

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

**Матеріали**  
**72-ї підсумкової наукової конференції**  
**професорсько-викладацького**  
**складу УжНУ**

Ужгород – 2018

УДК 616-07-08:378.12:061.3

ББК 54.1+74.58

М34

Збірник матеріалів 72-ї підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» висвітлює актуальні питання медичного сьогодення. Роботи, що ввійшли до збірника, присвячені проблемам сучасної діагностики, оптимального лікування та профілактики різноманітних захворювань, а також питанням реформування організації охорони здоров'я та впровадженню новітніх технологій в медицину. В збірнику представлено нові погляди на актуальні питання медичної науки, вказано на можливості застосування результатів світових досягнень в повсякденній лікарській діяльності. Матеріали збірника висвітлюють наукову тематику всіх кафедр ФПОДП. Взаємно перетинаючись та доповнюючи одна одну, вони створюють цілісну наукову палітру факультету, що протягом останніх років є незмінним флагманом в становленні та розвитку вітчизняної науки та інтеграції її в світову наукову мережу.

### **Редакційна колегія**

#### ***Голова редколегії:***

Чопей І.В. – доктор медичних наук, професор, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, голова Закарпатської обласної громадської організації «Асоціація лікарів сімейної медицини», Заслужений лікар України.

#### ***Члени редколегії:***

к.мед.н. Михалко Я.О.

к.мед.н. Чубірко К.І.

д.мед.н. Готько Є.С.

д.мед.н. Слабкий Г.О.

д.мед.н. Пулик О.Р.

к.мед.н. Пацкань Б.М.

д.мед.н. Бобик Ю.Ю.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст та ілюстративний матеріал

Рекомендовано до друку Редакційно-видавничою радою (протокол № 2 від 26.02.2018) та Вченою радою (протокол № 2 від 27.02.2018) ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

ISBN 978-617-7404-82-7

## ЗМІСТ

ІНТЕРАКТИВНІ ТРЕНІНГИ ЯК МЕТОД ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ЗНАТЬ ТА СТУПЕНЯ МОТИВАЦІЇ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ВПРОВАЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ ДОКАЗОВОГО СКРИНІНГУ Колесник П.О., Кенез Є.Я, Шушман І.В.....	9
ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> ДО ПРЕПАРАТІВ ФТОРХІНОЛОНОВОГО РЯДУ ПРОТЯГОМ 2016 РОКУ Духович Т. В., Чопей І.В., Михалко Я. О., Плоскіна В. Ю., Карнафель М. П. ...	10
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БЛОКЧЕЙН-ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Гечко М.М., Чопей І.В., Фотул В.В., Голуб О.Є.....	11
ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА БЕЗ ЗУБЦЯ Q В МІСТІ УЖГОРОД Дейлик Ю.В., Іваньо Н.В.....	13
СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ ПРОТЯГОМ 2012-2017 РОКІВ Михалко Я.О.....	14
ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА Іваньо Н.В., Росул М.М., Іваньо Т.В., Корабельщикова М.О., Івачевська В.В. ...	15
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ «ДОКТОР ЕЛЕКС» У ЗДІЙСНЕННІ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ Фейса І.І., Слабкий Г.О.....	16
ДОЦІЛЬНІСТЬ ОЦІНКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ, ЩО МАЮТЬ СУПУТНІЙ ГІПОТИРЕОЗ Фейса С.В., Рудакова С.О., Чубірко К.І., Великклад Л.Ю.....	17
ІНФЕКЦІЯ <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> ЯК ОДИН З ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА Варваринець А.В., Курта Н.А. ....	18
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ОРГАНІВ ДИХАННЯ Нірода А. І., Колесник П. О.....	20

«БЕЗБОЛЬОВІ МАСКИ» ІНФАРКТУ МІОКАРДА Бугір І.В., Росул М.М., Сабінін О.А. ....	21
СТРУКТУРА ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ В СТАЦІОНАРІ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ ТА ЗАКАРПАТСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ З ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ 2004-2017 РОКИ. Пікіна І.Ю., Туряниця. С.М., Карабинош С.О., Гряділь Т.І. ....	23
РОЛЬ МАМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ВИЯВЛЕННІ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ Попович О.І., Погорелова Н.Є., Готько Є.С., Жеро С.В., Луць Б.В. ....	24
ВПЛИВ ПРИРОДНОЇ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ НА ГЛІКЕМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ Дичка Л.В., Чайковська Т.В., Малиновська В.Г., Дяків О.Б. Куля Г.М., Пілка О.Д. ....	26
КІЛЬКІСНО-ЯКІСНА ОЦІНКА СИСТЕМНИХ ОЛУЖНЮЮЧИХ ТА КИСЛОТОНЕЙТРАЛІЗУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД Дичка Л.В., Гайсак М.О., Голубка О.П. ....	27
МОЖЛИВОСТІ ПОСДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ТРАВМУ КАТАСТРОФІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ Дичка Л. В., Лемко І.С., Александрович Т.А., Яковенко Н.А., Ляхова О.Б., Кудик В.Г., Некраха С.О. ....	28
РІВЕНЬ АГРЕСИВНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ М. УЖГОРОДА Наговський О.І., Дрюченко М.О. ....	29
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІЛОЗЕНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОСДНАННІ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ Сухан В.С. ....	30
ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ В ПСИХІАТРІЇ Дрюченко М.О. ....	32
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК. Пулик О. Р., Гирявець М.В., Гечко М.М., Кушніревич А. Л. ....	33
МІОТОНІЯ ТОМСЕНА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Павлюк-Карачевцева А.П., Пулик О.Р., Гирявець М.В. ....	34

ПОЄДНАННЯ ДЗЕРКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА МАГНІТОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ Пулик О. Р., Гирявець М.В. ....	35
ОСОБЛИВОСТІ КЛАСТЕРУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ Сухан В.С. ....	37
ФАКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ Бузаш М.Ю., Ігнатко Л.В., Ігнатко В.Я. ....	38
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДОНОШЕНИХ ТА НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ. Кавуля Г.Г., Ігнатко Л.В., Янковська А.О. ....	39
«АВС» МІЖНАРОДНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ДЛЯ МОЛОДИХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-НАУКОВЦІВ. Колесник П.О., Колесник А.П., Харріс М. ....	41
ПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ Вайда В.М., Мотря В.С., Кочмарь В.М., Стецко І.Б. ....	42
МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГОНАРТРОЗУ Вайда В.М., Стецко І.Б. ....	43
ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ЩОДО ФІКСАЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕЗМОЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОЧОК ГОМІЛКИ Василинець М.М., Шманько О.П., Староста Д.І. ....	44
ТРАНСТРИЩЕПІТАЛЬНИЙ ДОСТУП ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СЕРЕДНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ТРЕТИНИ ДІАФІЗУ ПЛЕЧА Василинець М. М., Шманько О. П. ....	45
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМІНІВ КОНСОЛІДАЦІЇ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ З ТА БЕЗ РОЗСВЕРДЛЮВАННЯ КІСТКОВОМОЗКОВОГО КАНАЛУ Фізер Д.П., Василинець М.М., Шманько О.П. ....	46
ПОРІВНЯННЯ СТРОКІВ ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСУ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОРТАНІ ПІД МІСЦЕВИМ ЧИ ЗАГАЛЬНИМ ЗНЕЧУЛЕННЯМ Гаман Ю.В., Сівач В.О. ....	48

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

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

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В НАСЛІДОК ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ Кручаниця В.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О. ....	79
ОСНОВНІ ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНО ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОГРАМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ ДЛЯ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ Миронюк В.І. ....	80
ДО ПИТАННЯ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ДЕРЖАВНІ ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ» Скрип В.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О. ....	81
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Габорець Ю.Ю. ....	82
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМОГУБСТВ Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Защик Н.С. ....	83
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД ДИТЯЧОГО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ Слабкий Г.О., Качала Л.О., Лобас М.В. ....	84
ДО ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОВАРТІСНОГО ОБЛАДНАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДЕРЖАВНИХ/ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДРУГОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ Слабкий Г.О., Качала Л.О., Картавцев Р.Л. ....	85
ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ Анталовці О.В. ....	86



# ІНТЕРАКТИВНІ ТРЕНІНГИ ЯК МЕТОД ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ЗНАТЬ ТА СТУПЕНЯ МОТИВАЦІЇ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ВПРОВАЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ ДОКАЗОВОГО СКРИНІНГУ

Колесник П.О., Кенез Є.Я, Шушман І.В.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, ННТЦ СМ ДП, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *семінар-тренінг, інтерактивні методи навчання, доказовий скринінг, сімейна медицина*

**Вступ:** переважна більшість заходів, що використовуються в якості популяційного скринінгу в Україні, не базуються на даних доказової медицини, тому важливим моментом є мотивація сімейних лікарів щодо впровадження у їхню клінічну практику доказово обгрунтованої системи скринінгу. В умовах реформування в нашій державі, як системи освіти, так і системи охорони здоров'я, важливим також є удосконалення і безперервної медичної освіти лікарів, зокрема за допомогою тренінгів як інтерактивних методів навчання.

**Мета:** оцінити рівень знань та ступінь мотивації сімейних лікарів щодо впровадження доказового скринінгу шляхом проведення інтерактивних тренінгів.

**Матеріали та методи:** в рамках проекту Світового банку протягом 2016-2017 рр. було організовано проведення 20-и 8-годинних тренінгів на тему «Доказові кроки профілактики, скринінгу і менеджменту серцево-судинних ризиків у практиці сімейного лікаря» для 600 сімейних лікарів Закарпатської області, для яких було проведено вхідне та вихідне тестування, що включало 20 запитань стосовно тематики тренінгу. Правильна відповідь оцінювалася в 1 бал, відповідно максимальна кількість балів – 20. Запитання на початку, в кінці та через 3 місяці після проведення тренінгу були ідентичними. Також за 25-бальною шкалою було визначено ступінь мотивації сімейних лікарів щодо впровадження у їхню клінічну практику доказового скринінгу. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2007.

**Результати.** Рівень знань лікарів ЗПСМ на початку тренінгу становив 30,5% (6,1 бала із 20 можливих), наприкінці тренінгу рівень знань зріс більше, ніж в два рази та становив 73,5% (14,7 бала з 20). Через 3 місяці рівень знань лікарів ЗПСМ становив 50% (10 балів із 20). Що стосується рівня мотивації, то кількість високо мотивованих лікарів на початку тренінгу становила лише 9,8 %, середньо мотивованих -38,9%, а низько мотивованих – 51,3%. Наприкінці тренінгу кількість високо мотивованих лікарів зросла до 38,2%, середньо мотивованих до 61,8%, низько мотивованих- наприкінці

тренінгу не було. Через 3 місяці 30 % лікарів ЗПСМ мали високий рівень мотивації, 57 % були середньо мотивованими і 13% - мали низьку мотивацію.

**Висновки:** враховуючи те, що через досить тривалий час після навчання рівень знань та мотивації учасників тренінгу залишився на досить високому рівні в порівнянні із вхідними результатами, доцільним є активно використовувати тренінги у системі безперервної медичної освіти сімейних лікарів.

**ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ  
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ДО ПРЕПАРАТІВ  
ФТОРХІНОЛОНОВОГО РЯДУ ПРОТЯГОМ 2016 РОКУ  
Духович Т. В.<sup>1</sup>, Чопей І.В.<sup>1</sup>, Михалко Я. О.<sup>1</sup>, Плоскіна В. Ю.<sup>1</sup>,  
Карнафель М. П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

<sup>2</sup>Обласна клінічна інфекційна лікарня, бактеріологічна лабораторія, м. Ужгород

**Ключові слова:** антибіотикорезистентність, фторхінолони, тонзиліти, фарингіти.

**Вступ.** Грампозитивна мікрофлора займає одне з провідних місць у структурі етіологічних збудників гнійно-запальних захворювань людини. Відомо, що одним із найпоширеніший серед таких є *Staphylococcus aureus*. Цей патоген належить до основних збудників захворювань шкіри, м'яких тканин, ЛОР-органів, а також є причиною виникнення ендокардиту, менінгіту та остеомієліту. На сьогоднішній день найпоширенішим методом лікування бактеріальних уражень залишається антибіотикотерапія.

Проте, в контексті антибіотикорезистентності, лікування стафілококової інфекції перетворюється в серйозну проблему.

Спостереження протягом останніх десятиліття свідчать про виникнення стійкості до будь-якого нового антибактеріального препарату вже через 5 років його інтенсивного використання. За даними українських дослідників резистентність *S. aureus* до препаратів фторхінолонів на території України коливається в межах 4-49%.

**Мета.** Визначення рівня резистентності *S. aureus* до лікарських засобів фторхінолонової групи протягом 2016р.

**Матеріали та методи.** В роботу включено результати мікробіологічного дослідження 355 штамів *S. aureus*, що були виділені з ротоглотки дорослих пацієнтів, які лікувалися з приводу бактеріальних тонзилітів та фарингітів

у медичних закладах м. Ужгорода протягом 2016р. Мікробіологічне дослідження виділених збудників проводилося на базі бактеріологічного відділення клініко-діагностичної лабораторії Обласної клінічної інфекційної лікарні, м. Ужгород.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході роботи було встановлено, що антибіотикорезистентність *S. aureus* до препаратів фторхінолонового ряду протягом 2016р залишалася на, відносно, не значних показниках. Так, кількість штамів *S. aureus*, резистентних до ципрофлоксацину та норфлоксацину, становила 9,80% та 11,76% відповідно. Разом з цим, чутливість до ципрофлоксацину склала 78,43%, тоді як до норфлоксацину – 88,24%. Варто відмітити, що рівень резистентності до офлоксацину становив 11,76%, а чутливість, в свою чергу, ледь перевищила 80%. В той же час, до пefлоксацину резистентних штамів протягом досліджуваного періоду виявлено не було, при чому, чутливість до цього препарату становила 100%. Разом з цим, резистентність до левофлоксацину та гатифлоксацину значно різнилася і дорівнювала 13,73% та 1,96% відповідно, тоді як чутливість до левофлоксацину склала 84,31%, а до гатифлоксацину – понад 94%.

Високі показники помірної чутливості *S. aureus* спостерігалися до ципрофлоксацину та норфлоксацину (11,76% та 7,84% відповідно), тоді як до офлоксацину та пefлоксацину дорівнювали 0,00%. Помірна резистентність до гатифлоксацину та левофлоксацину становила 3,92% та 1,96% відповідно.

**Висновки.** *S. aureus* вважається одним із найчастіших збудників інфекцій різної локалізації. Отримані результати дозволяють рекомендувати фторхінолони в якості емпіричної терапії тонзилітів та фарингітів, зумовлених даним патогеном.

