової системи при патологічних процесах в нирках, так і патогенетичного та прогностичного значення патології нирок у розвитку, формуванні та прогресуванні вторинних розладів нервової системи.

## ДО ПИТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ — РОЗБОРУ ПАЦІЄНТА З НИРКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВРОЛОГА

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

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Кафедра неврології №2, м. Київ

**Мета.** Аналіз і уточнення основних засад методології практичного заняття — розбору пацієнта з нирковою патологією 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 нирковою патологією. Зокрема, розроблено теоретичну основу визначення оптимального обсягу неврологічних, нейропсихологічних та інструментальних досліджень в комплексному обстеженні зазначеного контингенту.

**Результати та обговорення.** Хронічна хвороба нирок згідно з сучасними даними є досить розповсюдженою медико-соціальною проблемою, оскільки супроводжується швидким прогресуючим погіршенням якості життя пацієнтів. При цьому приблизно 10% населення в світовій популяції страждає від вказаної патології. Загально відомим є той факт, що соматичні захворювання можуть супроводжуватись різноманітними неврологічними та психологічними розладами. Актуальність ранньої діагностики неврологічних характеристик у пацієнтів з нирковою патологією пов'язана ще й з тим, що ниркова патологія може маніфестувати неврологічними клінічними проявами, а також зважаючи на патоморфоз багатьох патологічних процесів, що відбувається протягом останніх десятиліть. Таким чином, важливим є визначення характеристик неврологічного статусу, детальне вивчення стану вегетативної нервової системи, нейропсихологічних характеристик (з визначенням рівнів конституційної та реактивної тривожностей за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна) у пацієнтів з нирковою патологією.

**Висновки.** Детальне дослідження клініко-неврологічних, вегетативних, нейропсихологічних показників у пацієнтів із захворюваннями нирок є методологічно обумовленим та може виявитись прогностично інформативним.

## ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ТА ІМУНОФЕРМЕНТНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ І ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Беньковська Л.К.

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

**Мета.** Визначити особливості біохімічних та імуноферментних показників у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), ускладнену гострим коронарним синдромом (ГКС) і порушенням мозкового кровообігу (ПМК).

**Матеріали та методи.** Проаналізовано біохімічні показники 81 хворого на АГ, які лікувались в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2016-2017 рр. Включені в аналіз показники: загальний білок, креатинін, білірубін, аланін- (АлАт) та аспартатамінотрансфераз (АсАТ), гамаглутамілтрансфераза (ГГТЛ), лужна фосфатаза (ЛФ), ендогенний еритропоєтин (ЕРО), тиреотропний гормон (ТТГ).

**Результати та обговорення.** У хворих на АГ, в яких у наступному виник ГКС або ПМК, визначено вищий рівень АсАТ



(28,58±10,56 проти 21,00±3,88;  $p=0,0001$ ), АлАТ (37,08±20,72 проти 25,65±11,20;  $=0,009$ ), ЛФ (207,40±43,46 проти 152,11±41,16;  $p=0,0005$ ), що, скоріш за все, пояснюється наявністю неалкогольного жирового гепатозу печінки, який ускладнив перебіг основного захворювання. У пацієнтів з АГ та наявністю тромботичних судинних епізодів, на відміну від хворих без них, спостерігалась більша концентрація сироваткового ЕРО (14,43±5,18 проти 6,58±1,81;  $p=0,0001$ ). Це може бути обумовлено тим, що ЕРО активує систему ренін-ангіотензину та підвищує вазоконстрикцію, зменшує дилатаційний потенціал оксиду азоту, сприяючи виникненню судинних подій. Прослідковано тенденцію, на межі статистичної доведеності ( $p=0,055$ ), щодо вищого рівня креатиніну в пацієнтів із гострими судинними ускладненнями, в порівнянні з хворими без них (83,83±24,53 проти 72,88±15,79). Тенденція пояснюється наявністю в когорті хворих на АГ із ГКС та ПМК випадків вторинної ниркової гіпертензії, котра більш резистентна до медикаментозної терапії, а отже може корелювати з вищим рівнем ускладнень, або епізодів з ураженням органу мішені — нирки.

**Висновки.** У хворих на АГ, ускладненою ГКС або ПМК, визначено вищий рівень АсАТ, АлАТ, ЛФ, ендогенного ЕРО та, на межі статистичної доведеності, концентрації креатиніну.

## ІНВАЗИВНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У РЕАЛЬНІЙ КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: РЕЗУЛЬТАТИ ОДНОЦЕНТРОВОГО ВІТЧИЗНЯНОГО ВІДОМЧОГО РЕЕСТРУ

Дячук Д.Д., Коломоєць М.Ю., Кравченко А.М., Міхалев К.О., Сопко О.О., Сімак І.М.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Встановити частоту проведення інвазивної стратегії лікування (первинне транскатанне коронарне втручання (пТКВ)) пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ІМ), залученим до одноцентрового відомчого реєстру в Україні (на базі Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами) (Реєстр).

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 637 пацієнтів (688 випадків), що перенесли ІМ, проспективно включених до Реєстру у період 2010-2016 рр. (для всіх випадків: середній вік (72±11) років; 463 чоловіки [67,3%]; 426 випадків ІМ зі стійкою елевацією сегмента ST [ІМnST; 61,9%]). Дані про стратегію лікування були доступні у 650 (94,5%) випадках. Для зіставлення були обрані окремі загальнонаціональні французькі реєстри: FAST-MI 2015; FAST-MI 2010; FAST-MI 2005; USIK 2000; USIK 1995.

**Результати та обговорення.** У цілому, впродовж періоду 2010-2016 рр., пТКВ було виконане у 289 випадках (44,5%; у т.ч. 201 [30,9%] випадок коронарного стентування [КС]). Частота проведення пТКВ у групах ІМnST та ІМ без стійкої елевації сегмента ST (ІМбnST) була зіставною: 1) у групі ІМnST ( $n=401$ ) пТКВ виконувалось у 168 випадках (41,9%; у т.ч. 129 [32,2%] випадків КС); 2) у групі ІМбnST ( $n=249$ ) пТКВ виконувалось у 121 випадку (48,6%; у т.ч. 72 [28,9%] випадки КС). Зазначена тенденція узгоджувалась з результатами окремих французьких реєстрів щодо виконання пТКВ при ІМnST: USIK 1995 ( $n=1536$ ; 12%); USIK 2000 ( $n=1844$ ; 23%); FAST-MI 2005 ( $n=1611$ ; 40%); FAST-MI 2010 ( $n=1716$ ; 67%); FAST-MI 2015 ( $n=1872$ ; 76%), – а також ТКВ у цілому при ІМбnST: USIK 1995 ( $n=616$ ; 12,5%); USIK 2000 ( $n=476$ ; 44%); FAST-MI 2005 ( $n=1448$ ; 51%); FAST-MI 2010 ( $n=1363$ ; 65%); FAST-MI 2015 ( $n=1941$ ; 67%).

**Висновки.** Результати одноцентрового вітчизняного відомчого реєстру свідчать про збільшення частоти виконання пТКВ у пацієнтів з ІМnST та ІМбnST впродовж періоду 2010-2016 рр., що узгоджується із результатами окремих французьких реєстрів.

## ВНЕСОК АНЕМІЙ В ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

Костюкевич О.М., Міщенко О.Ю.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Визначити особливості внеску анемічного синдрому (АС) в перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) та гострого коронарного синдрому (ГКС).

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 81 хворого на АГ та 59 на ГКС без АГ відповідно, які лікувались в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2016-2017 рр.

**Результати та обговорення.** У хворих на АГ АС виявлено в 25,92% (21 з 81), а серед пацієнтів із ГКС на момент верифікації діагнозу — в 27,11% (16 з 59), проте в останніх показник зростає до 42,37% (25 з 59) за час госпіталізації. При виписці із стаціонару хворих з ГКС визначалась менша кількість еритроцитів (4,16±0,86 vs 4,28±0,89;  $p=0,007$ ) та гемоглобіну (125,15±22,74 vs 130,69±23,97;  $p=0,0003$ ), порівняно з показником на час госпіталізації. При АГ менша кількість еритроцитів (3,00±0,92 vs 4,41±0,74;  $p=0,002$ ) та гемоглобіну (93,71±18,89 vs 131,87±20,91;  $p=0,002$ ) спостерігалась у когорті з резистентним тиском, порівняно з групою з контрольованим тиском (8 з 12 vs 13 з 69;  $p=0,001$ ). Ризик резистентності АГ за наявності АС зростає в 5,71 раза (9% ДІ = 1,91-17,03). При АГ наявність гемоглобіну нижче 107 г/л (ПК=0,82; ДІ=0,70-0,90;  $p=0,0001$ ) та еритроцитів нижче  $3,7 \times 10^{12}$ /л (ПК=0,87; ДІ=0,73-0,91;  $p<0,0001$ ) належить до критерію з «дуже добрим» рівнем предикції щодо ГКС, а гемоглобіну нижче 114 г/л (ПК=0,88; ДІ=0,79-0,95;  $p<0,0001$ ) — до «дуже доброго» предиктору порушення мозкового кровообігу (ПМК). У хворих на ГКС з АС визначено більшу частоту



повторних ГКС, ніж в пацієнтів без анемії (7 з 16 vs 3 з 43;  $p=0,002$ ). Ризик повторних судинних подій за наявності АС збільшується в 3,81 раза (95% ДІ=1,86-7,80).

**Висновки.** У пацієнтів з ГКС АС є фактором розвитку повторних ГКС, збільшуючи ризик останніх в 3,81 рази. При АГ АС належить до критеріїв незадовільної контрольованості тиску, ризик якої зростає в 5,71 рази. Значення гемоглобіну нижче 107 г/л та еритроцитів нижче  $3,7 \times 10^{12}/л$  при АГ належить до пердиторів ГКС, а гемоглобіну нижче 114 г/л — ПМК.

## ПРОЕКТ ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РЕАЛІЗАЦІЇ ОСВІТНЬО-НАУКОВОЇ ПРОГРАМИ НА ЗДОБУТТЯ НАУКОВОГО СТУПЕНЯ ДОКТОРА ФІЛОСОФІЇ

Ласиця Т.С.

### Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Важливою складовою підвищення якості навчального процесу післядипломної освіти дорослих особливо в аспірантурі є повноцінне і безперервне отримання сучасного науково-методичного та інформаційного забезпечення.

**Мета.** Розробка та впровадження проекту очно-дистанційного безперервного навчання аспірантів на базі наукових та освітніх підрозділів Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС).

**Матеріали та результати дослідження.** Під час розробки і впровадження проекту було застосовано систему «педагогічного менеджменту», яка дає можливість максимального та одночасного використання засобів комунікації для професійного навчання та творчого розвитку. Сучасні інформаційно-комунікативні технології (ІКТ) дозволили структурувати інформаційні потоки з різних спеціальностей за модульним типом та забезпечити їх безперебійність. Підґрунтям для впровадження системи інтерактивного навчання стало широке застосування в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС інформаційно-комунікативних технологій, що дозволило створити для аспірантів дистанційні навчально-методичні модулі, а також залучити самих аспірантів до активної участі в програмах. Під час побудови освітньої моделі ми використовували андрагогічний підхід, зумовлений відсутністю чіткої межі між роботою та навчанням, коли в процесі навчання вирішуються актуальні творчі задачі.

#### **Висновки.**

- Розробка і впровадження ІКТ дозволила створити власний інструмент та умови для командного розвитку та нарощування творчого потенціалу.
- В установі реалізовано проект безперервного професійного навчання аспірантів всіх форм навчання та створено власну модель реалізації освітньо-наукової програми на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

## ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Литвин О.В.

### Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

**Мета.** Вивчити гемодинамічні особливості цереброваскулярних розладів артеріальної гіпертензії у державних службовців.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 90 осіб віком від 40 до 68 років з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ). Пацієнти були поділені на дві групи статистично співставими за основним захворюванням, статтю та віком. Першу групу склали пацієнти з ДЕ та артеріальною гіпертензією (АГ) — 60 осіб, другу з ДЕ без АГ — 30. Серед обстежених пацієнтів у першій групі було 17 чоловіків та 43 жінки. У другій групі 10 чоловіків і 20 жінок. Усім хворим було проведено клініко-неврологічне та клініко-інструментальне обстеження.

**Результати та обговорення.** За даними ультразвукової доплерографії пікова систолічна швидкість кровообігу ( $V_{ps}$ ) достовірно була вищою ( $p < 0,001$ ) в загальній сонній артерії (ЗСА), внутрішньо сонній артерії (ВСА), лівій середній мозковій артерії (СМА), хребцевих артеріях на рівні V1 — V3 у пацієнтів з ГДЕ та в правій СМА, хребцевих артеріях на рівні V4 у пацієнтів з ДЕ. Діастолічна швидкість кровообігу в досліджуваних магістральних артеріях обстежуваних пацієнтів з ГДЕ достовірно вища у ВСА, а у пацієнтів з ДЕ у СМА. Індекс периферичного опору достовірно був вищий у першій групі в ЗСА, СМА, хребцевих артеріях на рівні V1 — V3. Потовщення комплексу інтима-медія ЗСА та систоло-діастолічний показник (індекс Стюарта), який відображає пружно-еластичні властивості судинної стінки, в правій ВСА достовірно вищий у пацієнтів з ГДЕ.

Відсоток наявності атеросклеротичних бляшок при УЗДГ дослідженні був вищий у другій групі (в ЗСА правій — 21,7%, лівій — 30,4%, правій ВСА — 17,4%). У першій групі був виявлений в ЗСА правій та лівій у 18,3%, у ВСА правій — 8,3%, лівій — 10%.

**Висновки.** Таким чином, за результатами дослідження доведено, що у пацієнтів з ДЕ та АГ має місце достовірне збільшення пружності судин, але атеросклеротичне ураження судин було вище у пацієнтів з ДЕ.



## ДИСКРИМІНАЦІЙНА ЗДАТНІСТЬ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ПРЕДДИКТИВНИХ БАЛЬНИХ СИСТЕМ: CRUSADE, ACUITY, RISK-PCI, REPLACE ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Мищенко О.Ю., Костюкевич О.М.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Визначити прогностичну потужність щодо розвитку геморагічних ускладнень (ГУ) при лікуванні гострого коронарного синдрому (ГКС) загальноклінічних показників та систем CRUSADE, ACUITY, RISK-PCI, REPLACE.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 93 пацієнтів із ГКС, які лікувались у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2016-2017 рр. Загальна предиктивна потужність (ЗП) оцінювалась за допомогою ROC-аналізу, визначенням площі під кривими (ПК), прогностичної цінності позитивного (ЦП) та негативного результату (ЦН).

**Результати та обговорення.** У 22,5% (21 з 93) випадків ГКС виникали ГУ, для оцінки ймовірності яких доцільно враховувати показники анемії (ПК=0,79; 95% ДІ=0,69-0,86;  $p<0,0001$ ) та віку понад 75 років (ПК=0,76; 95% ДІ=0,66-0,84;  $p=0,0001$ ), ЗП яких відповідає «доброму» рівню ефективності, а також фактор із «дуже добрим» прогностичним рівнем — застосування потрійної антитромботичної терапії (ПРАТ) (ПК=0,87; 95% ДІ=0,73-0,93;  $p<0,0001$ ). При ГКС анемія самостійно ( $F=5,31$ ), незалежно від рівню креатиніну, є тригером ГУ. Проте, за виникнення ГУ, рівень креатиніну зростає в 3,91 рази (95% ДІ=1,53-10,00). Більша ЗП спостерігається в систем REPLACE (ПК=0,88; 95% ДІ=0,80-0,94;  $p<0,0001$ ) та ACUITY (ПК=0,83; 95% ДІ=0,74-0,90;  $p<0,0001$ ), котрі мають «дуже добрий» показник ефективності. Рівень ЗП CRUSADE (ПК=0,78; 95% ДІ=0,65-0,88;  $p=0,0003$ ) та RISK-PCI (ПК=0,73; 95% ДІ=0,57-0,86;  $p=0,0023$ ) є «добрим». Системи REPLACE (ЦН=96,9; 95% ДІ=89,2-99,6; ЦП=65,9; 95% ДІ=45,7-82,1), ACUITY (ЦН=92,9; 95% ДІ=84,1-97,6; ЦП=69,6; 9% ДІ=47,1-86,8), CRUSADE (ЦН=94,6; 95% ДІ=81,8-99,3; ЦП=43,7; 95% ДІ=19,8-70,1), RISK-PCI (ЦН=87,5; 95% ДІ=67,6-97,3; ЦП=52,9; 95% ДІ=27,8-77,0) мають високе значенням ЦН і низьке ЦП.

**Висновки.** Для предикції ГУ при ГКС доцільно враховувати наявність анемії, віку понад 75 років та ПРАТ. Вищий рівень ЗП розраховано для систем REPLACE та ACUITY, котрі мають «дуже добру» ефективність.

## ВПЛИВ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Никитюк Л.А.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Вивчити особливості ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) з порушеннями вуглеводного обміну і без них.

**Матеріали та методи.** Обстежено 95 пацієнтів з АГ I-II ступенів. До першої групи увійшло 50 пацієнтів (32 жінки і 18 чоловіків): 35 — з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу, 15 — з порушенням толерантності до глюкози (ПТГ). У другій групі було 45 осіб (27 жінок і 18 чоловіків) з нормальною толерантністю до глюкози. Визначали глікований гемоглобін (HbA1c), глікемію (перша група), стандартний оральний глюкозотолерантний тест (ГТТ) із 75 г глюкози (друга група), ехокардіоскопія (ехоКГ).

**Результати та обговорення.** Рівень HbA1c в першій групі свідчив про стан субкомпенсації ЦД (7,7 [6,9;9%]). У пацієнтів з АГ і порушеннями вуглеводного обміну була більша маса міокарда ЛШ (ММЛШ), індекс ММЛШ (ІММЛШ), товщина задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) і міжшлуночкової перетинки (ТМШП). При цьому ТМШП достовірно перевищувала ТЗСЛШ ( $p=0,001$ ), тобто концентрична гіпертрофія міокарда ЛШ носила асиметричний характер.

**Висновки.** У всіх пацієнтів з артеріальною гіпертензією за наявності порушень вуглеводного обміну виявлені зміни діастолічної функції міокарда ЛШ. У пацієнтів з порушеннями вуглеводного обміну частіше розвивається гіпертрофія лівого шлуночка, здебільшого концентрична. В групі пацієнтів з ЦД 2-го типу і ПТГ виявлені більш виражені зміни за даними ехоКГ, в порівнянні з контрольною групою, що свідчить про їхній взаємозв'язок.

## ПЕРЕБІГ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ІЇ ЛІКУВАННЯ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Оводюк Н.М.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Дослідити ефективність лікування хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) після ішемічного інсульту (ІІ) з використанням поєднання ноотропних та судинних препаратів в низьких дозах (Ніцерголін 10мг Зрдобу 2 міс., Фенібут 250мг Зр./добу 2 міс) на фоні гіпотензивної та антиагрегантної терапії з комплексом фізіотерапевтичного лікування (ФТЛ) (ЛФК, міостимуляція (Тренар), масаж).

**Матеріали та методи.** Оцінювали дані клінічних та параклінічних обстежень 2 груп хворих працездатного віку — основної та контрольної (всього 92 особи), з них — 52, які перенесли ІІ, з ДЕ ІІ ст. (основна група) та 40 — з артеріальною гіпертензією та ДЕ ІІ ст. Оцінка психічного статусу за допомогою шкал: (МММSE), депресії (PHQ9) та стандартизований



опитувальник якості життя RAND SF-36, Верифікація судинних уражень проводилась шляхом магнітно-резонансної терапії (МРТ) головного мозку, МРТ ангіографії судин голови, УЗДГ судин головного мозку.

**Результати та обговорення.** Виявлено, що найбільш значимими когнітивними порушення були у пацієнтів, які перенесли ІІ до лікування, порівняно з групою порівняння ( $p < 0,05$ ). Після лікування когнітивні порушення в основній групі достовірно зменшилися. В контрольній групі після лікування також зменшилися психоемоційні розлади ( $p < 0,05$ ). Якість життя хворих, які перенесли ІІ після комплексного лікування достовірно стала вищою ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У хворих з ДЕ на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ) та після перенесеного ІІ на тлі ГХ поєднання низьких доз ноотропних та судинних препаратів (Ніцерголін, Фенібут) упродовж 2-х місяців, з комплексом ФТЛ сприяє позитивним змінам когнітивної функції. Запропонована схема лікування достовірно покращує стан хворих за клінічними та параклінічними показниками, підвищує якість життя та є економічно більш вигідною за вартістю.

## СТАН ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ СЕРЕДЬНОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Пасько В.С.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Провести комплексне вивчення та порівняльну оцінку стану параметрів тромбоцитарного гемостазу у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії.

**Матеріали та методи.** Робота базується на обстеженні 220 хворих на ГХ ІІ стадії, в т.ч. 127 пацієнтів середнього (45-59 років) віку і 93 хворих похилого (60-74 роки) віку. Контрольну групу склали по 15 хворих для кожної з обстежених груп, співставимих з основними за віком та статтю. До контрольної групи були залучені хворі без артеріальної гіпертензії з діагнозами хронічного гастриту, дуоденіту, холециститу, атеросклеротичного кардіосклерозу зі стенокардією напруги, функціональним класом не вище І, без порушень серцевого ритму і недостатності кровообігу не вище ІІ А стадії за Стражеском М.Д. — Василенком В.Х. Визначали стан спонтанної і індукованої агрегації тромбоцитів на агрегометрії SOLAR AP-2110. В якості індуктора агрегації був застосований АДФ.

**Результати та обговорення.** Показник часу максимальної агрегації спонтанної агрегації тромбоцитів відрізнявся у хворих на ГХ середнього віку і був на 25,7% ( $p < 0,05$ ) більшим, ніж у контрольній групі. Це, вочевидь, було пов'язано зі збільшенням спонтанної агрегації тромбоцитів. Аналізуючи швидкість агрегаційного процесу, нами було встановлено уповільнення у 48% хворих похилого віку агрегаційного процесу за показником швидкості агрегації на 33,6% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контрольними значеннями. Аналізуючи частотний розподіл, нами виявлено збільшення АДФ-індукованої агрегаційної активності тромбоцитів у хворих похилого віку на ГХ за показником ступеня агрегації у 78% ( $p < 0,001$ ) обстежених на 61,2% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Виявлена нами тромбогенність плазми крові при дослідженні тромбоцитарного гемостазу в осіб похилого віку вказує на високу ймовірність розвитку тромботичних ускладнень у цієї категорії хворих.

## ПОЄДНАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ПОРУШЕННЯМИ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

Якименко І.Л.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Дослідити відмінності перебігу поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) з порушеннями пуринового обміну (ППО).

**Матеріали та методи.** Методом випадкової вибірки було відібрано 3 групи по 110 чоловіків, хворих на АГ: 1 гр.-сечова кислота (СК) в крові  $< 360$  мкмоль/л, 2 гр.-СК в крові  $> 360$  мкмоль/л, 3 гр.-з подагрою. Статистичної значущості по віку хворих не було.

**Результати та обговорення.** На початку дослідження в групах з ППО частіше зустрічались інфаркт міокарда (ІМ) (1 гр. (6,4%+2,33%), 2 гр. (30,9%+4,41%), 3 гр. (24,5%+4,10%),  $p1-2 < 0,001$ ,  $p1-3 < 0,001$ ,  $p2-3 > 0,05$ ) та інсульт (1 гр. (3,6%+1,78%), 2 гр. (17,3%+3,60%), 3 гр. (13,6%+3,27%),  $p1-2 < 0,001$ ,  $p1-3 < 0,01$ ,  $p2-3 > 0,05$ ), стенокардія ІІІ-ІV функціонального класу (ФК) (1 гр. (8,2%+2,61%), 2 гр. (28,2%+4,29%), 3 гр. (51,8%+4,76%),  $p1-2 < 0,001$ ,  $p1-3 < 0,001$ ,  $p2-3 < 0,001$ ), були більше рівні СК, ммоль/л (1 гр. 292,8+4,59, 2 гр. 439,6+6,68, 3 гр. 507,8+10,60,  $p1-2 < 0,001$ ,  $p1-3 < 0,001$ ,  $p2-3 < 0,001$ ), тригліцеридів, ммоль/л (1 гр. 1,3+0,06, 2 гр. 1,9+0,13, 3 гр. 2,41+0,19,  $p1-2 < 0,001$ ,  $p1-3 < 0,001$ ,  $p2-3 < 0,013$ ), креатиніну, ммоль/л (1 гр. 100,4+1,41, 2 гр. 107,4+1,94, 3 гр. 136,4+4,94,  $p1-2 < 0,01$ ,  $p1-3 < 0,001$ ,  $p2-3 < 0,001$ ), серед хворих з ППО ФК стенокардії, СК, тригліцериди та креатинін були вищі у хворих на подагру. Протягом 2017 р. ІМ не було, інсульти — у 4-х хворих (по 2 в 2 гр. та 3 гр.), померло 8 хворих — по 1 в 1 гр. (78 р. — онкологія) і 2 гр. (81 р. — онкологія); 6 — в 3 гр. (79 р. — розрив аневризми черевного відділу аорти; 69 р. — онкологія; 70 р. — серцева недостатність, ІХС, хронічна ниркова недостатність; 83 р. — інсульт; 82 р. — цироз печінки; 56 р. — сепсис, ГПМК, інфекційний ендокардит на фоні багаторічного програмного гемодіалізу ( $p1-2 > 0,05$ ,  $p1-3 = 0,029$ ,  $p2-3 = 0,029$ ).

**Висновки.** Чоловіки, хворі на АГ у поєднанні з ППО, мають більш тяжкий перебіг АГ та ІХС. Серед пацієнтів з ППО, при наявності подагри відмічається більша летальність від різних причин, що потребує подальшого вивчення.



## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЭГ-ПРЕДИКТОРОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ И НЕЙРОГЛИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Черний Т.В.

**Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев**

Термин «хроническая ишемия мозга» предложен Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10) вместо применяемого ранее термина «дисциркуляторная энцефалопатия».

Механизмы старения мозга определяются преимущественно изменениями нейротрансмиссивных систем. В настоящее время появилось большое количество данных о роли нейротрансмиссивтеров в регуляции как нормального (физиологического) старения, так и формировании хронической ишемии мозга.

**Цель.** Повышение эффективности диагностики хронической ишемии мозга за счет исследования ЭЭГ-предикторов нейромедиаторной и нейроглиальной активности для разработки методов целенаправленной медикаментозной коррекции.

**Материалы и методы.** Обследовано 63 человека в возрасте от 40 до 68 лет. Первую группу составляли пациенты с (ДЭ) без сопутствующей гипертонии — 20 человек, вторую — 28 человек с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ), третью — 15 больных с дисциркуляторной энцефалопатией и перенесенным инсультом в анамнезе (ГДЭ+Инс). Среди обследованных пациентов — 21 мужчина и 42 женщины. Контрольная группа здоровых добровольцев состояла из 20 человек.

Диагноз был подтвержден данными объективного, клинико-неврологического, лабораторного, инструментального обследований, нейропсихологического исследования. Для оценки когнитивных функций пациентов использовали краткую шкалу оценки психического статуса MMSE — Mini-mentalStateExamination (определение ориентировки во времени и месте, состояния кратковременной, долговременной памяти, функции языка, гнозиса, праксиса). Тревогу и депрессию исследовали с помощью шкалы «депрессия, тревога, стресс» (DepressionAnxietyStressScales (DASS-21)).

В данном исследовании представлен анализ электрической активности головного мозга с помощью формализованной оценки ЭЭГ по способу Жирмунской А.А., Лосева В.С. и анализа значений абсолютной и относительной спектральной мощности (АСМ (мкВ/Гц) и ОСМ (%)) т.н. «узких» диапазонов, отражающих активность нейромедиаторных систем ЦНС.

**Результаты и обсуждение.** После проведения нейропсихологического теста по шкале MMSE у 46,6% пациентов с ДЭ (1-я группа), 55% — с ГДЭ (вторая группа) и 52% с ГДЭ+Инс (третья группа) были выявлены когнитивные нарушения. Достоверная разница баллов по шкале DASS-21 во всех исследуемых группах наблюдалась при исследовании тревоги ( $p < 0,001$  по W-критерию Вилкоксона (W-W),  $p < 0,05$ , критерий Крускало-Уоллиса (кКУ)) и уровня депрессии ( $p < 0,033$  W-W). Максимальные субъективные показатели тревоги и депрессии были свойственны пациентам второй группы, больным с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией. Превалирование тревожно-депрессивных нарушений (по шкале DASS-21) у пациентов 2-й и, в меньшей мере, 3-й, групп связано не только с более выраженными нарушениями критики, но и с нарушениями памяти у пациентов 1-й группы.

Значимое снижение уровня памяти (шкала MMSE) у пациентов 1-й группы по сравнению с больными 2-й группы было связано преимущественно с нарушениями самостоятельного воспроизведения информации, что проявлялось в оперативной деятельности и обучении, в то время как память о событиях жизни в основном оставалась сохранной.

В контрольной группе была выявлена зональность с неравномерным представительством АСМ и ОСМ в диапазонах 0,5-1 Гц, 1,01-3 Гц, 6-7,5 Гц, 11-12 Гц и 8-26 Гц. Максимальный уровень спектр-мощности в диапазонах, описывающих уровень нейроглиальной, холин-, дофамин- и серотонинергической нейромедиаторной активности, был зафиксирован в окципитальных (O1O2) и лобных (Fp1Fp2) отведениях. Минимальный уровень спектр-мощности в диапазонах, описывающих глутаматергическую активность (рост уровня активации в диапазоне 1,01-3 Гц при одновременном снижении активности в диапазоне 8-26 Гц) был выявлен в проекции затылочных (O1O2) отведений.

Для пациентов всех исследуемых групп во всех исследуемых отведениях уровни спектр-мощности в узких диапазонах, отражающих нейроглиальную, глутаматергическую и адренергическую активность, значительно превышали ( $p < 0,05$ ) значения в контрольной группе, уровни спектр-мощности в диапазонах, отражающих холинергическую и дофаминергическую активность были значительно ниже ( $p < 0,05$ ) значений в контрольной группе.

Наиболее выраженные изменения изучаемых ЭЭГ-показателей были выявлены в 1-й группе пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, что сочеталось со значимым снижением уровня памяти (шкала MMSE) из-за модально-неспецифических мнестических нарушений кратковременной памяти, что свидетельствует о поражении срединных неспецифических структур мозга на уровне нижних отделов ствола мозга (1 функционального блока мозга по А.Р. Лурия).

Минимальные корреляты нейромедиаторной дисфункции были зафиксированы во 2-й группе пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией, где выявлены самые низкие, по сравнению с данными 1-й и 3-й групп, нейрометаболические (нейроглиальные) и нейромедиаторные (глутаматергические) изменения и самый высокий уровень дофаминергической активности.

Выявленный у всех исследуемых пациентов значительный рост ( $p < 0,05$ ) показателей спектр-мощности в диапазоне до 1 Гц (нейроглиальная активность) связан с компенсаторной активацией глиальных клеток и может служить нейрофизиологическим предиктором степени активации глиоза.

Риск выраженного нейротоксического эффекта из-за высокого уровня глутаматергической активности на нейронах





диэнцефальных, среднечеребровых и стволочных структур ЦНС (проекции центральные и затылочныя отведения) был значительно выше ( $p < 0,05$ ) у пациентов групп 1-й (с дисциркуляторной энцефалопатией) и 3-й (с дисциркуляторной энцефалопатией и инсультом в анамнезе).

Признаком минимальной дисфункции лимбико-гиппокампальной системы у пациентов 3-й группы являлись показатели ОСМ в диапазоне 5-6 Гц (уровень серотонинергической активности) в темпоральных проекциях, не отличающиеся от значений в контрольной группе.

**Выводы.** Дополнение протокола лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией во всех исследуемых группах комплексом препаратов, направленных на устранение холинергической недостаточности, приводило к коррекции когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга.

## МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ДИСТАНЦІЙНИХ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Хом'як А.І.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, Науковий відділ організації медичної допомоги, м. Київ**

**Вступ.** Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» № 2206-VIII, 14.11.2017 р. (Стаття 4), були визначені такі телемедичні (ТМ) послуги: ТМ консультування, ТМ консилиум, телеметрія та домашнє телеконсультування.

**Мета.** Обґрунтувати впровадження методичного забезпечення організації амбулаторного медичного обслуговування населення з використанням дистанційних інформаційно-комунікаційних технологій, в тому числі телемедицини.

**Матеріали та методи.** Досліджувалася нормативно-правова база в системі охорони здоров'я України та міжнародні і вітчизняні наукові дослідження в частині регулювання та методичного забезпечення використання інформаційно-комунікаційних технологій у медичному обслуговуванні населення. Використовувалися методи: системного аналізу, біблосемантичний, контент-аналізу та організаційного проектування.