## **МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БЛОКЧЕЙН-ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Гечко М.М.<sup>1</sup>, Чопей І.В.<sup>1</sup>, Фотул В.В.<sup>2</sup>, Голуб О.Є.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород;*

<sup>2</sup>*ТОВ «Бограч Софт», м. Ужгород;*

<sup>3</sup>*Комунальний заклад «Ужгородська районна лікарня»*

**Ключові слова:** *блокчейн, медична інформаційна система, організація охорони здоров'я*

**Вступ.** Сучасний розвиток у всіх галузях і в системі охорони здоров'я зокрема, характеризується тенденцією до значної інформатизації. Цифрові

та програмні рішення дають можливість значно спростити та пришвидшити більшість організаційних та робочих процесів. Окермої уваги заслуговує технологія блокчейн. По своїй суті це глобальний децентралізований розподілений реєстр з криптографічним захистом найвищого рівня, що забезпечує надійність та достовірність внесених даних. На сьогоднішній день ця технологія використовується в більшості випадків для забезпечення фінансових транзакцій. Тим не менше, спостерігається інтенсивний розвиток проєктів, які впроваджують блокчейн в охорону здоров'я.

**Мета.** Метою дослідження є вивчення перспектив використання технології блокчейн в системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано доступну в мережі Інтернет інформацію щодо актуальних проєктів, які використовують блокчейн у різних галузях медицини.

**Результати дослідження.** В результаті дослідження встановлено, що основною перевагою застосування блокчейн є висока достовірність та надійність зберігання даних. Також, технологія унеможливує внесення будь-яких змін заднім числом і дозволяє відслідковувати медичну історію пацієнта, переміщення ліків тощо. Розподілене зберігання даних практично унеможливує втрату даних або їх пошкодження в результаті хакерських атак або пошкодження бази даних на локальних комп'ютерах. Важливою властивістю також є можливість глобального доступу до даних з будь-якої точки. Наявність великих масивів даних про стан здоров'я дозволяє зменшити затрати на проведення клінічних досліджень та підвищує їх інформативність та достовірність. Окрім цього, розвиток технологій штучного інтелекту на базі блокчейн може вивести телемедицину на якісно новий рівень та надає можливість отримання якісних медичних послуг в регіонах із значним дефіцитом медичних кадрів. Також, значна дебіюрократизація системи охорони здоров'я за рахунок смарт-алгоритмів блокчейну зменшить загальне навантаження на неї і підвищить її ефективність. Разом з тим, прикладів практичного застосування вищеописаної технології на сьогоднішній день недостатньо і вони не є масштабними. Також, на практиці виникає багато запитань із забезпечення доступу до даних при недієздатності пацієнта та при критичних станах.

**Висновки.** Технологія блокчейн має значний потенціал для використання в системі охорони здоров'я, зокрема, у сфері зберігання та обробки даних про стан здоров'я та обліку матеріальних ресурсів і дозволяє у значній мірі дебіюрократизувати саму структуру. Разом з тим, технологія є новою та недостатньо вивченою. Широке її впровадження в практику вимагає дослідження можливостей блокчейну на практичних реальних моделях.

## ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ІНФАРКТМ МІОКАРДА БЕЗ ЗУБЦЯ Q В МІСТІ УЖГОРОД

Дейлик Ю.В., Іваньо Н.В.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *інфаркт міокарду, ішемічна хвороба серця.*

**Вступ.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш розповсюджених патологій серед населення України і є головною причиною передчасної смерті. Інфаркт міокарда (ІМ) є однією із найважчих форм ІХС, і є найнебезпечнішою. Виділяють гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з зубцем Q та ГІМ без зубця Q.

**Мета дослідження.** Проаналізувати гендерні та вікові особливості хворих з ІМ без зубця Q в місті Ужгород.

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 хворих, які перенесли ІМ протягом 2016 року. Серед них 45 хворих чоловічої та жіночої статі, у яких був зареєстрований ІМ з зубцем Q, що склало 45% від усіх хворих із ІМ, і 55 хворих, які перенесли ІМ без зубця Q, що відповідно склало 55%. Всі хворі на ІМ без зубця Q (не Q-ІМ) були поділені на чотири групи. В першу групу увійшло 5 хворих які перенесли не Q-ІМ віком до 50 років включно, що склало 9%. В другу групу увійшло 18 хворих, які перенесли не Q-ІМ віком від 51 року до 60 років включно, що відповідно склало 34%. В третю групу увійшло 23 хворих, які перенесли не Q-ІМ віком від 61 року до 70 років включно, що склало 41%. І до четвертої групи увійшло 9 хворих, які перенесли не Q-ІМ віком від 71 року і вище, що відповідно склало 16%.

**Результати.** За результатами проведених обстежень було виявлено, що в першій групі хворих не Q-ІМ був зареєстрований у 5 хворих чоловічої статі або у 100%. Хворих на не Q-ІМ жіночої статі, віком до 50 років включно в кардіореєстрі міста Ужгород за 2016 рік не зареєстровано. В другій віковій групі не Q-ІМ був зареєстрований у 11 хворих чоловічої статі або у 61%, а хворих жіночої статі було зареєстровано 7 осіб або 39%. В третій віковій групі, не Q-ІМ був зареєстрований у 7 хворих чоловічої статі або у 30%, а хворих жіночої статі було зареєстровано 16 осіб або 70%. В четвертій віковій групі, не Q-ІМ був зареєстрований у 2 хворих чоловічої статі або 22%, а хворих жіночої статі було зареєстровано 7 осіб або 78%. Дослідження проводились на базі Ужгородської міської поліклініки

**Висновки:** ІМ без зубця Q у віці до 60ти років частіше розвивається у чоловіків, після 60ти років – у жінок. Пік ураженості ІМ без зубця Q припадає на вік від 61 до 70 років. Рідше зустрічається у віці від 51 до 60 років, ще рідше – у в ковій групі від 71 р. і старше. До 50ти років ІМ без зубця Q зустрічається дуже рідко.

# СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ ПРОТЯГОМ 2012-2017 РОКІВ

Михалко Я.О.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *інфекція сечовивідних шляхів, діти, дорослі, E. coli, E. faecalis, S. epidermidis*

**Вступ.** Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) є однією з найчастіших причин застосування антибактеріальних препаратів як серед дорослих, так і серед пацієнтів дитячого віку. При цьому, в переважній більшості випадків антибіотики призначаються емпірично. Основою успішного лікування ІСШ є дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії, що вимагає врахування особливостей локальної структури збудників, а також їх резистентності до препаратів.

**Мета.** Вивчення локальної структури збудників ІСШ в м. Ужгород.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів мікробіологічного дослідження зразків сечі 372 пацієнтів дитячого віку та 704 дорослих, що лікувалися з приводу ІСШ в лікувальних закладах м. Ужгорода.

**Результати.** В ході роботи було встановлено, що найчастішим збудником ІСШ як у дітей, так і у дорослих була *E. coli* (68,82% [95% довірчий інтервал (ДІ): 73,79-63,85] та 67,76% відповідно [95% ДІ: 71,35-64,17]). При цьому, частота трапляння вказаного збудника протягом досліджуваного періоду коливалася в досить широких межах (61,22-78,00% та 61,07-74,00% у дітей та дорослих відповідно). Разом з тим, статистично вірогідної різниці між частотою трапляння *E. coli* серед хворих дитячого віку та дорослих виявлено не було ( $p > 0,05$ ).

Значно рідше в досліджуваних зразках сечі траплялися *E. faecalis* (9,68% [95% ДІ: 12,95-6,41] та 8,10% [95% ДІ: 10,25-5,95] у дітей та дорослих відповідно) та *S. epidermidis* (7,26% [95% ДІ: 10,16-4,36] та 6,11% [95% ДІ: 8,02-4,20] у дітей та дорослих відповідно). Сумарний відсоток інших збудників (*E. aerogenes*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *Str. pneumoniae* та *Str. pyogenes*) становив 18,04% (95% ДІ: 21,02-15,06) у дорослих пацієнтів та 14,25% (95% ДІ: 18,07-10,43) у дітей відповідно. При цьому, різниця не була статистично вірогідною ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** *E. coli* була основним етіологічним фактором ІСШ і траплялася майже з однаковою частотою як у дітей, так і у дорослих. Структура збудників ІСШ у пацієнтів дорослого віку та дитячого вірогідно не відрізнялася. Антибактеріальний препарат, що призначається для лікування ІСШ повинен обов'язково бути ефективним у відношенні *E. coli*.

## ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Іваньо Н.В., Росул М.М., Іваньо Т.В., Корабельщикова М.О.,  
Івачевська В.В.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти до університетської підготовки, кафедра терапії сімейної медицини, м. Ужгород*

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, стан здоров'я.

**Вступ:** За визначенням **ВООЗ**, здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя. Огляд сучасних закордонних та вітчизняних публікацій підтверджує актуальність проблем сепцево-судинних захворювань, враховуючи найвищі показники захворюваності, розповсюдженості та смертності від даної патології, що веде до погіршення стану здоров'я пацієнтів. За даними Держкомстату ішемічна хвороба серця займає друге місце в структурі захворювань серцево-судинної системи.

**Мета.** Вивчити загальний стан здоров'я пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) за допомогою анкети стану здоров'я.

**Матеріали і методи.** Обстежено 52 хворих, які перенесли ІМ протягом гоатсаннього року. Стан здоров'я суб'єктивного оцінювався хворими за допомогою анкети, в якій хворі оцінювали 5 показників: можливість виконувати повсякденну діяльність, самообслуговування, ступінь рухливості, відчуття нездужання, наявність тривоги або депресії. Суб'єктивні відчуття рцінювались по 10-ти бальні системі: від 1балу – найгірший тсан здоров'я до 10 балів – найкращий стан здоров'я.

**Результати.** Проаналізувавши анкету стану здоров'я хворих через 1 місяць та через 1 рік після ІМ було виявлено, що жоден хворий не оцінив стан свого здоров'я, як найгірший (1 або 2 бали) або найкращий (9 або 10 балів). Через 1 місяць після перенесеного ІМ середній бал оцінки стану здоров'я склав 5,45. Найбільш часто хворі відмічали наявність тривоги або депресії – у 48 хворих, що склало 92 %. Через рік після перенесеного ІМ хворі суб'єктивно оцінювали свій стан здоров'я як значно кращий – середній бал виявився 7,21.

**Висновки:** Стан здоров'я (суб'єктивне відчуття пацієнтів) після перенесеного ІМ значно погіршується. Найчастіше хворі відмічають наявність тривоги або депресії, що робить доцільним залучення психотерапевтичної служби (психолога, психотерапевта) до реабілітації хворих після перенесеного ІМ.

## РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ «ДОКТОР ЕЛЕКС» У ЗДІЙСНЕННІ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

Фейса І.І., Слабкий Г.О.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти до університетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м.Ужгород*

**Ключові слова:** медична інформаційна система, «Доктор Елекс», медична реформа, інформатизація медицини

**Вступ.** Реформування медицини неможливе без широкого впровадження інформаційних технологій, адже сучасний ритм життя та повсюдна інформатизація не може обійти повсякденну роботу лікаря. Беручи до уваги комплексний підхід реформи до всіх рівнів надання медичної допомоги населенню, актуальним є впровадження інформаційних технологій в системі післядипломного навчання лікарів та практичній діяльності менеджерів охорони здоров'я.

**Мета:** проаналізувати доступну в інтернет-мережі інформацію щодо різних медичних інформаційних систем, оцінити переваги та недоліки системи «Доктор Елекс», а також її роль в майбутній українській медицині.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети здійснено пошук даних за ключовими словами в мережі Інтернет.

**Результати.** На просторах сучасного інтернет-ринку є багато пропозицій щодо програмних продуктів, які можуть впроваджуватися в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) в якості електронних карток пацієнтів (ЕК), лабораторних інформаційних систем (ЛІС), систем управління чергою (СУЧ) тощо. Програма може бути або окремим засобом, що не виходить за межі чітко поставленої задачі в конкретному закладі, або, навпаки, складовою частиною більших програм, що можуть мережево об'єднувати різні структурні одиниці ЛПЗ або заклади між собою. Серед найбільш відомих на сьогодні медичних інформаційних систем є: «Доктор Елекс», «Helsi», «Emcimed», «Medstar», «Medics», «МедЕйр», «MedCard Plus».

«Доктор Елекс» є єдиним програмним продуктом, виробленим українськими фахівцями (м.Львів). Програма відрізняється багатofункціональністю, зручним інтерфейсом для кожного робочого місця, можливістю регулярного оновлення та надбудови тих бланків та шаблонів, які потрібні саме для конкретної установи, сумісністю та підтримкою віртуальної платформи «e-Health». Система об'єднує різні структурні одиниці окремого закладу (реєстрація, лабораторія, рентген / КТ / МРТ-кабінет, поліклініка, стаціонар, аптека, склад, каса тощо), формує звіти за затвердженими МОЗ формами та має можливість обмінюватися даними ЕК пацієнтів з іншими ЛПЗ у разі консультаційної потреби. Безумовними плюсами використання даної системи є можливість «конструювання» з окремих програмних модулів під власні потреби



ЛПЗ та доступна технічна підтримка (зі сторони розробників). Недоліками є дефіцит кадрів з впровадження системи, слабкі знання лікарів у інформатизації загалом та відсутність підтримки вітчизняного виробника зі сторони уряду.

**Висновки.** Проаналізувавши доступні в інтернет-мережі дані та протестувавши демо-версію системи «Доктор Елекс», ми прийшли до висновку, що впровадження її в практичній охороні здоров'я сприятиме оптимізації роботи лікарів різних профілів та покращенню зв'язків між лікувальними установами, що приведе до покращення роботи медичних закладів в цілому.

## **ДОЦІЛЬНІСТЬ ОЦІНКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ, ЩО МАЮТЬ СУПУТНИЙ ГІПОТИРЕОЗ**

**Фейса С.В.<sup>1</sup>, Рудакова С.О.<sup>1</sup>, Чубірко К.І.<sup>1</sup>, Великоклад Л.Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти до університетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород;

<sup>2</sup>ДУ «ТМО УМВС в Закарпатській області»

**Ключові слова:** *неалкогольна жирова хвороба печінки, печінкова енцефалопатія, гіпотиреоз, когнітивні порушення, психо-емоційний статус, психометричні тести*

**Вступ.** Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – одне із найчастіших захворювань в гепатології, що супроводжує 80-85% випадків цукрового діабету 2 типу (ЦД-2) та близько 60% предіабету. Незважаючи на стертість клінічних проявів НАЖХП, вагому частку в суб'єктивному та об'єктивному стані хворих займає оцінка неврологічного та психо-емоційного статусу пацієнтів. За умови розвитку порушень нервово-психічної сфери суттєво страждає комплаєнтність пацієнтів, що може стати причиною зниженої ефективності лікування та погіршення прогнозу.

Актуальним питанням є і дослідження впливу стану щитоподібної залози (ЩЗ) на перебіг різних захворювань, в тому числі на НАЖХП, оскільки тиреоїдний статус організму є визначальним у формуванні особливостей всіх видів обміну. Гіпотиреоз, будучи лідером серед хвороб ЩЗ, характеризується змінами нервово-психічного стану пацієнтів та за умови поєднання з НАЖХП – обтяжує її перебіг.

**Мета:** отримати інформацію щодо поширеності, патогенезу та скринінгу когнітивних розладів при НАЖХП та супутньому гіпотиреозі.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети здійснено пошук даних за ключовими словами в англomовному сегменті мережі Інтернет.

**Результати.** Патогенез енцефалопатії у хворих на НАЖХП ґрунтується не лише на наявності цитолізу гепатоцитів, що веде до порушення дезінтоксикаційної функції печінки, а й на ендотеліальній дисфункції та атерогенних змінах судин. Печінкова енцефалопатія (ПЕ) при НАЖХП – результат метаболічних розладів, потенційно оборотний симптомокомплекс неврологічних і когнітивних порушень, вираженість яких залежить від тяжкості ураження печінки. Найчастіше ПЕ носить характер мінімальних проявів (субклінічна печінкова енцефалопатія) та є непомітною для пацієнта. Проте діагностика ПЕ є важливою, оскільки опосередковано дозволяє виявити зміни печінки на ранній, ще зворотній стадії. При наявності коморбідного гіпотиреозу у хворих з НАЖХП патогенез когнітивних порушень ускладнюється у зв'язку з приєднанням дефіциту гормонів ЩЗ, що проявляється «сповільненням» мозкової діяльності. Поширеність ПЕ, особливо її мінімальних проявів, оцінити важко, оскільки нема чіткості в діагностичних критеріях та рекомендацій щодо використання нейро-психологічних тестів у якості скринінгових методів. За даними закордонних авторів, помірні й виражені когнітивні порушення цереброваскулярної природи, що є їх еквівалентом, виявляються в 16,5 % осіб, вік яких старше 60 років.

Для діагностики неврологічних та когнітивних симптомів запропоновано багато психометричних тестів: Mini Mental State Examination (MMSE, MMSE+), шкала West-Haven, флікер-тест, тест зв'язку чисел, малювання годинника; прояви депресії оцінюють за шкалою Цанга та за шкалами PHQ-2 PHQ-9. Поряд з тим, що перераховані методи є широко відомими в неврології, вони майже не використовуються в загально-терапевтичній практиці.

**Висновки.** Беручи до уваги переважання в нейропсихологічному статусі хворих з НАЖХП регуляторних та нейродинамічних порушень, рекомендовано застосовувати в якості скринінгових тести, що дозволяють оцінити когнітивні функції пацієнта. Такий скринінг ПЕ дасть можливість опосередковано діагностувати на ранній стадії зміни в печінці, що сприятиме підвищенню загальної ефективності лікування та покращенню якості життя хворих.

## **ІНФЕКЦІЯ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ЯК ОДИН З ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА**

**Варваринець А.В.<sup>1</sup>, Курта Н.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород;

<sup>2</sup> Комінальний заклад «Ужгородська районна лікарня»

**Ключові слова:** *Хронічні неспецифічні запальні захворювання кишечника, інфекція Clostridium difficile, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона.*

**Вступ:** Хронічні неспецифічні запальні захворювання кишечника (ХНЗЗК), до яких відносяться неспецифічний виразковий коліт (НВК) та хвороба Крона (ХК), становлять все більший інтерес для лікарів-гастроентерологів, оскільки кількість пацієнтів із цими захворюваннями постійно зростає, а основний пік захворюваності припадає на 15-50 років, тобто на населення працездатного віку. Протягом останніх років відбувся значний прогрес у вивченні патогенезу даної групи захворювань, але причина їх до кінця залишається невивченою.

Відомо, що у пацієнтів із хронічними неспецифічними запальними захворюваннями кишечника (ХНЗЗК), що включає хворобу Крона (ХК) та виразковий коліт (ВК), підвищені показники інфекції *Clostridium difficile*.

Але питання чи є інфекція *Clostridium difficile* одним з факторів ризику виникнення ХНЗЗК, чи це наслідок ускладнення даної групи захворювань до сьогодні це вивчено.

**Мета:** В даному дослідженні ми намагались вивчити епідеміологію інфекції *C. difficile* у хворих на ХНЗЗК та її вплив на розвиток даної групи захворювань.

**Матеріали та методи:** Для вивчення поставленої мети нами було проаналізовано ряд вітчизняних та зарубіжних джерел.

**Результати:** Пацієнти з НВК більш схильні до інфікування *Clostridium difficile* у молодшому віці 42,7 років, і серед них більшу частину становлять чоловіки. Такий гендерний розподіл пояснюється більшою частотою даного захворювання серед чоловіків.

При потрапленні в кишківник, спори при певних передумовах проростають та перетворюються у вегетативні форми. Основною з таких передумов є дисбаланс мікробіоценозу кишківника, останній при нормальних умовах стримує розмноження *C. difficile*. Однією з найважливіших причин порушень мікробіоценозу є застосування антибіотиків. Тому, при тривалому застосуванні двох і більше антибіотиків ризик такого дисбалансу зростає. Останні роки широке застосування антибіотиків у всіх країнах світу, зокрема і в Україні, спричинило різке зростання захворюваності на *Clostridium difficile*-інфекцію. Незважаючи на специфічне лікування антибіотиками вузького спектра, інфекції *C. difficile* характеризуються високою резистентністю.

Не менш важливими чинниками, які впливають на мікробіоценоз кишківника є – вроджені та набуті імунodefіцитні стани, вживання імуносупресантів, протипухлинних препаратів, кортикостероїдів та інших.

На тлі дисбалансу мікробіоценозу кишківника відбувається його колонізація токсигенними штамми *C. difficile* та інтенсивне розмноження збудника із виробленням екзотоксинів типів А та В. Характерною особливістю цих екзотоксинів є їх прямиий цитотоксичний ефект на ентероцити товстої кишки, що є передумовою порушення бар'єрної функції та апоптозу. Епітеліальний бар'єр – це перша лінія захисту від інфекції *C. difficile*. Потім настає швидка вроджена імунна відповідь, яка формує другу лінію захисту, але вона не є специфічною та не надає довгострокової пам'яті. Виникає висока прозапальна реакція, яка викликає адаптивний (набутий) імунітет як третю лінію захисту, необхідну для контролю інфекційного процесу. Адаптивний імунітет, представлений високим рівнем у сироватці крові антитіл класу IgG до екзотоксинів А та В *C. difficile*. Саме за допомогою них забезпечується висока специфічна імунна відповідь проти *C. difficile* з пам'яттю та тривалим імунітетом. Такий антитоксичний імунітет мають біля 60 % здорових осіб. Серед цієї категорії осіб не спостерігається захворюваності на *C. difficile*, або хворіють в легкій формі, або є безсимптомними носіями даної інфекції.

Основними причинами рецидивуючого перебігу інфекції *C. difficile* є труднощі у відновленні мікробіоценозу кишківника та неадекватна імунна відповідь, які і спостерігаються у пацієнтів з ХНЗЗК.

**Висновки:** Інфекція *Clostridium difficile* є важливим прикладом, коли потрібно проводити раціональне використання антибіотиків наступної генерації для запобігання рецидиву захворювання. Питання чи є дана інфекція пусковим фактором у виникненні ХНЗЗК, чи є ускладненням при лікуванні даної групи захворювань залишається відкритим та потребує більш ретельного вивчення.

## **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ОРГАНІВ ДИХАННЯ** **Нірода А. І., Колесник П. О.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *туберкульоз, фактори ризику, скринінг, клінічні прояви.*

**Вступ:** Сучасна епідемія туберкульозу характеризується переважним ураженням груп високого ризику. ВООЗ наголошує на впровадженні протитуберкульозних програм та недоцільності розпилення коштів на масові флюорографічні огляди, тобто на заходи, які не обґрунтовані належністю конкретної людини до тієї чи іншої групи ризику. В Україні така концепція знаходить як прихильників, так і противників.

**Мета:** вивчити частоту виявлення первинних випадків туберкульозу в результаті масових скринінгових флюорографічних обстежень та проаналізувати основні фактори ризику серед осіб з вперше діагностованим туберкульозом легень.

**Матеріали та методи:** для вирішення поставленої мети було опрацьовано 18100 амбулаторних карток пацієнтів, з них у 59 осіб було виявлено вперше виявлений туберкульоз легень.

**Результати:** Слід підкреслити, що у всіх пацієнтів з вперше виявленим туберкульозом діагноз був встановлений вже при наявності клінічних проявів, а не в результаті скринінгової флюорографії. В ході дослідження було виявлено, що серед хворих на туберкульоз у 41 (69,49%) відмічалось паління. Особи молодого віку становили 40 (67,79%) проти 19 (32,21%) осіб середнього віку. При оцінці розподілу хворих за статтю частка чоловіків складала 35 (59,32 %), тоді як жінок – 24 (40,68%). Особи, в анамнезі яких спостерігався контакт з хворими на туберкульоз, склали 29 (49,15%). Зловживання алкоголем було виявлено у 15 (25,42%) пацієнтів. Захворювання шлунково-кишкового тракту спостерігалися у 4 (6,77%), а цукровий діабет – лише у 2 (3,38%). Наявність анамнестичних даних про перебування у місцях позбавлення волі спостерігалось у 1 (1,69%).

**Висновки:** Отже, серед вперше виявлених на туберкульоз в усіх пацієнтів діагноз був встановлений не в результаті скринінгової флюорографії, а вже при наявності клінічних проявів захворювання. Найбільш частим фактором ризику було паління. Перевага осіб молодого віку серед захворілих вказує на несприятливий прогноз щодо розвитку епідемії. Чоловіки значно частіше хворіли туберкульозом, порівняно з жінками (що узгоджується з даними класичної епідеміології). Майже у половини пацієнтів в анамнезі спостерігався контакт з хворими на туберкульоз особами. Епідемія туберкульозу в Україні є основним контрагументом противників заборони флюорографії як скринінгу. Але в результаті дослідження виявлено, що раціональним методом подолання епідемії туберкульозу може вважатися проведення профілактичних заходів серед груп високого ризику замість масових флюорографічних обстежень.

## **«БЕЗБОЛЬОВІ МАСКИ» ІНФАРКТУ МІОКАРДА**

**Бугір І.В., Росул М.М., Сабінін О.А.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *інфаркт міокарда, атиповий перебіг, безбольова форма.*

**Вступ:** щорічно в Україні реєструють 50 тис. випадків інфаркту міокарда (ІМ). При цьому статистика смертності від цього захворювання залишається стабільно високою – від гострого ІМ помирають 30% пацієнтів, в той час як у країнах Заходу–5%. Атипові форми ІМ становлять 50% всіх випадків.

**Мета:** вивчити особливості атипового перебігу гострого ІМ, а саме безбольової форми, на основі клінічного випадку.

**Матеріали, методи та результати:** хворий Б., 61 рік, направлений дільничним лікарем у приймальне відділення центральної міської клінічної лікарні (ЦМКЛ) м. Ужгорода для консультації кардіолога з приводу періодичних нападів задишки, особливо під вечір, протягом останнього тижня. На момент огляду пацієнт скарг не пред'являє. Із анамнезу життя – палить, періодично зловживає алкоголем, відмічає коливання артеріального тиску (АТ), інколи хворого турбує малопродуктивний кашель, раніше не обстежувався. Хворий астеничної тілобудови. Об'єктивно: серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, АТ 160/100 мм рт.ст., ЧСС 100уд./хв. В легенях – дихання ослаблене везикулярне, крепітація в нижніх відділах легень. Печінка +2см. Периферичні набряки відсутні. ЕКГ – без патологічних змін. Пацієнт був консультований пульмонологом: гострої патології не виявлено. Враховуючи скарги, хворий госпіталізований у кардіологічне відділення хворих на ІМ ЦМКЛ м. Ужгорода. Проведено ряд лабораторних та інструментальних методів дослідження. Аналізи крові без патологічних відхилень, окрім рівня креатиніну (167 мкмоль/л). Підвищений рівень тропоніну І. ЕхоКС: дегенеративні зміни аорти. Концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ). Акінез задньо-нижньо-бокової зони лівого шлуночка (ЛШ). Фракція викиду (ФВ) 17,2%. Діастолічна дисфункція міокарда ЛШ за рестриктивним типом. Регургітація на клапанах ++++. Помірна легенева гіпертензія. Перикард містить 8 мм рідини. Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки: пневмосклероз, емфізема легень, двобічний застій в малому колі кровообігу. На основі вище вказаного хворому було встановлено діагноз: ІХС. Гострий інфаркт міокарда без патологічного зубця Q задньо-нижньо-бокової ділянки ЛШ. Атеросклеротичний кардіосклероз. Серцева недостатність(СН) II-A із зниженою ФВ ЛШ (ФВ=17,2%). Функціональний клас II NYHA. Гіпертонічна хвороба III стадія, 2 ст. Кардіо-васкулярний ризик дуже високий. Хронічний обструктивний бронхіт, фаза нестійкої ремісії. Емфізема легень. Дифузний пневмосклероз. ЛН I-II. Пацієнту призначено відповідне лікування. За період перебування в стаціонарі стан хворого покращився, зникли застійні явища в легенях. Після лікування та реабілітації хворий виписаний додому під динамічний нагляд кардіолога, пульмонолога. Дані відповідні рекомендації.

**Висновки:** безбольова форма ІМ – досить поширений стан, патофізіологічні механізми якого досі залишаються нез'ясованими. Наявність безбольової форми ІМ підвищує ризик розвитку застійної СН – в 1,5 рази і є прогностично несприятливою для якості життя пацієнтів, тому вимагає настороженості з боку лікарів загальної практики та дільничної мережі.

## **СТРУКТУРА ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ В СТАЦІОНАРІ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ ТА ЗАКАРПАТСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ З ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДом 2004-2017 РОКИ.**

**Пікіна І.Ю.<sup>1</sup>, Туряниця. С.М.<sup>2</sup>, Карабиньош С.О.<sup>2</sup>, Гряділь Т.І.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

<sup>2</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб, м. Ужгород.

**Ключові слова:** вірус імунодефіциту людини, синдром набутого імунодефіциту, опортуністичні інфекції, інфекції.

**Вступ:** Поширеність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) в Закарпатській області й надалі займають найнижчі рівні в Україні. Відтак, станом на кінець 2017 року цей показник по області склав 44,6 на 100 000 населення, на відміну від 329,6 на 100 000 населення по Україні. За даними Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби із СНІДом на диспансерному обліку перебувають 560 ВІЛ-інфікованих осіб (44,6 на 100 000 населення), з них 185 – хворі із встановленим діагнозом СНІД (14,7 на 100 000 населення). Дітей народжених від ВІЛ-інфікованих – 54, з яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено лише у 11 осіб.

**Мета дослідження:** провести ретроспективний аналіз епідеміологічних даних ВІЛ-інфекції та СНІДу в Закарпатській області та проаналізувати структуру асоційованих з ними опортуністичних інфекцій у хворих з ВІЛ та СНІД, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні Обласної клінічної інфекційної лікарні.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилося, використовуючи статистичні дані показників захворюваності Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби із СНІДом та Обласної клінічної інфекційної лі-

карні у місті Ужгород, а також карти стаціонарного хворого (форма №003/о) пацієнтів із підтвердженим діагнозом методом полімеразної ланцюгової реакції, що перебували на лікуванні в умовах стаціонару. В процесі дослідження було опрацьовано 47 хворих.