**Результати та обговорення.** У процесі ТМ консультування беруть участь пацієнт, лікар, який надає консультацію (лікар-консультант), персонал кабінету телемедицини і воно, як правило, застосовується в амбулаторних умовах. Також ТМ консультація може надаватися лікарем-консультантом безпосередньо лікарю, який лікує пацієнта і частіше використовується на рівнях спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. ТМ консилиум проводиться при обговоренні клінічного випадку більше ніж з одним лікарем-консультантом. До цього процесу долучається лікар, який лікує пацієнта. Телеметрія — сукупність технологій, що дають змогу проводити дистанційне вимірювання, збір і передачу інформації про показники діяльності (фізіологічні параметри) організму пацієнта. Домашнє телеконсультування — процес спостереження за станом здоров'я пацієнта, який перебуває за межами закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), та його медичної просвіти із застосуванням телемедицини.

**Висновки.** Одним з ключових завдань телемедицини є забезпечення взаємодії між рівнями та етапами медико-санітарної допомоги. Впровадження ТМ послуг потребує застосування процесного методу до побудови функціонально-організаційної моделі амбулаторного медичного обслуговування населення з використанням дистанційних інформаційно-комунікаційних технологій.

## АСПЕКТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОФІЛАКТИКОЮ

Дячук Д.Д., Гандзюк В.А.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Визначення напрямів удосконалення нормативно-правового забезпечення заходів профілактики НІЗ у дорослого населення в умовах багатопрофільного закладу охорони здоров'я на підставі узагальнення та аналізу діючих в системі охорони здоров'я України правових актів.

**Матеріали та методи.** Були розглянуті офіційні нормативні документи щодо управління профілактикою неінфекційних захворювань. При проведенні їх аналізу використано контент-аналіз, системний підхід і аналіз, бібліографічний та історичний методи.

**Результати та обговорення.** Покращення профілактичних заходів серед населення, виходячи із загальної дефініції «диспансеризація», передбачає розробку та впровадження періодичних профілактичних оглядів серед дорослого населення за принципом їх проведення у цільових групах, методологічним базисом для яких мають стати скринінгові програми з раннього виявлення найпоширеніших НІЗ. Провідною частиною профілактичного напрямку охорони здоров'я і методом активного динамічного спостереження за станом здоров'я усіх груп населення є диспансеризація населення. Відповідальність за проведення диспансеризації та медичних оглядів, в першу чергу, покладається на дільничного лікаря та громадянина України. Медичний огляд проводиться лише за згодою громадян, отже, ця медична послуга не є обов'язковою. Громадяни України повинні самі бути зацікавлені у проходженні диспансеризації, у тому числі знайти час для її проходження. В свою чергу, відповідальність за охоплення працівників медичними оглядами, своєчасність проходження профілактичних оглядів несуть роботодавці.



**Висновки.** При проведенні контент-аналізу нормативно-правової бази щодо управління профілактикою в Україні, встановлено, що серед чинних наказів МОЗ України відсутні чіткі критерії, що відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання профілактичної допомоги. Як наслідок цього оцінка якості профілактичної допомоги та її ефективності не проводиться, а сучасні управлінські технології не використовуються.

## ВПЛИВ ВИСОКОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ НА ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Німцович Т.І.<sup>2</sup>, Кравченко А.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ

<sup>2</sup>Обласний кардіологічний диспансер, м. Хмельницький

Артеріальна гіпертензія — значимий фактор ризику інсульту, інфаркту міокарда та порушень серцевого ритму. Упродовж останніх років все більша увага приділяється варіабельності артеріального тиску (ВАТ), як незалежного фактора ризику виникнення серцево-судинних ускладнень. Вплив високої ВАТ на розвиток порушень ритму серця залишається маловивченим.

**Мета.** Дослідити частоту виявлення порушень серцевого ритму у хворих на АГ з високою варіабельністю АТ серед чоловічого населення сільської місцевості та встановити зв'язок між ВАТ та наявністю структурних змін ЛШ і показниками ліпідного обміну.

**Матеріали та методи.** Обстежено 80 чоловіків з АГ II ст. 2-3 ст., що мали високу (40 чол.) варіабельність АТ, як за даними ДМАТ, так і міжвізитного контролю у групу порівняння (40 чол.), ВАТ у яких не перевищувала нормальні значення. В усіх пацієнтів розраховувалися показники міжвізитної варіабельності АТ, проводилося ДМАТ, визначалися розміри ЛШ, товщина інтима/медіа (І/М) магістральних судин та ліпідний спектр.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що ВАТ, при розрахунку стандартного відхилення (SD), в першій групі склала 16,8±3,21 мм.рт.ст., в другій 8,6±2,34 мм. рт. ст. Збільшення маси міокарда ЛШ у пацієнтів першої групи на 28% та другої на 17% від норми. Порушення ліпідного обміну встановлено у 38 (95%) хворих з високою ВАТ і у 34 (85%) групи порівняння. Товщина комплексу ІМ у першій групі складала 1,4±0,2, а у групі порівняння 1,0±0,3 (p<0,001). Порушення серцевого ритму відмічено у 19 хворих АГ з високою ВАТ і тільки у 3 пацієнтів з низькою ВАТ (p<0,001). Пароксизмальні форми ФП спостерігались тільки у 11 (27,5%) хворих з високою ВАТ.

**Висновки.** Встановлено, що у пацієнтів з високою варіабельністю АТ достовірно частіше розвиваються порушення серцевого ритму у вигляді політопної, поліморфної екстрасистолії та пароксизмів фібриляції передсердь. Доцільним є подальше вивчення впливу високої варіабельності АТ на порушення серцевого ритму.

## ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ЗМІНУ ФАЗИ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Кравченко А.М.<sup>1</sup>, Файнзільберг Л.С.<sup>2</sup>, Дуккарт К.Б.<sup>2</sup>, Міньковська Т.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ

<sup>2</sup> Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій і систем НАН  
і Міністерства освіти та науки України, м. Київ

Ішемічна хвороба серця посідає провідне місце серед поширеності серцево-судинних захворювань та збільшується кількість пацієнтів, яким необхідне оперативне втручання на коронарних артеріях, а саме – проведення аорто-коронарного шунтування (АКШ). В післяопераційному періоді вони потребують контролю за серцево-судинною діяльністю не тільки в стаціонарі, а й в амбулаторному режимі. Одним з таких напрямків медицини є розвиток дистанційного спостереження за пацієнтом, який реалізований у методі фазаграфії – оригінальній інформаційній технології реєстрації електрокардіограми у фазовому просторі, що визначає специфічний показник симетрії зубця Т (βТ).

**Мета.** Вивчити можливість використання методу фазаграфії для оцінювання фази реполяризації лівого шлуночка після проведеного АКШ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 11 пацієнтів (10 чоловіків, 1 жінка), середній вік 62,6±7 років з багатосудинним ураженням коронарних артерій, яким проведено АКШ. Нами проведено аналіз фази реполяризації лівого шлуночка методом фазаграфії.

**Результати та обговорення.** Достовірність одержаних результатів підтверджується результатами застосування статистичного аналізу до сформованих вибірок пацієнтів до операції АКШ та у день їх виписки (tст=2,68, p=0,023). Було отримано до операції 0,75±0,07, при виписці 0,6±0,14 (p=0,05). Аналогічні результати отримано при оцінюванні динаміки хаотичності показника RR-інтервалів за допомогою оцінювання площі опуклої оболонки фазового портрета переставної ентропії: до операції =0,733±0,11, а після операції =0,661±0,08 (p=0,05). Після покращення кровообігу в коронарних артеріях відмічаємо тенденцію до зниження показників та нормалізацію фази реполяризації та зменшення ознак ішемії і варіабельності серцевого ритму.

**Висновки.** Отримані дані вказують на можливість застосування методу для оцінювання контролю ішемічних змін після оперативних втручань, однак, необхідні подальші наукові дослідження, щоб встановити доцільність використання даної методики в медичній практиці.

**МОНІТОРИНГ І ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Кондратюк Н.Ю.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ**

Система надання соціальних послуг в Україні продовжує перебувати на етапі реформування. Сьогодення української охорони здоров'я сфери соціального обслуговування вже має низку досягнень, таких як затвердження стандартів медичної допомоги, оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я, певна активізація та налагодження державно-приватного партнерства. Водночас багато проблем, пов'язаних з наданням населенню медичного обслуговування не втрачають своєї актуальності, а навпаки загострюються.

**Мета.** Формування основних практичних засад для здійснення моніторингу й оцінювання соціальних послуг в Україні.

**Матеріали та методи.** Проведено аналітичний огляд та систематизацію існуючих підходів до моніторингу та оцінювання.

**Результати та обговорення.** Модель моніторингу та оцінювання медичного обслуговування повинна складатися з суб'єкта, який проводить моніторинг та здійснює оцінювання об'єкта, який відстежується і оцінюється, цілей, оціночних критеріїв (індикаторів), методологічної бази, схеми та порядку інформаційного забезпечення процесів моніторингу та оцінювання. Об'єктом моніторингу та оцінювання є медична діяльність закладів охорони здоров'я та медичне обслуговування населення. Водночас суб'єкт моніторингу та оцінювання соціальних послуг регламентований їх цілями. За необхідності проведення внутрішнього аудиту суб'єктом є організація, що забезпечує медичне обслуговування і має намір провести співставлення відповідності свого рівня внутрішнім очікуванням. Під час зовнішнього моніторингу та оцінювання, суб'єктом може бути як орган управління (МОЗ України, регіональний департамент охорони здоров'я тощо), так і група внутрішніх експертів (аудиторів), створена за участі державних органів та недержавних організацій.

**Висновки.** Об'єктивна необхідність моніторингу і оцінювання медичного обслуговування населення за якісними індикаторами обумовлена необхідністю оцінки якісної сторони їх надання.

**МОНІТОРИНГ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ. МЕТА ТА НАПРЯМКИ ПРОВЕДЕННЯ**

Ященко Ю.Б., Заболотна І.Е.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Підвищення ефективності профілактики ожиріння у дітей шляхом впровадження програми медико-соціологічного нагляду за ожирінням.

**Матеріали та методи.** Для обґрунтування, розробки та впровадження моделі медико-соціологічного моніторингу ожиріння використано методи: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний та концептуального моделювання, системного підходу та аналізу.

**Результати та обговорення.** Запропонована модель доповнює складові елементів системи профілактичних медичних оглядів дітей шкільного віку моніторингом ожиріння та формування відповідної звітності, що відповідає сучасним ініціативам ВООЗ, які представлені у дослідженнях «Health behaviour in school-aged children (HBSC study)», Європейській ініціативі «Childhood Obesity Surveillance Initiative» (COSI), а також стратегії щодо систематизації інформації про ефективність заходів спрямованих на боротьбу з надлишковою масою тіла та ожирінням (НМТ/О).

Стратегічним напрямком моделі є реалізація комплексу заходів з профілактики НМТ/О на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях, що включає санітарно-освітні заходи з формування здорового способу життя, знань та навичок з гігієни харчування та фізичної активності, виявлення факторів ризику розвитку ожиріння, попередження та раннє виявлення захворювань асоційованих з НМТ/О, взаємодію між первинною та вторинною ланками надання медичної допомоги.

Тактичним напрямком моделі є забезпечення взаємодії між сім'єю (школярами та їх батьками), медичним персоналом первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги дитячому населенню, працівниками регіональних центрів громадського здоров'я, вчителями шкіл, представниками органів місцевої влади та дотримання між ними зворотного зв'язку в розрізі: структура, процес, результат.

**ОЖИРІННЯ ТА РИЗИКИ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ АСОЦІЙОВАНИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА У ДІТЕЙ**

Дячук Д.Д., Заболотна І.Е., Ященко Ю.Б.

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ**

**Мета.** Вивчення поширеності ожиріння серед дітей шкільного віку та ризику розвитку у них супутніх захворювань.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано записи історій розвитку дитини (Ф.112/о) дітей віком 7-17 років, які обслуговуються у дитячому консультативно-діагностичному центрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Для статистичної обробки даних використано програму Statistica v.6.0.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що на ожиріння хворіють 75 (6,8%) дітей — 50 хлопчиків (4,5%) та 25 дівчаток



(2,3%). Надлишкову масу тіла (НМТ) мають 186 (16,9%) дітей — 105 (9,5%) хлопчиків та 81 (7,3%) дівчаток. НМТ найбільш поширена серед хлопчиків та дівчаток у віковій групі 10 років (13,5% і 15,6% відповідно), а ожиріння — серед хлопчиків у віковій групі 11 років (10,4%) та серед дівчаток у вікових групах 10 і 12 років (4,2% і 4,1% відповідно). Встановлено, що у школярів із збільшенням ІМТ асоціюються розлади вегетативної нервової системи ( $r=0,23$ ;  $p<0,0001$ ), дискінезії жовчовивідних шляхів ( $r=0,28$ ;  $p<0,001$ ), плоскоступність набута ( $r=0,19$ ;  $p<0,0001$ ) та сколіоз ( $r=0,28$ ;  $p<0,001$ ). У дітей з НМТ ризик розвитку розладів вегетативної нервової системи становить 2,1 (95%ДІ: 0,9-4,8), дискінезії жовчовивідних шляхів — 2,5 (95%ДІ: 1,4-4,5), сколіозу — 1,8 (95%ДІ: 1,2-2,8), міопії — 2,5 (95%ДІ: 1,4-4,7), а у дітей з ожирінням — 8,9 (95%ДІ: 4,0-20,0), 4,8 (95%ДІ: 2,4-9,6), 2,1 (95%ДІ: 1,2-3,8) та 5,1 (95%ДІ: 2,6-10,3) відповідно.

**Висновки.** Встановлено, що серед школярів у кожній четвертій дитині (23,7%) ІМТ перевищує нормальний для цього віку і статі показник. Такі діти складають групу ризику розвитку захворювань асоційованих з надлишковою масою тіла, що необхідно враховувати при плануванні профілактичних програм.

## ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ШКІРИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ КИЄВА ТА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Зюков О.Л.<sup>1</sup>, Ошивалова О.О.<sup>1,2</sup>, Лобанов Г.Ф.<sup>3</sup>, Федоренко Т.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

<sup>3</sup> КЗ КОР «Київський обласний шкірно-венерологічний диспансер», м. Київ

**Мета.** Вивчити поширеність соціально-біологічних факторів ризику розвитку раку шкіри серед неорганізованого населення м. Києва та Київської області.

**Матеріали та методи.** Проведено медико-соціологічне анкетування неорганізованого населення м. Києва та Київської області. При опитуванні враховували соціально-біологічні фактори ризику. Статистичну обробку матеріалу проводили із застосуванням програмного забезпечення Excel.

**Результати та обговорення.** В опитуванні прийняли участь 323 особи без онкологічної патології шкіри, із них 157 чоловіків та 166 жінок. За віком опитувані були представлені: 60-64 років — 42,4% (чол. — 40,8%, жін. — 44%), 65-69 років — 24,1% (чол. — 20,4%, жін. — 22,3%), 70-74 років — 24,2% (чол. — 22,9%, жін. — 25,3%), 75 років і старші — 12% (чол. — 15,9%, жін. — 8,4%). Серед опитуваних переважали фактори ризику раку шкіри: II фототип шкіри — 52,4%, вплив надлишкового сонячного опромінення — 42% (чол. — 41,3%, жін. — 42,5%), контакт з радіоактивними речовинами — 3% (чол. — 4%, жін. — 1%) і токсичними речовинами — 4,1% (чол. — 4,3%, жін. — 3,8%), застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією — 20,02% (чол. — 20,3%, жін. — 19,7%), травмування доброякісних новоутворень шкіри — 23,5% (чол. — 19%, жін. — 27,8%), спадковість — базальноклітинного раку 8,5% (чол. — 8,1%, жін. — 8,9%), плоскоклітинного раку 1,5% (чол. — 1,08%, жін. — 1,92%).

**Висновки.** Дані про поширеність соціально-біологічних факторів ризику розвитку раку шкіри можуть бути використані для розробки рекомендацій з первинної профілактики цього захворювання.

## СКРИНІНГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ МЕТОДОМ ОЦІНЮВАННЯ ОДНОКАНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМИ

Мінковська Т.В.

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

Ішемічна хвороба серця залишається однією із найпоширеніших патологій у структурі серцево-судинних захворювань і потребує ранньої діагностики. Фазаграфія — досить простий та зручний у використанні метод реєстрації електрокардіограми (ЕКГ) в I стандартному відведенні із визначенням симетрії фрагменту реполяризації ЕКГ-сигналу  $z(t)$  на фазовій площині.

**Мета.** Вивчити можливість застосування методу фазаграфії при проведенні масових обстежень для скринінгу ішемічної хвороби серця.

**Матеріали та методи.** Обстежено 97 пацієнтів, з них 41 чоловік і 56 жінок у віці з 18 до 91 років, яким проведено порівняльний аналіз даних обстежень з амбулаторних карт, результатів стандартної ЕКГ у 12 відведеннях та показників, отриманих методом фазаграфії.

**Результати та обговорення.** У більшості пацієнтів (89%), у яких діагностовано серцево-судинні захворювання за даними медичних карт амбулаторного хворого та змінами, що вказують на наявність ішемії на стандартній ЕКГ, методом фазаграфії було виявлено відхилення показника симетрії зубця  $T(B_T)$  від норми ( $B_T=0,7$ ) у межах від  $B_T>0,85$  до  $B_T>1,0$ . Встановлено прямий кореляційний зв'язок ( $r=0,67$ ) між результатами про наявність ішемічних змін на стандартній електрокардіограмі у 12 відведеннях та показниками симетрії зубця  $T(B_T)$ , отриманих при фазаграфії.

**Висновки.** Отримані результати вказують на можливість застосування методу фазаграфії при проведенні масових обстежень для скринінгу ішемічної хвороби серця. Подальші дослідження дозволять встановити місце фазаграфії в клінічній практиці.

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ПРОБЛЕМИ ТЮТЮНОКУРІННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Мороз Г.З., Ткачук І.М., Міхріна М.І.

Українська військово-медична академія, м. Київ

**Мета.** Дослідити розповсюдженість тютюнокуріння серед військовослужбовців Збройних Сил України на сучасному етапі та провести оцінку стадії готовності до припинення куріння.

**Матеріали та методи.** Методом випадкової вибірки в 2016-17 рр. проведено соціологічне опитування 232 військовослужбовців чоловічої статі (120 — військовослужбовці-учасники антитерористичної операції (I група) та 112 — військовослужбовці, які не брали участь у бойових діях — II група). Розроблена спеціальна анкета, яка включала опитувальник для визначення стадії готовності до змін основних поведінкових факторів ризику, пріоритетність застосування якої підтверджена патентом України. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стьюдента.

**Результати та обговорення.** Була встановлена висока поширеність тютюнокуріння серед військовослужбовців — 63,3±4,4% в I групі та 64,3±3,2% в II групі. Спостерігається достовірне зростання розповсюдженості тютюнокуріння серед військовослужбовців з 42,2±3,1% в 2010-11 рр. до 64,3±3,2% в 2016-17 рр. (p<0,05). Потребує на увагу той факт, що 35,2±5,2% військовослужбовців-учасників антитерористичної операції, які мають звичку куріння, перебувають на стадії перед-роздуму, тобто не збираються позбутися цієї звички, що достовірно (p<0,05) вище ніж серед військовослужбовців, які не брали участь у бойових діях (15,3±4,2%). На стадії обдумування перебувають 8,8±3,2% в I групі та 41,7±5,8% у II (p<0,05).

**Висновки.** Установлено зростання розповсюдженості тютюнокуріння серед військовослужбовців на сучасному етапі, що обґрунтовує необхідність впровадження індивідуалізованих підходів щодо допомоги у припиненні куріння з урахуванням стадії готовності до змін.

**ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ СЕРЕД ЛІКАРІВ ХІРУРГІВ ТА АНАСТЕЗІОЛОГІВ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

Гордієнко Л.М.

Клінічна лікарня «Феофанія» Державне управління справами, м. Київ

**Актуальність.** Велику питому вагу серед хвороб системи кровообігу (ХСК) займає артеріальна гіпертензія (АГ), що належить до найпоширеніших хронічних захворювань людини.

В Україні протягом останніх років реєструється зростання захворюваності медичних працівників, яка досягла у 2005 році рівня 684,7 календарних днів. Захворюваність медиків столиці зростає щороку більш ніж на 5%, зокрема, артеріальна гіпертензія, стенокардія, інфаркт міокарда та інші. Це говорить про низьку культуру профілактики, діагностики і лікування ХСК серед українців.

Багатьма закордонними дослідниками вивчався стан здоров'я медичних працівників та їх умови праці, однак відсутні вітчизняні публікації щодо поширення ХСК серед медичного персоналу. Результати проведених досліджень свідчать, що основними параметрами, які характеризують напруженість працівників є психоемоційне навантаження, не нормований робочий день (оперативні втручання), відданість своїй справі, що неминуче підвищує ризик виникнення та прогресування у зазначеній категорії осіб ХСК. У медичних працівників найчастіше виявляють порушення з боку серцево-судинної та нервової систем, а також органів травлення та інші.

**Мета та матеріали.** Враховуючи зазначені дані, нами було поставлено за мету визначити показники поширення ХСК серед медичних працівників КЛ «Феофанія» ДУС для своєчасного виявлення, попередження та запобігання розвитку ускладнень АГ, взявши лікарів хірургічного профілю та анестезіологів, робота яких пов'язана зі шкідливими умовами праці та значним психоемоційним навантаженням.

**Результати.** Станом на 2015 рік у КЛ «Феофанія» ДУС підлягало періодичному медичному огляду 103 лікарів: з них 22 жінки, що становить 21,3% та 81 чоловіки (78,6%). Середній вік працюючих — 46 років. Лікарів хірургічного профілю нараховували 50 чоловіків (48,5%), 11 жінок (10,7%). Лікарів анестезіологічного профілю складали 42 особи з них 31 чоловік (30,0%) та 11 жінок (10,7%).

Серед працюючого контингенту особи, які хворіють на АГ — 18 працюючих, з них 14 чоловіків (13,6%), 4 жінки (3,9%); хірургічного профілю 9 чоловіків (8,7%), 3 жінки (2,9%) та анестезіологів 5 чоловіків (4,9%), 1 жінка (0,97%). АГ I ст. — 12 працюючих з них 11 чоловіків, хірургічного профілю 6 чоловіків (5,8%), анестезіологів 5 (4,9%) та 1 жінка (0,97%), та АГ II ст. з них 3 чоловіки (2,9%) — хірургічного профілю 2 особи (1,9%), анестезіологів 1 особа (0,97%), 3 жінки (2,9%) з них 2 особи (1,9%) хірургічного профілю та 1 особа (0,97%) анестезіолог. У процентному відношенні це становить — 17,5% від загальної кількості. ІМТ (індекс маси тіла) відповідає нормі маси тіла 21 чоловіків (20,4%) хірургічного профілю 11 осіб (10,7%) та 10 осіб (9,7%) анестезіологів, 15 жінок (14,6%), з них 5 осіб (4,9%) хірургів та 10 осіб анестезіологів. Надлишкова маса тіла (передозировка) 47 чоловіків (45,6%) з них хірургів 30 осіб (29,1%) та 17 осіб (16,5%) анестезіологів, жінок — 4 особи (3,9%) з них хірургів 3 жінки (2,9%) та 1 особа (0,97%) анестезіолог. Ожиріння I ступеню — 12 чоловіків (11,7%), з них хірургів 9 осіб (8,7%) та 3 анестезіолога (2,9%), 3 жінки з них 2 хірурга (1,9%) та 1 особа анестезіолог (0,97%). Ожиріння II ступеню — 1 чоловік хірургічного профілю (0,97%). У процентному співвідношенні — у 34,95% працюючого контингенту відповідає маса тіла нормі, а 65,04% — знаходяться в групі ризику.



Після обстеження медичних працівників на загальний холестерин виявилось, що у 55 обстежених (53,3%) він перевищував показники 3,6–5,2 ммоль/л, з них 47 чоловіків (45,6%) з них хірургів 28 осіб (27,1%), анестезіологів 19 осіб (18,4%) та 8 жінок (7,8%), з них хірургів 6 осіб (5,8%), 2 особи анестезіологів (1,94%).

Провівши анкетування лікарів, ми виявили 38 осіб (36,9% від загальної кількості) мають шкідливу звичку — табакокуріння, з них 2 жінки (1,9%), 22 чоловіка (21,6%) хірургічного профілю та 14 чоловіків (13,6%) анестезіологів. Відмітили низьку фізичну активність 68 осіб (66%) з них 15 жінок (14,6%), 7 осіб (6,8%) хірургів, 8 осіб (7,8%) анестезіологів. Серед чоловіків 53 особи (51,4%) з них 34 особи (33%) — хірурги та 19 осіб (18,4%) анестезіологів.

**Висновки.** Підводячи підсумок обстеженням, які проводилися серед хірургів та анестезіологів КЛ «Феофанія» ДУС, можна сказати, що у групі ризику знаходяться 65,04% працюючого контингенту (з причини підвищеного ІМТ, показників загального холестерину та низької фізичної активності).

Низький рівень проінформованості та неналежне ставлення медичних працівників до свого власного стану здоров'я, веде до підвищення рівня захворюваності на ХСК серед працюючого населення.

Для зниження рівня захворюваності медичних працівників та подовження професійного довголіття необхідно впроваджувати нові медико-організаційні заходи, враховуючи фактори ризику у медичних працівників, раннє виявлення та лікування ХСК, зменшення виходу на інвалідність серед працюючого контингенту, подовження професійного довголіття.

Відповідно до цього можна запропонувати адміністрації закладу охорони здоров'я через довіреного лікаря проводити серед медичного персоналу пропаганду здорового способу життя, регулярно проводити попередні та періодичні медичні огляди, здійснювати диспансерний нагляд дільничним лікарем (за інформацією від довіреного лікаря) за особами, які належать до групи ризику, контролювати виконання працівниками призначень лікаря, режим роботи та відпочинку, правильне та раціональне харчування, активний спосіб життя, відмова від шкідливих звичок, підтримка членів сім'ї при виявленні АГ, санаторно-курортне лікування.

## ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСЛОКАЦІЇ t(8;21)(q22;q22) ПРИ ГОСТРИХ МІЕЛОЇДНИХ ЛЕЙКЕМІЯХ

Зотова О.В., Вальчук М.О., Осідач С.В., Римар М.М., Шалай О.О.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Мета.** Оцінити діагностичне та прогностичне значення транслокації t(8;21)(q22;q22) у хворих на гострі мієлоїдні лейкозії (ГМЛ).

**Матеріали та методи.** Цитогенетичні (аналіз каріотипу) та/або молекулярно-цитогенетичні (флуоресцентна *in situ* гібридизація (FISH)) дослідження клітин кісткового мозку чи периферичної крові проведено у 109 хворих на ГМЛ, діагноз у яких встановлено на підставі клініко-гематологічних, цитологічних та імунофенотипових ознак. Обстежено 62 чоловіки і 47 жінок віком від 18 до 84 років.

**Результати та обговорення.** За повідомленнями літератури транслокація t(8;21)(q22;q22) належить до прогностично сприятливих перебудов. Її виявляють у 7% випадків ГМЛ та у 40% пацієнтів з гострою мієлобластною лейкозією із дозріванням (ГМЛ M2). Ми виявили транслокацію t(8;21)(q22;q22) у 5 із 109 (5%) обстежених хворих на ГМЛ. Діагноз ГМЛ M2 встановлено у 16 із 109 пацієнтів, а наявність транслокації t(8;21)(q22;q22) підтверджено у 5 (31%) з них. В 40% випадків, крім транслокації t(8;21)(q22;q22), спостерігають додаткові аномалії, а саме — втрату X- або Y-хромосоми, делецію довгого плеча 9 хромосоми del(9q), додаткові копії хромосоми 8 і 21 та ін. Так, у 4 із 5 хворих з транслокацією t(8;21)(q22;q22), ми спостерігали додаткові аномалії — втрату Y-хромосоми (2 випадки), делецію del(9)(q21-22) — 1 випадок, множинні зміни каріотипу ( $\geq 3$  перебудов) — 1 випадок. З літературних джерел відомо, що відсутність Y-хромосоми не впливає на прогноз перебігу захворювання, а у хворих з делецією del(9q) відзначено збільшену у два рази частоту рецидивів.

**Висновки.** Цитогенетичні методи дослідження дозволили виявити транслокацію t(8;21)(q22;q22) у 5% випадків ГМЛ і 31% випадків ГМЛ M2 та віднести їх до групи хворих зі сприятливими цитогенетичними маркерами. Отримані дані свідчать про високу інформативність цитогенетичних досліджень в обстеженні хворих на ГМЛ та прогнозуванні перебігу хвороби.

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОГЕНЕТИЧНИХ АБЕРАЦІЙ НА ЧАС ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ТА У РЕЦИДИВИ МНОЖИННОЇ МІЕЛОМИ

Андреева С.В.<sup>1</sup>, Корець К.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ

**Мета.** Визначити особливості розподілу хромосомних перебудов у різних вікових групах пацієнтів у клітинах кісткового мозку (КМ) на час встановлення діагнозу та у рецидиві множинної мієломи (ММ).

**Матеріали та методи.** Стандартне цитогенетичне та молекулярно-цитогенетичне дослідження на інтерфазних ядрах (i-FISH) виконано у 103 пацієнтів на час встановлення діагнозу та у 62 — у рецидиві ММ. Препарати клітин КМ готували за загальноновизнаною методикою. I-FISH дослідження проводили із використанням комерційних наборів — LSI 13q34 Spectrum Green FISH Probe Kit (Abbott, США), XL P53 (17p13), XL DLEU/LAMP, XL t(4;14) FGFR3/IGH, XL t(6;14) CCND3/IGH, XL t(11;14) CCND1/IGH, XL t(14;16) IGH/MAF/WWOX (MetaSystems, Німеччина).





**Результати та обговорення.** На час встановлення діагнозу та у рецидиві ММ було проведено аналіз співставлення генетичних аберацій у різних вікових групах (молодше 50 років, від 50 до 60 років та старше 60 років). На час встановлення діагнозу не виявлено кореляції між цитогенетичними групами прогнозу перебігу захворювання і віковими групами, однак у віковій групі старше 50 років прослідковується збільшення складних каріотипів за структурою клонів. У рецидиві ММ не встановлено зв'язку з ускладненням аберацій в одному клоні. На час встановлення діагнозу та у рецидиві ММ у групі молодше 50 років зареєстровано найбільшу частоту генетичних аномалій (за результатами і-FISH) та хромосомних перебудов (за результатами каріотипування та і-FISH), що належать до групи несприятливого цитогенетичного прогнозу.

**Висновки.** Розподіл хромосомних аберацій за віком як на час встановлення діагнозу, так і у рецидиві ММ характеризується значною гетерогенністю та відсутністю чітких закономірностей. Можна припустити, що цей факт є додатковим критерієм у розумінні різноманіття клінічних проявів захворювання.

## ПІРОВИНОГРАДНА КИСЛОТА В КОМПЛЕКСІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Андріяка А.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ  
КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», м. Київ

Піровиноградна кислота (ПВК) — (син.:  $\alpha$ -кетопропіонова кислота, пропіонова кислота, піруват) — є вузловим метаболітом в низці біохімічних перетворень, які пов'язані з енергетичним обміном в мітохондріях. Основними метаболічними шляхами пірувату є аеробне окислення за участю піруватдегідрогенази до оксалоацетату, який є проміжною ланкою циклу Кребса або анаеробне перетворення в лактат. Підвищення вмісту пірувату в тканинах найчастіше свідчить про порушення рівноваги між системами забезпечення їх киснем і потребою у ньому. Доведено, що концентрація ПВК у крові підвищується у разі декомпенсації гіпоксичних станів. Роль ПВК, не дивлячись на її важливе значення у метаболізмі і забезпеченні гомеостазу, залишається невисвітленою при анемії злоякісних новоутворень (АЗН), що і спонукало нас провести відповідні дослідження.

**Мета.** Дослідити вміст ПВК у крові хворих на АЗН залежно від тяжкості перебігу та простежити динаміку її вмісту в процесі лікування.

**Матеріали та методи.** Нами обстежені 45 хворих (20 чоловіків і 25 жінок) на АЗН. Вік обстежених — від 20 до 69 років. Вміст ПВК в крові визначили за методикою Асатиани В.С. (1969). При взятті крові для досліджень лігатурній гіпоксії запобігали шляхом здійснення венепункції ліктьової вени товстою голкою без накладання джгута. Вміст ПВК виражали в ммоль/л.

**Результати та обговорення.** Вміст ПВК в крові хворих на АЗН до призначення лікування вірогідно відрізнявся від її рівня у контрольній групі ( $p < 0,001$ ). Концентрація ПВК у крові хворих на АЗН наростає залежно від підвищення ступеня тяжкості її перебігу.

**Висновки.** Для АЗН є характерним підвищення вмісту ПВК у крові. Виявлені зміни можуть пояснюватись накопиченням пірувату в крові через активацію анаеробних процесів гліколізу та гліконеогенезу.

## ФЕНОМЕН ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ А ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТІВ ФАКТОРА VIII

Аношина М.Ю., Семеняка В.І, Авер'янов Є.В., Буриаєва С.В., Яговдик М.В., Юценко П.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Встановити вплив препаратів фактора VIII (ФVIII) на показники метаболічної інтоксикації у хворих на гемофілію А.