**Результати.** Станом на грудень 2017 року 571 ВІЛ-позитивних осіб знаходилися на диспансерному обліку, з них  $32,57 \pm 1,96\%$  з встановленим діагнозом СНІД. За останній рік на облік стало 87 ВІЛ-позитивних осіб, з яких 12 осіб з тимчасово окупованої території України та території проведення антитерористичної операції (АТО). Серед 47 досліджуваних, що були госпіталізовані до ОКІЛ, 32 (68,09%) - чоловіків та 15 (31,91%) - жінок. Середній вік хворих складав  $37,58 \pm 6,8$  років. Було виявлено наступні опортуністичні захворювання – туберкульоз – 24 ( $51,06 \pm 7,29\%$ ), вірусний гепатит «С» – 21 ( $44,68 \pm 7,25\%$ ) та цитомегаловірусна інфекція – 25 осіб ( $53,19 \pm 7,28\%$ ). Найчастіше до ОКІЛ зверталися хворі з Ужгородського району та міста Ужгород – 24 особи ( $51,06 \pm 7,29\%$ ). Основний синдром, з яким досліджувані зверталися до ОКІЛ – це лімфаденопатія - 35 ( $74,47 \pm 6,36\%$ ) та гепатоспленомегалія - 22 особи ( $46,81 \pm 7,28\%$ ).

**Висновки.** Показники захворюваності на ВІЛ демонструють чітку тенденцію до зростання у порівнянні до минулих років, про що свідчить як число нових виявлених випадків (118 у 2017 та 105 у 2016 році), так і взяття на облік хворих, які змінили місце постійного проживання з окупованих територій АТО. Серед найбільш частих коморбідних станів, з якими зверталися досліджувані – лімфаденопатія та гепатоспленомегалія. До найпоширеніших опортуністичних інфекцій належать – туберкульоз, гепатит «С» та цитомегаловірусна інфекція. Профілактика та раннє виявлення опортуністичних інфекційних захворювань й надалі залишається актуальною темою, адже коморбідні стани значно ускладнюють перебіг основного захворювання, тому питання ВІЛ-інфекції/СНІДу та асоційованих з ними інфекцій потребує більш детального вивчення та проведення ґрунтовного аналізу їх динаміки.

## **РОЛЬ МАМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ВИЯВЛЕННІ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

**Попович О.І., Погорєлова Н.Є., Готько Є.С., Жеро С.В., Луць Б.В.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *мамографія, скринінг, проліферативні процеси, малігнізація.*



**Вступ:** За даними Національного канцер - реєстру України (2016), рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце в структурі онкологічної захворюваності жіночого населення та смертності від злоякісних новоутворень (20,3%). Ризик малігнізації при непроліферативних формах мастопатій мінімальний, але атипова протокова гіперплазія, обумовлена проліферацією епітелія, підвищує ризик на 8% при необтяженому сімейному анамнезі і на 20% - при обтяженому. Ризик малігнізації доброякісних змін збільшують також морфологічно виявлені внутрішньопотокова папілома та склерозуючий аденоз. Облігатним передраком є дольковий рак *in situ*. Виявлення таких передпухлинних процесів та адекватна лікувальна тактика дозволяють попередити розвиток РМЗ. Найбільш ефективним є мамографічний скринінг, який дозволяє виявити новоутворення мінімальних розмірів, які не виявляються при клінічному огляді та, навіть, не візуалізуються при УЗД. Важливою є також медико-економічна сторона питання, адже витрати коштів на лікування клінічних стадій РМЗ значно перевищують витрати на мамографічний скринінг жіночого населення груп підвищеного ризику.

**Мета:** виявлення корелятивних зв'язків між результатами цифрової мамографії та даними морфологічного дослідження у хворих із різними формами мастопатій.

**Матеріал і методи:** опрацьовані архівні дані цифрового мамографічного обстеження та результати патогістологічного дослідження трепан-біоптатів 71 пацієнтки із різними (переважно, вогнищевими) формами мастопатій, які знаходилися на обстеженні і лікуванні у міському онкологічному центрі Центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода у період 2015-2017 років.

**Результати:** в групі з 71 пацієнток із різними формами доброякісних вогнищевих змін, у 60 випадках (84,5%) мамографічна картина співпадала з морфологічними даними. У 3 випадках (5,0%) було виявлено проліферативну мастопатію і у 28 - (46,7%) – непроліферативну. У патогістологічних висновках по біопсійному матеріалу 29 пацієнток (48,3%) рівень проліферації не був визначений. В 11 випадках (15,5%) співпадіння мамографічної та морфологічної картини не спостерігалось.

**Висновки:** мамографічна та патоморфологічна картина співпадають у 84,5% обстежених. Таким чином, результати мамографічного скринінгу дають можливість виділити групу підвищеного ризику, яка вимагає поглибленого дообстеження із застосуванням інвазивних діагностичних методів – токогolkової аспіраційної біопсії (ТГАБ) та трепан-біопсії для верифікації проліферативних процесів, які можуть передувати РМЗ.

# ВПЛИВ ПРИРОДНОЇ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІСВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ НА ГЛІКЕМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Дичка Л.В.<sup>1,2</sup>, Чайковська Т.В.<sup>2</sup>, Малиновська В.Г.<sup>2</sup>, Дяків О.Б.<sup>3</sup>  
Куля Г.М.<sup>3</sup>, Пілка О.Д.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород;

<sup>2</sup>ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»

<sup>3</sup>ДП «Санаторій «Поляна»

**Ключові слова:** рівень глікемії, природна мінеральна вода, цукровий діабет.

**Вступ:** Важливим компонентом відновлювального лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) в період поза загостренням важливу роль відіграють природні фактори, зокрема, природні мінеральні води (МВ) з вираженими олужнюючими та кислотонейтралізуючими властивостями.

**Мета:** провести оцінку впливу курсу питного прийому вуглекислої борвміщуючої середньомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої МВ Поляна-Купіль на глікемічний профіль пацієнтів з ЦД 2 типу.

**Матеріали та методи:** У 74 хворих на ЦД 2-го типу, легкої та середньої важкості, в стадії компенсації або субкомпенсації (52 жінок, 22 чоловіків) віком від 41 до 72 років, в динаміці реабілітаційного лікування в умовах санаторію «Поляна» досліджено глікемічний профіль. Оцінювався також функціональний стан підшлункової залози (ПЗ) за авторським методом фракційного дослідження  $\alpha$ -амілази сечі в різні періоди травлення. Тривалість курсу лікування становила 24 дні, період між першим та контрольним дослідженнями коливався в межах 13-15 днів.

**Результати:** Під впливом лікування, на фоні позитивної клінічної динаміки, виявлено зниження на 29,2 % базального рівня глюкози (з  $9,25 \pm 0,58$  до  $7,16 \pm 0,42$  ммоль/л,  $P < 0,01$ ) та на 41,4 % (з  $13,73 \pm 1,10$  до  $9,71 \pm 0,65$  ммоль/л,  $P < 0,01$ ) – через 2 години після харчового навантаження. Слід зазначити, що суттєве, статистично значиме зниження рівня глюкози крові в обидва періоди досягається на 11-15-й день лікування, складаючи відповідно  $7,43 \pm 0,55$  та  $11,07 \pm 0,95$  ммоль/л. Подальші коливання глікемії до кінця курсу лікування є статистично несуттєвими. Покращення функції ПЗ стосувалось, передусім, гіпосекреторних її станів. Достовірно зменшилась частота виявлення панкреатичної гіпосекреції в різні цикли секреторного процесу. Майже у 2 рази, до рівня показників норми, підвищилась активність  $\alpha$ -амілази сечі, як натше (з  $10,0 \pm 0,89$  до  $16,67 \pm 1,4$  г/год.л,  $P < 0,01$ ), так і в період травлення (з  $12,0 \pm 1,5$  до  $20,0 \pm 1,7$  г/год.л,  $P < 0,05$ ), а також дебітів  $\alpha$ -амілази – з  $242,2 \pm 13,7$  до  $430,2 \pm 37,3$  г/год.л ( $P < 0,001$ ) та з  $373,3 \pm 67,1$  до  $551,1 \pm 79,6$  г/год.л ( $P < 0,05$ ).

Позитивним результатом є також достовірне зростання рН сечі з  $5,57 \pm 0,16$  до  $6,25 \pm 0,21$  од. ( $P < 0,05$ ), що свідчить про зменшення явищ метаболічного ацидозу, характерного для ЦД.

**Висновки:** Одержані результати дозволяють припустити, що одним із механізмів позитивного ефекту дії гідрокарбонатної натрієвої МВ є її виразні олужнюючі властивості та специфічний сприятливий вплив на функцію ПЗ. Крім того, досягнення позитивного клініко-лабораторного ефекту, яке спостерігається вже протягом 14-15 днів, може бути підставою для подальших досліджень стосовно оптимізації тривалості реабілітаційного лікування в умовах санаторію.

## КІЛЬКІСНО-ЯКІСНА ОЦІНКА СИСТЕМНИХ ОЛУЖНЮЮЧИХ ТА КИСЛОТОНЕЙТРАЛІЗУЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД

Дичка Л.В.<sup>1</sup>, Гайсак М.О.<sup>2</sup>, Голубка О.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород;  
<sup>2</sup>ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»

**Ключові слова:** природні мінеральні води, кислотонейтралізуючі, олужнюючі властивості

**Вступ:** Хронічний, або латентний метаболічний ацидоз (МА) сьогодні вважається одним із найбільш універсальних неспецифічних механізмів прогресування патологічного процесу, розвитку дисметаболічних станів та поліморбідності. Ефективний вплив на початкові, субклінічні прояви МА дозволяє суттєво сповільнити прогресування патологічного процесу, зменшити швидкість та важкість поліморбідної патології, покращити прогноз захворювання в цілому.

Головним методом корекції МА є системне олужнення, зокрема, із застосуванням тривалого питного прийому столових і лікувально-столових природних мінеральних вод (МВ), як одного із найбільш доступних і ефективних методів олужнюючої терапії (ОТ).

**Мета:** Незважаючи на те, що рН більшості МВ Закарпаття коливається в діапазоні 6,8-7,2 і загальні олужнюючі (ОВ) та кислотонейтралізуючі (КНВ) властивості притаманні практично всім МВ, ступінь виразності цих ефектів кількісно різняться. Тому важливою є кількісна оцінка ОВ та КНВ природних підземних лікувально-столових / столових МВ Закарпаття, в тому числі фасованих.

**Матеріали та методи:** в умовах *in vitro* проведена кількісна оцінка ОВ 23 природних МВ різного складу та мінералізації (від 0,3 до 11,6 г/дм<sup>3</sup>) в 115 серіях досліджень. Оцінювались КНВ (буферна ємність (БЄ) та нейтралізуюча здатність (НЗ), які визначають вплив МВ на шлункову секрецію, та системні ОВ - за показником PRAL (potential renal acid load за Т. Remer, F.Manz), який кількісно оцінює їх системний олузнюючий вплив.

**Результати:** Встановлено, що КНВ природних МВ лінійно зростають із збільшенням концентрації гідрокарбонатів ( $r=+0,92$ ). Прямо пропорційна залежність від мінералізації ( $r=0,98$ ) виявлена лише для МВ, аніонний склад яких представлений гідрокарбонатами. За величиною PRAL всі досліджені води володіють олузнюючими властивостями, з коливаннями показника від - 50,5 - 115,6 - для гідрокарбонатних МВ та - 7,1 - 30,1 - для хлоридних та сульфатних МВ.

**Висновки:** Практичним висновком одержаних результатів є доцільність призначення при шлунковій гіперсекреції МВ з високими показниками БЄ та НЗ, тобто гідрокарбонатні натрієві води. МВ з переважанням хлоридів та сульфатів доцільніше вживати у поєднанні з антацидами, або в комбінації з МВ гідрокарбонатного типу, а також при компенсованих станах шлункової гіперсекреції та невисоких показниках кислотності. Водночас, практично всі природні МВ Закарпаття мають сприятливий вплив при МА.

## **МОЖЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ТРАВМУ КАТАСТРОФІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

**Дичка Л. В.<sup>1,2</sup>, Лемко І.С.<sup>2</sup>, Александрович Т.А.<sup>2</sup>, Яковенко Н.А.<sup>2</sup>,  
Ляхова О.Б.<sup>2</sup>, Кудик В.Г.<sup>2,3</sup>, Некраха С.О.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород;

<sup>2</sup>ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»;

<sup>3</sup>«Санаторій «Термал Стар»

**Ключові слова:** *психосоматична патологія, реабілітація, методи фізичної медицини*

**Вступ:** У зв'язку з бойовими діями на сході України чітко окреслюється проблема віддалених метаболічних наслідків посттравматичного стресового розладу та формування психосоматичної патології як у учасників бойових дій, так і у мешканців контрольованих територій і вимушено переселених осіб. Профілактика цих станів є важливою складовою періоду медико-соціальної

реабілітації, на якому більший ефект може бути одержаний шляхом застосування методів неспецифічного впливу, зокрема немедикаментозних методів.

**Мета:** обґрунтування методики поєднаного застосування різних методів фізичної медицини - бальнеотерапії, питного прийому природних мінеральних вод (МВ), галоаерозольтерапії (ГАТ), психорелаксуючих процедур із застосуванням методів апаратної фізіотерапії - в реабілітаційному лікуванні пацієнтів, що зазнали впливу стресогенної ситуації під час військових дій на сході України.

**Матеріали та методи:** Обстежено 137 мешканців контрольованих територій - 38 пацієнтів (віком від 22 до 72 років, 15 чоловіків, 23 жінок) пройшли 10-14-денний курс оздоровлення в умовах санаторію «Термал Стар», який включав зовнішнє та питне застосування двох висококремністих МВ - термальної МВ типу Візбаден та слабомінералізованої МВ. 99 пацієнтів 2 групи з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи (віком від 38 до 68 років, 48 чоловіків, 51 жінка) пройшли курс ГАТ в умовах ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України».

**Результати:** Під впливом лікування у пацієнтів обох груп спостерігалася позитивна динаміка основних скарг і значне покращення загального стану вже протягом перших днів лікування - клінічне покращення відмітили всі пацієнти 1 групи, в т.ч. значне - 17 (44,7 %), а також 92 пацієнтів 2 групи (92,9 %). Спостерігалось зниження високого артеріального тиску, зменшення частоти епізодів аритмій, спрямованість до відновлення порушеного вегетативного балансу у більшій частині пацієнтів. Курс ГАТ сприяв покращенню легеневої вентиляції та прохідності бронхів, зменшенню явищ бронхообструкції.

**Висновки:** Таким чином, обидва лікувальних комплекси - термальна бальнеотерапія та питний прийом природної МВ, а також курс ГАТ - мають загальний позитивний вплив на стан здоров'я осіб, що зазнали впливу психотравмуючої події. З урахуванням високої вірогідності поліморбідної патології і синдрому взаємного обтяження захворювань у даної категорії пацієнтів, одержані результати зумовлюють доцільність розробки методик поєднаного застосування немедикаментозних методів, їх доповнення психорелаксуючими технологіями.