**Матеріали та методи.** Об'єкт досліджень — плазма та сироватка крові 15 хворих на гемофілію А, яким застосовували рекомбінантні та плазмові концентрати ФVIII у дозі 50 МО/кг. Контролем була плазма та сироватка крові 10 практично здорових осіб. Активність ФVIII визначали одностадійним методом у динаміці: до застосування препарату фактора, через 30 та 120 хв після введення. Вміст у сироватці крові молекул середньої маси (МСМ) вимірювали при довжині хвилі 254 та 280 нм у ті ж самі терміни.

**Результати та обговорення.** У хворих на гемофілію А до інфузії препаратів ФVIII його активність у плазмі крові становила  $(1,2 \pm 0,01)$  МО/дл. Через 30 хв після введення —  $(104,7 \pm 3,1)$  МО/дл, через 120 хв —  $(101,2 \pm 2,9)$  МО/дл. Рівень метаболічної інтоксикації до інфузії препаратів за показниками фракцій МСМ Д254 і Д280 у всіх хворих на гемофілію був достовірно вищим, ніж у здорових осіб, про що свідчить підвищена концентрація у сироватці крові фракцій МСМ Д254 у 2,2 та Д280 — в 1,9 рази. Через 30 хв після введення ФVIII рівень Д254 знижувався в 1,8 рази, через 120 хв — в 1,7 рази ( $p < 0,001$ ). Вміст МСМ за фракцією Д280 змінювався ще більшою мірою — відповідно у 2,1 та в 1,9 рази ( $p < 0,001$ ). Необхідно зазначити, що зменшення рівня МСМ відбувалося як у пацієнтів, яким застосовували рекомбінантні препарати, так і у тих хворих, яким вводили плазмові концентрати ФVIII.

**Висновки.** При використанні препаратів ФVIII різного походження відбувається зменшення концентрації МСМ за показниками фракцій  $D_{254}$  і  $D_{280}$ , що свідчить про зниження у хворих на гемофілію рівня метаболічної інтоксикації.



## РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН ТА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ БЕТА 1 У РЕГУЛЯЦІЇ МІКОЦИРКУЛЯЦІЇ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ З НЕГОДЖІНСЬКИМИ ЛІМФОМАМИ

Барілка В.А., Матлан В.Л.<sup>1</sup>, Примак С.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Нагромадження цитокінів, фактора некрозу пухлин (TNF) та трансформуючого фактора росту бета 1 (TGFβ1), у крові пацієнтів з негоджінськими лімфомами (НГЛ) вважаються негативною прогностичною ознакою у перебігу хвороби. TNF — відомий індуктор апоптозу, промотор синтезу тканинного фактора і геморагічного некрозу пухлин. TGFβ1 — потужний ростовий інгібітор гемопоєзу та регулятор синтезу активаторів/інгібіторів плазміногену. Поряд з цим остаточна роль TNF, TGFβ1 у регуляції мікроциркуляції крові у пацієнтів з НГЛ не встановлена.

**Мета.** Визначити концентрацію TNF, TGFβ1 у плазмі крові 14 пацієнтів з НГЛ біологічними методами. Отримані результати порівняти з рівнем фібриногену (ФН) та часом фібринолізу кров'яного згустку (ЧЛЗ) у цих пацієнтів. Для контролю використали показники 15 здорових осіб, донорів крові.

**Результати та обговорення.** Концентрація TNF у плазмі крові з НГЛ становила  $0,687 \pm 0,180$  нг/мл і достовірно перевищувала показники у контролі ( $0,082 \pm 0,014$  нг/мл;  $p < 0,001$ ). Рівень ФН у пацієнтів з НГЛ становив  $6,628 \pm 0,480$  мг/мл, а показники ЧЛЗ —  $6,00 \pm 0,38$  год, які в обох випадках достовірно перевищували дані у здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Показники TNF позитивно корелювали з рівнем ФН ( $r = 0,416$ ) та негативно — з ЧЛЗ ( $r = -0,526$ ). Концентрація TGFβ1 у плазмі крові пацієнтів з НГЛ достовірно перевищувала дані у контрольній групі ( $p < 0,05$ ) і негативно корелювала з рівнем ФН та ЧЛЗ ( $r = -0,499$  та  $r = -0,572$ , відповідно).

**Висновки.** У плазмі крові пацієнтів з НГЛ визначено підвищений рівень TNF, TGFβ1, фібриногену на фоні зниженої активності фібринолізу, що могло бути причиною виникнення тромботичних ускладнень у пацієнтів з НГЛ та погіршувати перебіг хвороби. Таким чином, визначення концентрації TNF та TGFβ1 у взаємозв'язку з коагулологічними показниками крові може бути використано в якості важливих маркерів для прогнозування перебігу хвороби та вказувати на необхідність корекції мікроциркуляторних властивостей крові у пацієнтів з НГЛ.

## ДОСЛІДЖЕННЯ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СПРАВЖНЮЮ ПОЛІЦТЕМІЄЮ

Бублій Ю.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,  
Українська ЦРЛ, м. Київ

Погіршення реологічних властивостей крові є одним із важливих чинників, що визначають патогенез, перебіг і прогноз чисельних патологічних станів та захворювань. Не дивлячись на наявність значної кількості робіт із застосуванням різноманітних методів оцінки в'язкості крові, агрегації еритроцитів, тромбоцитів, у доступній літературі ми не виявили даних стосовно стану реологічних властивостей крові у пацієнтів при справжній поліцитемії (СП), що і спонукало нас до відповідних досліджень.

**Мета.** Дослідити у пацієнтів при СП основні фактори, що є визначальними для характеристики в'язкості крові (агрегація тромбоцитів і еритроцитів, здатність до деформування еритроцитів, гематокрит) і у разі виявлення порушень намітити можливі підходи до їх корекції.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 32 пацієнти із СП віком від 36 до 76 років. Контрольну групу склали 39 практично здорових осіб. Для оцінки параметрів в'язкості крові, агрегації еритроцитів, тромбоцитів, нами було обрано спосіб оцінки реологічних властивостей за С.І. Моїсєєвим та співавт. (1990).

**Результати та обговорення.** Дані стосовно оцінки реологічних властивостей крові обстежених контрольної групи були наступні: агрегація еритроцитів —  $14,02 \pm 1,87\%$ , коефіцієнт деформування еритроцитів  $0,61 \pm 0,05$ , коефіцієнт агрегації тромбоцитів  $0,87 \pm 0,03$ , гематокрит —  $42,11 \pm 1,35\%$ . Нами встановлено, що у пацієнтів при СП спостерігається порушення вивчених параметрів у бік погіршення реологічних властивостей крові ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Виявлені зміни у пацієнтів при СП можуть пояснювати схильність до посиленого тромбоутворення та виникнення частих тромботичних ускладнень.

## РІВЕНЬ АКТИВНОСТІ АЛАТ ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВ СЛУЖБИ КРОВІ

Чугрівє А.М., Іващенко І.М., Соколовська Н.І.

Комунальна установа «Житомирський обласний центр крові» м. Житомир

Визначення активності АлаТ впроваджено в практику обстеження донорів з середини 80-х років. Підвищений рівень активності АлаТ — одна з основних причин відведення від донорства в Україні.

**Мета.** Встановити наявність та щільність кореляційного зв'язку між рівнем активності АлаТ та частотою виявлення маркерів вірусних гепатитів В, С у серопозитивних донорів.

**Матеріали та методи.** На маркери гепатитів В, С та активність АлаТ з 2005 по 2015 рік обстежено 91685 донорів крові та плазми. Маркери гепатитів В (HBsAg), С (анти-HCV антитіла) досліджено методом імуноферментного аналізу (ІФА) на аналізаторі «Sunries», Австрія. З 2012 року впроваджено метод імунохемилюмінесцентного аналізу (ІХЛА) на реагентах



фірми «Abbott Laboratories», США на аналізаторі «Architect i2000sr». Активність АлАТ визначено методом Райтмана-Френкеля на приладі «Солар РМ 2111», Білорусь. Реактиви НПП «Філіст-Діагностика», Україна. Наявність і щільність кореляційного зв'язку встановлена за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона.

**Результати та обговорення.** Серед обстежених 91685 донатій виявлено 1402 позитивних по НВsAg і анти-НСV, що становить 1,5% від загальної кількості донатій. Серед серопозитивних донатій підвищена активність АлАТ спостерігалась у 16,2% випадків. Серед анти-НСV позитивних донатій активність АлАТ вище нормальних показників спостерігалась у 17,9%, тоді як серед НВsAg — позитивних донатій у 10,8%. Переважна кількість серопозитивних донорів на маркери гепатиту В та гепатиту С мали нормальний рівень активності АлАТ, що підтверджує наявний сильний позитивний рівень кореляції: коефіцієнт кореляції Пірсона становив 0,942 та 0,856 відповідно.

**Висновки.** Наявність сильного позитивного кореляційного зв'язку між серопозитивними результатами лабораторних досліджень і нормальним рівнем активності АлАТ свідчить про високу специфічність визначення активності АлАТ як маркера гепатитів В і С, що не дозволяє використовувати його як критерій ефективності діяльності установи служби крові.

## ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОФОБНОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ У ФРАКЦІОНУВАННІ ПЛАЗМИ КРОВІ

Даниш Т.В., Дульцева Н.А., Мадич С.Є., Даниш О.Й.

### ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Вступ.** Розробка нових ефективних схем фракціонування плазми крові з поєднанням традиційних методів спиртового осадження, хроматографічних методів виділення та очищення білків, методів інактивації вірусів, та впровадження їх в практику дозволить одержувати високоочищені препарати з плазми крові з високим рівнем антивірусної безпеки.

**Мета.** Впровадити етапи гідрофобної хроматографії у технології фракціонування плазми крові.

**Матеріали та методи.** Синтезовані гідрофобні кремнеземні макропористі сорбенти. Методи попереднього фракціонування плазми, іонообмінна, афінна та гідрофобна хроматографія. Електрофоретичні дослідження.

**Результати та обговорення.** Апробовано в експерименті низку похідних аміно- та гідроксипропіл-Діасорбів з гідрофобними лігандами та доведено їх придатність для очищення факторів зсідання крові та фібринолізу, експериментально доведено ефективність поєднання гідрофобної та афінної хроматографій на кремнеземних сорбентах для виділення антивірусних агентів з розчинів білкових препаратів в процесі їх технологічного одержання; обґрунтовано місце застосування етапів гідрофобної хроматографії у технології фракціонування плазми крові; доведено експериментальними дослідженнями доцільність застосування гідрофобної хроматографії для розділення неактивних та активних форм факторів зсідання крові та фібринолізу; для відділення протромбіну від активного тромбіну за основними показниками серед досліджуваних гідрофобних сорбентів краще проявляють себе фенільні похідні макропористих кремнеземів.

**Висновки.** Впровадження результатів досліджень дозволить вдосконалити створені нами раніше технології одержання діагностичних та лікувальних білкових препаратів шляхом введення етапів гідрофобної хроматографії.

## МЕХАНІЗМИ КОНТРОЛЮ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ МІЕЛОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Гордієнко Ал.І., Гордієнко Ан.І., Шороп Є.В., Кубарова В.О., Бортнік Г.А.

### ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Оцінити інтенсивність аутоімунних процесів у хворих на гостру мієлоїдну лейкемію в першій гострій період (ГМЛ-ГП).

**Матеріали та методи.** За допомогою твердофазного імуноферментного аналізу у сироватці крові хворих на лейкемію визначали рівні аутоантитіл класів М і G до нативної двониткової ДНК (відповідно анти-dsДНК-IgM і анти-dsДНК-IgG) в умовних одиницях оптичної щільності. Методом проточної лазерної цитофлуориметрії аналізували вміст у крові Трег-лімфоцитів з використанням анти-CD25, анти-CD4 моноклональних антитіл (Vecton Dickinson). Оцінку ймовірності розбіжностей проводили за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні. Розбіжності вважали достовірними при  $p < 0,05$ . Наявність кореляції між досліджуваними показниками оцінювали за допомогою непараметричного критерію Спірмана.

**Результати та обговорення.** У 27 (52,9%) пацієнтів з ГМЛ-ГП до початку лікування були виявлені в сироватці крові підвищені у 2,2 рази як рівні аутоантитіл до нативної двониткової ДНК (dsДНК) класу М, так і класу G у порівнянні з контролем (відповідно  $0,108 \pm 0,003$  проти  $0,049 \pm 0,004$ ;  $0,097 \pm 0,003$  проти  $0,044 \pm 0,001$ ). У хворих спостерігалось зниження в крові в 3,5 рази кількості CD4+CD25+ (Трег) лімфоцитів —  $(2,1 \pm 0,3)\%$  проти  $(7,3 \pm 0,3)\%$  в контролі. Встановлено зворотний кореляційний взаємозв'язок між кількістю Трег-лімфоцитів і рівнем аутоантитіл до нативної двониткової ДНК (dsДНК) класів М та G у хворих на ГМЛ-ГП (коефіцієнти кореляції відповідно  $r = -0,921$ ;  $r = -0,805$ ,  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, зниження кількості CD4+CD25+ клітин (Трег) супроводжується підвищенням рівня аутоантитіл до нативної двониткової ДНК (dsДНК), що свідчить про участь лімфоцитів із супресорною функцією в механізмах контролю імунологічної толерантності організму у хворих на ГМЛ-ГП.



## БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ПРОГНОЗУ КРІОЧУТЛИВОСТІ ГЕМОПОЕТИЧНОЇ ТКАНИНИ ПУПОВИННОЇ КРОВІ

Калиниченко Т.О., Аношина М.Ю., Балан В.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Вивчити вплив окисного гомеостазу за показниками перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у нативній пуповинній крові (ПК) на кріочутливість гранулоцитарно-макрофагальних клітин-попередників гемопоезу (ГМКПГ).

**Матеріали та методи.** Кріоконсервування виділеної фракції ядровісмісних клітин (ЯВК) ПК здійснювали методом повільного заморожування під захистом кріопротектора диметилсульфоксиду у кінцевій концентрації 5%. Збереженість субпопуляції ГМКПГ досліджували в короткостроковій культурі тканини за різницею загального вмісту колоній та кластерів до кріоконсервування та після відтаювання зразка. Активність процесів ПОЛ досліджували спектрофотометричним методом з визначенням концентрації субстратів (за вмістом ізольованих подвійних зв'язків — ІПЗ), проміжних (дієнових, триєнових, оксодієнових кон'югатів — ДК, ТК, ОДК) та кінцевих продуктів типу шифових основ (ШО) у фракціях нейтральних ліпідів та фосфоліпідів. Статистичний аналіз проведено з використанням програми STATISTICA 10.

**Результати та обговорення.** Виявлено наявність прямої асоціації (від середнього до високого рівня значущості) всіх досліджених факторів із втратою ГМКПГ у процесі кріоконсервування. Найміцніші кореляційні зв'язки продемонстровані при дослідженні фракції фосфоліпідів. Так, при високих рівнях ІПЗ та ОДК до початку кріоконсервування суттєво підвищується відносний ризик втрати ГМКПГ (RR=5,285; 95%CI: 2,691-10,381; p<0,001; RR=2,807; 95%CI: 1,715-4,596; p<0,001, відповідно). З використанням методу покрового регресійного аналізу розроблено математичну модель прогнозування кріочутливості вищезазначених клітин ПК (коефіцієнт детермінації R<sup>2</sup>=0,8373).

**Висновки.** Важливість прогнозу кріочутливості полягає у своєчасному застосовуванні додаткових методів кріозахисту.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВОГО БІЛКОВО-СОЛЬОВОГО РОЗЧИНУ ALX-5%

Кондрацький Б.О., Качмарик Д.Л., Панас О.М., Винарчик М.Й., Деркач Ю.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Мета.** У дослідях на тваринах дати токсикологічну характеристику нового білково-сольового розчину ALX-5%.

**Матеріали та методи.** Препарат ALX-5% містить: донорський альбумін (5%), п'ятиатомний спирт ксилітол (5%), залужнювальні компоненти – натрію лактат (1,9%) та натрію гідрокарбонат, а також електроліти Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup> та Cl<sup>-</sup>. Теоретична осмолярність — 990 мОсм/л; рН 6,2–7,4. Гостру токсичність та половину летальну дозу (LD<sub>50</sub>) визначали на білих мишах та білих щурах. Препарат вводили внутрішньоочеревинно у наростаючих дозах.

**Результати та обговорення.** Дослідження показали, що при *одноразовому* введенні розчину ALX-5% білим мишам в дозі 45 мл/кг маси тіла і білим щурам в дозі 41 мл/кг маси тіла загинули тварин та симптомів інтоксикації не відмічено. При *багаторазовому* дробному доочеревинному введенні визначити LD<sub>50</sub> розчину ALX-5% у білих мишей та білих щурів не вдалося, оскільки введення препарату у максимально можливий надлишковий дозі (174 мл/кг маси тіла для мишей та 90 мл/кг для щурів) не викликало загибелі тварин. Встановлено, що максимальна терапевтична доза препарату ALX-5% для людини становить 12–18 мл/кг маси тіла. Розрахункова середня терапевтична доза для людини складає 10 мл/кг маси тіла.

**Висновки.** За підсумками вивчення гострої токсичності комплексний білково-сольовий розчин ALX-5% може бути придатним до використання в медичній практиці.

Застосування ALX-5%, як і інших комбінованих лікарських засобів, має низку переваг у порівнянні із монопрепаратами. Рационально підібрані складники забезпечують потенціювання терапевтичної дії. Це дозволяє зменшити дозування кожного компоненту окремо, що зменшує ймовірність виникнення побічної дії на організм та вірогідність наступних ускладнень.

## ДІАГНОСТИКА Т-КЛІТИННИХ ЛІМФОМ ШКІРИ

Костик Х.Я., Ільницька Л.В., Берекета Я.Д., Шелеп Н.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Мета.** Розробити алгоритм діагностики Т-клітинних лімфом шкіри (грибоподібний мікоз — ГМ та його лейкоцитний варіант синдром Сезарі — СС).

**Матеріали та методи.** Захворюваність та поширеність Т-клітинних лімфом шкіри серед злоякісних хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної тканин займають відносно невеликий відсоток. Так захворюваність Т-клітинних лімфом за останні п'ять років коливається в межах 0,14 (2012 р.) до 0,22 (2016 р.) випадків на 100 тис. населення. Поширеність в абсолютних цифрах становила відповідно 287 та 399 випадків. За даними літератури частота грибоподібного мікозу сягає 0,4 випадки на 100 тис. населення, що становить 3,0% серед усіх злоякісних лімфом.

**Результати та обговорення.** До основних клінічних проявів ГМ відноситься в першу чергу ураження шкіри у вигляді специфічних плям, бляшок, еритродермії, пухлин, виразок аж до відкритих ран. На більш пізніх стадіях хвороби (III-IV) та особливо при СС відбувається ураження периферичних лімфатичних вузлів, внутрішніх органів, лейкоїмізація з появою



в периферичній крові атипичних клітин Сезарі. Діагностика ґрунтується на гістологічному та імуногістохімічному дослідженні уражених ділянок шкіри, яка супроводжується інфільтрацією дерми атипичними Т-лімфоцитами (з фенотипом CD3+, CD4+, CD7+, CD8+, CD30+) та моноклональністю TCR. Інколи зустрічаються випадки CD4+, CD8+. Труднощі виникають при діагностиці захворювання в I-й стадії хвороби, особливо при еритродермічній формі ГМ. Обговорюється можлива роль інфекції і асоційованих імунних реакцій у підтримці проліферації пухлинних CD4+ Т-лімфоцитів.

**Висновки.** Застосування гістологічних, імуногістохімічних методів дозволяють встановити діагноз ГМ, СС та провести диференціальну діагностику захворювань з іншими хворобами, які супроводжуються ураженням шкіри та лімфатичних вузлів. Діагностика полегшується за наявності в периферичній крові клітин Сезарі та специфічних уражень шкіри.

## ФОТОФЕРЕЗ У ЛІКУВАННІ Т-КЛІТИННИХ ЛІМФОМ ШКІРИ

Костик Х.Я., Курган М.Г., Деркач Ю.В., Новак В.Л.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Мета.** Вивчення ефективності застосування екстракорпоральних методів лікування (плазма-, фотоферез) хворих з Т-клітинною лімфомою шкіри. До Т-клітинних лімфом відноситься грибоподібний мікоз (ГМ) та його лейкоемічний варіант — синдром Сезарі, які супроводжуються ураженням шкіри малігнізованими зрілими CD-4+ Т-лімфоцитами. Незважаючи на відносно невеликий рівень захворюваності та поширеності діагностика та лікування Т-клітинних лімфом шкіри заслуговує особливої уваги. Це стосується, в першу чергу діагностики еритродермічної форми ГМ.

**Матеріали та методи.** Лікувальний плазма-, фотоферез проводили 14 пацієнтам з ГМ віком від 23-70 років, з яких 8 чоловіків і 6 жінок. Процедура фотоферезу (ФФ) проводили за методом Едельсона у нашій модифікації, яка включала прийом per os препарату 8-метоксипсоралену в дозі 0,5-0,6 мг/кг маси тіла через 2 год. Після розділення крові плазму утилізували, концентрат еритроцитів — реінфузували, а лейко-, лімфомасу (35-50 мл) доводили 0,9% NaCl до об'єму 70-100 мл і опромінювали у спеціальній кюветі ультрафіолетовими променями з довжиною хвилі 320-400 нм (0,45-0,47 Дж/мл клітин).

**Результати та обговорення.** В результаті проведеного лікування ремісію досягнуто у 11 хворих з I-II стадіями ГМ. Рецидив після лікування виник у одного хворого, якому для отримання повної ремісії було проведено повторний курс плазма-, фотоферезу з позитивним результатом. У 2 хворих незважаючи на поведене лікування наступило прогресування хвороби, яке перейшло у III стадію ГМ.

У хворих ГМ на III-IV стадіях захворювання важливим є поряд з базовою терапією (хіміотерапія, кортикостероїди PUVA-терапія, ФФ) застосування лікувальних заходів, спрямованих на детоксикацію, посилення захисних імунних реакцій.

**Висновки.** Запропоновано оригінальний метод лікування хворих на ГМ та СС, який включає детоксикацію і посилення захисних імунних реакцій організму; віддалені результати лікування залежать від стадії пухлинного процесу.

## РОЛЬ КОРЕКЦІЙНОГО ТЕСТУ З НОРМАЛЬНОЮ ПЛАЗМОЮ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РОЗЛАДІВ У КОАГУЛЯЦІЙНОМУ ГЕМОСТАЗІ

Красівська В.В., Стацишин. О.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

**Мета.** Встановити причини підвищеної кровоточивості та ізольованого подовженого активованого парціального тромбопластинового часу (АЧТЧ) у хворих з геморагічним синдромом.

**Матеріали та методи.** Обстежено 61 хворого зі скаргами на геморагічний синдром (41 чоловік, 20 жінок) віком від 6 міс. до 63 років (медіана 23,0 (0,5-63,0) [10,0-34,0] роки). Всім хворим виконували загальні коагулологічні дослідження. У пацієнтів з подовженням на 20% АЧТЧ проводили корекційні тести з нормальною плазмою. Розраховували очікувану корекцію (ОК), яку порівнювали з реально отриманою нормалізацією часу зсідання (РК). Від'ємне значення вказувало на відсутність корекції. У подальшому для встановлення діагнозу виконували тести, що уточнюють діагноз — визначення активності фактора зсідання VIII (ФVIII), IX (ФIX), XI (ФXI), інгібіторів до ФVIII (IX), рістотичний-кофакторної активності фактора Віллебранда, антифосфоліпідних антитіл/вовчакового антикоагулянту (АФЛА/ВА).

**Результати та обговорення.** У хворих на гемофілію А та В без інгібіторних антитіл та з інгібіторами до дефіцитного фактора подовжений час у тесті АЧТЧ приходив до норми, різниця між показниками ОК та РК позитивна. У хворих на набуту імунну коагулопатію АЧТЧ не нормалізувався, різниця між ОК та РК була від'ємною і становила -3,9(-9,6-3,1) [-4,9(-2,2)] с. Корекція подовженого АЧТЧ у хворих з атифосфоліпідним синдромом (АФС) була достатньою. При проведенні уточнюючих тестів у 34,4% було діагностовано гемофілію А, у 11,5% гемофілію В, у 13,1% гемофілію А з інгібітором до фактора зсідання VIII, у 6,5% набуту гемофілію А, у 1,6% набуту гемофілію В, у 4,9% хворобу Віллебранда, у 27,9% АФС.

**Висновки.** У хворих з геморагічним синдромом та ізольованим подовженням АЧТЧ застосування корекційного тесту з нормальною плазмою дозволяє діагностувати дефіцит фактора коагуляційного гемостазу (VIII, IX, XI) та диференціювати вроджену гемофілію з набутою імунною коагулопатією (набутою гемофілією). Для діагностики ВА/АФС корекційний тест з нормальною плазмою є непридатним.



## ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ГЕНЕЗ ГІПОКСІЇ В СТАДІЇ ШОКУ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Лановенко І.І., Боярська Г.М., Жернов О.А., Козинець Г.П.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Дослідити реактивність кисневотранспортної системи (КТС), механізми розвитку, характеристику та генез гіпоксії в стадії шоку опікової хвороби.

**Матеріали та методи.** Обстежено 20 хворих в стадії шоку опікової хвороби; проведені клінічні, клініко-лабораторні, біохімічні, клініко-фізіологічні дослідження.

**Результати та обговорення.** Застосовано розроблену проф. І.І. Лановенко методологію одночасного дослідження клініко-лабораторних показників, загального (вісцерального, метаболічного і структурного) гомеостазу, функціонального стану і механізмів регуляції КТС за показниками кисневого каскаду (транспорту і утилізації кисню), респіраторної, циркуляторної, гемічної і тканинної ланок КТС. За показниками моніторингу загального стану, функціонального і метаболічного гомеостазу визначено гемоконцентрацію, гіповолемію, поліфункціональну і поліорганну недостатність, гіперметаболізм, тяжку ендогенну інтоксикацію. При дослідженні КТС встановлено порушення кисневого гомеостазу: показників кисневого каскаду; легеневу гіпооксигенацію, гіперциркуляцію, відносну недостатність всіх ланок КТС. За результатами комплексних досліджень в стадії шоку встановлено формування гіпоксії змішаного типу, специфічними проявами якої є напружений режим функціонування КТС, гіперметаболізм і значне збільшення споживання кисню. Пусковим механізмом кисневого дисбалансу є больовий стрес та ендогенна інтоксикація; гіповолемія є провідним фактором розвитку патологічних порушень та формування гіпоксії. При ефективності терапії опікового шоку визначено усунення больового синдрому і гемоконцентрації та значне обмеження ступеня тяжкості гіпоксії.

**Висновки.** З'ясування кисневозалежних механізмів патогенезу опікової травми і хвороби має пріоритетне значення для обґрунтування нових шляхів, методів і програм їх лікування.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ (ХЛЛ) У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Лукавецький Л.М., Шалай О.О., Виговська О.Я., Виговська Я.І., Масляк З.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Київ

**Мета.** Покращити результати лікування ХЛЛ у людей похилого та старечого віку. Надати рекомендації для лікарів щодо оптимального лікування хворих (понад 65 р.) з ХЛЛ.

**Матеріали та методи.** 114 хворих на ХЛЛ віком 61 – 86 років (34 жінок та 34 чоловіків).

**Результати та обговорення.** Недостатня настороженість сімейних і лікарів інших спеціальностей призводить до пізньої діагностики ХЛЛ у цієї групи пацієнтів. Пацієнти після 65 років мають супутні захворювання, що впливає на функцію органів і здатність переносити лікування. Тому хворим на ХЛЛ у похилому віці перед вибором лікування слід провести оцінку стану органів та систем за шкалою CIRС (Cumulative Illness Rating Scale). Важливе значення у виборі лікування мають прогностичні маркери: генетичні характеристики пухлинних В-клітин (TP 53, del17p, del11q) є основними чинниками, що впливають на вибір лікування. Обираючи тактику лікування цих пацієнтів, слід оцінити рівновагу між ефективністю лікування і його токсичністю.

**Висновки.** В І-ій лінії лікування ХЛЛ у старших пацієнтів слід застосовувати хлорамбуцил, який забезпечує одержання часткової ремісії, за повної компенсації хворого, задовільної якості життя та відсутності значного токсичного впливу. У даних пацієнтів хлорамбуцил доцільно комбінувати з ритуксимабом (R) при сприятливих прогностичних маркерах (відсутність TP 53, del 17p). Якщо перед початком лікування виявляються несприятливі мутації (TP 53/del 17p), доцільно розпочати терапію R у комбінації з високими дозами метилпреднізолону (R-HDMP). За відсутності ефекту або при прогресуванні хвороби переходять на більш агресивні схеми лікування (II лінія): комбінації R з флударабіном та циклофосфамідом (R-FC) або бендамустином (BR).

## АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ПЛАЗМОКЛІТИННУ МІЕЛОМУ

Мінченко Ж.М.<sup>1</sup>, Дмитренко О.О.<sup>1</sup>, Мішаріна Ж.А.<sup>2</sup>, Любарець Т.Ф.<sup>1</sup>, Шляхтиченко Т. Ю.<sup>1</sup>, Хоменко В.І.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», м. Київ

<sup>2</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>3</sup> Київський центр трансплантації кісткового мозку, м. Київ

**Мета.** Дослідження поліморфних варіантів генів цитокінів *TNF-α*, *TGF-β1*, *IL-6*, *IL-10*, *IFN-γ* у хворих на плазмоклітинну мієлому (ПКМ) для визначення нових імуногенетичних чинників ризику розвитку захворювання.

**Матеріали та методи.** Обстежено 46 хворих на ПКМ. Дослідження проводились із використанням молекулярно-генетичних, гематологічних та статистичних методів. За контроль обрано результати розподілу поліморфних варіантів досліджуваних генів у панмієлцитичній популяції Південно-Східної Європи, як найбільш подібної за генетичною структурою до популяції Центральної України.

**Результати та обговорення.** Світові досягнення та результати наших попередніх досліджень свідчать, що у виникненні та перебігу ПКМ значне місце посідають генетичні характеристики та особливості імунного статусу, які значною мірою





зумовлені регуляторними властивостями цитокінів. Відомо, що однонуклеотидні поліморфізми (single nucleotide polymorphisms – SNP) в промоторній ділянці генів цитокінів найбільшою мірою впливають на швидкість секреції і біологічну активність цих факторів. Тому вивчення алельних варіантів генів, що визначають базовий рівень продукції цитокінів, дозволить встановити нові імунгенетичні чинники, асоційовані з високим ризиком розвитку захворювання. Вивчення розподілу частот алелей генів цитокінів у хворих на ПКМ у порівнянні з контрольною популяцією показало мінімальні відмінності, що свідчить про відповідність генетичної структури досліджених популяцій. Водночас, встановлено, що поширеність генотипу *TGF-β codon 10 T/T* у два рази перевищує носійство цього генотипу у контрольній популяції (0,59 та 0,22, відповідно,  $p < 0,05$ ). Тому, носійство гомозиготного генотипу *TGF-β codon 10 T/T* може розглядатися як імунгенетичний фактор схильності до розвитку ПКМ.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про доцільність визначення генетичного варіанта гена, що кодує трансформуючий ростовий фактор  $\beta 1$ , оскільки генотип *TGF-β codon 10 T/T* є одним з імунгенетичних чинників прогнозування розвитку плазмоклітинної мієломи.

## ЗАСТОСУВАННЯ РОЗМОРОЖЕНИХ ВІДМИТИХ ЕРИТРОЦИТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АНЕМІЙ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Орлик В.В.

**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів  
ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів**

**Мета.** Для лікування анемічного синдрому виникає необхідність замісної гемотерапії Безпечним гемотрансфузійним середовищем визнано розморожені відмиті еритроцити. В ДУ «ІНСТІТУТ НАМН УКРАЇНИ» розроблено простий і доступний метод кріоконсервування еритроцитів при температурі  $-20^{\circ}\text{C}$ . Метою дослідження є вивчення ефективності лікування анемії шляхом трансфузії еритроцитів, кріоконсервованих при  $-20^{\circ}\text{C}$ .

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були хворі з анемічним синдромом: гематологічні, онкологічні, хірургічні, пацієнти з травмами, масивними крововтратами та шоком. Всього 87 осіб. У крові хворих визначали кількість еритроцитів, величину гематокриту, показник загального гемоглобіну, вміст аденозинтрифосфорної кислоти (АТФ), 2,3-дифосфогліцерату (2,3-ДФГ).