## **РІВЕНЬ АГРЕСИВНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ М. УЖГОРОДА**

**Наговський О.І., Дрюченко М.О.**

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

**Ключові слова:** *Агресивність, діагностика агресивності, рівень агресії.*

**Вступ:** Агресивність - відносно стійка риса особистості, що виражається в готовності до агресії, а так само в схильності сприймати й інтерпретувати поведінку іншого як ворожу. У силу своєї стійкості й входження в структуру особистості, агресивність здатна визначати загальну тенденцію поведінки. Агресивність - стабільна, стійка характеристика, властивість, що відображає усвідомлювану або неусвідомлювану схильність особи до досить послідовної агресивної поведінки, метою якої є спричинення об'єкту фізичної або психологічної шкоди.

**Мета:** вивчення схильності особистості до агресивної поведінки та типу прояву агресивної поведінки.

**Матеріали та методи:** протягом листопада-грудня 2017 року ми провели анкетування 55 працівників психіатричної служби м. Ужгорода (від 18-77 років). Для дослідження ми використали опитувальник «Діагностики стану агресії»(А.Басс, А. Дарки).

**Результати:** за результатами тестування 58 % мають рівень що відповідає нормі агресії, 42 % – респондентів мали рівень агресії, який вищий за норму чи по індексу ворожості чи по індексу агресивності. 45 % респондентів проявляють негативізм, у 48 % виражена фізична агресія, у 52% вербальна агресія, 54 % продемонстрували роздратування, 58 % відчуття вини, у 63% виявлена непряма агресія, а в 54% визначено підозрілість, у 56% спостерігається образа.

**Висновки:** У результаті дослідження висвітлилась тенденція, що домінуючими видами агресивних реакцій є непряма агресія, образа, відчуття вини та підозрілість. Агресивність певною мірою є абсолютно нормальною для кожної людини. При її відсутності особа стає пасивною, не активною у суспільному житті. Однак надмірний розвиток агресивності робить індивіда конфліктним, нездатним до нормального спілкування в особистому та суспільному житті.

## **ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІЛОЗЕНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ**

**Сухан В.С.**

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

**Ключові слова:** бронхіальна астма, алергічний риніт, вілозен, інтраназальні інгаляції.

**Вступ.** За даними Всесвітньої організації з алергії (WAO – 2015р.) 150 млн. європейців страждають на алергічні захворювання, а на початок 2025р. 50% населення Європи матиме алергічну патологію. Бронхіальна астма (БА) та алергічний риніт (АР) найбільш часто поєднанні алергічні захворювання. Поширеність цих захворювань у другому тисячолітті зросла майже в два рази. За даними різних авторів 50 – 78% хворих на БА страждають на АР. Їх коморбідність ускладнює перебіг як АР так і БА.

**Мета.** Вивчити ефективність використання інтраназальні інгаляцій вілозену у лікуванні хворих на бронхіальну астму у поєднанні з алергічним ринітом.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 37 хворих на БА з АР (сезонним або цілорічним). До основної групи увійшло 12 осіб, до групи порівняння 25 хворих. Хворі основної групи на фоні базисної терапії отримували інтраназальні інгаляції вілозену протягом трьох тижнів. Хворі групи порівняння отримували тільки базисну терапію. Ефективність лікування оцінювалась за динамікою клінічних симптомів АР, ранжованих залежно від інтенсивності проявів (від 0 до 3 балів), з вирахуванням загальної суми балів відповідно до міжнародної бальної оцінки TSS (Total Symptoms Score).

**Результати.** До проходження курсу лікування у обох групах хворих спостерігалась майже ідентична картина інтенсивності клінічних проявів АР. Так, в основній групі симптоми АР за шкалою TSS становили  $7,5 \pm 0,2$  балів та  $7,8 \pm 0,16$  балів у групі порівняння. Через три тижні після проведеного лікування у хворих основної групи, які отримували комбіновану терапію із включенням інтраназальних інгаляцій вілозену, констатувалась відсутність таких симптомів АР як: ринорея, чхання, свербіж слизової оболонки носа (верхнього піднебіння) та зменшення інтенсивності утрудненого носового дихання і за шкалою TSS становили  $0,6 \pm 0,08$ . У хворих групи порівняння відмічалась тенденція до зменшення симптомів АР переважно за рахунок чхання та утрудненого носового дихання, і збереження помірної ринореї. Сумарна оцінка симптомів АР за шкалою TSS у хворих групи порівняння становила  $5,0 \pm 0,1$  балів.

**Висновки.** Включення інтраназальних інгаляцій вілозену до базисної терапії хворих на бронхіальну астму у поєднанні з алергічним ринітом призводить до регресії atopічних симптомів внаслідок універсального впливу на запальний процес алергічного походження, що в свою чергу підвищує ефективність лікування даної групи хворих.

## ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ В ПСИХІАТРІЇ

Дрюченко М.О.

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

**Ключові слова:** *Терапевтичний альянс - ТА, комплаєнс, синдром професійного вигорання, комунікативна компетентність.*

**Вступ:** сучасне реформування медичної галузі України та зміна концепції функціонування психіатричної допомоги передбачає заміну принципу соціального патерналізму на принцип правового партнерства. Імплементація принципу партнерства у відносинах «лікар – пацієнт» супроводжується складним багатоступеневим процесом опору та подолання; особливо це стосується пацієнтів з психічними розладами. Наявна патерналістична модель взаємовідносин сприймається єдино прийнятною для більшості лікарів та комфортною для пацієнтів. Тому трансформація застарілих моделей відносин в медичному просторі (психіатричному) передбачається як складний, тривалий процес, що потребує відповідного наукового обґрунтування та практичних рекомендацій.

### **Мета:**

отримати інформацію про найбільш значимі характеристики ТА серед пацієнтів та лікарів психіатричного профілю  
визначити діагностичні критерії оцінки ТА  
окреслити групи ТА в залежності від наявної психіатричної патології  
виявити симптоми емоційного вигорання у психіатрів з різними формами ТА

**Матеріали та методи:** 50 пацієнтів психіатричного профілю, яким було запропоновано заповнити анкету; цілеспрямоване інтерв'ю з 12-ми лікарями-психіатрами.

**Результати:** завдяки проведеним дослідженням були виявлені фактори, що впливають на формування ТА серед пацієнтів та лікарів; сформульовані діагностичні критерії рівня комплаєнтності та комунікативної компетентності лікарів-психіатрів; встановлені домінуючі форми ТА серед пацієнтів з шизофренією та депресією; вплив індивідуальних факторів на подолання синдрому професійного вигорання.

**Висновки:** необхідність створення оптимальних моделей терапевтичного альянсу в психіатричній практиці повинна супроводжуватися з врахуванням виявлених факторів формування ТА. Проблема подолання емоційного вигорання повинна вирішуватися в рамках індивідуально-професійного реєстру. Домінуючими причинами зниження комунікативної компетентності лікаря є інтегративний патерн особистісного опору.



## СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Пулик О. Р., Гирявець М. В., Гечко М. М., Кушніревич А. Л.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії.*

**Вступ.** Синдром обструктивного апное сну (СОАС) – характеризується періодичним припиненням дихання уві сні, через спадання стінок дихальних шляхів на рівні глотки. Дихальні шляхи можуть spaстися повністю, і тоді розвивається апное – припинення повітряного потоку (легеневої вентиляції) тривалістю до 10 с і більше. При неповному спаданні дихальних шляхів відзначається гіпноное – істотне зниження повітряного потоку (більш ніж 50% від вихідних значень), який поєднується із зниженням насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем (сатурації) на 3% і більше. Багаторазові епізоди апное протягом ночі супроводжуються хеморефлекс-опосередкованим збільшенням симпатичної активності в периферичних кровоносних судинах із подальшою вазоконстрикцією. Наприкінці епізоду апное артеріальний тиск може досягти рівня понад 240/130 мм рт.ст. Цей гемодинамічний стрес обумовлений тяжкою гіпоксемією, гіперкапінею та адренергічною активацією. Причинами звуження верхніх дихальних шляхів можуть бути: вроджена вузькість дихальних шляхів; анатомічні дефекти на рівні носа і глотки (поліпи, збільшення мигдаликів, подовжений піднебінний язичок, новоутворення); ретрогнатія і мікрогнатія; здавлення дихальних шляхів ззовні жировими відкладеннями; набряк глоткових структур (гіпотиреоз); акромегалія. Типовим є портрет пацієнта, котрий страждає на СОАС, це повна людина гіперстенічної конституції, червоним або багряно-синюшним набряклим обличчям, часто із ін'єкцією судин склер і хрипким голосом.

**Клінічний випадок.** Хворий В. 56 років звернувся до невролога Закарпатську ОКЛ ім. А.Новака із скаргами на порушення дихання під час сну, сильне хрипіння (зі слів дружини), сонливість протягом дня, підвищення артеріального тиску, потерпання рук та ніг, задуху при мінімальному фізичному навантаженні, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє близько 8 років, коли значно збільшилась маса тіла, поступово почав сильно хрипіти, згодом жінка помітила короткочасне припинення дихання під час сну, періодичне засинання протягом дня. Значне погіршення стану за останні два роки: став неуважним на роботі, часто засинає, що відмічають колеги, став отримувати зауваження. «Паузи» у диханні протягом ночі зі слів жінки стали більш частими. Два місяці тому переніс ТІА в басейні правої СМА. Із анамнезу життя – хворіє цукровим діабетом II типу, ІХС, гіпертонічною хворобою Іст, хронічним панкреатитом. Із об'єктивного стану: ожиріння Іст. та підвищене-

ний артеріальний тиск. Дані неврологічного статусу: орієнтований у місці, часі та власній особі, свідомість ясна; із боку черепно-мозкових нервів – очні щілини D=S, зіниці D=S, рух очних яблук у повному об'ємі, фотореакція та конвергенція збережені; лице симетричне, язик по середній лінії, фонація та ковтання не порушені; сухожилльні та періостальні рефлексів із рук та ніг знижені симетрично; порушень у сфері чутливості не виявлено, м'язова сила в кінцівках збережена; патологічних рефлексів не виявлено, менінгеальні знаки та симптоми натягу відсутні, в позі Ромберга – легке похитування, пальце-носову та колінно-пяточну проби виконує задовільно.

Хворого обстежено за допомогою додаткових методів. Дуплекс сканування екстра-краніальних артерій атеросклеротичних бляшок не виявило, але швидкісні показники системно знижені. За результатами нейрон-сонографічного скринінгового обстеження – у пацієнта ознаки синдрому обструктивного апное і він потребує підбору лікувального апарату для методу СІПАП-терапії. ЕхоКС дослідження виявило гіпертрофію лівого шлуночку, дилатацію лівого передсердя, дегенеративні зміни аорти, аортального та мітрального клапанів, діастолічний розлад лівого шлуночку по I типу, СЗМ – збережена.

На ЕЕГ картина типова для СОАС. Відмічаються регулярні епізоди зупинки дихання 20-30сек за рахунок обструкції верхніх дихальних шляхів. ЕЕГ без епілептичних феноменів. МРТ головного мозку – ознаки церебральної мікроангіопатії, із явищами порушення ліквородинаміки головного мозку помірного ступеня вираженості. За допомогою лабораторних методів обстеження виявлено симптоматичний еритроцитоз. Хворому рекомендовано дієтотерапію для зниження маси тіла, прийом гіпотензивних, гіпоглікемічних препаратів, а також підбір лікувального апарату для методу СІПАП терапії.

## **МІОТОНІЯ ТОМСЕНА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

**Павлюк-Карачевцева А.П., Пулик О.Р., Гирявець М.В.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, курс неврології, м.Ужгород*

**Ключові слова:** міотонія Томсена, спадкові захворювання

**Вступ.** Міотонія Томсена – спадкове ураження поперечно-позмугованої мускулатури, проявом якого є пролонговане розслаблення м'язів після їх скорочення, гіпертрофією уражених м'язів. У хворих із даним видом міотонії прослідковується домінантний тип успадкування патологічного аутосомного

гену. Поширеність хвороби становить 3-7 випадків на 1 млн. населення. Міотонія Томсена відноситься до спадкових каналопатій. Захворювання пов'язане із дефектом 7-ї хромосоми, а саме гену *CLCN1*, що детермінує синтез білка хлорних іонних каналів міофібрил скелетної мускулатури. Відмічаються порушення міоневральної провідності і патологія внутрішньоклітинних мембран, що викликані зниженням проникності плазмолемми для іонів хлору у м'язеві волокна. Дефект провокує іонний дисбаланс: іони хлору накопичуються на поверхні міофібрил, не проникаючи всередину, що призводить до біоелектричної нестабільності у м'язевій мембрані. У м'язах таких хворих підвищений рівень ацетилхоліну. Морфологічні зміни: централізація ядер сарколеми, збільшення площі перерізу міофібрил, що свідчить про їх гіпертрофію. Електронна мікроскопія виявляє гіпертрофію саркоплазматичного ретикулула, збільшення розмірів мітохондрій і зміну їх форми, потовщення телофрагми.

**Клінічний випадок.** Хвора І., 1960 р.н. поступила в ЗОКЛ ім. А.Новака. Основними скаргами при зверненні були стискаючий біль голови, утруднення розмикання повік, утруднення ходи, особливо на початку руху. Вперше прояви захворювання почала помічати в школі – з'явилося утруднення рухів у руках. Обстежена дитячим неврологом, встановлено діагноз: міотонія Томсена. З часом стан погіршився, з'явилися біль голови, утруднення при жування та ходи. Направлена на обстеження в Закарпатську ОКЛ ім. А.Новака. У неврологічному статусі атлетична тілобудова, гіпертрофія усіх груп м'язів; тонічні спазми при розкритті повік, долоні, жувальних рухах, різкому початку ходи; розладів поверхневої та глибокої чутливості не виявлено, міотонічні симетричні сухожильні рефлекси, м'язевий «валик» при постукуванні долоні; гіпотонія м'язів у стані спокою; легка дифузна м'язева слабкість. На основі анамнезу, клінічної картини, даних лабораторних та інструментальних методів обстеження (в т.ч. МРТ головного мозку - органічного ураження не виявлено), хворій підтверджено діагноз «Міотонія Томсена». Рекомендовано дієту зі зниженим вмістом калію, препарати кальцію, мускамед, сечогінну терапію калійуретичними діуретиками, масаж, ЛФК.

## **ПОЄДНАННЯ ДЗЕРКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА МАГНІТОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ**

**Пулик О. Р., Гирявець М.В.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії, курс неврології*

**Ключові слова:** *півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, когнітивні порушення, магнітотерапія, дзеркальна терапія.*

**Вступ.** Рухові розлади займають одне з головних місць серед наслідків перенесеного мозкового інсульту. Геміпарез зустрічається у 85 % хворих, відразу після перенесеного інсульту, а 75% пацієнтів продовжують зазнавати труднощів при використанні руки протягом 1 року після інсульту. Реабілітація хворих з мозковим інсультом базується на немедикаментозних методах впливу. Самим відомим традиційним немедикаментозним методом впливу є метод фізіотерапії, зокрема магнітотерапії. Дзеркальна терапія, залучає візуальну стимуляцію за допомогою демонстрації нормального функціонування кінцівки, активуючи не тільки фізичну, а й когнітивну сферу. Поєднання в період реабілітаційного “вікна” дзеркальної терапії та магнітної стимуляції, одночасно для відновлення як когнітивних так і рухових порушень, поки не проводилася. Саме тому нами проведено наступне дослідження.

**Мета.** Прискорити відновлення рухового дефіциту у хворих після перенесеного ішемічного інсульту шляхом використання дзеркальної терапії та магнітотерапії.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2016 року. У дослідженні взяли участь 44 хворих, жителів м Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав  $59,1 \pm 1,1$  року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 22 хворих. Ураження правої півкулі в основній групі виявили у 58,3% хворих, лівої – у 41,7%, а в контрольній групі 37,5% та 62,5% – відповідно. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження, нейропсихологічне обстеження з використанням батареї тестів: MMSE, функціональне обстеження із використанням Скандинавської шкали інсульту, геріатричної шкали депресії – GDS для визначення емоційного стану.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS із змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів в 3 підходи. Дзеркальну терапію проводили 3 рази в тиждень по 20 хв, спочатку на базі відділення далі амбулаторно протягом 3 місяців.

**Результати.** Функціональний стан пацієнтів основної групи на початку дослідження склав  $48,9 \pm 0,8$  бала за Скандинавською шкалою інсульту, а у пацієнтів контрольної групи –  $49,0 \pm 0,7$  бала. По завершенні терапії покращення спостерігалось у пацієнтів в обидвох групах, в основній групі середній бал склав  $51,4 \pm 0,6$  бали, в контрольній –  $50,7 \pm 0,7$  бали. По шкалі MMSE встановлено, що середній бал в основній групі перед початком дослідження склав  $25 \pm 0,8$  бали, а в контрольній  $26 \pm 0,4$  бали. Після проведеного курсу реабілітації середній бал основній групі склав  $26 \pm 0,6$  бали,

а в контрольній -27 балів  $\pm 0,4$  бали. Одночасно встановлено зменшення депресії у пацієнтів обох груп. Згідно шкали GDS на початку лікування в основній групі показник склав 6,04, а після терапії – 4,28, показники пацієнтів контрольної групи – 5,43 та 4,31 відповідно.

**Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що залучення в реабілітацію пацієнтів, після перенесеного мозкового інсульту поєднання магнітотерапії з дзеркальною терапією покращує рухову функцію та когнітивні функції. Для вірогідності результатів необхідною є більша вибірка пацієнтів.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛАСТЕРУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Сухан В.С.

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

**Ключові слова:** бронхіальна астма, ожиріння, індекс маси тіла.

**Вступ.** Серед супутніх захворювань у хворих на бронхіальну астму (БА) значне місце займає ожиріння різного ступеня. Встановлена пряма кореляційна залежність між підвищенням індексу маси тіла (ІМТ) та збільшенням частоти розвитку, тяжкістю перебігу БА. У пацієнтів з коморбідністю БА та ожиріння зменшується показник астма-контролю. В GINA 2013 року ожиріння виділено як головний фактор ризику розвитку та погіршення контролю БА. Поєднання БА та ожиріння може формувати «порочне коло» до якого приєднуються інші патогенетичні механізми, які погіршують перебіг БА.

**Мета.** Проаналізувати особливості кластеру хворих на бронхіальну астму з супутнім ожирінням.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 58 хворих на БА із супутнім ожирінням, які лікувались в ДУ НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України. Критерієм включення слугував ІМТ = 30 кг/м<sup>2</sup>. У всіх хворих ретельно збирався анамнез захворювання та життя. Проведено діагностичне та загальноклінічне обстеження.

**Результати.** Середній вік хворих кластеру БА з супутнім ожирінням склав  $53,7 \pm 0,95$ . Із них переважна більшість були жінки – 50 хворих (86,2%). Середній ІМТ був на рівні  $36,4 \pm 0,79$  кг/м<sup>2</sup>. Збір алергологічного анамнезу засвідчив обтяженість спадковості у 21 хворого (36,2%), частіше по материнській лінії. Давність захворювання на БА становила  $3,8 \pm 0,22$  роки. В групі 36 % жінок пов'язували розвиток БА з початком клімаксу, а 24% – з оперативним втручанням з приводу гінекологічного захворювання. Погіршення пе-

ребігу БА залежно від періоду менструального циклу відмічало 14% жінок. Всього 20 (34,5%) хворих пов'язували розвиток БА після холецистектомії, апендектомії, тонзилектомії. На тяжкість перебігу БА після перенесеної пневмонії та плевропневмонії вказувало 9 (13,8%) хворих. У 56 (96,6%) пацієнтів БА носила неатопічний характер. При дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) у 52 (89,7%) хворих діагностувались порушення ФЗД за змішаним типом. Зі скарг у хворих даної групи переважали: у 50 пацієнтів (86,2%) турбували напади ядухи; у 49 (84,5%) – утруднене дихання та у 10 (17,2%) – головний біль. При аускультатії у 45 (77,6%) діагностувались сухі хрипи і у 14 (24,1%) хворих перебіг БА носив неконтрольований характер.

**Висновки.** Кластер хворих на бронхіальну астму з супутнім ожирінням складають переважно жінки зрілого віку, початок розвитку бронхіальної астми припадав у віці після 40 – 45 років і пов'язувався з клімаксом або з оперативними втручаннями. У більшості хворих бронхіальна астма носила неатопічний характер, порушення функції зовнішнього дихання мали змішаний характер, а перебіг захворювання був неконтрольований.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ**

**Бузаш М.Ю., Ігнатко Л.В., Ігнатко В.Я.**

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

**Ключові слова:** *гострий лейкоз, діти, «маски» лейкозів.*

**Вступ:** Лейкоз є найбільш поширеним злоякісним захворюванням серед дітей. На його частку припадає 30% всіх ракових захворювань, діагностованих у дітей у віці до 15 років в промислово розвинених країнах. Рівень захворюваності лейкозами в Україні становить 3,3–3,6 випадків на 100 тис. дитячого населення. Захворюваність на гострий лейкоз (ГЛ) збільшилася майже на 1% в рік протягом останніх п'ятидесяти років. Це вказує на те, що причинні фактори хвороби, стають все більш поширеними в популяції протягом останніх декількох десятиліть. Лейкоз відносять до поліетіологічних захворювань. Поліморфізм клінічних проявів і відсутність патогномічних симптомів перешкоджають постановці діагнозу ГЛ на ранніх стадіях, а полісистемність ураження маскує ГЛ під різноманітні захворювання.

**Мета:** Вивчити ймовірні фактори, що сприяють виникненню ГЛ у дітей.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз даних клініко-лабораторного обстеження дітей з ГЛ, що знаходяться на диспансерному обліку у обласного дитячого гематолога Мукачівської ОКЛ з діагнозом ГЛ.

**Результати:** Обстежено і проаналізовано історії хвороби та розвитку 56 дітей віком від 0 до 18 років. Вивчаючи анамнестичні дані, нами було виявлено роль імовірних факторів ризику розвитку ГЛ. Серед обстежених дітей встановлено значний ризик куріння батьків - у 44,6% (25) випадків. Тобто, майже кожна друга дитина, яка народжується в сім'ї курців має певну імовірність захворіти гемобластозом у ранньому віці. Обтяжений онкологічною патологією анамнез виявив значний відсоток ризику – у сім'ях майже 30,4% (17 дітей) обстежених дітей виявлено онкопатологію у першому і другому поколіннях. Також, досить високий відсоток в анамнезі відіграє надмірне вживання алкоголю – у 16,1% (9 дітей). У половини досліджуваних дітей маса при народженні тіла була підвищеною (більше 4кг), що дає змогу розглядати її як можливий фактор ризику виникнення ГЛ (50%- 28 дітей). Певну ймовірність створює і штучне вигодовування дітей до року – майже 55,4%(31) випадків. До встановлення діагнозу ГЛ, діти часто хворіли гострими бактеріальними та частіше вірусними інфекціями - 51,8% (29) обстежуваних дітей. Порівнюючи вказані результати із даними літературних джерел, можна припустити певну роль не самих вірусних захворювань, а, можливо, застосування імуномодуючої терапії в їх лікуванні, як фактору розвитку ГЛ.

**Висновок:** Результати проведеного дослідження вказують на можливість профілактики лейкемії серед дітей, шляхом ознайомлення батьків та лікарів із можливими факторами ризику. Це можна реалізувати шляхом усунення шкідливих звичок батьків, організації правильного харчування вагітної матері та пропаганди грудного вигодовування немовлят. Також варто призупинити безконтрольне використання імуномодуючих препаратів, як батьками, так і зі сторони лікарів, оскільки є ймовірність розглядати їх безпричинне застосування, як фактор ризику лейкемії. Онкологічна настороженість практичних лікарів, ретельне опитування, з встановленням можливого впливу вищевказаних факторів і уважний огляд, допоможуть запідозрити ГЛ, розпізнати його початкові прояви, своєчасно розпочати лікування, що сприятиме тривалій ремісії.

## **ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДОНОШЕНИХ ТА НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ.**

**Кавуля Г.Г., Ігнатко Л.В., Янковська А.О.**

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

**Ключові слова:** *функціональні гастроінтестинальні розлади, доношені та недоношені діти раннього віку.*

**Вступ.** У структурі захворювань органів травлення у дітей раннього віку одне з провідних місць займають функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР). Вони включають зміни функцій травної системи у разі відсутності органічних порушень.

**Мета.** Аналіз частоти функціональних гастроінтестинальних розладів у доношених і недоношених дітей раннього віку в залежності від віку та типу вигодовування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 дітей. Діти поділені на групи: за ступенем доношеності і появою гастроінтестинальних розладів серед них в залежності від віку та типу вигодовування. Проводився аналіз та статистична обробка даних.

**Результати.** Проводячи дослідження всі діти були поділені на 2 групи: перша досліджувана група - 59 доношених дітей, друга – 41 недоношена дитина. Нами було проаналізовано особливості появи функціональних розладів (ФР) у доношених та недоношених дітей. Виявлено, що у доношених ФР частіше зустрічались у вигляді закрепу 14 (23,73%±5,54); кольок 10 (16,95%±4,88) та метеоризму 6 (10,17% дітей). А серед недоношених дітей частіше спостерігались у вигляді кольок у 12 (29,27%±7,11); закрепів – 8 (19,51%±6,19) дітей, а метеоризму – у 6 (14,63%±5,52) випадків, у 10 (24%±6,8) дітей розладів не було. Отже, у доношених дітей достовірно частіше ФГІР проявлялись у вигляді закрепу – 23,73%, а у недоношених дітей переважали кольки – 29,27% ( $p < 0,05$ ). Проаналізувавши частоту виявлення ФГІР у віковому аспекті, виявлено, що серед доношених дітей вони частіше зустрічаються у 3-х та 4-х місячному віці (30,3% та 33,3% відповідно), а серед недоношених - у 6 місячному віці (38,71%). Обстежені доношені діти з ФГІР вдвічі частіше знаходились на штучному вигодовуванні, ніж на грудному ( $t=3,5$ ;  $p < 0,05$ ). Натомість, серед недоношених, майже всі діти знаходились на штучному вигодовуванні ( $t=10,6$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У обстежених нами недоношених дітей ФГІР достовірно частіше зустрічаються у віці 6-ти місяців, а у доношених – у 3 місяці. Це можливо пояснюється більш пізнім дозріванням моторики шлунково-кишкового тракту та нервово-м'язевої регуляції. ФГІР серед недоношених дітей (90,3%±5,4), які перебували на штучному вигодовуванні зустрічались достовірно частіше. Достовірно частіше недоношені діти з ФГІР знаходились на штучному вигодовуванні (68,29%,  $p < 0,05$ ), що, можливо, пояснюється більш важким вихідним станом недоношеної дитини та більшою частотою супутньої патології.



## «ABC» МІЖНАРОДНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КУРС ДЛЯ МОЛОДИХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ-НАУКОВЦІВ.

Колесник П.О., Колесник А.П., Харріс М.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти, Навчально-науковий тренінговий центр сімейної медицини, м. Ужгород.*

**Ключові слова.** навчання науковців, міжнародні проекти, сімейна медицина

**Вступ.** У більшості східноєвропейських країн не проводиться курсів з методології проведення наукових досліджень в галузі сімейної медицини. Україна має невеликий досвід наукових досліджень на рівні первинної медичної допомоги. Враховуючи пріоритетність сімейної медицини в рамках реформування системи охорони здоров'я України та зв'язки УАСМ з європейськими асоціаціями сімейних лікарів (WONCA, EGPRN, EURACT) з'являються можливості розробки міжнародних проектів з підготовки медичних кадрів, зокрема науковців-початківців.

**Мета дослідження.** оцінка ефективності 1 етапу («А») ABC міжнародного навчального курсу для молодих сімейних лікарів-науковців.

**Методи.** «А»-курс під назвою «Основи наукових досліджень у галузі сімейної медицини», перший з трьох дводенних курсів «ABC» підготовки молодих сімейних лікарів-науковців, було проведено в грудні 2017 р. в Києві. Модераторами курсу «А» були члени EGPRN: Павло Колесник (Україна) та Майкл Харріс (Великобританія). Проводилася оцінка ефективності курсу до і після його проведення за допомогою двох підготовлених анкет: «Анкета самооцінки» та «Анкета змін».

**Результати.** У курсі взяло участь 15 молодих сімейних лікарів-науковців. При оцінці «Анкета самооцінки» в 11 пунктах було виявлено збільшення середніх балів, зокрема підвищення: здатності розробляти та впроваджувати стратегію збору наукових даних; розробляти дизайн, який буде відповідати на питання дослідження; підбір найкращої стратегії аналізу даних. Дані анкетування за допомогою «Анкети змін» через місяць після закінчення «А» курсу перебувають на стадії обробки. За результатами опитування інтерактивна методика навчання науковців під час «А» курсу було високо оцінено учасниками: «Проведення досліджень на рівні первинної медичної допомоги є новим для нашої країни»; «Міжнародний підхід є прикладом планування досліджень у галузі сімейної медицини».

**Висновки.** За результатами оцінки ефективності 1 етапу («А») ABC навчального курсу, міжнародна інтерактивна модель навчання молодих сімейних лікарів-науковців є ефективною та доцільною в Україні. Крім надання молодим спеціалістам можливості ознайомитись із європейським підходом у

проведенні наукових досліджень в галузі сімейної медицини, вона відкрила можливості для подальшої співпраці між двома країнами – членами EGPRN.

## **ПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

**Вайда В.М., Мотря В.С., Кочмарь В.М., Стецко І.Б.,**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *МОС гвинтами, тотальне безцементне ендопротезування, тотальне цементне ендопротезування, однополюсне цементне ендопротезування.*

**Вступ:** Медіальні переломи шийки складають 25% всіх переломів стегнової кістки. Більшість хворих з цієї травмою - люди похилого та старечого віку. Встановлено, що у чоловіків у віці від 60 до 80 років кількість медіальних переломів шийки стегнової кістки в три рази менша ніж у жінок. Переломи шийки стегнової кістки у жінок переважають у всіх вікових групах за винятком престарілих, подвоюючись кожні 5-6 років. Переважно лікування медіальних перелом шийки стегнової кістки - оперативне, але відомі також методики консервативного лікування хворих з переломами шийки стегнової кістки пов'язані з тривалим постільним режимом або застосуванням іммобілізації, скелетного витяжіння. Відкриті методики оперативного лікування та ендопротезування вимагають ретельної передопераційної підготовки, а травматичність операції при переломах цієї області не завжди дозволяє виконати оперативне лікування хворих з важкою супутньою патологією.