**Результати та обговорення.** Повторно до 3-4 раз переливання розморожених еритроцитів у дозі 200,0 мл не супроводжувалися розвитком посттрансфузійних реакцій та ускладнень. В крові пацієнтів, після гемотрансфузії, значно збільшувалась кількість еритроцитів від  $2,1 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$  до  $3,7 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ), зростали вміст загального гемоглобіну від  $54,0 \pm 3,1$  г/л до  $107,0 \pm 3,8$  г/л ( $p < 0,05$ ) і показник гематокриту від  $0,36 \pm 0,03$  л/л до  $0,47 \pm 0,04$  л/л ( $p < 0,05$ ), що свідчило про виражену замісну дію перелитих кріоконсервованих еритроцитів. Після гемотрансфузії в крові хворих спостерігалось значне підвищення вмісту АТФ і 2,3-ДФГ ( $p < 0,05$ ). Позитивна динаміка змін цих сполук свідчила про збільшення енергетичного потенціалу, покращення киснево-транспортної функції еритроцитів крові хворих.

**Висновки.** Дослідження показали, що кріоконсервовані при  $-20^{\circ}\text{C}$  еритроцити є ареактогенним гемотрансфузійним середовищем. Перелиті кріоконсервовані еритроцити ефективно виконують замісну дію.

## ПІДСУМКИ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ В 2017 РОЦІ

Перехрестенко П.М., Самусь В.М., Аладьєва О.М.

**ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ**

**Мета.** Підвести підсумки роботи центрів та станцій переливання крові, відділень трансфузіології лікувальних закладів (ВТЛЗ) областей, м. Києва та закладів які підпорядковані іншим відомствам.

**Матеріали та методи.** Були проаналізовані звіти форми № 39–здоров, «Звіт центру служби крові (станції переливання крові), відділення трансфузіології лікувального закладу, установи, лікарні, яка проводить заготівлю крові» областей, м. Києва та закладів, безпосередньо підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, Національній академії медичних наук України, Міністерству оборони України.

**Результати та обговорення.** У 2017 році функціонували 43 центри (станції переливання крові), 309 ВТЛЗ та 76 лікарень, що заготовляють кров. Загальна кількість донорів склала 392274, з них безоплатних — 344719. Було проведено 581080 донацій: кроводач — 486706, плазмодач — 84373, донацій клітин крові — 10001. У звітному періоді було заготовлено 263672,3 л крові та 156819,2 л плазми. З усієї кількості плазми методом плазмаферезу вироблено 47717,3 л, що складає 30,4%. У минулому році практично всі центри (станції переливання крові) припинили випуск препаратів.

**Висновки.** Необхідно значно покращити якість плазми як для використання її в клінічних умовах так і для вироблення з неї препаратів крові.

## НОВІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВ/РЕФРАКТЕРНИХ (Р/Р) ФОРМ РН-НЕГАТИВНОЇ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ (ГЛЛ)

Перехрестенко Т.П., Третяк Н.М., Горяїнова Н.В., Басова О.В., Кисельова О.А., Стародуб Г.С., Мазур М.М.

**ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ**

**Вступ.** Загальна відповідь на терапію хворих дорослого віку з ГЛЛ залишається незадовільною. Частота рецидивів



становить від 20 до 30% при застосуванні salvage терапії. 80% випадків ГЛЛ мають pre-B-клітинний імунофенотип з більш ніж 90% експресією CD19 та більш ніж 80% експресією CD22.

**Мета.** Розробка нових імунологічних агентів, що спрямовані безпосередньо на антигени, що беруть участь у розвитку ГЛЛ.

**Матеріали та методи.** На сьогоднішній день у світі широко впроваджуються три нових види імунотерапії, що являють собою специфічні МкАт та генно-інженеровані Т-клітини химерного антигена Т-клітин.

**Результати та обговорення.** Перший, це білінаумаб, що є біспецифічним, поєднаним з Т-клітиною ВіТЕ антитілом, що складається з легких та важких ланцюгів анти-CD19 антитіла, зв'язаного неімуногенним шляхом з анти-CD3-антитілом. Дослідження включало пацієнтів після декількох salvage режимів або після алоТСК. Загальна відповідь, включаючи CR, CRh, складала 69% після двох циклів лікування. Відповідь була кращою після першого salvage режиму (11 з 11 пацієнтів мали CR), після двох та більше режимів (6 з 10), після алоТСК (8 з 15). Другий вид терапії, це інотузумаб, що є кон'югатом антитіл до лікарського засобу, котрий комбінує цитотоксичний агент каліхеаміцин з гуманізованим анти-CD22 антитілом. Важливим виявився значно вищий відсоток пацієнтів, що підлягали алоТСК у групі пацієнтів, які приймали інотузумаб (41% vs 11%). Третій вид терапії — CAR-T, одна з вражаючих нових стратегій лікування, при якій застосовуються генно-інженеровані Т-клітини химерного антигену рецептора Т-клітин (CAR-T). Аутологічні Т-клітини пацієнта збираються та трансдукуються з інженерованим рецептором для CD19, котрий експресується на високому рівні на В-лімфоцитах. Завдяки цьому Т-клітини здатні проявляти цитотоксичну дію на клітини пухлини, котрі експресують таргетний антиген. Дослідження MSKCC55-57 group включало 44 пацієнта: 26 після 3-х ліній терапії, 18 після алоТСК. 37 з 45 отримали CR, серед яких 30 з 36 були MRD негативними. OS б топ 65%, для MRD негативних — 80%.

**Висновки.** Застосування МкАт та CAR-T-терапії значно покращує результати лікування Р/Р ГЛЛ. Деякі з них вже схвалено до застосування при рецидивах ГЛЛ. Призначення МкАт може змінити парадигму лікування даної групи пацієнтів та замінити алоТСК, оскільки отримано вражаючі результати лікування Р/Р форм.

## ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ VE-КАДГЕРИНА У ВИНИКЕННІ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ ПІСЛЯ ХІМІОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ

Самура Б.Б.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Мета.** Виявлення прогностичної значущості VE-кадгерину у виникненні кардіоваскулярних подій, виживаємості пацієнтів з хронічною лімфоцитарною лейкемією в ремісії.

**Матеріали та методи.** В дослідження були включені 156 пацієнтів після хіміотерапії хронічної лімфоцитарної лейкемії, період спостереження становив 12 місяців. Рівень VE-кадгерину визначали за допомогою імуносорбентного методу. Гемодинамічні показники оцінювали за допомогою ехокардіографії.

**Результати та обговорення.** Було зафіксовано 216 кардіоваскулярних подій у 51 пацієнта (32,7%): 7 смертей, 122 кардіальних аритмій, 16 ішемічних подій, 3 інсульту, 30 випадків хронічної серцевої недостатності, 38 госпіталізацій, пов'язаних з кардіоваскулярними причинами.

Виявлений прямий зв'язок VE-кадгерину з цукровим діабетом II типу ( $r=0,43$ ,  $p=0,006$ ), статтю ( $r=0,42$ ,  $p<0,001$  для чоловіків), E/A ( $r=0,43$ ,  $p=0,001$ ), E/E' ( $r=0,40$ ,  $p=0,001$ ), загальним холестерином ( $r=0,32$ ,  $p=0,001$ ), віком ( $r=0,27$ ,  $p=0,001$ ), тютюнопалінням ( $r=0,27$ ,  $p=0,001$ ), фракцією викиду лівого шлуночка ( $r=-0,38$ ,  $p=0,001$ ) і швидкістю клубочкової фільтрації ( $r=-0,34$ ,  $P=0,001$ ).

Медіана циркулюючого VE-кадгерину у пацієнтів без кардіоваскулярних подій і у пацієнтів з кардіоваскулярними подіями склала 0,31 нг/мл (95% довірчий інтервал [ДІ] = 0,19-0,43 нг/мл) і 1,49 нг/мл (95% ДІ = 1,07-1,91 нг/мл), відповідно ( $p<0,001$ ). Мультіфакторний регресійний аналіз показав, що циркулюючий VE-кадгерин є незалежним прогностичним фактором виникнення кардіоваскулярних подій (коефіцієнт регресії 1,10; 95% ДІ = 1,01-1,13;  $p=0,001$ ) протягом 1 року.

**Висновки.** Серед пацієнтів з документованою хронічною лімфоцитарною лейкемією в ремісії підвищення циркулюючого VE-кадгерину асоціюється з виникненням кардіоваскулярних подій протягом 1 року.

## КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ЛІМФОЦИТАРНУ ЛЕЙКЕМІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІМУНОГЛОБУЛІНУ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ВВЕДЕННЯ

Сергута С.Ю., Бурнаєва С.В., Сівкович С.О.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Визначити вплив імуноглобуліну для внутрішньовенного введення (ІГВВ) на показники системи гемостазу у хворих на В-клітинну хронічну лімфоцитарну лейкемію/лімфому з малих лімфоцитів (В-ХЛЛ/ЛМЛ) при проведенні замісної імунотерапії.

**Матеріали та методи.** Із 40 хворих на В-ХЛЛ/ЛМЛ за клінічними і даними лабораторного обстеження (низький вміст основних класів імуноглобулінів (IgG, IgM, IgA) у сироватці крові) 10 пацієнтам було застосовано ІГВВ «Біовен-моно» («Біофарма», Україна) у дозі 0,2 г/кг маси тіла, одноразово. Перед та через добу після введення ІГВВ у крові хворих



визначали такі коагулологічні показники: протромбіновий час, протромбіновий індекс, час рекальцифікації, вміст фібриногену, активовані парціальний тромбoplastиновий час, час еуглобулінового лізису згортка, кількість тромбоцитів та їхню агрегацію при активації аденозиндифосфорною кислотою і ристоцетином. Дослідження проводили з використанням тест-наборів фірми «Helena В.Е.» (Великобританія). Статистичну обробку результатів здійснено за допомогою програми Statistica 6.1. Порівняння показників до та після застосування ІГВВ здійснювали за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні.

**Результати та обговорення.** Аналіз отриманих результатів визначення гемостатичного потенціалу крові у 10 хворих на В-ХЛЛ/ЛМЛ показав, що достовірної різниці між показниками до та після проведення ІГВВ-терапії не виявлено ( $p > 0,05$ ). Проте, через невелику чисельність спостережень проблема впливу замісної ІГВВ-терапії на показники системи гемостазу у хворих із захворюваннями кровотворної та лімфоїдної тканин потребує подальшого вивчення.

**Висновки.** Проведеними дослідженнями показано відсутність негативного впливу вітчизняного ІГВВ «Біовен-моно» у запропонованій дозі (0,2 г/кг маси тіла) на коагуляційний потенціал крові хворих на В-ХЛЛ/ЛМЛ.

## ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАННЯ

Сергієнко Л.І., Невірковець А.А.

### Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Інтенсифікація навчання (ІН) належить до ключових проблем педагогіки вищої школи: це передавання великого обсягу навчальної інформації (НІ) слухачам при незмінній тривалості навчання (Н) без зниження вимог до якості знань. Успішна ІН передбачає розроблення та впровадження науково обґрунтованих методів керівництва навчальним процесом (НП), що мобілізує творчий потенціал особистості. Підвищення темпів НП можливо досягнути шляхом удосконалення змісту навчального матеріалу (НМ) та методів навчання (МН).

Удосконалення змісту НМ щонайменше передбачає раціональний його відбір з чітким виокремленням основної базової частини і додаткової, другорядної Н; перерозподіл у часі НМ, зокрема викладення нового на початку заняття; концентрацію лекційних занять на початковому етапі освоєння курсу з метою напрацювання певного обсягу знань; раціональне дозування НМ для багаторівневого опрацювання нової НІ з урахуванням того, що процес пізнання розвивається не за лінійним, а за спіральним принципом; забезпечення логічної послідовності нової та вже засвоєної НІ, активне використання нового НМ для повторення та більш глибокого засвоєння пройденого; економне та оптимальне використання навчального часу.

Удосконалення МН досягається шляхом широкого використання колективних форм пізнавальної діяльності; вироблення у викладача відповідних навичок управління колективною навчальною діяльністю слухачів; застосування різних форм та елементів проблемного Н; удосконалення навичок педагогічного спілкування, що мобілізує творче мислення слухачів; індивідуалізація Н при роботі в групі слухачів; прагнення до результативності Н та рівномірного просування усіх слухачів в НП; знання та використання новітніх наукових даних в області соціальної та педагогічної психології; застосування сучасних засобів аудіо-візуалізації та інформаційних засобів навчання.

## ДОСЯГЕННЯ ПРОЕКТУ ЗМІЦНЕННЯ СЛУЖБ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ В УКРАЇНІ ЗА НАПРЯМОМ «НАЛЕЖНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПОНЕНТІВ КРОВІ»

Стенлі Дж.<sup>1</sup>, Юркевич І.<sup>1</sup>, Волок О.<sup>1</sup>, Сергієнко О.<sup>1</sup>, Подольчак Н.<sup>2</sup>, Вітек Ч.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, Вашингтон, США

<sup>2</sup>Центри контролю та профілактики захворювань Департаменту охорони здоров'я США (CDC), м. Київ

**Мета.** Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМАОЗ) виступає виконавцем 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)», відповідно до Угоди від 12.09.2012 року з Федеральним агентством Центри за контролю та профілактики захворювань США (CDC), бенефіціаром якої виступає 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 надає технічну допомогу демонстраційним закладам переливання крові в 6 регіонах (Київська, Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська області та м. Київ).

**Матеріали та методи.** Відповідно до плану діяльності проекту за напрямком «Менеджмент якості в службі крові» протягом 2016–2017 рр. обрано та підготовлено 10 місцевих експертів з належного застосування компонентів крові, та проведено їхнє навчання як тренерів проекту.

**Результати та обговорення.** Міжнародними експертами АМАОЗ Джем Горліном (медичний директор трансфузіологічної служби дитячих госпіталів та клінік Мінесоти, медичний директор Меморіальних центрів крові, Сент-Пол, Мінесота, США) та Мігелем Лозано (завідувач відділу гемотерапії Департаменту гемотерапії та гемостазу Лікарні клініки Барселони, Регіональний директор Міжнародного товариства трансфузійної медицини (ISBT)) розроблено матеріали з належного застосування компонентів і препаратів крові на основі 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) та 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 служби крові та закладів охорони здоров'я, в рамках активності Проекту за напрямом, спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика, за підтримки МОЗ України, під час VI Міжнародного медичного конгресу проведено навчальний семінар «Сучасна трансфузіологія: застосування компонентів крові в закладах охорони здоров'я» (тривалість 8 навчальних годин), участь в якому взяли 135 слухачів.

Спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика групою місцевих експертів розроблені навчальний семінар «Належне застосування компонентів крові» для проведення в демонстраційних сайтах (тривалість 8 навчальних год.) та однойменний навчальний online-семінар (9 вебінарів тривалістю по 1 навчальній год.) для поширення знань серед працівників структурних підрозділів служби крові та закладів охорони здоров'я в усіх областях України. Протягом 2017–2018 рр. проведено: 8 навчальних семінарів у демонстраційних сайтах проекту, участь в яких взяли 572 слухачі; 9 вебінарів, участь в яких взяли 171 слухач.

**Висновки.** Мета CDC та AMAOЗ полягає у співпраці зі СК в Україні для зміцнення безпеки і якості надання трансфузіологічної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я, шляхом забезпечення належного призначення і застосування компонентів крові.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ АНТИГЕННОГО КОМПЛЕКСУ Gp Ib/V/IX ТРОМБОЦИТАМИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ МІЕЛОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Шороп Є.В., Шороп С.М.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Дослідити експресію антигена Gp Ib/V/IX на тромбоцитах хворих на хронічну мієлоїдну лейкемію (ХМЛ) в різні періоди захворювання.

**Матеріали та методи.** Обстежено 19 хворих на ХМЛ (8 у хронічній фазі, 5 — фазі акселерації, 6 — бластною кризу). Група контролю складалась з 19 осіб. На тромбоцитах периферичної крові цитофлуориметричним методом з використанням моноклональних антитіл, кон'югованих з флуоресцентною міткою, визначали антиген CD42b, який є частиною комплексу Gp Ib/V/IX. Експресію антигена оцінювали за інтенсивністю флуоресценції тромбоцитів після інкубації з міченими антитілами, результат виражали в умовних одиницях. Імовірність різниці показників між групами визначали за критерієм Уїтні-Манна.

**Результати та обговорення.** Показники експресії на тромбоцитах Gp Ib/V/IX у хронічній та фазі акселерації не мали значимих відхилень від групи контролю й становили, відповідно,  $(433,6 \pm 9,3)$  у.о. і  $(462,8 \pm 16,9)$  у.о. проти  $(444,5 \pm 9,7)$  у.о. Поряд з тим, при бластному кризі виявлено зниження показника експресії, який становив  $(400,5 \pm 14,4)$  у.о., порівняно з контрольною групою ( $p=0,02$ ), і групою хворих у фазі акселерації ( $p=0,05$ ), що свідчить про зниження кількості цього глікопротеїну на тромбоцитах. Являючи собою рецептор фактора Віллебранда та тромбін, Gp Ib/V/IX забезпечує адгезію до субендотелію і агрегацію тромбоцитів при первинному гемостазі. Брак його викликає уроджене (синдром Бернара-Сульє) та набути порушення згортання крові, зокрема, при лейкеміях.

**Висновки.** На тромбоцитах хворих з бластним кризом ХМЛ виявлено зниження експресії антигенного комплексу Gp Ib/V/IX, що поряд з відомими кількісними порушеннями рецепторів та низькими функціональними показниками свідчить про неповноцінність цих клітин і є причиною геморагічних ускладнень у термінальній стадії ХМЛ.

## ВИБІР МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ФАКТОРА VIII ЗСІДАННЯ КРОВІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВІРУС-ІНАКТИВУЮЧИХ АГЕНТІВ

Шурко Н.О.<sup>1</sup>, Даниш Т.В.<sup>1</sup>, Міляшкевич С.П.<sup>1</sup>, Дяків Я.М.<sup>2</sup>, Корецька Н.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів  
<sup>2</sup>Львівський обласний центр служби крові, м. Львів

**Мета.** Підібрати оптимальний метод визначення активності FVIII в технології отримання препарату.

**Матеріали та методи.** Як вихідний матеріал використали Кріопреципітат. Визначення активності FVIII проводили двома методами: одностадійним коагулологічним та хромогенним.

**Результати та обговорення.** При проведенні коагулологічного визначення активності FVIII розчини антивірусних агентів (три(н-бутил)фосфату, Тритону X-100, Твін-80 та тїоціанату амонію (NH<sub>4</sub>SCN)) додавали безпосередньо в реакційну суміш перед етапом активації FVIII. При визначенні активності з використанням хромогенного субстрату S-2765 їх додавали перед процесом активації (перед внесенням реактив-реагенту) або після (перед доданням хромогенного субстрату), щоб дослідити вплив як на сам процес активації FX, так і на ферментаційний гідроліз хромогенним субстратом FXa. Експериментально доведено, що на визначення активності хромогенним методом вплив домашкових речовин в інкубаційній суміші є меншим у порівнянні з коагулологічним.

Так, при певних концентраціях різних хімічних чинників (у нашому випадку вірус-інактивуючих речовин: >0,06 M NH<sub>4</sub>SCN; ≥2,0% три(н-бутил)фосфату; ≥1,5% Тритон X-100; ≥2,0% Твін-80) активність FVIII коагулологічним методом, на відміну від хромогенного, не визначалася.

**Висновки.** Встановлено, що для контролю активності FVIII на різних етапах його одержання, в тому числі і після вірус-



інактивації хімічними методами, кращим є застосування методу гідролізу хромогенного пептидного субстрату, оскільки він дозволяє проводити контроль визначення на різних етапах технологічного процесу отримання без додаткових етапів діалізу, гель- чи ультрафільтрації.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЮЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ ХІМІОТЕРАПІЇ

Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Протягом останніх десятиліть набуває особливого значення дослідження показників якості життя (ЯЖ) пацієнтів онкогематологічного профілю в динаміці хіміотерапії (ХТ).

**Мета.** Вивчити ЯЖ у хворих на гострі лейкозії (ГЛ) в залежності від наявності супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС) в динаміці індукційних курсів ХТ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 83 пацієнти з вперше виявленими ГЛ, з них — 19 лімфобластна, 64 — мієлоїдна лейкозії, віком 16–72 роки, 43 (51,8%) чоловіків, 40 (48,2%) жінок, за ECOG I-II. Хворі отримували стандартну ХТ індукції ремісії. За наявності супутньої ІХС хворі були розподілені на групи: I (n=47) — ГЛ без супутньої ІХС; II (n=36) — ГЛ із супутньою ІХС. ЯЖ пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 з підрахунком фізичного і психічного компонентів здоров'я до лікування та після 2-х індукційних курсів ХТ за умов досягнення ремісії.

**Результати та обговорення.** Перед ХТ у хворих обох груп спостерігалися достовірно низькі показники фізичного і психічного компонентів ЯЖ порівняно із здоровими опитаними. Після досягнення ремісії у хворих I групи покращились усі показники ЯЖ, за винятком інтенсивності болю та соціального функціонування. Середні показники фізичного статусу у хворих I та II груп достовірно не змінилися. Одночасно, психологічний статус пацієнтів покращився: у I групі в 1,5 рази ( $40,9 \pm 2,25$  проти  $27,1 \pm 2,77$  до ХТ;  $p < 0,05$ ), у II групі — в 1,3 рази ( $37,3 \pm 2,82$  проти  $28,3 \pm 2,37$  до ХТ;  $p < 0,05$ ).

Мінімальні значення усіх шкал після ХТ характерні для пацієнтів II групи із супутньою ІХС. Відмінності між групами не були статистично значущими за усіма шкалами, окрім показника фізичної активності ( $41,7 \pm 1,36$  проти  $46,6 \pm 2,02$ ;  $p < 0,05$ ). Проте, порівняно із даними практично здорових показники ЯЖ хворих на ГЛ після ХТ залишалися достовірно низькими.

**Висновки.** Оцінка ЯЖ хворих на ГЛ із супутньою ІХС у динаміці спостереження — важливий компонент ведення онкохворих, що дозволяє індивідуалізувати підхід до кожного пацієнта за наявності даного виду синдроми.

## ВІМСТ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ МІЕЛОМОНОЦИТАРНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Стародуб Г.С., Горяїнова Н.В., Третьак Н.М., Гордієнко А.І.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Хронічна мієломоноцитарна лейкозії (ХММЛ) — це хронічне мієлопроліферативне захворювання, яке характеризується підвищеною проліферативною активністю гранулоцитарного та моноцитарного паростків кровотворення, наявністю диспластичних змін в одному, двох або трьох паростках кровотворення. ХММЛ діагностується на підставі абсолютного моноцитозу (більше  $1 \times 10^9/\text{л}$ ) у крові, що часто супроводжується збільшенням кількості зрілих гранулоцитів з ознаками дисплазії: гіо грануляція та пельгеровська форма ядра. В кістковому мозку (КМ) при ХММЛ дисплазія трьох паростків кровотворення поєднується з підвищеним вмістом моноцитів та їхніх попередників, а також бластних клітин, анемією, нерідко тромбоцитопенією. У кістковому мозку, крім великої кількості моноцитів присутні промоноцити і монобласти. У трепанобіопатії КМ виявляється поліморфно-клітинна гіперплазія, дифузне розростання клітини без значних скупчень мононуклеарів. Наявність у трепанобіопатії вогнищ бластних клітин, розташованих у центральних відділах КМ порожнин, а не біля кісткових балок, свідчить про високий ризик розвитку гострої лейкозії.

Тобто, морфологічні ознаки захворювання вивчені дуже глибоко, проте залишається і до тепер маловивченою проблема мікрооточення пухлини, яке відповідає за особливості перебігу та розповсюдження неоплазії.

**Мета.** Вивчення рівня фактору некрозу пухлин (TNF) та ендотеліального фактору росту А (VEGF А) у хворих на ХММЛ в ініціальному періоді.

**Матеріали та методи.** Обстежено 8 хворих на ХММЛ хронічна стадія: 5 жінок, 3 чоловіки. Медіана віку — 65 років. Верифікація діагнозу проводилась на підставі загальноклінічних, цитоморфологічних, гістологічного, цитогенетичного методів дослідження. Визначення концентрації TNF- $\alpha$ , VEGF А проводили імуноферментним методом з використанням стандартних наборів, з використанням імуноферментного аналізатора «Multiscan EX» при довжині хвилі 450 нм. Контролем була плазма в здорових осіб.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що в групі хворих на ХММЛ при ініціальному обстеженні спостерігається значна різниця в концентрації VEGF та TNF- $\alpha$ , порівняно зі здоровими особами. У хворих показник концентрації VEGF коливався від 26,19 до 593,45 пг/мл при показнику у донорів 15,93–42,6 пг/мл. Концентрація TNF- $\alpha$  в сироватці крові обстежуваних хворих коливалась від 46,3 пг/мл до 25,2 пг/мл при показнику у здорових осіб від 5,9 до 8,1 пг/мл.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про участь VEGF та TNF- $\alpha$  в патогенезі хронічної мієломоноцитарної лейкозії та необхідності подальшого вивчення.



## ПРОГНОЗУВАННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ТОКСИЧНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сивак Л.А., Майданевич Н.М., Лялькін С.А., Аскольський А.В.,

Верьовкіна Н.О., Губарева Г.О.

Національний інститут раку, м. Київ

**Вступ.** Основним методом лікування хворих на метастатичний рак грудної залози (МРГЗ) є проведення паліативної хіміотерапії (ХТ), спрямованої на покращення якості та тривалості життя хворих. При визначенні тактики лікування необхідно враховувати очікувану ефективність і токсичність ймовірного лікування. Несвоєчасна корекція ускладнень ХТ може потребувати припинення спеціального лікування, заміни схеми задалегідь ефективної хіміотерапії, що погіршує ефективність лікування, прогноз захворювання та знижує якість життя хворих.

**Мета.** Оптимізація ефективності лікування хворих на МРГЗ на підставі прогнозування гематологічної токсичності з урахуванням молекулярно-генетичних факторів.

**Матеріали та методи.** Проліковано 101 хворого на МРГЗ IV стадії за стандартною схемою ТС (паклітаксел 175 мг/м<sup>2</sup>, карбоплатин АUC 6 в/в в 1-й день кожні 3 тижні), віком від 31 до 70 років, середній вік склав (49,8±9,8) років. Використовували клініко-лабораторні, інструментальні та молекулярно-генетичні методи дослідження (поліморфізм гену MTHFR). Прояви токсичності ХТ досліджували на 7-й, 14-й та 21-й дні після кожного курсу ХТ за критеріями NCIC-CTC (V.4.03, 2010 р.).

**Результати та обговорення.** Гематологічну токсичність спостерігали у 68 (67,2%) хворих, в тому числі анемію у — 54 (53,6%) хворих. I ступеня — у 33 (32,6%), II ступеня — у 16 (15,8%) III ступеня — у 5 (4,9%) хворих. Лейкопенію визначали у — 40 (39,6%) хворих. I ступеня — у 22 (21,7%), II ступеня — у 17 (16,8%), III ступеня — у 3 (6,0%) хворих. Нейтропенію відмічали у 11 (10,8%) хворих. I ступеня — у 8 (7,9%), II ступеня — у 3 (6,0%). Необхідно зазначити, що випадків фебрильної нейтропенії не спостерігали в жодному випадку. Тромбоцитопенію досліджували у 18 (17,8%) хворих. I ступеня — у 16 (15,8%), II ступеня — у 2 (4,0%) хворих. Встановлено, що прояви гематологічної токсичності у хворих на МРГЗ мали прямий кореляційний зв'язок з кількістю проведених курсів ПХТ (r=0,47, p<0,005), віком хворих до 45 років, (r=0,58, p<0,05), генотипом С/Т гена MTHFR (r=0,68, p<0,04).

**Висновки.** Визначення факторів ризику розвитку гематологічної токсичності, ретельне спостереження за хворими і своєчасне лікування ускладнень дасть можливість провести ХТ в повному обсязі та в оптимальні терміни, покращити ефективність лікування та якість життя хворих на МРГЗ.

## РІВНІ ЗАГАЛЬНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ, БІОМАРКЕРІВ D-ДИМЕРУ І РОЗЧИННОГО ФІБРИНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ З ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Вергун Л.Ю.<sup>1</sup>, Сурменко В.М.<sup>2</sup>, Сивкович С.О.<sup>1</sup>, Тимченко А.С.<sup>1</sup>, Ганова Л.О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup> Миський центр крові, м. Київ

<sup>3</sup> ПрАТ «НВК ДіапрофМед», м. Київ

**Мета.** Визначення рівнів загальних імуноглобулінів, біомаркерів d-димеру (d-d) і розчинного фібрину (рф) в плазмі крові хворих на лімфопрولیферативні новоутворення (ЛПН) кількісним імуноферментним аналізом (ІФА).

**Матеріали та методи.** Сироватка/плазма цитратна (0,109M або 0,129M) здорових донорів і волонтерів, пацієнтів з ЛПН відділення цитогенетичної діагностики і лікування онкогематологічних захворювань. При постановці ІФА використовували тест-системи «Іммуноскрин G, M, A- ИФА-БЕСТ», «DIA-фібрин розчинний», «DIA-D-димер», «D-димер-ИФА-БЕСТ».

**Результати та обговорення.** Кількісний ІФА дозволив визначити діапазон референтних значень IgG, IgM, IgA здорових донорів (ч/ж: 30/15, вік від 18 до 59 років). Діапазон нормальних значень маркерів гемостазу плазми (ч/ж: 15/15, вік від 18 до 60 років) d-d і рф складав відповідно до 45,2±9,42 нг/см<sup>3</sup> (норма <100 нг/см<sup>3</sup>) і 0,5±0,12 мг/см<sup>3</sup> (норма менше 2 мг/см<sup>3</sup>), P<0,001. Аналіз результатів, отриманих при тестуванні ІФА плазми/сироватки крові хворих з ЛПН, показав, що пацієнти з дефіцитом IgG склали 18,6% (DІ 5,0±1,2 мг/см<sup>3</sup>). При таких рівнях рекомендується імунотерапія. Рівень IgG у межах норми був у плазмі/сироватці 69,8% хворих (DІ 13,7±1,87 мг/см<sup>3</sup>). У досліджених нами зразках плазми крові хворих рівні рф від 2,4 до 20,3 мг/см<sup>3</sup> виявлено у 47,8% (p<0,001), що свідчить про порушення в системі згортання крові у цієї категорії хворих. Хворі з рівнями d-d від 107 до 1251 нг/см<sup>3</sup> склали 65,2% (p<0,001), що свідчить про активацію системи згортання крові і фібринолізу. В ході наших досліджень встановлено, що у пацієнтів з підвищеними рівнями d-d, як правило, спостерігалася гіперглобулінемія по IgM. Кількісне визначення рф і d-d в плазмі крові дозволяє діагностувати пред- і пост-тромботичний стан організму. Застосування ІФА забезпечує проведення моніторингу швидко, з високою продуктивністю.

**Висновки.** На підставі отриманих даних про те, що у більшості хворих на ЛПН були відсутні ознаки імунодефіциту або гіперглобулінемії, а також у зв'язку з відхиленнями в плазмому гемостазу у 65% пацієнтів з ЛПН, необхідність моніторингу плазми крові хворих на рівні загальних імуноглобулінів, біомаркерів d-d і рф очевидна.



**ДОСЯГЕННЯ ПРОЕКТУ ЗМІЦНЕННЯ СЛУЖБ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ В УКРАЇНІ ЗА НАПРЯМОМ «МЕНЕДЖМЕНТ ЯКОСТІ В СЛУЖБІ КРОВІ»**Стенлі Дж.<sup>1</sup>, Юркевич І.<sup>1</sup>, Волок О.<sup>1</sup>, Сергієнко О.<sup>1</sup>, Подольчак Н.<sup>2</sup>, Вітек Ч.<sup>2</sup><sup>1</sup>Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, Вашингтон, США<sup>2</sup>Центри контролю та профілактики захворювань Департаменту охорони здоров'я США (CDC), м. Київ

**Мета.** Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМАОЗ) виступає виконавцем 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)», відповідно до Угоди від 12 вересня 2012 року з Федеральним агентством Центри за контролю та профілактики захворювань США (CDC), бенефіціаром якої виступає Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України). Для імплементації проекту між МОЗ України та АМАОЗ укладено Меморандум про співробітництво від 18 лютого 2015 року. В рамках проекту АМАОЗ надає технічну допомогу демонстраційним закладам переливання крові в 6 регіонах (Київська, Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська області та м. Київ).

**Матеріали та методи.** Відповідно до плану діяльності проекту за напрямком «Менеджмент якості в службі крові» протягом 2014–2016 рр. обрано та підготовлено 12 місцевих експертів з менеджменту якості, та проведено їхнє навчання як тренерів проекту.

**Результати та обговорення.** Під керівництвом головного дослідника проекту з безпеки крові Дж. Стенлі, спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика, групою місцевих експертів створено навчальний посібник для лікарів «Менеджмент якості в службі крові», рекомендований МОН України, який поширено серед працівників структурних підрозділів служби крові в усіх областях України. На основі матеріалів посібника розроблено однойменні навчальний семінар для проведення в демонстраційних сайтах (тривалість 8 навчальних год.), навчальний online-семінар (21 вебінар тривалістю по 1 навчальній год.) для поширення знань серед працівників структурних підрозділів служби крові в усіх областях України. Протягом 2017 р. проведено: 6 навчальних семінарів в демонстраційних сайтах проекту, участь в яких взяли 268 слухачів; 21 вебінар, участь в яких взяли 634 слухачі. В рамках роботи за напрямком проведено 12 наставницьких візитів в демонстраційні сайти (1 робочий день, 8 навчальних год.) та взято участь у 10 заходах з моніторингу ефективності впровадження менеджменту якості в демонстраційних сайтах проекту CDC/АМАОЗ (SIMS).