**Метою роботи** є обґрунтування методів лікування медіальних переломів стегнової кістки та вибору оптимального методу лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** У відділенні ортопедії на базі ЗОКЛІ ім. А.Новака за період з 2015 по 2017 роки загальна кількість хворих з медіальними переломами шийки стегнової кістки у віці від 40 років до 94 року сягала 174 людини.

**Результати:** 3 проаналізованих результатів лікування 126 пацієнтів з них 51(30%) – чоловіків і 123(70%) – жінки. З них прооперовано 97(55%): 76(78%)-тотальне ендопротезування, 19(19,2%)-МОС гвинтами, 2(2,5%)- однополюсне цементне ендопротезування, а інші 77(45%) мали протипоказання до оперативного лікування(ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний аортосклероз). Хворим було поділено на 6 груп: 1)41-50[7].2)51-60[12].3)61-

70[21].4)71-80[29].5)81-90[24].6)більше 90[4].; Середній період від моменту травми до виконання остеосинтезу – 4.2 дня. Середній доопераційний ліжко-день - 3,5 дня. Середня тривалість перебування в стаціонарі у хворих з переломами шийки стегнової кістки склала 9,6 дня. Хворі при вступі оглядалися терапевтом, консультувалися суміжними спеціалістами в залежності від супутньої патології, їм виконувалася електрокардіографія, проводилися стандартні лабораторні дослідження. У передопераційній підготовці - екстензійний метод лікування або деротаційна фіксація.

**Висновки.** Оперативне лікування медіальних переломів проксимального відділу стегнової кістки із застосуванням тотального ендопротезування кульшових суглобів у пацієнтів дозволяє вважати його найбільш оптимальним методом лікування медіальних переломів шийки стегнової кістки. Біомеханічна міцність, контроль осьового зсуву і ротаційної стабільності збільшують шанси на швидке відновлення.

## МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГОНАРТРОЗУ

**Вайда В.М, Стецко І.Б**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *гонартроз, хондропротектори, коригуюча остеотомія, тотальне цементне ендопротезування.*

**Вступ.** Гонартроз (остеоартроз колінного суглобу) – друга за частотою локалізація ОА(остеоартроза) після коксартрозу (АО кульшового суглобу), складаючи біля третини від усіх випадків недуги. Основні клінічні симптоми пов'язані з болем механічного характеру, що виникають при спуску та підйомі по сходах, при тривалому стоянні на ногах.

Лікування гонартрозу несе великі матеріальні затрати та довготривале зниження працездатності в зв'язку з тривалим лікуванням та періодом реабілітації, що важливо для працездатного населення. Тому необхідно займатися вчасно консервативним лікуванням та профілактикою захворювання а саме I та II стадія гонартрозу на якій ще доцільне консервативне лікування. Для III та IV стадії гонартрозу застосовується оперативне лікування, що збільшує його тривалість в зв'язку з довгою реабілітацією та вартістю, бо ендопротез колінного суглобу надто дороговартісний. Не слід забувати, що відкриті методики оперативного лікування та ендопротезування вимагають ретельної передопераційної підготовки, а травматичність операції не завжди дозволяє виконати оперативне лікування хворих з важкою супутньою патологією.

**Актуальність теми:**

- 17,3% у структурі захворювання це остеоартроз великих суглобів.
- 37,7% у структурі остеоартрозів це гонартроз.

**Метою роботи** є обґрунтування сучасних методів лікування гонартрозу на різних стадіях.

**Матеріали і методи дослідження.** У відділенні ортопедії та травматології ЗОКЛ ім. А.Новака за період з 2016 по 2018 роки загальна кількість хворих з гонартрозом у віці від 40 років до 78 року сягала 47 людини

**Результати.** З проаналізованих результатів лікування 47 пацієнтів з них 18(38%) – чоловіків і 29(62%) – жінки. З них прооперовано 46(98%): тотальне цементне ендопротезування, а інші 1(2%) мали протипоказання до оперативного лікування(ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний аортосклероз, цукровий діабет). Середній період від моменту появи гонартрозу до виконання ендопротезування - 4 роки. Середній доопераційний ліжко-день – 2,5 дня. Середня тривалість перебування в стаціонарі у хворих з гонартрозом 10,8 дня

**Критерієм оцінки вважалося** відсутність нестабільності та відновлення рухливості і усунення больового синдрому, можливістю самостійного пересування із засобами додаткової опори. Приділяли увагу ранній мобілізації хворого і проведення реабілітаційних міроприємств.

**Висновки.** Оперативне лікування гонартрозів із застосуванням тотального цементного ендопротезування у пацієнтів дозволяє вважати його найбільш оптимальним методом лікування гонартрозу III-IVст. Біомеханічна міцність, контроль осьового зсуву і ротаційної стабільності збільшують шанси на швидке відновлення.

## **ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ЩОДО ФІКСАЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕЗМОЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОЧОК ГОМІЛКИ**

**Василинець М.М., Шманько О.П., Староста Д.І.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м.Ужгород*

**Ключові слова:** *гомілковостопний суглоб, переломи кісточок, дистальний тібіо-фібулярний синдесмоз.*

**Вступ:** Переломи кісточок гомілки за різними джерелами становлять 40-65% усіх переломів гомілки, а в структурі загального травматизму 15-20%, що обумовлює постійну актуальність проблеми їх лікування. Близько 15% переломів кісточок супроводжуються ушкодженням дистального міжгоміл-

кового синдесмозу (ДМС). Дотепер не існує ”золотого стандарту” діагностики пошкодження ДМС, як на доопераційному етапі, так й інтраопераційно, що відповідно приводить до незадовільних результатів лікування.

**Мета роботи:** провести порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування переломів кісточок гомілки типів В та С з фіксацією та без дистального тібіо-фібулярного синдесмозу.

**Матеріали і методи:** Проведено порівняльний аналіз хірургічного лікування 94 пацієнтів з переломами кісточок гомілки типів В (44 – В1,44 – В2,44 – В3) та С (44 – С1, 44 – С2) за класифікацією АО, з та без застосування дистальної тібіо-фібулярної фіксації: 69 з ушкодженнями типу В (44 із фіксацією, 25 без фіксації ДМС) та 25 із ушкодженнями типу С (17 із фіксацією, 8 без фіксації ДМС).

**Результати:** Клініко-рентгенологічні результати вивчені в строки 5–46 міс. ( $24,3 \pm 2,5$  міс.) за динамікою зрощення та функцією стопи за схемою AOFAS. Статистичний аналіз проводили за двовибірковим t-тестом ( $\alpha = 0,05$ ). Загоєння післяопераційних ран первинним натягом відмічено у 90 випадках (94,5%), інші 4 – поверхнева інфекція та дренування гематом. Пізні ускладнення (8): остеомиєліт та артрит гомілковостопного суглоба – 1, флеботромбоз – 2, сповільнена консолидація – 4. Функція стопи при переломах типу В становила  $87,9 \pm 2,8$  балу при застосуванні фіксації ДМС та  $93,5 \pm 3,3$  балу без фіксації ( $p=0,03$ ); при переломах типу С –  $84,4 \pm 3,7$  з фіксацією ДМС  $91,4 \pm 3,4$  без фіксації ( $p=0,04$ ).

**Висновки:** відновлення конгруентності суглобових поверхонь гомілково-ступневого суглобу анатомії можливе при поновленні довжини та ротації зовнішньої кісточки, гарної анатомічної репозиції медіальної кісточки та заднього краю дистального епіметафізу великогомілкової кістки, відсутності інтерпозиції в ділянці синдесмозу, між суглобовими поверхнями таранної кістки та кісточок, що відповідно забезпечує відновлення співвідношень у дистальному тібіо-фібулярному зчленуванні. При забезпеченні даних умов фіксація ДМС є рекомендованою у пацієнтів із ушкодженнями 44-С2 та 44-С3, не є обов’язковою в групі 44-С1, а у пацієнтів із ушкодженнями типу В навіть погіршує функціональний результат.

## ТРАНСТРИЦЕПАЛЬНИЙ ДОСТУП ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СЕРЕДНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ТРЕТИНИ ДІАФІЗУ ПЛЕЧА

Василинець М. М., Шманько О. П.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** МОС, LCP

**Вступ.** Переломи плечової кістки складають бл. 7% від загальної кількості, із них – 12% - переломи діяфізу плеча. Використовується здебільшого латеральний доступ

**Мета роботи.** Виявити переваги транстріцепітального(заднього) доступу до діяфізу плеча, визначити показання до його виконання.

**Матеріали і методи дослідження.** Методом транстріцепітального доступу за період 2015-2016 рр. на базі УЦМКЛ пацієнтам з переломами плечової кістки було виконано 25 оперативних втручань. В усіх випадках було виконано МОС LCP пластинами.

**Результати.** Даний доступ використовується при остеосинтезі плечової кістки у випадку діяфізарного (середня і нижня третина), мета- та епіфізарного перелому (здебільшого у випадках, коли необхідним є анатомічна репозиція уламків).

Переваги – це можливість широкої візуалізації місця перелому, відсутність необхідності премодельовання пластини, а також можливість продовження лінії розрізу дистальніше у разі перелому верхньої третини ліктьової кістки, невисока травматичність (м'язи заднього футляру плеча не розсікаються, а розсуваються), відсутність необхідності розсікання м'язів, які кріпляться до латеральної поверхні епіметафізу плечової кістки, а також зручне розташування променевого нерва (можливість його візуалізувати і відвести).

Недоліки – присутня деяка травматичність доступу (розсування м'язів заднього футляру плеча), ймовірність пошкодження п. radialis проксимально і п. ulnaris медіально від лінії розрізу.

**Висновки.** Даний метод позитивно показав себе у переважній більшості згаданих випадків, тому може називатися методом вибору при доступах до середньої та нижньої третини плечової кістки. Після виконання хірургічного доступу зручно виконувати остеосинтез перелому, відносно невелика ймовірність пошкодження нервів і судин плеча через їх інтраопераційну візуалізацію. Даний доступ є малотравматичним, бо не пересікається жоден м'язевий футляр. Післяопераційний період проходив без ускладнень, досягнуто повне або часткове відновлення функції оперованої кінцівки в ранні строки, зрощення переломів відбулось у всіх 25 випадках протягом 6 місяців з моменту операції.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМІНІВ КОНСОЛІДАЦІЇ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ З ТА БЕЗ РОЗСВЕРДЛЮВАННЯ КІСТКОВОМОЗКОВОГО КАНАЛУ**

**Фізер Д.П., Василюк М.М., Шманько О.П.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** інтрамедулярний остеосинтез, кістковомозковий канал, розсвердлювання.

**Вступ:** Переломи діяфізу кісток гомілки відносяться до найбільш частих пошкоджень довгих трубчастих кісток. Через своє місцезнаходження великогомілкової кістки піддається частій травматизації. Зважаючи на те, що третина великогомілкової кістки знаходиться дуже близько до поверхності шкіри, для даної локалізації досить часто притаманне пошкодження м'яких тканин при переломах кісток з утворенням відкритих пошкоджень. Досить частими наслідками даних пошкоджень є уповільнення консолидації, утворення псевдоартрозів чи інфекційні ускладнення.

**Мета роботи:** Виявити вплив римінгу (розсвердлювання) кістковомозкового каналу на терміни консолидації переломів діялізу великогомілкової кістки; визначити при яких діяфізарних переломах переважно виконується розсвердлювання каналу, а при яких ні.

**Матеріали та методи дослідження:** Було проаналізовано результати лікування 62 хворих за період з 2015р. по 2017р. на базі УЦМКЛ із діяфізарними переломами великогомілкової кістки, у яких використовувалась фіксація перелому інтрамедулярним стержнем.

**Результати:** З цих 62 пацієнтів у 42-х було виконано інтрамедулярний остеосинтез з розсвердлюванням кістковомозкового каналу. Ця група включала пацієнтів з простими переломами н/3 та в/3 діяфізу в/гом. кістки. Тоді як 22 пацієнтам розсвердлювання не виконувалось. Ця група включала хворих з переломами с/3 діяфізу великогомілкової кістки, відкритими та складними уламковими переломами.

**Висновки:** Інтрамедулярний остеосинтез із розсвердлюванням кістковомозкового каналу потрібно використовувати переважно при простих типах переломів (тип А1, А2, А3 по класифікації АО) верхньої та нижньої третини діялізу великогомілкової кістки, де канал більш ширший, що може призвести до зменшення стабільності та при переломах без пошкодження м'яких тканин. Розсвердлювання надає більшої стабільності переломам у зв'язку із використанням стержнів великого діаметру (Ø11-12), що відповідно привело до консолидації перелому в коротші терміни (на 1-2 міс.) порівняно з інтрамедулярним остеосинтезом без римінгу каналу.

Інтрамедулярний остеосинтез без римінгу кістковомозкового каналу потрібно використовувати переважно при простих переломах середньої третини діялізу великогомілкової кістки, переломах із пошкодженням м'яких тканин (відкриті переломи) та уламкових переломах, де потрібні стержні менших розмірів (Ø 8-9). Це забезпечує меншу травматизацію м'яких тканин та зменшує тривалість та складність оперативного втручання.

## ПОРІВНЯННЯ СТРОКІВ ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСУ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОРТАНІ ПІД МІСЦЕВИМ ЧИ ЗАГАЛЬНИМ ЗНЕЧУЛЕННЯМ

Гаман Ю.В., Сівач В.О.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, місто Ужгород*

**Ключові слова:** *доброякісні пухлини гортані, фоніатрія, пряма і непряма ларингоскопія.*

**Вступ:** доброякісні пухлини гортані зустрічаються частіше зляжкісних і переважно у чоловіків (95-97%). Серед доброякісних новоутворів гортані найчастіше спостерігаються папіломи (48-58%) і фіброми. Наслідком цих доброякісних новоутворів є поступова зміна голосу, починаючи з охриплості і закінчуючи повною афонією. Порушення фонаторної функції гортані приводить до значного зниження якості життя хворих та можливості їх соціалізації.

**Мета дослідження:** вибрати найбільш оптимальний вид хірургічного лікування даної патології, залежно від швидкості відновлення голосу.

**Матеріали і методи:** в ЛОР- відділенні ЗОКЛ ім. А.Новака за останні повтори року було хірургічно проліковано 60 хворих у віці 36-59 років з доброякісними пухлинами гортані. Діагноз встановлювався клінічно, а в одиничних випадках до операційно бралася біопсія. Фонаторна функція оцінювалася за шкалою Janagihara(1967). В післяопераційному періоді оцінка відновлення голосу проводилась за відповідними критеріями:-нормалізація голосу по дням;-час проходження реактивних проявів;-час максимальної фонації.