З метою забезпечення сталості проекту, на основі посібника для лікарів «Менеджмент якості в службі крові», спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика, розроблено і затверджено навчальний план та програму циклу тематичного удосконалення «Менеджмент якості в службі крові» (за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання), тривалість навчання 0,5 міс.

**Висновки.** Метою CDC та АМАОЗ є співпраця зі СК в Україні для зміцнення поточних робочих процесів, тим самим підвищуючи безпеку і наявність крові та її компонентів для всіх, кому вони можуть знадобитися.

**ONLINE-НАВЧАННЯ НА БАЗІ ТЕХНОЛОГІЇ ВЕБІНАРІВ**

Волок О., Сергієнко О.

**Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, Вашингтон, США**

Наслідком об'єктивного процесу інформатизації суспільства та освіти є поява дистанційного навчання (ДН) як найбільш скороченої, гуманістичної, інтегральної форми освіти, орієнтованої на індивідуалізацію навчання. Вебінар (від англ. скорочення web-based seminar) (ВБ) — одна з форм забезпечення ДН.

ВБ — це захід, організований в Інтернеті чи Інтранеті, за допомогою програмного забезпечення, завдяки якому виконується передання знань в інтерактивному режимі. Основа ВБ — програмне забезпечення (віртуальний клас), що дозволяє організувати спілкування між географічно віддаленими користувачами в режимі реального часу. Найбільш досконалі віртуальні класи, крім стандартних інструментів комунікації (текстовий, голосовий та відео-чати, «блі дошки» для спільного рисунка) надають можливість демонструвати презентації PowerPoint, документи в форматах doc та pdf, електронні таблиці Excel, анімацію та відео. Крім того, за їхньої допомоги здійснюється показ веб-ресурсів, робочого столу чи активних додатків з комп'ютера ведучого. Під заходом розуміють будь-який формат взаємодії: лекція, семінар, тренінг, конференція тощо.

Переваги ВБ, порівняно з очним заходом: відсутність географічних обмежень; розмір аудиторії, обмежений лише технічними можливостями і завданнями заходу; економія часу і засобів як організатора, так і учасників. Головний недолік ВБ — менша кількість каналів взаємодії з аудиторією, і як наслідок, більш слабкий зворотний зв'язок з учасниками, менше можливостей контролювати учасників та утримувати увагу аудиторії, менше можливостей емоційного включення аудиторії в процес навчання.

Основні види ВБ, що використовуються в навчальному процесі: інформаційний семінар; навчальні; тренінги; підтримка слухачів. Методика проведення занять на ВБ визначається, в першу чергу, технічними можливостями обраної платформи. Для забезпечення ефективності методу доцільно виконати три наступні дії: правильно обрати місце ВБ в системі навчання (перед очним навчанням; після основного навчання; як самодостатній метод навчання; як метод поширення досвіду); визначити, за допомогою якого технічного рішення їх реалізувати і забезпечувати функціонування та доступність для слухачів; навчити викладачів навикам проведення ВБ.



ВБ належать до планових online-заходів, оскільки такі заходи потребують попереднього планування та організації навчання (розроблення методичного забезпечення, підготовка викладачів, формування бази (переліку) слухачів, розсилання запрошень до участі). ВБ належать як до категорії синхронного, так і асинхронного електронного навчання. ВБ ефективні внаслідок їх записів, які можуть бути використані слухачами в будь-який зручний для них час.

### РЕЗУЛЬТАТИ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ НЕГОДЖКІНСЬКИХ ЛІМФОМАХ

Євстахевич Ю.Л., Євстахевич І.Й., Виговська Я.І., Семерак М.М., Лебедь Г.Б.,  
Бардах І.Б., Книш О.В., Логінський В.Є.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів  
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

**Мета.** З'ясування ефективності спленектомії при негоджкінській лімфомі (НГЛ).

**Матеріали та методи.** 111 пацієнтів на НГЛ, яким протягом 1986-2016 рр. була проведена спленектомія. Серед них: 44 пацієнти на дифузну великоклітинну В-клітинну лімфому (DLBCL), 34 пацієнти на лімфому маргінальної зони селезінки (SMZL), 7 пацієнтів на лімфому селезінки з ворсчастими лімфоцитами (SLVL), 5 пацієнтів на лімфому з клітин мантії (MCL), 4 пацієнти з фолікулярною лімфомою (FL), 13 пацієнтів з В-клітинною НГЛ за робочою класифікацією Working Formulation, 2 хворих з печінково-селезінковою Т-клітинною лімфомою (HSTCL) та 2 пацієнти з Т-клітинною НГЛ некласифікованою.

**Результати та обговорення.** В результаті СЕ у всіх пацієнтів ліквідовано компресійний синдром, при асоційованих імунних цитопеніях припинився гемоліз, нормалізувалось число тромбоцитів, зменшилися прояви регіонарної портальної гіпертензії, зникла потреба або підвищилась чутливість до хіміотерапії, у частини пацієнтів було уточнено або встановлено заключний діагноз. Післяопераційні ускладнення були зафіксовані у 21,6% пацієнтів. Безпосередньо після операції померло 6 (5,4%) пацієнтів (гостра наднирникова недостатність — 2 пацієнти, тромбоемболія легеневої артерії — 1 пацієнт, поліорганна недостатність — 3 пацієнти). При проведенні ретроспективного аналізу встановлено що виживання більше 5 років при DLBCL було у 39% пацієнтів, SMZL — у 61,4%, SLVL — у 42,8%, MCL — 54,2%, FL — 25%, В-клітинній НГЛ за класифікацією WF-78%, HSTCL — 0%, Т-клітинній НГЛ — 0%.

**Висновки.** При НГЛ, які супроводжуються масивною спленомегалією, спленектомія залишається важливим лікувально-діагностичним методом. Велика селезінка, на фоні цитопенії, регіонарної портальної гіпертензії, периспленіту складає високий операційний ризик. При печінково-селезінковій Т-клітинній та некласифікованій Т-клітинній лімфомах спленектомія є неефективною.

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА — СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

#### «СЬОГОДЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–14.00

**Організатор:** Інститут сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Сьогоднішня та перспективи розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

**Доповідачі:** *Шекера О.Г., академік АНВО України, д.м.н., проф., директор Інституту сімейної медицини*

**Тема:** Реформа ПМД. Чого від неї чекає лікарю?

**Доповідачі:** *Матюха Л.Ф., проф.; Медведовська Н.В., проф. (Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги)*

**Тема:** Екстрена медична допомога в Україні. Сучасні ризики та шляхи їх попередження

**Доповідачі:** *Слонецький Б.Л., проф.; Зозуля І.С., проф.; Вербицький І.В., асистент (Кафедра медицини невідкладних станів)*

**Тема:** Наукові розробки кафедри сімейної медицини: шлях до персоналізації первинної медичної допомоги

**Доповідачі:** *Хіміон Л.В., проф.; Ткаченко В.І., д.м.н.; Яценко О.Б., доцент; Данилюк С.В., доцент; Ситюк Т.О., асистент (Кафедра сімейної медицини)*

**Тема:** Сучасні моделі надання паліативної допомоги населенню

**Доповідачі:** *Царенко А.В., доц., чл.-к. НАМН України; Губський Ю.І., проф.; Гойда Н.Г., проф. (Кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології)*

**Тема:** Необхідність запровадження знань і умінь рівня BLS у лікарські спеціальності

**Доповідачі:** *Роцін Г.Г., проф.; Сличко І.Й., доцент (Кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки)*

**Тема:** Медико-психологічний супровід дітей групи ризику по формуванню хронічної захворюваності та затримки розвитку

**Доповідач:** *Куріліна Т.В., проф. (Кафедра педіатрії №2)*

**Тема:** Професійно-стратифікована апробація експериментально-психологічних методик, як прогресивний напрямок психопрофілактики в системі правоохоронних органів

**Доповідач:** *Омелянович В.Ю., д.м.н., проф. (Кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології)*

**Тема:** Головний біль в практиці сімейного лікаря

**Доповідач:** *Чуприна Г.М., д.м.н., доцент (Кафедра неврології і рефлексотерапії)*

**Тема:** Роль лікаря сімейної медицини у своєчасному виявленні туберкульозу

**Доповідач:** *Ніколаєва О.Д., доцент (Кафедра фтизіатрії і пульмонології)*

**Тема:** Токсоплазмоз: підходи до діагностики та лікування у вагітних

**Доповідач:** *Бойко В.О., доцент (Кафедра інфекційних хвороб)*

**Тема:** Клінічний перебіг та морфо-функціональний стан слизової стравоходу на фоні комплексного лікування хворих з поєднанням артеріальної гіпертензії та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

**Доповідачі:** *Морєва Д.Ю., доцент; Стаднюк Л.А., проф.; Олійник М.В., доцент; Кононенко О.А., асистент;*

**Повіткіна Т.М., асистент (Кафедра терапії і геріатрії)**

**Тема:** Експериментально-морфологічне обґрунтування використання колагенового імплантату при норичцях прямої кішки

**Доповідачі:** *Борн Є.Є., асистент; Фелештинський Я.П., проф.; Ватаманюк В.Ф., асистент, Йосипенко М.О., доцент,*

**Сміщук В.В., асистент (Кафедра хірургії та проктології)**

**Тема:** Основи здорового харчування у вагітних з ендокринною патологією

**Доповідач:** *Орлик О.С., асистент (Кафедра діабетології)*

#### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «РЕФОРМА І ЯКІСТЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.00

**Організатор:** Асоціація сімейної медицини

#### ПРОГРАМА

Перше пленарне засідання. Організаційні аспекти якості ПМД

**Модератори:** *Лариса Федорівна Матюха, Костянтин Олександрович Надутий*

**Тема:** Пацієнт — лікар — заклад ПМД — громада — лікарська спільнота: зміни взаємовідносин у процесі реформи

**Доповідач:** *Лариса Федорівна Матюха, д.м.н., проф. НМАПО імені П. Л. Шупика, Президент УАСМ*

**Тема:** Як організувати вимірювання якості ПМД та забезпечити її підвищення?



**Доповідач:** *Костянтин Олександрович Надутий*, керівник напрямку «Менеджмент» УАСМ

**Тема:** Автономізація закладів ПМД — переваги і ризики

**Доповідач:** *Ірина Миколаївна Швець*, Профспілка працівників охорони здоров'я України, заступник Голови

**Тема:** Належна практика ПМД в ракурсі якості і ефективності. Рівень запобігання госпіталізації

**Доповідач:** *Любов Григорівна Крикливець*, ДООЗ КМДА, головний спеціаліст

**Тема:** Медико-економічна і соціальна ефективність сучасних технологій лікування онкологічних захворювань

**Доповідач:** *Олег Орестович Спіженко*, Генеральний директор «Клініки Співенка»

**Тема:** Майстер-клас: Менеджмент якості за ISO- що це і навіщо це нам?

**Проводить:** *Валентина Ануфрієва*, «QMinHealthcare», тренер

**Тема:** Презентація MIC nHealth для головних лікарів

**Доповідач:** *Ростислав Олійник*, ТОВ «Роял Інтеграція» (seo), м. Полтава

### Друге пленарне засідання. Клінічні аспекти якості ПМД

**Модератори:** *Матюха Лариса Федорівна, Людмила Вікторівна Хімюн*

**Тема:** Комплексний підхід до лікування цукрового діабету 2 типу — запорука компенсації пацієнта

**Доповідач:** *Ольга Сергіївна Орлик*, к.м.н., ас. каф. діабетології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Гострий і хронічний біль: погляд невролога

**Доповідач:** *Наталія Костянтинівна Свиридова*, д.м.н., професор, зав. каф. неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П. Л. Шупика, Голова ГО «Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії»

**Тема:** Можливості патогенетичного та симптоматичного лікування діабетичної нейропатії

**Доповідач:** *Олеся Павлівна Кіхтяк*, д.м.н., проф. каф. ендокринології ЛНМУ ім. Данила Галицького

**Тема:** Нові інструменти у лікуванні хронічних запально-дегенеративних захворювань суглобів

**Доповідач:** *Лариса Федорівна Матюха*, д.м.н., проф. НМАПО імені П. Л. Шупика, Президент УАСМ

**Тема:** Головні причини втоми очей

**Доповідач:** *Олександр Сергійович Тесленко*, зав. офтальмологічного центру КМП Печерського району

**Тема:** Хронічний бронхіт: основні підходи до лікування загострень

**Доповідач:** *Тетяна Анатоліївна Титова*, к.м.н., доц., НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Проблеми прохідності слізозних шляхів різного віку

**Доповідач:** *Наталія Володимирівна Медведовська*, д.м.н., проф., НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Розумний вибір для захисту дітей від пневмококових захворювань

**Доповідач:** *Наталія Васецька*, Медичний менеджер, вакцини ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютикалс Україна»

**Тема:** Тактика ведення пацієнта з рецидивуючою патологією дихальних шляхів

**Доповідач:** *Тетяна Миколаївна Бухановська*, к.м.н., доцент НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Пієлонефрит: компроміс при виборі лікування

**Доповідач:** *Тетяна Анатоліївна Титова*, к.м.н., доцент НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Профілактика порушень жіночого репродуктивного здоров'я

**Доповідачі:** *Тетяна Миколаївна Сіліна*, д.м.н., професор НМАПО імені П. Л. Шупика; *Тетяна Миколаївна Бухановська*, к.м.н., доцент НМАПО імені П. Л. Шупика; *Наталія Костянтинівна Сіліна*, к.м.н., лікар акушер-гінеколог вищої кваліфікаційної категорії

**Тема:** Залізodefіцитна анемія

**Доповідач:** *Юлія Володимирівна Косенчук*, асистент кафедри СМ та АПД НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Ефективність препаратів глутаксиму та нуклексу в комплексному лікуванні чоловіків із порушеною фертильністю в практиці сімейного лікаря, їх патогенетичне обґрунтування

**Доповідач:** *Сергій Юрійович Ципоренко*, к.м.н. НМАПО імені П. Л. Шупика, заступник директора ЦПМСД Подільського р-ну м. Києва

**Тема:** Обговорення актуальних питань організації і надання ПМД, діяльності УАСМ

**Модератори:** *Лариса Федорівна Матюха, Костянтин Олександрович Надутий*

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ, АКУШЕРСТВО, ПЕРИНАТОЛОГІЯ, НЕОНАТОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ  
ТА ЛІКУВАННІ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ  
У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ»**

**27 квітня 2018 року · Час проведення: 13.30–16.30**

**Організатор:** Відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок  
ДУ «ПАГ НАМН України»

**Модератори:** *Корнацька А.Г., професор; Вовк І.Б., професор*

### ПРОГРАМА

**Тема:** Сучасні підходи до лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку

**Доповідачі:** *Корнацька А.Г., проф.; Вовк І.Б., проф.; Ракша І.І., к.м.н.*

**Тема:** Гіперандрогенізм: нове вирішення старої проблеми

**Доповідач:** *Дубчак А.Є., проф.*

**Тема:** Оптимізація тактики діагностики та лікування патології шийки матки обумовленої вірусом папіломи людини

**Доповідачі:** *Кондратюк В.К., д.м.н.; Чубей Г.В., к.м.н.; Борисюк О.Ю., к.м.н.*

**Тема:** Лейоміома матки та безплідність. Оперативне та консервативне лікування: стратегії перетинаються чи ідуть паралельно?

**Доповідач:** *Ревенько О.О., д.м.н.; Флаксемберг М.А., к.м.н.; Обухова Г.Ю.*

**Тема:** Доброякісна патологія молочних залоз у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією

**Доповідач:** *Дубенко О.Д., д.м.н.*

**Тема:** Обґрунтування тактики ведення хворих репродуктивного віку з гіперпроліферативними захворюваннями ендометрія

**Доповідач:** *Горбань Н.Є., к.м.н.; Трохимович О.В., д.м.н.*

**Тема:** Метаболічний статус жінок пізнього репродуктивного віку з гіперпластичним синдромом

**Доповідач:** *Овчар І.В., к.м.н.*

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## УРОЛОГІЯ І НЕФРОЛОГІЯ

### ПРАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСУ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ (ІОС) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК (ХХН) ВД СТАДІЇ (СТ.)

Дудар І.О., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Шіфріс І.М., Малашевська Н.М.

Державна установа «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Як відомо, розвиток оксидативного стресу (ОС) є однією із причин високої частоти летальності у хворих на ХХН ВД ст. Об'єктивні критерії корекції ОС важливо мати для вибору оптимальної схеми лікування щодо гальмування розвитку ОС, уповільнення прогресування ХХН та покращення якості життя хворих. Лікування пацієнтів із ХХН ВД ст. потребує обов'язкового застосування препаратів із певними ренопротекторними властивостями, одним із яких є препарат Ліпін ліпосомного походження.

**Мета.** Розрахунок ІОС у хворих на ХХН ВД ст. до та після курсу лікування Ліпіном.

**Матеріали та методи.** Обстежено 28 хворих на ХХН ВД ст. віком від 20 до 69 р. до (1 група) та після лікування Ліпіном (2 група), також обстежено 30 практично здорових осіб (контроль). У сироватці крові хворих визначали вміст малонового діальдегіду (МДА), церулоплазміну (ЦП), трансферину (Тр) та SH-груп. На підставі цих показників за формулою розраховували ІОС.

**Результати та обговорення.** Показано, що як у 1-й, так і у 2-й групах хворих має місце вірогідне підвищення величин ІОС порівняно з контролем ( $p < 0,001$ ). У той же час у 91% пацієнтів 2-ї групи рівень ІОС статистично значно зменшився у середньому на  $37,8 \pm 2,8\%$  порівняно з аналогічним показником у хворих з 1-ї групи ( $p < 0,001$ ), хоча і залишився вищим за показник контролю, що свідчить про позитивний вплив Ліпіну на процеси гальмування ОС. Позитивна динаміка змін ІОС обумовлена позитивними змінами всіх показників, що увійшли до формули розрахунку ІОС, а саме суттєвим зменшенням вмісту МДА та суттєвим підвищенням вмісту Тр та ЦП у 2-й групі хворих порівняно з аналогічними показниками з 1-ї групи ( $p < 0,001$  — 0,01).

**Висновки.** Застосування визначення ІОС до та після лікування препаратом «Ліпін» у хворих на ХХН ВД ст. дозволяє своєчасно та об'єктивно оцінити стан оксидантно-антиоксидантного статусу у цих пацієнтів, оптимізувати на цій підставі ефективність їх лікування — попередити виникнення коморбідних станів, зменшити кількість ускладнень, збільшити тривалість життя та поліпшити його якість.

### ВПЛИВ ЕРИТРОПОЕЗ-СТИМУЛЮЮЧИХ ЗАСОБІВ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ І РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ МЕТОДОМ ГЕМОДІАЛІЗАЦІЇ

Колесник М.О., Король Л.В., Степанова Н.М., Мигаль Л.А., Новаківський В.В.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Вивчити особливості змін оксидантно-антиоксидантних показників та резистентності еритроцитів крові при застосуванні пегільованого еритропоєтину  $\beta$  (ПЕ- $\beta$ ) і дарбопоєтину- $\alpha$  для лікування анемії у пацієнтів з хронічною хворобою нірок ВД стадії, які лікувалися методом гемодіалізація (ГДФ).

**Матеріали та методи.** У 48 хворих, які лікувалися методом ГДФ визначали в сироватці крові концентрацію малонового діальдегіду (МДАс), церулоплазміну (ЦПс), трансферину (Трс), SH-груп; в еритроцитах – активність глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази (Гл-6-ФДГе), сумарну пероксидазну активність (СПАе), перекисну резистентність (ПРе) і проникність еритроцитарних мембран (ПЕМ). Хворі були розділені на групи: група I – хворі, які раніше ПЕ- $\beta$ , але перейшли на дарбопоєтин- $\alpha$ , II група – вживали ПЕ- $\beta$  впродовж 6 місяців.

**Результати та обговорення.** Встановлена залежність від типу еритропоєз-стимулюючих засобів змін показників концентрації ЦПс (у пацієнтів групи II показники на 20% ( $p < 0,05$ ) вищі за величини у групі I) та показників активності Гл-6-ФДГе (у групі I на 24% нижчі за показання у групі II ( $p < 0,05$ )). Також, для хворих групи I, характерні більш високі величини ПРе ( $p < 0,05$ ), ПЕМ ( $p < 0,05$ ) і нижчі величини перекис-обумовленого гемолізу у порівнянні з групою II ( $p < 0,05$ ). Крім того, показники ПЕМ та ПРе також свідчать про зниження антиоксидантних ресурсів. Показники концентрації МДАс, Трс, SH-груп та СПАе не залежали від типу еритропоєз-стимулюючих засобів.

**Висновки.** Отже, тип використаного ЕСС для корекції анемії впливає на оксидантно-антиоксидантні показники крові, інтенсивність оксидативного стресу та виразність оксидативного ушкодження клітин крові у діалітичних хворих, що необхідно враховувати і своєчасно призначати терапію з метою зменшення пероксидного або осмо-залежного гемолізу.

### КОНЦЕНТРАЦІЯ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В КРОВІ ЯК ПРЕДИКТОР ВИЖИВАННЯ МЕТОДИКИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

Король Л.В., Степанова Н. М., Бурдейна О.В., Мигаль Л.Я., Малашевська Н.М.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

На сьогодні активно проводяться дослідження щодо пошуку додаткових лабораторних критеріїв адекватності й виживанню техніки перитонеального діалізу (ПД).





**Мета.** Дослідити рівень церулоплазміну (ЦП) крові та його потенційний вплив на тривалість виживання методу ПД у пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН) V стадії.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 44 (31 чоловік, 13 жінок) пацієнти з ХХН V стадії, які лікуються постійним амбулаторним ПД не менше 3 місяців. Середній вік хворих склав  $48,9 \pm 13,2$  років. Тривалість спостереження склала 36 місяців. Концентрацію ЦП у сироватці крові визначали за реакцією з п-фенілендіамін дигідрохлоридом в модифікації. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. Аналіз та всі графіки виконувалися за допомогою MedCalc (Бельгія).

**Результати та обговорення.** Базовий рівень ЦП у сироватці крові хворих на ПД був значно нижчим порівняно з контрольною групою  $0,09 [0,07 - 0,1]$  г/л проти  $0,22 [0,19 - 0,23]$  г/л,  $P < 0,0001$ ). Індивідуальний аналіз показав, що середній рівень ЦП у сироватці крові у 28 пацієнтів з адекватним ПД був значно вищим порівняно з 16 пацієнтами з Kt/V  $1,7 [0,26 [0,22-0,32]]$  г/л проти  $0,09 [0,07 - 0,1]$  г/л,  $P = 0,0001$ ). За результатами аналізу Каплан-Мейєра продемонстровано достовірно вищу виживаність техніки ПД у пацієнтів з рівнем ЦП сироватки крові  $\geq 0,2$  г/л у порівнянні з ПД-хворими з рівнем ЦП  $\leq 0,19$  г/л (log-rank test:  $\chi^2 = 11,3$ ,  $P = 0,0008$ ).

**Висновки.** Встановлено, що рівень ЦП сироватки крові є незалежним прогностичним фактором виживання техніки ПД. Необхідні подальші дослідження, щоб визначити можливості антиоксидантної терапії для подовження лікування ПД хворих на ХХН V Д стадії.

## ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ СТУПЕНІВ ПОРУШЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК (ХХН) V Д СТАДІЇ З АНЕМІЄЮ

Король Л.В., Мигаль Л.Я., Степанова Н.М., Новаківський В.В., Малашевська Н.М.

Державна установа «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Як відомо, лікування нефрогенної анемії (НА) потребує заходів, що підвищують резистентність еритроцитів та зменшують у такий спосіб їх гемоліз. Виразність порушення резистентності мембран еритроцитів (ПРМЕ) у різних хворих може значно коливатися, що й обумовлює актуальність своєчасної диференціації ступенів її порушення.

**Мета.** Диференціація ступенів порушення резистентності мембран еритроцитів у хворих на ХХН V Д ст. з анемією за індексом резистентності еритроцитарних мембран (ІРЕМ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 54 хворих на ХХН V Д ст. з НА та 30 практично здорових осіб (контроль). В еритроцитах визначали проникність еритроцитарних мембран — характеризує функціональний стан мембран еритроцитів, перекисну резистентність еритроцитів та перекисний гемоліз еритроцитів — характеризують структурний стан мембран еритроцитів. У сироватці крові визначали активність каталази, оскільки каталаза міститься переважно в еритроцитах, суттєве підвищення її активності у сироватці крові обумовлено вивільненням ензиму з еритроцитів при їх руйнації. ІРЕМ розраховували за формулою.

**Результати та обговорення.** Індивідуальний аналіз результатів засвідчив, що підвищення ІРЕМ у хворих на ХХН V Д ст. з анемією у 1,2-1,5 раза за середні значення контролю асоціюється з I ступенем ПРМЕ, у 1,6-1,9 раза — з II ступенем ПРМЕ, у 2 рази та більше — з III ступенем ПРМЕ.

**Висновки.** Таким чином, визначення ступеня порушення резистентності мембран еритроцитів у хворих на ХХН V Д ст. з анемією дозволить клініцисту своєчасно дати об'єктивну інтегральну оцінку стану резистентності еритроцитарних мембран індивідуально у кожного хворого та обґрунтувати на цій підставі адекватні терапевтичні заходи.

## ОДНОБІЧНО ЗМОДЕЛЬОВАНА ІШЕМІЯ НИРКИ: МЕТАБОЛІЗМ ІНТАКТНОЇ НИРКИ

Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Нікітаєв С.В., Сербіна І.Є.

Державна установа «Інститут урології НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Порушення ниркової гемодинаміки за умов патології нирок різного генезу незмінно супроводжується розвитком ішемічних процесів в паренхімі органу. На сьогодні проблема ішемії паренхіми нирки є надзвичайно актуальною. Як відомо, нирки є найбільшим джерелом ферментів, тому реакція нирок на ішемію є найбільш ранньою, особливо це стосується лізосомного ферменту N-ацетил- $\beta$ -D-глюкозамінідази (НАГ).

**Мета.** Вивчення в умовах експерименту впливу тривалого порушення гемодинаміки у дослідній нириці на метаболізм ураженої та інтактної нирки шляхом визначення у корковому шарі паренхіми нирок умовно реноспецифічного ензиму НАГ.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на 13 статевозрілих кролях-самцях масою  $3,2 \pm 0,05$  кг. Група 1 — 10 кролів з експериментально змодельованою ішемією лівої нирки, що розвинулася через 3,5-5,0 місяців після накладання лігатури на її верхній полюс, права нирка — інтактна. Група 2 — 3 здорових кроля (6 нирок). Активність НАГ виражали у мкмольх п-нітрофенолу, що утворився за 1 годину інкубації із розрахунку на 1 г сирої тканини.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що активність НАГ у групі 1 є вірогідно зниженою у порівнянні з аналогічним показником інтактної нирки та дорівнює  $64,89 \pm 2,16$  у дослідній нириці та  $83,41 \pm 4,31$  у інтактній нириці ( $p < 0,01$ ). У той же час активність НАГ у групі 2 дорівнює  $118,53 \pm 3,19$ , що статистично достовірно перевищує не тільки аналогічний показник дослідної нирки з групи 1 ( $p < 0,001$ ), але й аналогічний показник інтактної нирки з цієї ж групи ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Отже, тривале порушення гемодинаміки паренхіми нирки значно впливає не тільки на метаболізм дослідної нирки, але й на метаболізм інтактної нирки.



## ЕНЗИМОДІАГНОСТИКА ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ ТУБУЛЯРНОГО ЕПІТЕЛІУ НИРКИ (клініко-експериментальне дослідження)

Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Черненко В.В., Желтовська Н.І., Черненко Д.В., Ключ А.Л., Нікітаєв С.В., Сербіна І.Є., Савчук В.Й.

Державна установа «Інститут урології НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Проблема ішемії паренхіми нирки, зокрема тубулярного відділу нефрону, на сьогодні займає важливе місце при вирішенні питань щодо подальшої тактики лікування хворих з патологією нирок. Оскільки нирки є найбільшим джерелом ферментів, які виявляються у сечі, реакція нирок на ішемію є найбільш ранньою.

**Мета.** Визначення у сечі хворих на фосфорнокислий нефролітіаз (ФКН) та у паренхімі нирок кролів із змодельованою ішемією активності ензиму лізосом β-галактозидази (β-Гал).

**Матеріали та методи.** Обстежено 34 хворих на ФКН, яким у подальшому було виконано відкрите оперативне втручання (пієлолитомию) та 25 практично здорових осіб (контроль). Експериментальне дослідження проведено на 13 статевозрілих кролях-самцях масою 3,2±0,05 кг. Група 1 — 10 кролів із змодельованою ішемією лівої нирки, що розвинулася через 3,5-5,0 місяців після накладання лігатури на її верхній полюс. Група 2 — 3 здорових кроля.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що активність β-Гал у хворих на ФКН є вірогідно підвищеною порівняно з аналогічним показником контролю ( $p < 0,001$ ), що свідчить про суттєво виражену ішемію тубулярного епітелію нирки у таких хворих. У той же час вірогідне зниження активності ензиму у групі 1 експериментальних тварин у порівнянні з аналогічним показником здорових кролів ( $p < 0,001$ ) також свідчить про суттєво виражену ішемію каналцевого відділу нефрону у цих тварин.

**Висновки.** Отже, як свідчать отримані результати, використання в клініці визначення активності β-Гал як маркера ішемічного ушкодження тубулярного епітелію нирки статистично вірогідно підтверджено даними експериментальних досліджень.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ (СКХ) ПІСЛЯ ПЕРКУТАННОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ (за ензимологічними критеріями)

Нікуліна Г.Г., Мигаль Л.Я., Черненко В.В., Желтовська Н.І., Черненко Д.В., Ключ А.Л., Сербіна І.Є., Савчук В.Й.

Державна установа «Інститут урології НАМН України» м. Київ

**Вступ.** На сьогодні в Україні на СКХ хворіє біля 1% дорослого населення. Основним питанням, яке потребує вирішення для зміни ситуації на краще, є метафілактика. За частотою рецидивування та тяжкості перебігу хвороби провідне місце займає фосфорнокислий нефролітіаз (ФКН), перебіг якого супроводжується виникненням та прогресуванням гіпоксичних (ішемічних) процесів. Як відомо, визначення ферментативної активності сечі, особливо враховуючи їх органоспецифічність, є найбільш інформативним методом, що об'єктивно відбиває стан гіпоксично-ішемічних порушень у тубулярному епітелії нирок.

**Мета.** Оцінка ефективності метафілактики у хворих на ФКН протягом 12 місяців після перкутанної нефролітотрипсії щодо відновлення функціонального стану каналцевого нефротелію шляхом визначення активності N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (НАГ) сечі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 52 хворих на ФКН. Контроль – 25 практично здорових осіб. Функція нирок була збережена, перебіг хвороби не супроводжувався загостренням хронічного пієлонефриту. Активність НАГ визначали до операції, через 2 тижні та 12 місяців після видалення конкременту.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що вихідні дані активності НАГ становили 18,4±0,98 мкмоль/год/ммоль креатиніну сечі, що є статистично вірогідно щодо відповідних результатів контролю ( $p < 0,001$ ). Через 2 тижні після видалення конкременту суттєвих змін активності НАГ не відбулося. Ретроспективно через 12 місяців після операції хворих було поділено на 2 групи: 1 — хворі, що не мали рецидиву каменеутворення ( $n=46$ ), 2 — хворі, у яких розвинувся рецидивний НЛ ( $n=6$ ). Активність НАГ у хворих з групи 1 становила 12,14±0,89 мкмоль/год/ммоль креатиніну, що є достовірно нижчою у порівнянні з даними з групи 2 ( $p < 0,05$ ) та свідчить про нормалізацію цього показника у 88,5% пацієнтів та про ефективність метафілактичних заходів у цих хворих.

**Висновки.** Отже, визначення активності НАГ може застосовуватися як додатковий метод оцінки ефективності метафілактичних заходів у хворих на СКХ, зокрема на ФКН.

## ЕНЗИМОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПАРЕНХІМИ НИРКИ ПРИ ВАРІАНТАХ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДІТЕЙ

Сербіна І.Є., Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г., Мигаль Л.Я., Калішук О.А.

Державна установа «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У лікувальному арсеналі дитячих урологів є декілька методів хірургічної корекції уретеро-везикального сегмента (УВС) при мегауретері, зокрема, традиційна черезміхурова уретероцистостомія і сучасна екстравезикальна методика корекції УВС із зменшенням травматизації сечового міхура у дітей.



**Мета.** Вивчення змін активності у сечі реноспецифічного канальцевого ензиму  $\gamma$ -глутамілтранспептидази (ГТТ) у дітей з вадами УВС і порівняння функціонального стану ниркової паренхіми в різні терміни після черезміхурової уретеростомостомії та після малоінвазивних методик корекції клінічних варіантів мегауретеру.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 2 групи хворих: група 1 — 23 дитини, прооперовані черезміхурово, і група 2 — 24 дитини після екстравезикальної корекції УВС. Ензимуричну діагностику стану паренхіми нирки проводили через 3–4 тижні і за 4–6 місяців після операції.

**Результати та обговорення.** У дітей групи 1 до операції рівень ГТТ в сечі дорівнював  $122,8 \pm 13,3$  мкмоль/год/ммоль креатиніну, що у середньому в 5,4 рази більше норми ( $22,9 \pm 2,0$ ). Через 3–4 тижні активність ГТТ після черезміхурової уретеростомостомії залишалась практично такою ж, як до операції, і лише через 4–6 місяців спостерігалось зниження рівня ГТТ-ензимурії вдвічі порівняно з попереднім показником (до  $62,3 \pm 6,7$ ), проте цей рівень втричі перевищував норму.

В групі 2 активність ГТТ до операції становила  $138,6 \pm 15,2$ , що в 6 разів вище за норму. Після екстравезикальної корекції УВС через 3–4 тижні рівень активності ГТТ у сечі дітей знизився до  $83,5 \pm 9,5$  (нижче за доопераційний показник в 1,7 раза), а за 4–6 місяців він знизився ще суттєвіше — до  $46,6 \pm 5,0$ .

**Висновки.** Отже, застосування малоінвазивних методик корекції УВС призводить до більш ранньої корекції реноспецифічної ферментурії в післяопераційному періоді, що вказує на більш раннє відновлення ниркової паренхіми при цьому виді операції.

### ІНТЕНСИВНІСТЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН АЛЬФА ТА ІНТЕРЛЕЙКІН 10 В КРОВІ У ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ ТА ДЕФІЦИТОМ ЛАКТОБАКТЕРІЙ В КИШКІВНИКУ

Степанова Н.М., Дрянянська В.Є., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Петрина О.П.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Дослідити зміни показників інтенсивності оксидативного стресу (ОС) та концентрації цитокінів (фактору некрозу пухлин альфа (ФНП- $\alpha$ ) та інтерлейкіну 10) залежно від вмісту *Lactobacillus spp.* у кишківнику хворих на рецидивуючий піелонефрит.

**Матеріали та методи.** До дослідження залучено 64 жінок, хворих на неускладнений піелонефрит з рецидивуючим перебігом (віком  $39,5 \pm 3,2$  р.), які залежно від кількості визначених у фекаліях лактобактерій були розподілені на 2 групи: I група ( $n=38$ ) — пацієнтки з дефіцитом лактобактерій у складі мікробіоти кишківника, II група ( $n=26$ ) — з нормальним вмістом лактобактерій. Інтенсивність ОС оцінювали шляхом визначення індексу ОС (ІОС) як співвідношення змін активності оксидативних процесів до показника антиоксидантної ємності крові. В крові визначали концентрацію фактору некрозу пухлин альфа (ФНП- $\alpha$ ) та інтерлейкіну 10 (ІЛ-10). Локальне запалення характеризували за визначенням в сечі вмісту С-реактивного протеїну, малонового дальдегіду та активності лізосомальних гідролаз N-ацетил- $\beta$ -D-гексозамінідази (НАГ) та  $\beta$ -галактозидази ( $\beta$ -Гал) в сечі.

**Результати та обговорення.** Для пацієнток з дефіцитом лактобактерій характерне підвищення на 30% ІОС ( $P=0,03$ ) та удвічі концентрації ФНП- $\alpha$  ( $P=0,007$ ) у крові поряд зі зростанням в сечі на 50% концентрації СРП ( $P=0,045$ ) та на 40% активності лізосомних гідролаз (НАГ та  $\beta$ -Гал, ( $P=0,045$ )) порівняно з пацієнтками без дефіциту лактобактерій у кишківнику.

**Висновки.** Отримані результати підтверджують дані експериментальних досліджень щодо провідної ролі індигенної флори кишківника у розвитку ОС та запального процесу у пацієнток з хронічним піелонефритом.

### ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРНИХ ЗАСОБІВ НА ЦИТОКІНОВУ ЛАНКУ ІМУНІТЕТУ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ

Степанова Н.М., Король Л.В., Дрянянська В.Є., Гайсенюк Ф.З.<sup>1</sup>, Савченко В.С., Богомаз Л.М.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Вступ.** На сьогодні у хворих на хронічний піелонефрит (хПН) для посилення антиінфекційного імунітету та з метою зниження частоти рецидивів поряд з антибіотикотерапією активно використовуються імуномодуляторні препарати.

**Мета.** Дослідити вплив імуномодуляторних препаратів на цитокинову ланку імунітету та інтенсивність оксидативного стресу (ОС) у хворих на хПН.

**Матеріали та методи.** В дослідження приймали участь 68 пацієнток з хПН (вік —  $33,4 \pm 8,8$  р.). Поряд з традиційною антибактеріальною терапією 25 пацієнткам з хПН призначали імуномодуляторний препарат Нуклеїнат натрію (0,25 г 4 р/д, 14 днів), 18 — Галавіт (в/м 2 мл через добу №10), 25 — Протефлазід згідно інструкції виробника. В сироватці крові визначали концентрацію інтерлейкінів (ІЛ-1, -8, -10, -17), моноцитарного хемотаксичного протеїну-1 (МХП-1), фактору некрозу пухлин (ФНП $\alpha$ ), трансформінового фактору росту (ТФР $\beta$ ), інтерферону  $\gamma$  (ІФН- $\gamma$ ) за допомогою тест-системи «Diaclone» (Франція), «Вектор Бест» (РФ). Інтенсивність ОС оцінювали за індексом ОС (ІОС) — співвідношення показник активності оксидативних процесів / антиоксидантна ємності крові.

**Результати та обговорення.** Поряд з антибактеріальною терапією застосування у пацієнток з хПН Нуклеїнату натрію



сприяло зниженню концентрації ІЛ-17 ( $p=0,04$ ), ФНП- $\beta$  ( $p=0,02$ ), МХП-1 ( $p=0,03$ ) та ІОС на 65% ( $p=0,02$ ). Призначення Протефлазиду сприяло зростанню концентрації ТФР- $\beta$  та зниженню ІЛ-8, ІФН $\gamma$  і ІОС на 20% ( $p=0,04$ ) порівняно зі станом до лікування. Застосування Галавіту сприяло зниженню концентрації ІЛ-1- $\beta$  та підвищенню ІЛ-10.

**Висновки.** У пацієнтів з хПН доповнення антибактеріальної терапії імуномодуляторними препаратами Нуклеїнату натрію, Протефлазиду або Галавіту сприяє частковій нормалізації показників цитокінової ланки імунітету та зниженню інтенсивності ОС.

### ОСОБЛИВОСТІ HLA-ФЕНОТИПУ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Возіанов С.О., Драннік Г.М., Бондаренко Ю.М., Петрина О.П., Савченко В.С.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Визначити асоціативні зв'язки і генетичну детермінованість раку передміхурової залози та доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіків різних вікових груп.

**Матеріали та методи.** Вивчали особливості HLA-фенотипів у 15 хворих на рак передміхурової залози віком 50-60 років та 6 хворих з ДГПЗ (80-90 років), в порівнянні з 350 здоровими донорами, жителями м. Києва. HLA-антигени визначали за допомогою стандартного мікролімфоцитарного тесту на планшетах Тераסקі з використанням панелі анти-HLA сироваток (20 антигенів локуса А, 42 антигенів локуса В), відносний ризик (BP) вважали достовірним при  $RR > 2$  і етіологічну фракцію (ЕФ) —  $s > 0,1$ .

**Результати та обговорення.** У чоловіків хворих на рак передміхурової залози відносний ризик у локусі А зумовлюють антигени HLA- A25 ( $RR=6,63$ ) і A29 ( $RR=86,26$ ) з етіологічною фракцією відповідно  $s > 0,5$  і  $s > 0,25$ . У локусі В відносний ризик високий для антигенів B49 ( $RR=53,67$ ), B21 ( $RR=8,24$ ) і B40 ( $RR=3,17$ ) з етіологічною фракцією відповідно  $s > 0,13$ ,  $s > 0,29$  і  $s > 0,18$ .

У чоловіків хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози предикторами захворювання виступають у локусі А — A24 і A26 ( $RR=2,98$ ), та A29 ( $RR=69,02$ ). Етіологічна фракція складає A24 і A26 ( $s > 0,11$ ) та A29 ( $s > 0,16$ ). В локусі В відносний ризик захворювання обумовлюють антигени B8 ( $RR=6,45$ ), B35 ( $RR=4,8$ ) і B38 ( $RR=23,14$ ) з етіологічною фракцією B8 ( $s > 0,42$ ), B35 ( $s > 0,4$ ) і B38 ( $s > 0,16$ ).

**Висновки.** Антиген HLA A29 достовірно часто зустрічається в обох групах, що свідчить про неможливість бути маркером відмінності між групами хворих на ДГПЗ та раку передміхурової залози. Найбільш прогностонегативними для розвитку раку передміхурової залози є наявність у фенотипі хворого антигенів A25, B49, B21 та B40. Серйозними предикторами розвитку захворювання на ДГПЗ є присутність у фенотипі хворого антигенів A26, A24, B8, B35 та B38.

### РОЛЬ ІМУНОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЬНОЇ ТА НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМ ХРОНІЧНОГО АБАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ

Горпинченко І.І., Нуріманов К.Р., Савченко В.С., Порошина Т.В., Драннік Г.М.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

**Мета.** Вивчити роль імунних показників у патогенезі хронічного абактеріального простатиту (ХАП) для визначення нових диференціальних ознак запальної та незапальної форми.

**Матеріали та методи.** Обстежили групу 42 хворих на хронічний абактеріальний простатит. Контрольна група складала 30 здорових чоловіків.

Комплексне обстеження хворих включало клінічні, мікробіологічні, імунологічні та сперматологічні дослідження. У одного з пацієнтів не спостерігалося відхилень показників статевих та гонадотропних гормонів.

В матеріалі сечівника у пацієнтів не були знайдені методом ПЦР інфекції, що передаються статевим шляхом. Культуральним методом в еякуляті також не була виявлена патогенна мікрофлора, а умовно-патогенна мікрофлора не перевищувала рівень  $1 \cdot 10^4$  КУО/мл. Визначення вмісту цитокінів в еякуляті та периферичній крові проведено імуноферментним методом на фотометрі «Sunrise» Австрія.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що хронічне абактеріальне запалення передміхурової залози супроводжується достовірним збільшенням в сім'яній плазмі та сироватці крові концентрації SLPI, IL-8, TNF- $\alpha$ , IL-17 та зниженням концентрації IL-6 та TGF- $\beta 1$  в порівнянні з даними здорових чоловіків ( $p < 0,05$ ). Статистично значущі різниці між показниками SLPI, IL-8, TNF- $\alpha$ , IL-23, IL-17, TGF- $\beta 1$  в еякуляті хворих запальною та незапальною формами ХАП не виявлено ( $p < 0,05$ ). Концентрація IL-6 в еякуляті хворих запальною формою ХАП значно більше, ніж у хворих з незапальною формою ХАП ( $p=0,010$ ).

**Висновки.** Запальна та незапальна форми ХАП патогенетично близькі відносно змін концентрації вивчених цитокінів за винятком IL-6. При наявності двох форм присутні ознаки запалення. У зв'язку з цим пропонується застосовувати терміни «лейкоцитарний» та «безлейкоцитарний» ХАП.



## ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ» для офтальмологів та лікарів сімейної медицини

25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–18.00

**Організатори:** ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України», ГО «Товариство офтальмологів України»

#### ПРОГРАМА

##### Патологія очей, яка найбільш часто зустрічається

**Тема:** Увєїти. Апокаліпсис сьогодні

**Доповідач:** *Зборовська О.В. (Одеса)*

**Тема:** Різка втрата зору — нейроофтальмологічна причина

**Доповідач:** *Бойчук І.М. (Одеса)*

**Тема:** Віддалені офтальмологічні наслідки радіаційного опромінювання

**Доповідач:** *Федірко П.А. (Київ)*

**Тема:** Синдром Терзона

**Доповідачі:** *Сідак-Петрецька О.С. (Одеса); Красновид Т.А. (Одеса)*

**Тема:** Одномоментне пошкодження переднього і заднього відділу ока

**Доповідач:** *Сідак-Петрецька О.С. (Одеса)*

**Тема:** Зміни у передньому відділі ока при тривалому носінні МКЛ

**Доповідачі:** *Великсар Т.А. (Одеса); Дрожжина Г.І. (Одеса); Гайдамака Т.Б. (Одеса)*

**Тема:** Сучасні методи лікування абсолютної болячої глаукоми

**Доповідачі:** *Гузун О.В. (Одеса); Король А.Р. (Одеса)*

##### Патологія очей, яка пов'язана з системними захворюваннями організму

**Тема:** Туберкульоз і опортуністичні інфекції

**Доповідач:** *Коновалова Н.В. (Одеса)*

**Тема:** Вторинна глаукома, пов'язана з системними захворюваннями організму

**Доповідач:** *Пенішкевич Я.І. (Чернівці)*

**Тема:** Підходи до діагностики та лікування діабетичного макулярного набряку

**Доповідач:** *Бездітко П.А. (Харків)*

**Тема:** Офтальмологічні показання до кесаревого розтину

**Доповідач:** *Сергієнко А.М. (Вінниця)*

**Тема:** Міжнародний підхід до класифікації та лікуванню акомодативної патології

**Доповідач:** *Шеховцев М.А. (Київ)*

**Тема:** Нутрієнтна підтримка студентів при астенії

**Доповідачі:** *Гузун О.В. (Одеса); Храменко Н.І. (Одеса)*

**Тема:** «Червоне око» та ЛОР патологія

**Доповідач:** *Коновалова Н.В. (Одеса)*

**Інтерактивне навчання**

**Тренінг для лікарів сімейної медицини «Офтальмоскопія очного дна»**

#### СЕМІНАР «ДАЙДЖЕСТ ІННОВАЦІЙ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ»

26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–12.30

**Організатор:** Кафедра офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Запальні захворювання очей. Невирішені питання увєїтів

**Доповідач:** *Риков С.О., д.м.н., проф., зав. каф. офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Глаукоматозні та неглаукоматозні оптиконейропатії. Сучасні можливості диференційної ОКТ діагностики

**Доповідач:** *Шаргородська І.В., д.м.н., проф. каф. офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Сучасні підходи до реконструкції травм периорбітальної області

**Доповідач:** *Петренко О.В., д.м.н., проф. каф. офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Новий погляд на Синдром сухого ока. Рекомендації TFOSII, 2017

**Доповідач:** *Шаргородська І.В., д.м.н., проф. каф. офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Інтравітреальні ін'єкції. Техніка. Покази. Протипокази (майстер-клас)

**Проводить:** *Сук С.А., к.м.н., ас. каф. офтальмології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**СЕМІНАР «ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ:  
ВЗАЄМВІДНОСИНИ З ПАЦІЄНТОМ, ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ»****26 квітня 2018 року · Час проведення: 13.00–16.00****Організатор:** Юридична компанія «МЕДКОНСАЛТИНГ»**Проводять:** *Антоніна Нижник, засновник та керівник юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ», провідний фахівець в галузі медичного права, аудитор з сертифікації систем управління якістю за стандартом ISO серії 9001;***Юлія Нахімчук, співзасновник та старший юрист юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ»****ПРОГРАМА****Практичні питання діяльності офтальмологічних центрів:**

1. *ФОП або ТОВ : чи варто змінювати організаційно-правову форму діяльності*
2. *Кваліфікація лікарів-офтальмологів: про що не варто забувати*
3. *Належне ведення та оформлення медико-правової документації — робочий інструмент для вирішення конфліктів з пацієнтами*
4. *Попередня робота з персоналом, профілактика виникнення конфліктів*
5. *Види форм:*
  - ✓ *форми, що затверджені МОЗ України*
  - ✓ *форми, що створюються ліцензіатами самостійно*
  - ✓ *порядок видачі медичної документації*
6. *Робота з негативними відгуками: правовий аспект*
7. *Повернення коштів: оформлюємо правильно*
8. *Скарги до контролюючих органів: можливі наслідки*

Сам собі перевіряючий: віртуальний аудит діяльності офтальмологічного центру або приватно-практикуючого лікаря-офтальмолога

Мораторій на перевірки: чи варто дотримуватись ліцензійних умов

**»» ПРОДОВЖЕННЯ**





## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ, ПРИСВЯЧЕНА 25-РІЧЧЮ НАМН УКРАЇНИ «ПРОГРЕС В СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ІНФЕКЦІЙНИХ, РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ТА ТЯЖКИХ ДЕРМАТОЗІВ. ДОСЯГНЕННЯ В ЛІКУВАННІ»**

**25 квітня 2018 року · Час проведення: 15.30–18.00**

**Організатор:** ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

### ПРОГРАМА

**Тема:** Вступне слово до 25-ти річчя Національної академії медичних наук України

**Доповідач:** *Кутасевич Я.Ф.*, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

**Тема:** Е-Дерматологія

**Доповідач:** *Літус О.І.*

**Тема:** Переваги топічної антимікотичної терапії

**Доповідач:** *Калужна Л.Д.*

**Тема:** Динаміка морфологічних та імуногістохімічних змін шкіри хворих на акне в процесі саногенезу

**Доповідачі:** *Кутасевич Я.Ф., Бронева І.М., Губіна-Вакулик Г.І.*

**Тема:** Інфекції, що передаються статевим шляхом, серед осіб, які споживають психоактивні речовини

**Доповідачі:** *Мавров Г.І., Миронюк В.І.*

**Тема:** Сучасні особливості епідемії ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом

**Доповідачі:** *Щербаківа Ю.В., Осінська Т.В.*

**Тема:** Полівалентна алергія у хворих на лікарську хворобу та розповсюджені дерматози

**Доповідач:** *Солошенко Е.М.*

**Тема:** Алергодерматози в Україні. Динаміка та перспективи лікування

**Доповідачі:** *Волкославська В.М., Рощенюк Л.В.*

**Тема:** Аналіз деяких молекулярно-генетичних механізмів псоріазу

**Доповідач:** *Білозоров О.П.*

**Тема:** Свіжий погляд на ТСА пілінги

**Доповідач:** *Медведєва І.І.*

**Тема:** Система медико-соціальної, інтегральної реабілітації осіб з урогенітальною захворюваністю статевого шляху інфікування

**Доповідачі:** *Лобанов Г.Ф., Руденко Н.М.*

**Тема:** Верифікація діагнозу сифілісу в сучасних умовах

**Доповідачі:** *Кутова В.В., Білоконь О.М., Нікітенко І.М.*

**Тема:** Актинічний кератоз – ведення пацієнтів з урахуванням клініко-морфологічної характеристики форми захворювання

**Доповідач:** *Глушак В.С.*

**Тема:** Особливості сучасної епідеміології та клінічного перебігу сифілісу

**Доповідачі:** *Нікітенко І.М., Бондаренко Г.М., Кутова В.В.*

**Тема:** Діагностичні критерії васкулітів дрібних судин шкіри

**Доповідач:** *Матвеева Л.В.*

**Тема:** Розацеа – сучасні підходи до ведення пацієнтів з урахуванням морфології дерматозів

**Доповідач:** *Старостіна О.А.*

**Тема:** Стан антиоксидантної системи у хворих на оніхомікоз

**Доповідачі:** *Салей О.А., Алі Л.Х.*

**Тема:** Таргетний косметологічний супровід лікування хворих на акне системними ретиноїдами

**Доповідач:** *Бронева І.М.*

**Тема:** Купірування больового синдрому у хворих на артропатичний псоріаз

**Доповідач:** *Алі Л.Х.*

### ДИНАМІКА РЕГРЕСУ ГОСТРОЗАПАЛЬНИХ ЕЛЕМЕНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З АКНЕ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

*Кутасевич Я.Ф., Бронева І.М.*

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Дослідити динаміку регресу гострозапальних елементів акне у пацієнтів, що отримували різні види патогенетичної терапії.



**Матеріали та методи.** В дослідження увійшли пацієнти (61 людина) з акне середнього та тяжкого ступеню, яких було поділено на три групи. Перша група складала 20 пацієнтів, які отримували системні ретиноїди та системні антибіотики. Другу групу склали 20 пацієнтів, що отримували системні ретиноїди та топічні антибіотики. Третю групу склали 21 пацієнт, які отримували системні ретиноїди. Оцінювали строки регресу гостро запальних елементів акне (папулопустул та вузлів) в порівнянні між групами та залежно від виду терапії.

**Результати та обговорення.** Отримані результати дозволили встановити, що кількість гостро запальних елементів зменшується значимо у всіх трьох групах дослідження. Кількість вузлів впродовж терапії (5 місяців) зменшується повільніше в другій групі. На третьому місяці терапії кількість вузлів зрівнюється у всіх трьох групах порівняння. Кількість папулопустул в третій групі зменшується повільніше ніж в інших групах порівняння та зрівнюється на третьому місяці терапії у всіх групах дослідження.

**Висновки.** Отримані результати звертають увагу на те, що строки регресу гострозапальних елементів акне при використанні комбінації системних ретиноїдів з антибактеріальною терапією більш коротші, але у випадку неможливості проведення антибактеріальної терапії терапевтичний ефект наприкінці терапії може бути досягнутий і при використанні системних ретиноїдів у вигляді монотерапії.

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Кутасевич Я.Ф., Михайлов Б.В., Криворотько Я.В., Матюшенко В.П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків,  
Кафедра психотерапії ХМАПО, м. Харків

**Актуальність.** На даний час встановлено, що хронічний рецидивуючий перебіг псоріазу відображається на психологічному стані хворих. Тривожні розлади є одним з параметрів характеризуючих психоемоційний стан пацієнта.

**Мета.** Вивчити вікові особливості рівня реактивної тривожності у хворих на розповсюджений псоріаз.

**Матеріали та методи.** Обстежено 54 хворих на розповсюджений псоріаз в прогресуючій стадії. Серед пацієнтів було 28 (51,85%) жінок та 26 (48,14%) чоловіків. Хворі були поділені три вікові групи згідно класифікації ВООЗ: першу групу склали 22 хворих від 25 до 44 років, середній вік склав 31,1±2,6, другу групу — 18 хворих від 44 до 60 років, середній вік склав 53,2±4,2, третю групу — 14 хворих від 60 до 75 років, середній вік склав 67,4±6,4. Контрольну групу склали 19 здорових осіб. Реактивну тривожність у хворих на псоріаз вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна.

**Результати та обговорення.** Внаслідок проведеного дослідження, встановлено: у першій групі 67% хворих мали помірний та 38% високий рівень тривожності, у другій групі 58% хворих мали помірний та 32% високий рівень тривожності, у третій групі 63% хворих мали помірний та 34% високий рівень тривожності, що свідчить про переважання рівня тривожності у молодому та похилому віці у хворих в прогресуючій стадії захворювання.

**Висновки.** Тривожні порушення, на тлі загострення псоріазу, лежать в основі змін психоемоційного стану хворих у будь-якому віці. Молодь та люди похилого віку більш схильні до реактивної тривожності у порівнянні з хворими середнього віку.

## ПЕРЕВАГИ ЕТАПНОЇ ЗОВНІШНЬОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

Кутасевич Я.Ф., Зюбан І.В., Мангушева В.Ю.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Удосконалення методів зовнішньої терапії у хворих на екзему, з метою більш швидкого регресу клінічних проявів дерматозу і збільшення термінів клінічної ремісії.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебувало 30 хворих, які страждали на різні види екземи. Вік пацієнтів становив від 18 до 65 років. Чоловіків було 19, жінок — 11. Діагноз екземи ставився на підставі виявлення типових проявів і характеру клінічного перебігу. Обстежувані диференціювалися по нозології — у 10 пацієнтів визначалася істинна екзема, а у 20 — мікробна. Усі хворі були розділені дві рівні групи. Хворі I (основної) групи були обстежені і отримували системну і зовнішню терапію, та двоетапну ступінчасту терапію, перший етап якої складалася з застосування препарату фузидієвої кислоти у вигляді мазі або крему 2р/д 7 днів з подальшим нанесенням топічного стероїду на кремовій основі відповідно до інструкції, другий етап включав застосування топічних стероїдів на кремовій основі 7-10 днів. Хворі II групи (порівняння) — традиційну системну і зовнішню терапію відповідно до протоколу лікування.

**Результати та обговорення.** Після проведеної терапії, на 14 день відзначалося достовірне поліпшення суб'єктивних ознак і клінічних проявів, проте в основній групі дані показники були в середньому в 2,5 рази нижче, ніж в групі порівняння. Варто зазначити, що у пацієнтів основної групи відзначався регрес гострозапальних висипань, зменшення площі вогнищ ураження на 2-3 дні раніше, ніж в групі порівняння. Повний регрес шкірного процесу в основній групі був відзначений на 9-11 день, в групі порівняння — на 14-17 день. Під час терапії у хворих основної групи відзначалося зменшення свербіжності на 3-4 дні раніше, ніж в групі порівняння.

**Висновки.** Лікування хворих екземою, засноване на етапному застосуванні зовнішніх лікарських засобів відповідно до нозологічної форми дерматозу, характері клінічних проявів, дозволить підвищити ефективність терапії в період загострення, досягти більш швидкого регресу клінічних проявів дерматозу, уникнути небажаних ефектів, зменшити системне фармакологічне навантаження, досягти стійкої, тривалої ремісії захворювання і значно поліпшити якість життя таких пацієнтів.

**КУПИРУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИМПТОМУ У ХВОРИХ НА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ**Дюдю А.Д.<sup>1</sup>, Поліон Н.М.<sup>1</sup>, Гладишев В.В.<sup>2</sup>, Алі Л.Х.<sup>1</sup><sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро<sup>2</sup> Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Мета.** Оптимізація методики усунення суглобного синдрому в комплексній терапії хворих на артропатичний псоріаз (АП), шляхом проведення фонофорезу з композиційним гелем.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 37 хворих на АП. Комплекс загально-клінічних досліджень, що передбачено відповідними нормативними документами МОЗ України. Больовий індекс: 0 балів — болю немає; 1 бал — слабка болючість; 2 бали — помірно виражений біль, через який рухи обмежені; 3 бали — різкий біль. Для купіювання суглобного синдрому проводили фонофорез 1 вт/см<sup>2</sup> і частотою 2640 кГц, неперервний режим — 30 хвилин 1 раз на добу (12–14 сеансів) із гелем: мас. %: бішофіт — 45,0–55,0; кислота нікотина — 0,09–0,11; димексид — 10,0–12,0; поліетиленоксид-400 — 5,0–6,0; проксанол-268 — 19,0–21,0; ніпагін (метилпарабен) — 0,14–0,16; ніпазол (пропілпарабен) — 0,4–0,6 г; вода очищена — до 100,0. Методи математичної обробки отриманих даних.

**Результати та обговорення.** Біль в суглобах і хребті, як один із основних компонентів клінічних проявів АП, має хронічний характер і вимагає постійного купіювання. Використання композиційного гелю з бішофітом, нікотиновою кислотою і димексидом в комплексному лікуванні хворих на АП, який володіє вираженою протизапальною і безпезаспокійливою дією, дозволило на 2-3 сеансі знизити інтенсивність болю на 1 бал. На 13-14 сеансі місцевого застосування композиційного гелю у 35 (67,6%) хворих на АП больовий симптом копіювався повністю, у 12 (32,4%) була слабка болючість.

**Висновки.** Відсутність побічних ефектів, протипоказань в призначенні, можливість застосування композиційного гелю при різній супутній патології і різному віці пацієнтів — все це вказує на перевагу запропонованого гелю в комплексному лікуванні хворих на АП в порівнянні з іншими безпезаспокійливими препаратами.

**КОМПЛЕКСНЕ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ**Дюдю А.Д.<sup>1</sup>, Гладишев В.В.<sup>2</sup>, Салей О.А.<sup>1</sup>, Поліон Н.М.<sup>1</sup><sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро<sup>2</sup> Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Мета.** Підвищення ефективності лікування хворих на оніхомікоз шляхом поетапного диференційованого призначення етіопатогенетичних препаратів

**Матеріали та методи.** Обстежено та проліковано 77 хворих на оніхомікоз. Комплекс загально-клінічних досліджень, що передбачено відповідними нормативними документами МОЗ України. Мікроскопічне і культуральне мікологічне дослідження на гриби. Пасту для місцевого призначення наступного складу: мас. %: мебетизол — 9,9–10,1; хінозол — 2,9–3,1; кислота бензойна — 9,0–10,0; кислота саліцилова — 9,0–10,0; олія соняшникова — 14,0–15,0; поліетиленоксид 400 — 29,0–30,0; емульгатор №1 — 7,0–8,0; МГД — 3,5–4,5; твін-80 — 4,5–5,5; вода — до 100,0. Методи математичної обробки отриманих даних.

**Результати та обговорення.** Для покращення трофіки і швидкості росту нігтьових пластинок за 4 тижні до призначення системних мікостатичних препаратів призначали пентоксифілін по 1т. 3 рази на добу, біотин по 5мг 1 раз на добу. Впродовж усього терміну лікування на уражені нігтьові пластинки наносили запропоновану нами мебетизол-хінозолову пасту. 3 5-го тижня призначали Тербінафін по 250 мг 1 раз на добу — до відростання здорових нігтьових пластинок. Клінічне вилікування, яке було підтверджено мікологічним обстеженням настало у 76 (98,7%) хворих на оніхомікоз. У одного хворого виник рецидив мікотичної інфекції, що потребувало призначення додаткової терапії. Призначення розробленої нами комплексної терапії, яка має високу терапевтичну ефективність, дозволило скоротити призначення системних антимікотиків хворим на оніхомікоз.

**Висновки.** Таким чином, запропонована нами комплексна поетапна терапія хворих на оніхомікоз, забезпечує високу терапевтичну ефективність, низький відсоток рецидивів захворювання та скорочення до мінімуму періоду прийому системних антимікотиків та навантаження гепатобіліарної системи.

**СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ**Салей О.А.<sup>1</sup>, Левицька Н.Ф.<sup>2</sup>, Луань С.<sup>1</sup>, Жила І.В.<sup>2</sup><sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро<sup>2</sup> КЗ «Обласний шкірно-венеричний диспансер» м. Дніпро

**Мета.** Вивчення активності ферментів антиоксидантного захисту у хворих на оніхомікоз.

**Матеріали та методи.** Обстежено 37 хворих на оніхомікоз та 30 практично здорових осіб. Комплекс загально-клінічних досліджень, що передбачено відповідними нормативними документами МОЗ України. Біохімічний аналіз. Мікологічні дослідження.

**Результати та обговорення.** Проведені дослідження дозволили встановити зниження активності супероксиддисмутази



(СОД) на 8,1%, глутатіонпероксидази (ГТП) на 28,9% і каталази на 13,9% у хворих на оніхомікоз порівняно із показником практично здорових людей.

Будучи одним із головних ферментів антиоксидантної системи, СОД запобігає надлишковому утворенню активних форм кисню та бере участь у нерадикальному розкладі перекисів ліпідів. СОД — ключовий фермент в антирадикальному захисті клітин під час дисмутації супероксидрадикалів до менш токсичних сполук. Тому зниження вмісту СОД є наслідком пошкодження молекулярних компонентів клітин.

Зниження активності каталази крові, функція якої полягає в розкладі перексиду водню, що утворюється під час дисмутації, сприяє накопиченню ще однієї реакційно здатної молекули.

У сукупності зниження активності СОД і каталази призводить до підвищення концентрації цитотоксичних сполук.

Зниження активності ГТП, яка знешкодує не тільки перекис водню, але й органічні, у тому числі ліпідні перекиси, що утворюються в організмі внаслідок активації ПОЛ.

**Висновки.** Порушення окисдантно-антиоксидантної рівноваги на користь оксидантів за умов досліджуваної патології дає підстави говорити про розвиток в організмі хворих на оніхомікоз аномалії окисно-відновлювальних, біоенергетичних процесів, метаболізму основних енергетичних і пластичних матеріалів, які призводять до дисгомеостатичного стану, що потребує адекватної корекції.

### ВИВЧЕННЯ ОКРЕМИХ ФАКТОРІВ ПЕРСИСТЕНЦІЇ ШТАМІВ *S.AUREUS*, ВИЛУЧЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

Джорасва С.К., Гончаренко В.В., Щоголева О.В., Бабута А.Р., Ковалик А.І., Пугачова О.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Вивчення інтенсивності адгезії та антилізоцимної активності окремих штамів *S.aureus*, вилучених від хворих на atopічний дерматит.

**Матеріали та методи.** Ідентифікацію вилучених зі шкіри бактерій проводили за допомогою методів класичної бактеріології на підставі вивчення морфологічних, культуральних та біохімічних властивостей. Визначення адгезивно-колонізаційних властивостей мікроорганізмів проводилось за методикою В.І. Бриліс. Антилізоцимну активність вилучених мікроорганізмів визначали методом відстроченого антагонізму за методикою О.В. Бухаріна.