**Результати:** після поступлення хворих в стаціонар з підтвердженням діагнозу доброякісного новоутвору гортані, хворих було поділено на групи відносно шкали оцінки голосу Janagihara (0 - нормальний голос; 1 - глухий голос; 2 – легка ступінь охриплості; 3 – середня ступінь охриплості; 4 – важка ступінь; 5 – афонія). Таким чином, ми отримали такі результати: 0 – 0; 1 – 0; 2 – 10; 3 – 45; 4 – 5; 5 – 0. Видалення пухлин, локалізація яких була на голосових складках, проводилась під місцевою анестезією при непрямій ларингоскопії. Таким методом хірургічно проліковано 36 хворих. Висічення утворів гортані під ендотрахеальним наркозом при прямій опорній ларингоскопії проведено у 24 хворих. Отже, у пацієнтів, лікування яких проводилося за допомогою непрямой ларингоскопії під місцевим знеболенням, покращення фонаторної функції в післяопераційному періоді наступало на 3-5 день, а також у певного відсотка пацієнтів на 6-7 день. Друга група пацієнтів, які вибрали лікування під загальним знеболенням при прямій ларин-



госкопії, покращення фонаторної функції на 1-2 день. В 6 хворих на момент виписки не було повного відновлення голосової функції.

**Висновки.** Виходячи з отриманих результатів дослідження, ми дійшли до висновку, що згідно з критеріями відновлення голосової функції у хворих після видалення доброякісних пухлин гортані локалізованих на голосових складках, найбільш оптимальним методом лікування є висічення утворів гортані під ендотрахеальним наркозом при прямій опорній ларингоскопії.

## **КОНТАКТНА ЛІТОТРИПСІЯ В ЛІКУВАННІ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ**

**Ковальчук Д.І., Бучок О.О., Вашкович Ю.М.**

*ДВНЗ «УжНУ», ФПОДП, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *малоінвазивні технології, ендоскопія, контактна літотрипсія.*

**Вступ:** Науково-технічний прогрес в медицині з розвитком малоінвазивних технологій встановлює нові стандарти лікування урологічних хворих.

В більшості випадків при наданні профільної урологічної допомоги є можливість відмовитись від відкритих хірургічних втручань на користь малоінвазивних, а інколи і зовсім безкровних методик хірургічного лікування.

**Мета:** вивчити основні переваги контактної літотрипсії в лікуванні сечокам'яної хвороби над відкритими операціями.

**Матеріали та методи:** порівняльний аналіз оперативних втручань із застосуванням контактної літотрипсії та з відкритими оперативними втручаннями, які виконані на базі ЗОКЛ ім. А.Новака та медичного центру «Діамед» протягом 2017 року.

### **Результати:**

- відсутній (або мінімальний) такий етап операції як оперативний доступ, відсутня травма м'яких тканин;
- створюються умови для прискороного і більш сприятливого перебігу післяопераційного періоду;
- скорочується ліжко-день;
- значно легше переноситься пацієнтами;
- менш тривала реабілітація хворих.

**Висновки:** Застосування малоінвазивних технологій в лікуванні урологічних хворих мають низку переваг: менша травматичність, менша кількість ускладнень, коротший післяопераційний період, відсутня післяопераційна рана.

Широке впровадження в щоденну практику ендоскопічних втручань, які стають традиційними в урології, вимагають: постійного підвищення фахового рівня урологів, адекватного забезпечення урологічного стаціонару сучасним високотехнологічним малоінвазивним обладнанням.

## **РОЛЬ ПАТОЛОГІЇ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ У КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

**Проценко М.В., Сівач В.О., Александрова М.Я.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *бронхіальна астма, алергічний риніт, поєднана патологія, перебіг захворювання.*

**Вступ.** Бронхіальна астма (БА) відноситься до числа найбільш поширених захворювань сучасності: у світі – близько 300 млн хворих на БА, з кожним роком їх кількість невинно зростає. Особливістю ХХІ століття є збільшення числа пацієнтів із поєднаною патологією, у першу чергу це стосується БА й алергічного риніту (АР). У більшості хворих БА асоційована з atopією, з IgE-залежним хронічним алергічним запаленням у респіраторному тракті. Відомо, що верхні і нижні дихальні шляхи мають тісні анатомо-фізіологічні зв'язки. Слизова оболонка порожнини носа та приноскових пазух бере участь у регуляції роботи легень шляхом ринобронхіального рефлексу. Таким чином, проблеми запальних захворювань виходять за межі оториноларингології і тісно пов'язані з бронхо-легеневою патологією, алергізацією організму, змінами в місцевому і гуморальному імунитеті.

**Мета дослідження:** дослідити вплив патології порожнини носа та приноскових пазух на перебіг БА.

**Матеріали і методи:** обстежено 52 хворих із поєднаною патологією порожнини носа та БА, ізольованою БА, які знаходились у віковій групі від 18 до 56 років. Середній вік хворих становив  $37 \pm 0,3$  років. Клінічні діагнози виставлено опираючись на клінічні протоколи ведення хворих із відповідною патологією. Всіх пацієнтів було розділено на дві групи: основна група хворих ( $n=34$ ) з поєднаною патологією, контрольна група (18 пацієнтів) – без супутньої патології. Дослідження включало загальноклінічні дані: анамнез захворювання, життя (спадковість, алергологічний статус), рівень загального IgE, оцінку функції зовнішнього дихання (ФЗД), дослідження парціального тиску газів крові, рентгенографію приноскових пазух, риноскопію, ендоскопічне дослідження порожнини носа.

**Результати:** у більшості обстежених (66,8%) була виявлена обтяжена спадковість по алергічним захворюванням. Частота патології ЛОР-органів у вигляді поліпів, викривлення перегородки носа у групі пацієнтів із поєднаною патологією склала 62,5%, з ізольованою БА цей показник становив 3,8%. Було виявлено, що у групі хворих із поєднаною патологією у 42,9% випадків симптоми риніту передували появі симптомів БА. Також проведена оцінка рівня контролю над симптомами БА за допомогою опитувальника АСQ (Asthma Control Questionnaire). У хворих із патологією ЛОР-органів БА частіше була неконтрольованою, що суттєво впливає на якість життя таких пацієнтів.

**Висновки:** проведений комплекс обстежень свідчить про те, що стан пацієнтів із поєднаною патологією значно тяжчий, порівняно з ізольованою БА, а якість життя значно їх значно нижча.

## ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ПРОКТОЛОГІЇ

Росул М.В.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *проктологічні захворювання, операція, гемостаз, зварювання живих тканин.*

**Вступ:** Тканиннозберігаюча високочастотна електрозварювальна хірургія уже знайшла достатнє застосування в медицині. Нині техніка зварювання тканин знаходиться на стадії широкого клінічного освоєння в проктології.

**Мета:** Покращити якість операційного лікування патологій прямої кишки шляхом впровадження методики електрозварювання.

**Матеріали і методи.** Обстежено та проліковано 220 пацієнтів яких розподілено на групи: I – основна група (n=112), із застосуванням біологічної зварки тканин електрозварювальним пристроєм ЕК - 300M1; II – група порівняння(контрольна) (n=108) з використанням традиційних методик гемостазу та з'єднання тканин. Середній вік хворих складав 43 роки. Чоловіків було 161 (73,2%±3,44%), жінок – 59 (26,8%±3,44%).

У контрольній та основній групах порівнювали: час, затрачений на операцію; об'єм операційної крововтрати; інтенсивність та тривалість післяопераційного больового синдрому, тривалість госпіталізації.

**Результати.** Застосування електрозварювання дало можливість достовірно ( $p < 0,05$ ) скоротити тривалість операції в 2,5 рази та зменшити інтраопераційну крововтрату в 2,9 раз.

Відмінності в контрольній та основній групах по тривалості та вираженості больового синдрому були статистично недостовірні ( $p > 0,05$ ).

Строки перебування у стаціонарі досліджуваних хворих основної групи становили на 6,9 доби достовірно менше контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Застосування електрозварювання тканин забезпечує високу ефективність проведення операцій на прямій кишці у порівнянні з існуючими традиційними методами.

## СУПЕРЕЧЛИВІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ РЕЦИДИВУ УСКЛАДНЕНОГО ДИВЕРТИКУЛІТУ

Росул М.В.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** месалазін, рецидив дивертикуліту.

**Вступ.** Дивертикули кишки— це грижі слизової оболонки через стінку кишки, які у більшості випадків є симптоматичною неускладненою дивертикулярною хворобою (СНДХ). Гострий дивертикуліт визначається активним запаленням дивертикулу, що ускладнюється перфорацією, абсцесом, норицями, обструкцією та кровотечею. А оскільки ризик рецидиву збільшується з кожним епізодом, ефективна стратегія профілактики є бажаною. Останні теорії про патогенез дивертикулярного запалення пов'язані із хронічним запаленням, подібним до виразкового коліту. Месалазін (5-ASA) є основою терапії для осіб з виразковим колітом та дивертикулярною хворобою.

**Мета:** провести порівняльний аналіз запропонованих методів профілактики рецидиву гострого ускладненого дивертикуліту.

**Матеріали та методи:** аналіз даних проспективних клінічних досліджень, аналіз баз даних PubMed.

**Результати.** В ряді досліджень було повідомлено про переваги месалазину [5-аміносаліцилова кислота] у лікуванні СНДХ. Деякі рандомізовані контрольовані дослідження також виявили сприятливий ефект месалазину при зниженні симптомів у хворих з гострим неускладненим дивертикулітом. Крім того, в останніх плацебо-контрольованих дослідженнях, що досліджували ефективність месалазину (в дозах від 1,2 та 4,8 г на добу) для профілактики гострого рецидиву ускладненого дивертикуліту, було виявлено негативні результати. Кінцевими критеріями оцінки ефективності терапії були комп'ютерна томографія та ультрасонографія, клінічні симптоми та маркери запалення. Так, месалазін не зменшує ризик рецидиву, але викли-

кає значне поліпшення фізичного стану пацієнтів і значно знижує додаткове споживання інших шлунково-кишкових препаратів. Однак, беручи до уваги дуже рідкісний, але серйозний побічний ефект прийому месалазину – агранулоцитоз, підкреслюється важливість призначення лише по показаннях, в яких його ефективність доведена.

**Висновки.** Ефективність препаратів 5-аміносаліцилової кислоти з метою профілактики рецидиву гострого дивертикуліту є суперечливою та такою, що не підтверджена даними проспективних клінічних досліджень.

## ДОСЛІДЖЕННЯ СЛЬОЗОПРОДУКЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

**Каньовська К.Я., Фальбуш О.О.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** «синдром сухого ока», захворювання сполучної тканини

**Вступ:** В останні роки спостерігається тенденція збільшення скарг з боку органа зору у пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини. Серед очної патології на перший план виходить зменшення сльозопродукції, внаслідок чого формується «синдром сухого ока». Найбільш частим аутоімунним станом, що асоціюється зі зменшенням сльозопродукції є синдром Шегрена. Первинний синдром Шегрена характеризується аутоімунним ураженням залоз зовнішньої секреції, причому найбільш частими мішенями виявляються слинні і слізні залози. Вторинний синдром Шегрена розвивається через кілька років після захворювання сполучної тканини (системна склеродермія, системний червоний вовчак і ін.). Але частіше внаслідок зменшення сльозопродукції виникає «синдром сухого ока». Ця патологія характеризується недостатнім зволоженням кон'юнктиви та рогівки з подальшим наростанням симптомів ксероза. Тому вивчення стану сльозопродукції є актуальним питанням практичної офтальмології.

**Мета:** Визначити стан сльозопродукції у пацієнтів із системними хворобами сполучної тканини, а також частоту і клінічні ознаки «синдрому сухого ока» для своєчасної діагностики і призначення оптимального лікування.

**Матеріал та методи:** Проведено обстеження 100 пацієнтів (200 очей) від 24 до 68 років, серед яких 20 чоловіків і 80 жінок із захворюваннями сполучної тканини. При обстеженні проводилось анкетування, візометрія, тонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, тест Ширмера I, проба Джонса (тест Ширмера II), проба Норна, меніскометрія, LIPKOF тест.

**Результати обстеження:** Зменшення сльозопродукції і «синдром сухого ока» різного ступеню важкості виявлено у 67 пацієнтів (134 ока), серед яких 13 чоловіків і 54 жінки. Серед усіх більшість (30) була з ревматоїдним артритом.

**Висновки:** Дослідження сльозопродукції є ефективним методом виявлення «синдрому сухого ока» у пацієнтів із захворюваннями сполучної тканини. Своєчасна діагностика забезпечить адекватне лікування і профілактику ускладнень.

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ

**Фатула Ю.М., Варга Л.Л., Лендел Є.В., Лопіт М.М.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

*Ключові слова. Пахвинні грижі, лапароскопічна герніопластика, безпосередні та віддалені результати.*

**Вступ.** Пахвинні грижі посідають перше місце в загальній структурі гриж живота (до 75%). Частота даного захворювання в загальній популяції становить 2 -4 %, зростаючи з віком до 20%. Лапароскопічні операції при пахвинних грижах є новітніми методиками, які при застосуванні за показами характеризуються кращими, порівняно з «традиційними» герніопластиками, безпосередніми та віддаленими результатами.

**Мета.** Вивчити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування пахвинних гриж лапароскопічним способом на матеріалах хірургічної клініки Ужгородської центральної міської клінічної лікарні.

**Матеріали та методи.** З 2011р. виконано 128 лапароскопічних операцій у 117 хворих з пахвинними грижами (в одинадцятьох пацієнтів була двобічна грижа). Рецидивні грижі спостерігалися у шістьох (5,1%) пацієнтів. Чоловіків було 105 (89,7%), жінок – 12 (10,3%) віком від 20 до 74 років.

75 трансабдомінальних преперитонеальних алогерніопластик (ТАРР) виконано за нашими модифікаціями (Патент на корисну модель UA 71837 U від 25.07.2012., Патент на корисну модель UA 80875 U від 10.06.2013.), які вдосконалюють етапи фіксації та перитонізації сітки-імплантата. Рівень конверсії (переходу на відкриту операцію) становив 3,1% (4 хворих). Перебування у стаціонарі після операції становило від 2 до 6 днів, у середньому 3,0±0,8 дня.

**Результати.** Мали місце два (1,6%) інтраопераційні ускладнення: пошкодження нижньої епігастральної вени, які були лапароскопічно проши-

ті. Післяопераційні ускладнення (гематома та інфільтрат післяопераційної рани) спостерігалися у 7 (5,5%) випадках. Віддалені результати (за період від 3 місяців до 6,5 років) прослідковані у 80 (68,4%) пацієнтів, серед яких хронічний пахвинний біль спостерігався у трьох (3,8%), а рецидив грижі виявлено у чотирьох (5 %) хворих.

**Висновки.** Лапароскопічні операції при пахвинних грижах малих і середніх розмірів є кращою альтернативою відкритим алогерніопластикам, переважаючи їх кращими безпосередніми та віддаленими результатами. Водночас, виконання лапароскопічних методик потребує відповідного матеріально-технічного забезпечення та спеціальної професійної підготовки хірургів.

## **ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ НА АМБУЛАТОРНОМУ ТА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПАХ**

**Гряділь Т.І., Дебрецені К.О., Чубірко К.І., Пікіна І.