**Результати та обговорення.** В результаті аналізу проведених бактеріологічних досліджень отримано порівняльні дані відносно стафілококової компоненти мікробіоценозу шкіри 50 хворих на atopічний дерматит та 20 практично здорових осіб. В осередках ураженої шкіри спостерігалась переважання штамів *S. aureus* (62,0%) з поступовим зниженням у ділянках інтактної шкіри та шкіри здорових осіб (34,0% та 7,5% відповідно). Кількість знайдених штамів *S. epidermidis* знаходилась у зворотній залежності від штамів *S. aureus* (24,0%, 44,0% та 77,5% відповідно). При визначенні адгезивно-колонізаційних індексів *S. aureus* найбільші показники визначались у групі штамів, вилучених з ушкоджених ділянок шкіри хворих на АтД: СПА — (3,47±0,21) бактерій/еритроцит та ІАМ — (4,22±0,32) бактерій/еритроцит, що майже в 1,5 рази вище, ніж в групі штамів, ізольованих з інтактних ділянок шкіри хворих на АтД та 4 рази вище, ніж у контролі. По ступеню адгезії до першої групи штамів домінували високо — та помірно адгезивні штамів. При визначенні антилізоцимної активності встановлено, що кількість штамів *S. aureus*, що володіли даною ознакою, поступово знижувалась в ряду від ураженої шкіри до контрольних ділянок з 70,9%, 58,8% до 33,3% відповідно. При визначенні абсолютного показнику антилізоцимної активності було отримано наступні результати: на ділянках ураженої шкіри антилізоцимна активність штамів *S. aureus* досягала (2,95±0,2) мкг/мл проти (2,55±0,26) мкг/мл на інтактних ділянках шкіри. Разом з тим, слід підкреслити, що порівняння результатів, отриманих при вивченні антилізоцимної активності штамів, які були вилучені з осередків ураження хворих та контрольних ділянок шкіри здорових осіб, продемонструвало суттєві відмінності даної ознаки. По-перше, спостерігалась значно менша кількість штамів з даною рисою, вилучених з досліджених топодемів здорової шкіри. Так, з 3 отриманих штамів *S. aureus* лише один характеризувався наявністю антилізоцимної активності, при цьому його кількісне вираження було значно нижчим.

**Висновки.** Таким чином, складні комплекси вірулентних властивостей *S.aureus* пов'язані з протистоянням механізмів захисту хазяїна, з одного боку, та високий адгезивний потенціал, з іншого — сприяють активній колонізації як уражених, так і інтактних ділянок шкіри, забезпечуючи умови для довготривалої персистенції мікроорганізму.

### СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ІgE-ЗАЛЕЖНИМ І ІgE-НЕЗАЛЕЖНИМ МЕХАНІЗМОМ ЛІКАРСЬКОЇ ХВОРОБИ

Солошенко Е.М., Ярмак Т.П., Шевченко З.М., Стулій О.М., Пятикоп І.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Оцінка стану гуморального імунітету у хворих на лікарську хворобу (ЛХ) з ІgE-залежним і ІgE-незалежним механізмом.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 35 хворих на ЛХ у віці 21–71 роки на фоні перебігу поширених дерматозів. Контрольну групу склали 15 практично здорових донорів. Хворі залежно від рівня загального Іg Е були розділені на 2 основні групи — з ІgE-залежним (рівень загального Іg Е більше 150 МЕ/мл, 18 хворих) і ІgE-незалежним механізмом (рівень загального Іg Е менше 150 МЕ/мл, 17 хворих). Вміст імуноглобулінів (Іg) А, М, G та



загального імуноглобуліна Е в сироватці крові досліджували за допомогою імуноферментних тест-систем виробництва ТОВ НВЛ «Гранум» (Україна). Для більш достовірної оцінки порушень імунітету, поряд з дослідженням вмісту Іg А, М, G, використовували інтегральний коефіцієнт гуморального імунітету (ІКГІ), при значеннях якого від 1 до 14 діагностували пониження інтенсивності імунітету, при значеннях від 15 до 30 — нормальний стан гуморального імунітету, при значеннях від 30 до 50 — інтенсифікацію гуморального імунітету.

**Результати та обговорення.** У всіх хворих на ЛХ, виявлено достовірне підвищення вмісту ІgG і КГП порівняно з показниками контрольної групи здорових осіб. При ІgE-залежному механізмі реєстрували достовірне підвищення вмісту ІgE, ІgA, ІgG, а також ІКГІ, в той час як при ІgE-незалежному механізмі — лише вмісту ІgG та ІКГІ.

**Висновки.** У хворих на ЛХ з ІgE-залежним механізмом встановлено достовірне підвищення вмісту практично всіх імуноглобулінів і ІКГІ, а у хворих з ІgE-незалежним механізмом — підвищення тільки вмісту ІgG та ІКГІ, що вказує на більш виражену інтенсифікацію гуморального імунітету при ІgE-залежному механізмі.

## ГЕМОЛІЗ, ВИКЛИКАНИЙ ЛІКАРСЬКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ТА ЙОГО ІНГІБУВАННЯ ЛІПОСОМАМИ

Іванова Н.М., Семко Г.О., Цимбал В.М., Унучко С.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Дослідження гемолізу, що викликається лікарськими препаратами, застосовуваними для лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, і захворювань шкіри, а також можливість інгібування цього гемолізу ліпосомами.

**Матеріали та методи.** Були використані ліпосоми на основі яєчного лецитину (ПАТ «Фармстандарт-Біолік»), а також негативно заряджені ліпосоми з оригінальною ліпідною структурою, розроблені Івановою. Н.М.

**Результати та обговорення.** В ході дослідження *in vitro* були визначені концентрації препаратів, що викликають гемоліз. Перевірено антигемолітичну активність ліпосом на основі лецитину і на основі негативно заряджених ліпідів. Встановлено, що:

- при одночасному додаванні до еритроцитів барана негативно заряджених ліпосом і антибіотика Цефаклор гемоліз еритроцитів зменшився у 5 разів (з 15% до 3%)
- лецитинові ліпосоми інгібували гемоліз еритроцитів барана, викликаний метронідазолом, відсоток гемолізу знижувався у 3 рази. Негативно заряджені ліпосоми знижували гемоліз еритроцитів барана, викликаний метронідазолом, з 13% до 0%
- як агенти, що призводять до гемолізу еритроцитів, були використані: цефаклор, метронідазол, бензилпеніцилін. Експеримент проводився як на модельних системах (еритроцити барана), так і на крові добровольців, хворих різними видами дерматозів, в тому числі з алергією на лікарські препарати. Тестування гемолізу еритроцитів проводили спектрофотометрично при довжині хвилі 418 нм. Ліпосоми були додані (в різній концентрації) до еритроцитів барана або до крові хворих, одночасно були додані лікарські препарати, що викликають гемоліз. Ступінь гемолізу визначали з урахуванням оптичної щільності самих ліпосом
- у барана, викликаний дією бензилпеніциліну, вдалося зменшити при додаванні негативно заряджених ліпосом у 6 разів
- при гемолізі еритроцитів донорів, викликаному дією метронідазолу і бензилпеніциліну *in vitro*, були отримані аналогічні модельній системі результати.

**Висновки.** Отримані дані дають можливість припустити перевагу використання ліпосомальних форм препаратів, що викликають в тій чи іншій мірі гемоліз еритроцитів, для лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, захворювань шкіри, алергії.

## ЛІКАРСЬКА ХВОРОБА, АСОЦІЙОВАНА З ХАРЧОВОЮ І ПОБУТОВОЮ АЛЕРГІЄЮ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ

Солошенко Е.М., Шевченко З.М., Ярмак Т.П.

ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Дані алергологічного анамнезу не завжди дозволяють встановити лікарський засіб (ЛЗ), що викликає лікарську хворобу (ЛХ), а також виявити етіологічний чинник дерматозу. У зв'язку з цим мета роботи полягала в обстеженні всіх хворих на поширені дерматози, на лікарську, харчову і побутову алергію.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 35 хворих у віці від 18 до 78 років, з них жінок 21 (60%), чоловіків 14 (40%), які стаціонарно лікувалися з приводу ЛХ (11 чоловіків, 31,4%), кропив'янки (11 чоловіків, 31,4%), алергічного дерматиту (4 чоловіки, 11,4%), екзми (4 чоловіки, 11,4%), atopічного дерматиту (3 чоловіки, 8,7%), харчової алергії (2 чоловіки, 5,7%). Сенсibilізацію до лікарських, харчових і побутових алергенів виявляли за допомогою специфічних імунологічних тестів.

**Результати та обговорення.** При лабораторному обстеженні сенсibilізація на різні алергени зареєстрована у 32 (91,4%), а не виявлено сенсibilізації — у 3-х (8,6%) хворих. З 32 обстежених з виявленою сенсibilізацією підвищення чутливості до ЛЗ встановлена у 23 (72%), при цьому тільки до ЛЗ — у 8 (25%), до лікарських і харчових алергенів (А) — у 8 (25%), до лікарських і побутових А — у 4 (12,5%), до лікарських, харчових і побутових А — у 3 (9,5%). Сенсibilізація до харчових і побутових А виявлена — у 3 (9,5%) хворих, тільки до побутових А — у 4 (12,5%), тільки до харчових А —



у 2 (6%). Аналіз проведених досліджень свідчить, що у більшості хворих на дерматози (72%) виявляється сенсibiliзація до ЛЗ, а у значно меншій кількості (28%) до побутових (12,5%) і харчових А (6%), а також перехресна сенсibiliзація до харчових і побутових А (9,5%).

**Висновки.** У 72% хворих різними дерматозами виявляється сенсibiliзація до ЛЗ, причому у 25% хворих у вигляді моноалергії, а у 47% — у вигляді поліалергії, що асоціюється з харчовою (25%) і побутовою (12,5%) алергією, а також перехресною сенсibiliзацією одночасно до харчових і побутових алергенів (9,5%).

## ПРОБЛЕМИ СИФІЛДОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Волкославська В.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Піднімається проблема недостатнього виявлення вродженого сифілісу в Україні.

**Матеріали та методи.** Вивчення статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України 2010-2016 рр., ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», дані зарубіжних видань.

**Результати та обговорення.** Захворюваність сифілісом в Україні наближається на високому рівні і наближена до кількісним показником до захворюваності цієї хворобою в сусідніх державах. Вона коливалась від 16,3 в 2010 році до 7,6 на 100000 населення в 2016 році. В ці роки збільшувалась захворюваність сифілісом серед сільського населення. Захворюваність сифілісом в 2016 році жителів міст України була 7,5, селян — 7,7% на 10000 населення, а в 10 областях України захворюваність селян вище, ніж у жителів міст. В Україні зростає кількість хворих на пізні форми сифілісу: з 3,8% від усіх хворих на сифіліс в 2008 році до 13,1% в 2016 році. В Україні діти становлять 13% населення держави, тому особливу увагу повинна привертати проблема сифілісу, зокрема природженого, як в Україні так і в сусідніх державах. Захворюваність на сифіліс серед дітей була 0,68 на 100000 населення. З Congenital syphilis в Україні зареєстровано 25 хворих дітей за останні 7 років, тоді як в сусідніх країнах, за даними TESS (2015), виявили у Польщі 100 хворих дітей, в Румунії — 48, в Словаччині — 9, в Литві — 8, в РФ в 2013-2014 роки — 198 хворих дітей. Зважаючи на те, що в Україні діють 616 самостійних Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), з них в сільських адміністративних районах — 445, а в структурі самостійних ЦПМСД лікарських амбулаторій 5233, ФАПі — 11117, нам треба звернути увагу на своєчасне обстеження на сифіліс вагітних жінок в цих медичних структурах при першому зверненні за допомогою тестів: РМП, або РПР (RPR) та інші аналоги, та/або РЗК, з подальшим поглибленим обстеженням тестами: ІХГ, або ІФА ІgM+ІgG, або РПГА.

**Висновки.** Статистика по ІПСШ не є коректною і цьому питанню керівникам медичних установ треба приділяти увагу. Антенатальна профілактика сифілісу є в своєчасному виявленні захворювання у вагітної і її адекватному лікуванні. В боротьбу з вродженим сифілісом повинні бути залучені ЦПМСД, сімейні лікарі, акушери-гінекологи, та інші.

## ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Мавров Г.І., Миронюк В.І.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Вивчення епідеміологічної ситуації серед наркологічних хворих, оцінка впливу наркотиків і алкоголю на статеву поведінку, визначення ступеня ризику зараження вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 172 споживача психоактивних речовин (СПР) у віці від 18 до 49 років. Для тестування на ВІЛ та ІПСШ застосовували швидкі тести (Pharmasco®), а також полімеразну ланцюгову реакцію, імуноферментний аналіз, бактеріоскопічний, бактеріологічний методи.

**Результати та обговорення.** Виявлено високий рівень інфікування ІПСШ (44%) та ВІЛ (18%), ознаки депресії та психічних розладів (23%). Жінки-наркоманки були більш схильні до зараження ІПСШ/ВІЛ.

**Висновки.** Необхідні гендерно-специфічні програми та особистий медико-соціально-психологічний супровід СПР з боку відповідних державних лікувально-профілактичних заходів та неурядових організацій.

## ПОРІВНЯЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАННІЙ ПРИХОВАНИЙ СИФІЛІС

Захаров С.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра шкірних та венеричних хвороб, м. Дніпро

**Мета.** Проведення порівняльного аналізу ефективності методик, які застосовуються для лікування раннього прихованого сифілісу з терміном інфікування понад 12 місяців, визначення найбільш ефективної методики лікування цієї форми сифілісу на підставі віддалених результатів лікування.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 793 хворих на ранній прихований сифіліс з встановленим терміном інфікування понад 12 місяців, для лікування яких застосовували натрієву сіль бензилпеніциліну, пеніцилін G натрієву сіль, прокаїн-пеніцилін G, бензатинбензилпеніцилін, цефтриаксон. Після лікування вивчали динаміку негативації РЗК, РІБТ, РІФ, ІФА, РПГА.





**Результати та обговорення.** У результаті порівняльного аналізу віддалених результатів лікування (24-36 місяців) хворих на ранній прихований сифіліс було визначено, що найбільш ефективним препаратом, за результатами динаміки негативації серологічних реакцій, є цефтріаксон, який займає першу позицію. Менш ефективними, у порівнянні з цефтріаксоном, були визначені натрієва сіль бензилпеніциліну і пеніцилін G - друга позиція, третю позицію посів прокаїн-пеніцилін G. Найменш ефективним, серед вказаних препаратів, визначено бензатинбензилпеніцилін.

**Висновки.** Таким чином, за наших спостереженнями, найбільш ефективним препаратом для лікування хворих на ранній прихований сифіліс з терміном інфікування понад 1 рік є цефтріаксон. Результати дослідження свідчать про те, що доцільним є застосування в комплексній терапії хворих на ранній прихований сифіліс імуномодуючих та імунокорегуючих препаратів. Також слід відмітити можливість рекомендації щодо тривалості спостереження хворих, залежно і від препарату, яким проводилось лікування.

## ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТ-СИСТЕМИ «DIA-TREP-DIFFERENS» З МЕТОЮ ВЕРИФІКАЦІЇ ДАГНОЗУ СИФІЛІС

Кутова В.В., Білоконь О.М., Нікітенко І.М., Борозна О.С.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» м. Харків

Метод імуноблота — це спосіб діагностики різних форм сифілісу, що включає використання тестових стрипів з електрофоретично розділеними антигенами *Treponema pallidum* p15, p17, p41, p 47. Стрипи блокують та інкубують із зразком розведеної сироватки пацієнта, під час чого специфічні антитіла зв'язуються з антигенами, потім застосовують ферментний кон'югант, завдяки чому відбувається кольорова реакція, яка вказує на позитивний результат.

**Матеріали та методи.** Сироватка, тест система «DIA-Trep-differens»

**Результати та обговорення.** Всі зразки сироватки від 54 пацієнтів з серологічно підтвердженим діагнозом «сифіліс» були обстежені на присутність сумарних специфічних імуноглобулінів T.pallidum в тест-системі «DIA-Trep-differens» для верифікації діагнозу. При інтерпретації результатів визначення спектра антитіл одночасно до кількох (трьох або більше) антигенів *Treponema pallidum* розцінювали як позитивні, що було критерієм для постановки клінічного діагнозу «сифіліс». До одного із них, як негативні, а зразки з двома спектрами антитіл, як пролікований сифіліс, що був в минулому. Результати дослідження показали, що 40,7% (22) зразків були позитивні, в 24,1% (13) випадків результати виявилися невизначеними за двома критеріями (сифіліс в минулому) та в 35,1% (19) зразків були відсутні специфічні показники.

**Висновки.** Таким чином, перевагами застосування методу імуноблотінгу є висока специфічність отриманого результату, завдяки якості антигенів, які використовуються в даному методі. Окрім того, подальше визначення та виключення хибно-позитивних та хибно-негативних результатів не потрібне, так як даний метод дозволяє напрямку відрізняти специфічні антигени від неспецифічних, встановити правильний діагноз та відмовитись від подальшого лікування пацієнта з діагнозом «сифіліс» у минулому.

## ВИДОВИЙ СКЛАД ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ

Гончаренко В.В., Джораєва С.К., Соболь Н.В., Іванцова О.К., Щоголева О.В., Усік І.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Провести аналіз антибіотикорезистентності опортуністичних патогенів — збудників інфекцій сечостатевого тракту в умовах венерологічної клініки.

**Матеріали та методи.** Клініко-лабораторне обстеження 2205 пацієнтів у віці від 17 до 80 років було проведено на базі відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «ДВ НАМН України». Бактеріологічні дослідження для ізоляції умовно-патогенних мікроорганізмів з визначенням чутливості вилучених лабораторних штамів до антибіотиків різних груп виконувались відповідно до регламентуючих документів МОЗ України.

**Результати та обговорення.** При проведенні бактеріологічних досліджень у загальній структурі вилучених мікроорганізмів доміантними насамперед були представники роду *Staphylococcus* та родини *Enterobacteriaceae* (31,3% та 22,8% відповідно). Процент виділення інших видів був значно нижчим. Склад мікрофлори у більшості випадків носив полімікробний характер і був представлений асоціаціями мікроорганізмів. Кількість видів коливалась у діапазоні від 2 до 4. Найбільш часто асоціації утворювали стафілококи та ентеробактерії як між собою, так і з представниками родів стрептококів, коринебактерій та мікрококів. Серед ізольованих штамів стафілококів переважали потенційно патогенні види — *S.haemolyticus* та *S.aureus* (27,1% та 13,9% відповідно). Серед представників родини ентеробактерій домінуючі позиції займали *E.coli* та *Klebsiella spp* (49,3% та 25,8% відповідно). При визначенні чутливості до антибіотиків лабораторних штамів стафілококів встановлено, що мікроорганізми виявили високу чутливість до фторхінолонів, лінкозамідів (76,0% та 58,0% відповідно), середню до аміноглікозидів, макролідів та тетрациклінів (52,0%, 49,0% та 43,0% відповідно) та дуже низьку до пеніциліну, хлорамфеніколу та препаратам нітрофуранового ряду (28,0%, 39,0% та 41,0% відповідно). Це може бути пов'язано з тим, що макроліди і т тетрацикліни традиційно використовуються для лікування інфекцій, спричинених облигатними патогенами і, тим самим, сприяють розвитку резистентності у опортуністичних збудників. При визначенні чутливості до антибіотиків лабораторних штамів ентеробактерій встановлено, що ізольовані штами демонстрували високу резистентність як до незахищених, так і захищених пеніцилінів (ампіцилін — 85,0%,



амоксикав — 74,0%), середню резистентність до цефалоспоринів та нітрофуранів (44,0% та 49,0%), відносно високу чутливість до монобактамів, аміноглікозидів та фторхінолонів (21,0%, 37,0% та 39,0% відповідно.)

**Висновки.** Отримані дані свідчать про необхідність постійного мікробіологічного моніторингу антибіотикорезистентності лабораторних штамів мікроорганізмів з метою застосування раціональних схем терапії та попередження розповсюдження резистентних штамів бактерій. Визначення антибіотикочутливості вилучених мікроорганізмів необхідно проводити з урахуванням їх клінічної та епідеміологічної значущості з екстраполяцією отриманих результатів на всю групу антибактеріальних препаратів замість одного конкретного антибіотика.

### ДОСЛІДЖЕННЯ АСОЦІАЦІЇ ПОЛІМОРФІЗМІВ TLR1 S602I ТА MBL2 G230A З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Білозоров О.П., Частій Т.В., Мілютіна О.Й.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Великий вплив на імунну відповідь на інфекцію мають властивості рецепторів, що розпізнають молекулярний патерн патогенів, зокрема тол-подібного рецептору 1 (TLR1) і манан зв'язуючого білка (MBL). За даними літератури поліморфізм зазначених рецепторів значною мірою визначає особливості імунної відповіді на патогенні мікроорганізми.

**Мета.** Дослідити особливості перебігу хронічних інфекційних захворювань урогенітальної системи залежно від поліморфізмів TLR1 S602I та MBL2 G230A

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на 93 хворих на урогенітальну патологію — уретрит, ендocerвіцит, простатит, орхіт, пов'язану з мікоплазменою, трихомонадною або хламідійною інфекцією, що лікувались в ДУ «ДВ НАМН України». Поліморфізми TLR1 S602I та MBL2 G230A визначали методом поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів.

**Результати та обговорення.** Виявлена асоціація поліморфізму рецепторів, що визначають молекулярний патерн патогенів, з особливостями перебігу урогенітальної патології. Показано, що у чоловіків — носіїв малоактивного алелю S поліморфізму I602S гену TLR1 підвищена вірогідність ускладненого перебігу урогенітальних захворювань з розвитком простатиту, епідидиміту, орхіту. Сполучення малоактивного алелі TLR1S з активною алеллю MBL2 A збільшувало вірогідність розвитку ускладнень. У носіїв алелю I більш вірогідний був легкий перебіг урогенітальної патології, яка проявлялась уретритом у чоловіків і ендocerвіцитом у жінок.

**Висновки.** Носії малоактивного алелі TLR1 602S належать до групи підвищеного ризику розвитку ускладненого перебігу урогенітальної патології, що необхідно враховувати при виборі терапії.

### МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПРИХОВАНИЙ ПІЗНІЙ СИФІЛІС З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Нікітенко І.М., Бондаренко Г.М., Кутова В.В., Безрученко О.А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Прихований сифіліс може виступати чинником ураження нервової системи.

**Мета.** Розробити метод лікування хворих на прихований пізній сифіліс.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 20 пацієнтів з прихованими формами сифілісу, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні ІПСШ, віком від 40 до 70 років. Всім хворим проводилось серологічне обстеження, що включало: реакцію мікропреципітації, реакцію прямої гемаглютинації, реакцію імунофлюоресценції (РІФ)-200, РІФ-абс, імуноферментний аналіз — ІФА (IgM, G до Tr. Pallidum). Всі пацієнти мали початкові прояви недостатності мозкового кровообігу і дисциркуляторну енцефалопатію I стадії відповідно до класифікації Є.В. Шмідта. Всі пацієнти до лікування пред'являли скарги на: головний біль (n = 16 (80%)), найчастіше тупого характеру, не пов'язану з підвищенням артеріального тиску, що виникає при перевтомі, зміні погоди; запаморочення (n = 9 (45%)), що посилюється при зміні положення тіла; шум в голові дифузного характеру (n = 11 (55%)); порушення пам'яті (n = 18 (90%)); порушення сну (n = 6 (30%)) — у обстежених пацієнтів найчастіше були обумовлені підвищеною лабільністю, відзначенням переважно у чоловіків (n = 4 (20%)). Пацієнти основної групи отримували традиційну терапію (препаратом пеніцилін G) з призначенням L-аргініну по 5 мл під час їжі 3р/день, 20 дб. Після отриманої терапії виявлена позитивна динаміка в стані пацієнтів з початковими стадіями цереброваскулярної недостатності, що проявилось в зниженні частоти і послабленні основних скарг.

**Висновки.** Таким чином, отримані результати дозволяють стверджувати, що застосування L-аргініну аспартату в комплексному лікуванні прихованих форм сифілісу ефективно усуває ознаки системної ендотеліальної дисфункції.

### ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ ІМУННОЇ СИСТЕМИ

Осінська Т.В.<sup>1</sup>, Губенко Т.В.<sup>1</sup>, Щербакова Ю.В.<sup>1</sup>, Федорович Т.В.<sup>2</sup>, Олійник О.І.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup>ХМАПО, Кафедра дерматовенерології та ВІЛ/СНІДу, м. Харків

**Мета.** Вивчити показники прозапальних цитокінів у хворих на урогенітальний мікоплазмоз до та після лікування.



**Матеріали та методи.** Досліджено 20 зразків крові хворих з мікоплазмозом на активність прозапальних цитокінів до та після лікування в I (Доксициклін) в II (Кларитроміцин) та III (Кларитроміцин та Глутоксим) групах та групі практично здорових людей.

**Результати та обговорення.** При порівняльному аналізі рівнів прозапальних цитокінів до та після проведення курсу лікування відзначалося зменшення їх значень: рівень ІЛ-1 $\beta$  у пацієнтів I групи знизився на 18%, II групи — на 28%, III — на 65% порівняно зі значеннями до лікування. У пацієнтів I групи рівень ФНП- $\alpha$  знизився на 23%, II — на 30%, III — на 44%. Зниження рівня ІФН- $\gamma$  у хворих I групи відбулося на 27%, II — на 31%, III — на 55%. При цьому тільки у пацієнтів III групи середні значення ІЛ-1 $\beta$  та ФНП- $\alpha$  знизилися після лікування до рівня контрольної групи. Тоді як в інших групах вони залишалися значимо вищими за контрольні значення ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Встановлено, що комплексне лікування хворих на уrogenітальний мікоплазмоз, спричинений *M. genitalium*, сприяло нормалізації рівнів прозапальних цитокінів. При цьому можна говорити про більшу ефективність лікування уrogenітального мікоплазмозу при застосуванні комплексного лікування, що передбачає призначення Кларитроміцину та Глутоксиму.

## РОЛЬ ГЕПАТОТОКСИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА СИФІЛІС ТА ІХ КОРЕКЦІЯ

Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Іванова І.М., Губенко Т.В., Нікітенко І.М., Осінська Т.В., Кутова В.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

**Мета.** Дослідити біохімічні показники крові у хворих на різні форми сифілісу.

**Матеріали та методи.** Для вивчення біохімічних показників крові (аланінамінотрансфераза (АлАТ), аспаратамінотрансфераза (АсАТ), загальний білірубін (ЗБ), лужна фосфатаза (ЩФ),  $\gamma$ -глутамілтрансфераза ( $\gamma$ -ГТФ), загальний білок (ЗБ), активність холінестерази (ХЕ)) було обстежено та проліковано 67 хворих на різні форми сифілісу (18 хворих на ранній сифіліс, 49 хворих на пізній сифіліс).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що у хворих на сифіліс змінюються біохімічні показники, які відображають ступінь цитолізу гепатоцитів. Показники маркерів холестазу — лужної фосфатази, холінестерази і  $\gamma$ -глутамілтрансферази, і синтетичної функції печінки — загального білка, альбумін-глобулінового коефіцієнта ( $a / g$ -біохімічні не виходили за межі фізіологічної норми. У комплексній терапії сифілісу використовувався гепатопротектор Еслідін. При аналізі біохімічних показників печінки після лікування було відзначено достовірне зниження рівня: АСТ- $0,672 \pm 0,21$ , АлАТ- $0,691 \pm 0,17$ , за винятком рівня холінестерази (до лікування —  $75,3 \pm 3,21$ ; після лікування —  $79,4 \pm 5,19$ ). Підвищення рівня холінестерази, можливо, вказує посилення процесів метаболізму препаратів в печінці. Збільшення холінестерази було незначним і статистично не перевищувало показників фізіологічної норми.

**Висновки.** Основними проявами порушень у хворих на сифіліс були збільшення рівня показників ступіню цитолізу гепатоцитів. Застосування препарату Еслідін викликає зниження рівня трансаминаз. Під час досліджень алергічних реакцій на гепатопротектори не спостерігалось.

►►► ПРОДОВЖЕННЯ



## ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ЕКОНОМІКИ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ»

26 квітня 2018 року • Час проведення: 10.00–14.00

*Організатори: ДП «Український фармацевтичний інститут якості»*

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Менеджмент та якість лікарських засобів як невід'ємна частина успішного бізнесу

**Доповідач:** *Веремчук В.Г.*, перший заступник генерального директора КП «Фармація»

**Тема:** Актуальні питання та обговорення бізнес-процесів аптечної мережі

**Доповідач:** *Дмитренко Т.В.*, директор департаменту маркетингу та закупівель КП «Фармація»

## СЕСТРИНСЬКА СПРАВА

### УКРАЇНЬСЬКА ШКОЛА МЕДСЕСТРИНСТВА

27 квітня 2018 року • Час проведення: 10.00–17.00

*Організатор:* Компанія LMT

*За підтримки* Асоціації медичних сестер України

*Модератори:* Алла Кізім, компанія LMT; **Галина Івашко**, Президент Асоціації медичних сестер України;

**Тетяна Чернишенко**, виконавчий директор Асоціації медичних сестер України

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Перевірки закладів охорони здоров'я: відповідальність медичних сестер

**Доповідач:** *Юлія Нахімчук*, співзасновник та старший юрист юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ»

**Тема:** Невідкладні стани — знання, які рятують життя. Компетенції медичної сестри

**Доповідач:** *Павло Крижанівський*, сімейний лікар, інструктор з невідкладних станів, МЦ «ІНГО»

**Тема:** Кровотечі, види кровотеч. Сучасні методи зупинки на догоспітальному етапі

**Доповідач:** *Наталія Малютина*, к.м.н., ас. каф. сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика, лікар-анестезіолог

**Тема:** Безпека медичних сестер під час проведення інфузійної терапії

**Доповідач:** *Євген Гріжимальський*, к.м.н., зав. відд. реанімації пологового будинку «ЛЕЛЕКА»

**Тема:** Практичне цільове застосування антисептиків та дезінфектантів залежно від вмісту діючої речовини

**Доповідач:** *Валентина Малюга*, лікар-епідеміолог, директор ТОВ «ДАНА МЕДІКАЛ»

» ПРОДОВЖЕННЯ



## СТОМАТОЛОГІЯ

### СИМПОЗИУМ «ФАРМАКОТЕРАПІЯ У СТОМАТОЛОГІЇ»

25 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–13.40

**Організатори:** НМАПО імені П. Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Фармакотерапія в стоматології: що має знати лікар, призначаючи лікарський засіб

**Доповідач:** *Мазур І.П., д.м.н., проф. НМАПО імені П. Л. Шупика, президент ГО «Асоціація стоматологів України»*

**Тема:** Взаємодія лікарських засобів у практиці лікаря-стоматолога: менеджмент ризиків

**Доповідач:** *Хайтович М.В., д.м.н., проф., зав. каф. клінічної фармації НМУ О.О. Богомольця*

**Тема:** Фармакотерапія інфекційно-запальних уражень періодонту

**Доповідач:** *Хлебас С.В., викладач НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Фармакологічний супровід больового синдрому в стоматології: алгоритм призначення лікарських засобів та попередження ускладнень

**Доповідач:** *Юнакова Н.М., к.м.н. НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Пери-імпланти: хірургічні та консервативні методи лікування із використанням фармакологічних засобів

**Доповідач:** *Габаль В.А., НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Вітамін D в стоматології: прогормон чи лікарський засіб?

**Доповідач:** *Новошицький В.Є., НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Рациональна антибіотикотерапія та протимікробна резистентність: як утримати рівновагу

**Доповідач:** *Слободяник М.В., НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Призначення лікарських засобів в стоматології: результати опитування стоматологів

**Доповідач:** *Супрунович І.М., НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Презентація навчального посібника «Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології»

**Доповідачі:** *Мазур І.П., професор; Хайтович М.В., професор; Голопиho Л.І., доцент*

### СЕМІНАР ДЛЯ СТОМАТОЛОГІВ

#### «ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ: ЗМІНИ В ЗАКОНОДАВСТВІ»

26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–12.00

**Організатори:** Юридична компанія «МЕДКОНСАЛТИНГ»

**Проводять:** *Антоніна Нижник, засновник та керівник юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ», провідний фахівець в галузі медичного права, аудитор з сертифікації систем управління якістю за стандартом ISO серії 9001;*

*Юлія Нахиччук, співзасновник та старший юрист юридичної компанії «МЕДКОНСАЛТИНГ»*

#### ПРОГРАМА

Практичні питання діяльності стоматологічних центрів та приватно практикуючих лікарів:

- ✓ ФОП або ТОВ: чи варто змінювати організаційно-правову форму діяльності
- ✓ «Гігієніст зубний» — правове врегулювання посади
- ✓ Зміни санітарних правил щодо розташування рентген-кабінетів
- ✓ Розширення ліцензії на медичну практику спеціальностями «анестезіологія» та дитяча анестезіологія»
- ✓ Види інформованих згод, що розроблюються ліцензіатом самостійно
- ✓ Гарантійні зобов'язання у стоматології
- ✓ Порядок повернення коштів пацієнтам: оформлюємо правильно

Сам собі перевіряючий: віртуальний аудит діяльності стоматологічного центру або приватно-практикуючого лікаря-стоматолога

### КОНФЕРЕНЦІЯ, ПРИСВЯЧЕНА 15-РІЧЧЮ ІНСТИТУТУ СТОМАТОЛОГІЇ

26 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–18.00

**Організатори:** *Інститут стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; ДУ «Інститут стоматології НАМН України; ГО «Асоціація стоматологів України»*

**Модератори:** *Дорошенко О.М., проф.; Павленко О.В., проф.; Савичук Н.О., проф.; Білоклицька Г.Ф., проф.; Тимофеев О.О., проф.; Біда В.І., проф.; Дрогомирська М.С., проф.; Мазур І.П., проф.; Радько В.І., доцент; Трубка І.О., доцент*

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Інститут стоматології: історія, сьогодення та перспективи розвитку

**Доповідачі:** *Дорошенко О.М., д.м.н., проф., директор Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Павленко О.В., д.м.н., проф., зав. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*



**Тема:** Кафедра стоматології — право на довіру. Історія, здобутки та перспективи розвитку

**Доповідачі:** **Павленко О.В.**, д.м.н., проф., зав. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Волосовець Т.М.**, д.м.н., проф. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Ступницька О.М.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Бернадська Г.П.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Сучасна ортодонція — шлях професійного розвитку

**Доповідач:** **Дрогомирська М.С.**, д.м.н., проф., зав. каф. ортодонції НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Кафедра ортопедичної стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика: історія, здобутки та перспективи розвитку

**Доповідачі:** **Біда В.І.**, д.м.н., проф., зав. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Дорошенко О.М.**, д.м.н., проф., директор Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Радько В.І.**, к.м.н., доц. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Клочан С.М.**, к.м.н., доц. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Досягнення кафедри терапевтичної стоматології за 15 років

**Доповідачі:** **Білолицька Г.Ф.**, д.м.н., проф., зав. каф. терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** До 80-річчя створення кафедри щелепно-лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Доповідач:** **Тимофєєв О.О.**, д.м.н., проф., зав. каф. щелепно-лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Історія, сьогодення та перспективи розвитку кафедри стоматології дитячого віку

**Доповідачі:** **Трубка І.О.**, к.м.н., доц., зав. каф. стоматології дитячого віку НМАПО імені П. Л. Шупика; **Єрмакова Л.Г.**, к.м.н., доц. каф. стоматології дитячого віку НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Післядипломна освіта та безперервний професійний розвиток молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом «Стоматологія»

**Доповідачі:** **Мазур І.П.**, д.м.н., проф. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика, завідувача відділенням удосконалення молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом «Стоматологія»; **Новошицький В.Є.**, викладач ВУМСМО за фахом «Стоматологія»

**Тема:** Наукові досягнення кафедри щелепно-лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика за останні 15 років

**Доповідач:** **Ушко Н.О.**, к.м.н., доц. каф. щелепно-лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Сучасні підходи до лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей

**Доповідач:** **Савичук Н.О.**, д.м.н., проф., проректор з наукової роботи НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Мультидисциплінарний підхід в діагностиці та лікуванні генералізованого пародонтиту

**Доповідачі:** **Мазур І.П.**, д.м.н., проф. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Бургонський В.Г.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Бакшутова Н.О.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Юнакова Н.М.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Габаль В.А.**, асистент кафедри стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Сучасні підходи до вирішення проблеми де мінералізації емалі зубів у дітей

**Доповідачі:** **Парпалей К.А.**, к.м.н., доц. каф. стоматології дитячого віку НМАПО імені П. Л. Шупика; **Корнієнко Л.В.**, к.м.н., доц. каф. стоматології дитячого віку НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Лікування уражень нервів в щелепно-лицевій ділянці

**Доповідач:** **Весова О.П.**, д.м.н., проф. каф. щелепно-лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Комп'ютерні технології в дентальній імплантації

**Доповідачі:** **Леоненко П.В.**, д.м.н., проф. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Пальчиков А.В.**, к.м.н., асистент кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Паливода І.І.**, к.м.н., асистент кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Кокоева Ю.В.**, аспірант кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Індивідуальна підтримуюча терапія у комплексному лікуванні хворих генералізованим пародонтитом І-ІІ ступеню

**Доповідачі:** **Центіло Т.Д.**, к.м.н., доц. каф. терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Ковальова М.А.**, аспірант кафедри стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Мініблокове шинування при захворюваннях тканин пародонта

**Доповідач:** **Ашаренкова О.В.**, к.м.н., доц. каф. терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Ортодонтична допомога при реабілітації пацієнтів з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки

**Доповідач:** **Поляник Н.Я.**, к.м.н., доц. каф. ортодонції НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Порівняльний морфологічний і хімічний аналіз поверхні гвинтових дентальних імплантатів

**Доповідачі:** **Гурин П.О.**, к.м.н., доц. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Оснач Р.Г.**, к.м.н., асистент кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Чорненський І.М.**, асистент кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Вьюн А.І.**, аспірант кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

**Тема:** Аналіз помилок та ускладнень при застосуванні дентальних імплантатів

**Доповідачі:** **Тимофєєв О.О.**, д.м.н., проф. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Сидельніков П.В.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Кабанчук С.В.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Біда О.В.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Павленко М.О.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; **Сіренко О.Ф.**, к.м.н., доц. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика





**Тема:** Превенція та лікування деструктивних процесів в периапікальній ділянці

**Доповідач:** *Хлєбас С.В., викладач ВУМСМО за фахом «Стоматологія»*

**Тема:** Функціональні та естетичні аспекти профілактики та лікування зубоцелюпних аномалій

**Доповідачі:** *Лихота К.М., д.м.н., проф. каф. стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Пехньо В.В., асистент кафедри стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Костів В.П., аспірант кафедри стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Експериментальне обґрунтування можливості виникнення патології пародонта у осіб із порушенням метаболізму ліпідів

**Доповідач:** *Погребняк Г.В., к.м.н., доц. каф. терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Естетична складова ортодонтичного лікування

**Доповідач:** *Якимець А.В., к.м.н., доц. каф. ортодонції НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Частота виникнення захворювань твердих тканин зубів на фоні захворювань пародонту в осіб молодого віку

**Доповідачі:** *Копчак О.В., к.м.н., доц. каф. терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Турянська Н.І., аспірант кафедри терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Мультидисциплінарний підхід до вибору ортопедичних конструкцій зубних протезів при захворюваннях тканин пародонта, медикаментозна підтримка на адаптаційному етапі лікування

**Доповідачі:** *Овчаренко О.М., доц. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Омеляненко О.А., доц. каф. ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Германчук С.М., к.м.н., доц., докторант кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика; Біда О.В., аспірант кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*

**Тема:** Методи лікування пери- імплантатів

**Доповідач:** *Габаль В.А., викладач ВУМСМО за фахом «Стоматологія»*

**Тема:** Значення поліморфізму генів в прогнозуванні захворювань тканин пародонту

**Доповідач:** *Горголь К.О., аспірант кафедри терапевтичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика*

»» ПРОДОВЖЕННЯ



## САТЕЛІТНІ ЗАХОДИ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОФЕРМЕНТНИХ ТА МОЛЕКУЛЯРНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ КЛІЩОВИХ ІНФЕКЦІЙ»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 10.00–17.00

Організатор: ТОВ «Вектор-Бест-Україна»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Види кліщових інфекцій. Перспективи діагностики

**Доповідач:** **Бондаренко О.Г.**, лікар-лаборант вищої категорії клініко-діагностичної лабораторії Кіровоградської обласної лікарні

**Тема:** Лабораторна діагностика та виявлення збудників трансмісивних інфекційних захворювань сучасними методами  
**Доповідач:** **Родина Н.С.**, к.б.н., менеджер з біобезпеки та питань особливо небезпечних інфекцій, Блек енд Вітч Спешиал Продактс Корп. / Метабіота. За сумісництвом: бактеріолог з покладанням обов'язків зав. лаб. особливо небезпечних інфекцій відділу дослідження біологічних факторів, ДУ «Київський обласний лабораторний центр МОЗ України»

**Тема:** Моніторинг розповсюдження іксодового кліщового бореліозу в Сумській області

**Доповідач:** **Купрієнко І.В.**, бактеріолог лабораторії особливо небезпечних інфекцій, СЕС

**Тема:** Лабораторна діагностика деяких трансмісивних інфекцій на Тернопільщині методом ПЛР

**Доповідач:** **Шкільна М.І.**, к.м.н., ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», доц. каф. інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами

**Тема:** Клінічні форми нейробореліозу та методи верифікації діагнозу

**Доповідач:** **Мальцев Д.В.**, к.м.н., заст. дир. Інституту імунології та алергології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

**Тема:** Лабораторний контроль ефективності лікування бореліозів

**Доповідач:** **Карловський О.А.**, лікар-інфекціоніст, імунолог, зав. КДЛ. ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського» НАМН України

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ ПРАЦІ»

27 квітня 2018 року · Час проведення: 15.00–16.30

Організатор: ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України»

#### ПРОГРАМА

**Тема:** Сучасні нанотехнології, наноматеріали та оцінка їх безпеки

**Доповідач:** **Дмируха Н.М.**

**Тема:** Біологічний моніторинг професійної та екологічної експозиції пестицидами

**Доповідач:** **Демченко В.Ф.**

**Тема:** Сучасні методи діагностики захворювань бронхолегеневої системи, пов'язаних з впливом пилу хризотитового азбесту

**Доповідач:** **Остапенко Т.А.**

**Тема:** Питання гігієни праці при виробництві біопалива з сільськогосподарської сировини та профілактичні заходи для працюючих

**Доповідач:** **Стеренбоген М.Ю.**

**Тема:** Пігеомагнітне поле як фактор виробничого середовища, його біологічна дія та заходи профілактики

**Доповідач:** **Никифорок О.І.**

**Тема:** Умови праці та темпи біологічного старіння

**Доповідач:** **Бобко Н.А.**

**Тема:** Офтальмогігієнічні підходи до нормування світлового середовища, створеного енергоефективними світлодіодними освітлювальними системами

**Доповідач:** **Мартіросова В.Г.**

**Тема:** Скринінг-оцінка стану здоров'я та проблем, пов'язаних з професійною діяльністю водіїв вантажного автотранспорту

**Доповідач:** **Діордічук Т.І.**

**Тема:** Актуальні проблеми аналітичної хімії пестицидів в Україні

**Доповідач:** **Баранов Ю.С.**

**Тема:** Інноваційна технологія оцінки функціонального стану серцево-судинної системи у працівників екстремальних професій

**Доповідач:** **Соловійов О.І.**

**СУЧАСНІ НАНОТЕХНОЛОГІЇ, НАНОМАТЕРІАЛИ ТА ОЦІНКА ЇХ БЕЗПЕКИ**

Дмитруха Н.М.

**Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ**

Сьогодні в світі зростає увага до нанотехнологій, спрямованих на одержання і використання матеріалів, які мають розмір менше 100 нм (10-9 м). Нанотехнологічна продукція швидкими темпами впроваджується в різні сфери діяльності людини. В той же час, відсутність ґрунтовних знань про можливий негативний вплив нанотехнологій та наноматеріалів на організм людини та навколишнє середовище потребує вирішення низки медико-біологічних і екологічних завдань.

**Мета.** Обґрунтування принципів, методів і показників оцінки безпечності наночастинок (НЧ) металів на основі вивчення та узагальнення даних світової літератури та результатів власних експериментальних токсикологічних досліджень.

**Матеріали та методи.** Проведено аналітичний огляд наукових публікацій з використанням бази даних PubMed (за 2000-2017 рр.). Проаналізовано та узагальнено дані власних експериментальних досліджень з оцінки токсичності НЧ важких металів (свинець, кадмій, залізо, мідь) в умовах *in vitro* (на культурі клітин різного походження, білка плазми крові) та *in vivo* (на щурах Вістар з виконанням хіміко-аналітичних, гематологічних, біохімічних, імунологічних досліджень).

**Результати та обговорення.** Встановлено основні закономірності накопичення та розподілення частинок металів в органах-мішенях, механізми та прояви токсичності (стимуляція процесів перекидного окислення ліпідів та пригнічення системи антиоксидантного захисту, цитотоксична дія з розвитком некрозу та апоптозу клітин, порушення структури та функції білків), які залежали від розміру та концентрації НЧ, токсичності самого металу.

**Висновки.** На основі отриманих даних запропоновано алгоритм оцінки біобезпеки НЧ металів, який представлено в методичних рекомендаціях «Оцінка безпеки лікарських нанопрепаратів» (2013). Встановлені особливості та механізми токсичної дії важких металів у формі наночастинок можуть бути підґрунтям для розробки профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику їх шкідливої дії на організм працюючих і населення.

**БІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ЕКОЛОГІЧНОЇ ЕКСПОЗИЦІЇ ПЕСТИЦИДАМИ**

Демченко В.Ф., Заєц Є.Р., Макарчук Я.В., Баранов Ю.С.

**Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ**

Пестициди (П) — лімітуючий хімічний фактор ризику для працюючих у сільському господарстві. У 2001 р. в Україні було дозволено використання <400 пестицидних препаратів хімічного походження, до 2017 р. їх число зросло більше, ніж у 5 разів.

Населення зазнає екологічної експозиції пестицидами, в першу чергу – глобально розповсюдженими у довкіллі стійкими хлорорганічними (ХОП).

За рекомендаціями ВООЗ для виявлення експозиції пестицидами (ЕП), як професійної, так і екологічної здійснюють біомоніторинг (БМ) — дослідження вмісту діючих речовин (ДР) або/та значущих метаболітів (М) в біологічних середовищах (БС). В Україні, за винятком Інституту медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України, дослідження з БМ фактично відсутні.

**Мета.** Узагальнення власного досвіду з біомоніторингу експозиції пестицидами.

**Матеріали та методи.** Газорідинна та високоефективна рідинна хроматографія, хромато-мас-спектрометрія.

Об'єкти дослідження: індикаторні БС працюючих та груп населення підвищеного ризику (вагітні, породілля, діти); П та М.

**Результати та обговорення.** Для виявлення ЕП у працюючих БМ на основі запропонованих нами неінвазивних тестів (відокремлювана слизова оболонка носу, слина) часто більш ефективний, ніж моніторинг забруднення повітря.

Підвищений вміст ХОП в БС матері виявляється у породіль з патологічними або передчасними пологами та спонтанними зривами вагітності в минулому, а також при народженні дітей зменшеної маси тіла.

За результатами БМ, надходження до організму немовляти ХОП з грудним молоком часто перевищує допустиме.

**Висновки.** Показана необхідність подальшого розвитку БМ, особливо серед контингентів підвищеного ризику (дітей, вагітних тощо), для виявлення ЕП працюючих, підвищення ефективності профілактики та діагностики професійно та екологічно обумовлених захворювань.

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВПЛИВОМ ПИЛУ ХРИЗОТИЛОВОГО АЗБЕСТУ**

Басанець А.В., Остапенко Т.А.

**Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ**

**Мета.** Ідентифікувати специфічну патологію, пов'язану з впливом пилу хризотилового азбесту (ХА) у працівників азбощементного виробництва.

**Матеріали та методи.** Обстежено 276 працівників основних професій, що підпадають під вплив пилу ХА, з проведенням:



клінічного обстеження, рентгенографії органів грудної клітки (R-ОГК), комп'ютерної томографії високої роздільної здатності ОГК (КТВР), спірометрії, бодіплетизмографії, визначення показника дифузійної здатності альвеоло-капілярної мембрани (DLCO), електрокардіографії. Математичну обробку результатів дослідження проводили з використанням електронних таблиць MS Excel та статистичної програми Epi Info 3.4.1.

**Результати та обговорення.** Основними формами патології бронхолегеневої системи від впливу пилу ХА визначено: хронічний бронхіт (12,4±3,2%) та ХОЗЛ (2,4±1,5%). Підозра на азбестоз у вигляді такої специфічної ознаки як плевральні нашарування, в тому числі у поєднанні з інтерстиціальними змінами, за даними КТВР виявлена у 11,9±5,0%. Однією з найбільш розповсюджених КТ-ознак у обстежених діагностовані вузликів утворення (ОР), що визначалися у 28,6±7,0% осіб. Доведено вплив фактору паління на розвиток та прогресування легеневої недостатності у працівників азбоцементного виробництва: достовірно частіше в групі працівників, що палять, реєструвалися відхилення від фізіологічної норми показників функції зовнішнього дихання (FEV1/FVC, MEФ50, ITGV, TLC, RV, DLCO —  $p < 0,05$ ). Частота зниженого показника DLCO серед працівників діагностована у 56±4,1%, тоді як в групі осіб, що не підпадають під вплив пилу ХА — у 11±2,6% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Метод КТВР має більш високу ефективність для діагностики інтерстиціальних змін і плевральних нашарувань у порівнянні з R-ОГК. Встановлено, що в осіб зі стажем роботи до 15 років показники спірометрії є малоінформативними для діагностики функціональних порушень БЛС. Натомість визначення показника DLCO дозволяє виявити ранні вентиляційні порушення у працівників, що експоновані пилом ХА.

### ПИТАННЯ ГІГІЄНИ ПРАЦІ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ БІОПАЛИВА З СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОЇ СИРОВИНИ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ПРАЦЮЮЧИХ

Цапко В.Г.<sup>1</sup>, Стеренбоген М. Ю.<sup>2</sup>, Чудновець А.Я.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Мета.** Характеристика факторів виробничого середовища при виробництві біопалива з метою оцінки умов праці та можливого потенційного ризику для здоров'я працюючих, розробка профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Проведені дослідження з гігієнічної оцінки технологій вирощування біоенергетичних культур, вивчалися умови праці на основних етапах переробки сировини в біопаливо. Досліджували параметри мікроклімату, концентрацію пилу в повітрі робочої зони, мікробне забруднення основних виробничих ділянок, рівень шуму та вібрації на тракторах, комбайнах, у виробничих приміщеннях. Визначення та ідентифікацію бактерій проводили за морфологічними і культурально-біохімічними ознаками.

**Результати та обговорення.** На всіх етапах технологічного процесу на робітників впливають фактори виробничого середовища — мікроклімат в кабіні, пил органічний та неорганічний, шум та вібрація, яка генерується двигуном комбайну чи трактору на рівні вище ГДК. На більшості робочих місць робітники підпадають під вплив різноманітних мікроорганізмів, як сапрофітних, так і патогенних. Мікробіологічні дані показали, що більше 70% мікроорганізмів відноситься до мікроскопічних грибів. При переробці енергетичної сировини на біопаливо серед всіх виробничих факторів, біологічний фактор є головним і складається із органічного пилу та різноманітної мікрофлори. Його формування залежить від характеру технологічних операцій, від виду і якості сировини, залежить від температури і вологості повітря.

**Висновки.** Наявність у виробничому середовищі високих концентрацій та широкого спектру мікроорганізмів та мікроскопічних грибів, які можуть проявляти інфекційну, алергенну, токсичну дію, можуть бути найбільш вірогідним фактором ризику для працюючих при виникненні професійно обумовлених та професійних захворювань працівників виробництва біопалива. На підставі гігієнічних досліджень обґрунтовані профілактичні заходи щодо впливу умов праці на стан здоров'я працюючих.

### ГІПОГЕОМАГНІТНЕ ПОЛЕ ЯК ФАКТОР ВИРОБНИЧОГО СЕРЕДОВИЩА, ЙОГО БІОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Никифорук О.І.

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

**Мета.** Встановити гігієнічне значення гіпогеомагнітного поля (ГГМП) як фактора виробничого середовища та розробити комплекс профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Гігієнічні, фізіологічні, біохімічні, цитологічні, статистичні.

**Результати та обговорення.** Обстежено умови праці на робочих місцях на виробничих підприємствах і транспорті, де працювали більше 1300 працівників. Встановлено, що ГГМП 5–45 мкТл є розповсюдженим фактором виробничого середовища в енергетиці та на транспорті.

За результатами експерименту на лабораторних тваринах протягом чотирьох місяців з експозиціями ГГМП 25, 15, 6,5 мкТл, доведено, що порушуються захисні властивості організму. Найбільш чутливими системами до впливу ГГМП



є системи перекісного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ), особливо, при зниженні ГГМП до рівня 6,5 мкТл. Спостерегалися зміни в ЕКГ: подовження інтервалів P-Q, Q-T, R-R ( $p < 0,05$ ), а також визначалася велика кількість трансформованих еритроцитів (ехіноцитів та інш.) в групах з рівнями експозиції 15 та 6,5 мкТл, що свідчить про негативний вплив ГГМП на серцево-судинну та кровотворну системи.

Запропоновано профілактичні заходи: інженерно-технічні — встановлення захисних екранів; гігієнічні — захист часом та організація відповідного санітарного нагляду, складання карт ГГМП у приміщенні. Також іде дослідження в розробці індивідуальних засобів захисту — захисних костюмів з магнітних волокон.

#### **Висновки:**

1. ГГМП є досить поширеним фактором виробничого середовища в енергетиці та на транспорті.
2. В якості біологічних маркерів впливу ГГМП, у першу чергу, потрібно використовувати показники АОЗ/ПОЛ та ЕКГ.
3. Орієнтовно безпечним рівнем можливо вважати рівень ослабленого геомагнітного поля 25 мкТл. Рівні ослаблення ГГМП до 15 і особливо 6,5 мкТл на нашу думку потрібно вважати рівнями шкідливого впливу, та такими які потрібно контролювати у виробничих умовах.
4. Потрібно подальше вивчення фактору ГГМП та удосконалення профілактичних заходів.

### **УМОВИ ПРАЦІ ТА ТЕМПИ БІОЛОГІЧНОГО СТАРІННЯ**

Чернюк В. І.<sup>1</sup>, Бобко Н. А.<sup>1</sup>, Мазур В. В.<sup>2</sup>, Мартиновська Т. Ю.<sup>1</sup>, Діордичук Т. І.<sup>1</sup>,  
Гадаєва Д. О.<sup>1</sup>, Ябчанка Р. Я.<sup>2</sup>, Грицюк І. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

<sup>2</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Несприятливі умови праці можуть потенціювати формування патології та прискорення біологічного старіння працюючих.

**Мета.** Виявити співвідношення між умовами праці та темпами біологічного старіння у представників різних професійних груп.

**Матеріали та методи.** За допомогою методики оцінки біологічного віку (Войтенко В. П., 1991) обстежені представники масових професій, зайнятих на роботах у нічний час: 67 хірургів 23-74 років, 62 водія 28-65 років, 31 шахтар 32-58 років і 59 телефоністок 30-55 років. Систематичні нічні роботи були у хірургів і шахтарів. Умови праці оцінені за класифікацією 2014 року. Функціональний стан ССС оцінювався за класифікацією Бузунова В. О. (1991).

**Результати та обговорення.** Умови праці телефоністок і водіїв кваліфікуються як шкідливі класу 3.2, хірургів і шахтарів – класу 3.3. Шахтарі та хірурги випереджають своїх однолітків за швидкістю старіння на 17 і 8,5 років, телефоністки і водії – на 0,7 і 0,6 років відповідно, що свідчить про різко прискорений (шахтарі), прискорений (хірурги) і середньопопуляційний (телефоністки, водії) темп старіння в групах обстежених. Функціональний стан серцево-судинної системи у шахтарів, хірургів, водіїв і телефоністок переходить з «середнього» класу в клас «нижче середнього» у віці 48, 45, 43 і 48 років, в клас «низький» – у віці 52, 55, 56 і 58 років відповідно.

**Висновки.** 1. Шахтарі та хірурги, що виконують шкідливі роботи з високим фізичним та/або нервово-емоційним напруженням і систематично працюють в нічні зміни, мають різко прискорений і прискорений темп біологічного старіння, формуючи загрозливий за станом здоров'я контингент, групу ризику підвищеної захворюваності, передчасної втрати працездатності і смерті. 2. Функціональний стан серцево-судинної системи у осіб, зайнятих на шкідливих роботах у нічний час, у віці 43-48 років переходить в клас «нижче середнього», у 52-58 років – у «низький» клас – до настання пенсійного віку, що дає підстави ставити питання про зниження віку їх виходу на пенсію.

### **ОФТАЛЬМОГІГІЄНИЧНІ ПІДХОДИ ДО НОРМУВАННЯ СВІТЛОВОГО СЕРЕДОВИЩА, СТВОРЕНОГО ЕНЕРГОЕФЕКТИВНИМИ СВІТЛОДІЮДНИМИ ОСВІТЛЮВАЛЬНИМИ СИСТЕМАМИ**

Мартіросова В. Г.

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

**Мета.** Встановити параметри кількісних та якісних параметрів світлового середовища, створеного новими енергоефективними світлодіодними джерелами світла (СДДС).

**Матеріали та методи.** Розробка та провадження освітлювальної установки СДДС в експериментальній лабораторії ІМП та в офісі УХК Ткол 3100К та 5999К. В лабораторії ІМП моделювалась розумова праця (ІVв), проводилися дослідження динамічної зорової працездатності, оцінка стану серцево-судинної та ЦНС протягом 4,5 годинного експерименту при зростаючих та спадаючих рівнях освітлення, електроенцефалографії за допомогою викликаних потенціалів мозку та ін. (14 волонтерів, 357 людино-днів досліджень). У виробничих умовах фізіологічні дослідження проведені в динаміці робочого дня та робочого тижня протягом 4 місяців, досліджувався рівень мелатоніну в сечі (595 людино-днів досліджень).

**Результати та обговорення.** На основі аналізу матеріалів встановлені фізіологічні закономірності зорової та загальної працездатності (ЗП) при роботі в світловому середовищі СДДС залежно від різних рівнів освітленості та кольорової



температури. Встановлено що вищий рівень ЗП спостерігається при кольоровій температурі 5999К і інтенсивності світлового потоку 600 лк.

**Висновки.** Аналіз досліджень в умовах лабораторного та виробничого експерименту свідчить про відсутність негативного впливу СД освітлення на функціональний стан організму людини. Розроблені кількісні і якісні параметри освітлення оптимального світлового середовища з СДДС (Інф. л. №367-2015р. Нормалізація кількісних і якісних параметрів освітлення, створеного світільниками зі світлодіодними джерелами світла на робочих місцях офісних приміщень).

## СКРИНІНГ-ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПРОФЕСІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ВОДІЇВ ВАНТАЖНОГО АВТОТРАНСПОРТУ

Діордічук Т.І.

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

**Мета.** Виявити водіїв, що мають високі ризики погіршення стану здоров'я, і з'ясувати основні проблеми в роботі водія – для профілактики професійно зумовленої патології.

**Матеріали та методи.** Проведено анкетування, визначення біологічного віку, стану професійного стресу та синдрому «burnout» (95 водіїв-«далекобійників»).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що біологічний вік водіїв перевищує популяційний стандарт на 3,4 роки. При цьому, лімітуючим показником є рівень систолічного артеріального тиску: особи з рівнем тиску, наближеним до 140 мм рт. ст. (до 10% водіїв), складають групу ризику розвитку патології серцево-судинної системи, яка потребує підвищеної уваги з боку медичної служби підприємства. У 6,6% водіїв виявлено стрес, пов'язаний з трудовою діяльністю. Синдром «burnout» виявлений у 4% водіїв. Ці особи відповідно формують групи ризику розвитку хронічних захворювань внаслідок фізичного і психічного виснаження. Основними проблемами в своїй роботі водії назвали такі: складність дотримання чіткого графіка руху (непередбачені затримки при перетині кордону, оформленні митної документації, огляді вантажу); згаданий час при перетині кордону створює додаткові проблеми, пов'язані з дефіцитом часу (дефіцит часу як проблему вказують близько 42% водіїв), проблеми, пов'язані з пересуванням (затори на дорогах, недотримання правил дорожнього руху іншими його учасниками), відзначають понад 75% водіїв; проблеми, пов'язані з харчуванням (4% водіїв) і паркуванням автомобіля (6%); пізні завантаження і відсутність пристрою «free hand» для мобільного зв'язку.

**Висновки.** Отримані дані лягли в основу розробки програми моніторингу стану здоров'я працюючих, проведення поглибленого медичного огляду для осіб, що мають високі ризики погіршення стану здоров'я. На підставі отриманих даних щодо основних проблем, пов'язаних з професійною діяльністю, розроблені організаційно-технічні заходи адміністрації з метою поліпшення організації роботи підприємства.

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ АНАЛІТИЧНОЇ ХІМІЇ ПЕСТИЦИДІВ В УКРАЇНІ

Баранов Ю.С., Демченко В.Ф.

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

Споживання пестицидів (П) в Україні зростає: за перше півріччя 2017 р. їх імпорт склав 77 млн. літрів, що на 7,5 млн. літрів більше ніж за аналогічний період 2016 р. В той же час зростає експорт української сільгоспсировини та харчових продуктів, що потребує їх контролю за міжнародними нормативами, зокрема щодо залишків пестицидів (ЗП).

**Мета.** Виявлення основних проблем контролю використання пестицидів.

**Матеріали та методи.** Інформаційні; аналітичні.

**Результати та обговорення.** Зростаючий попит та існуючий вхідний контроль роблять пестициди привабливими для фальсифікації. Це створює нові ризики в аграрному секторі країни, які вимагають пострестраційного контролю пестицидних формуляцій (ПФ).

Нові виклики формують актуальні завдання вітчизняної аналітичної хімії пестицидів. Так, необхідна імплементація методик СІРАС з контролю вмісту діючих речовин (ДР) та інших показників ПФ; розробка та валідація методик вимірювання вмісту ДР у сумішевих пестицидних препаратах згідно з вимогами СІРАС. У моніторингу ЗП в сировині та продукції перейти від так званих сингл-методик (SRM) до мультизалишкових (MRM), як класичних, так і за методологією QuEChERS; осучаснити парк приладів за рахунок ГРХ/МС, ВЕРХ/МС/МС; обов'язково дотримуватись в розробці та валідації методик вимог ISO 17025, SANTE 11813/2017 та інших нормативних вітчизняних та європейських документів. У лабораторії аналітичної хімії та моніторингу токсичних речовин ДУ «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України» за останні роки розроблено, валідовано та застосовується понад 50 методичних вказівок з числа SRM та мультиметодик, засвоєно та валідовано MRM за методологією QuEChERS, впроваджено методики СІРАС з визначення ДР у ПФ та розробляються нові за вимогами СІРАС.

**Висновки.** Впровадження розроблених та валідованих методик сприяє підвищенню ефективності та безпеки використання пестицидів у сільському господарстві.



**ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ  
У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПРОФЕСІЙ**Соловйов О.І.<sup>1</sup>, Петрухін В.О.<sup>2</sup>, Кудієвський Я.В.<sup>1</sup>, Апихтін К.А.<sup>1</sup><sup>1</sup> Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ<sup>2</sup> Інститут кібернетики ім. В.М. Глушкова НАН України, м. Київ

**Мета.** Визначення функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) у працівників екстремальних професій (гірничорятувальників Державної воєнізованої гірничорятувальної служби у вугільній промисловості України (ДВГРС) та Державного воєнізованого гірничорятувального (аварійно-рятувального) загону Державної служби України надзвичайних ситуацій (ДВГРЗ ДСНС України).

**Матеріали та методи.** Обстеження гірничорятувальників ДВГРС і ДВГРЗ ДСНС України (всього 59 осіб) проведено методом моніторингу артеріального тиску (АТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) протягом зміни з використанням вимірювача артеріального тиску ВАТ41-2 (ІКС-Техно, Україна). Ритмокардіографічне обстеження з аналізом варіабельності серцевого ритму (ВСР) проведено із застосуванням програмного комплексу для аналізу ВСР CardioMood (Інститут кібернетики ім. В.М. Глушкова НАН України). Вимірювання ВСР виконувались датчиками пульсу (серцевого ритму) Polar H-7 (PolarElectroOy, Finland), який відповідає директивам 93/42 / ЄЕС та 1999/5 / ЄС.

**Результати та обговорення.** В обох вибірках виявлені об'єктивні ознаки високого нервово-емоційного напруження та фізичного перенавантаження, які достовірно пов'язані зі стажем роботи в аварійно-рятувальній службі (АРС) та стажем роботи з нічними змінами. Для рятувальників характерне стійке підвищення систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ), і ЧСС до верхньої межі норми, а під час чергування в нічну зміну реєструються збільшення швидкості ранкового підйому САТ в 1,5 рази, і ДАТ більше ніж у 3 рази. За результатами вивчення ВСР доведена потенційна ймовірність порушень функціонального стану ССС обстежених за інтегральним показником активності регуляторних систем (ПАРС) (Р.М. Баєвського, 1984) тощо.

**Висновки.** Отримані результати дозволяють обґрунтовано визначати ступінь нервово-емоційного напруження та фізичного перенавантаження, пов'язаного з особливостями умов праці гірничорятувальників.

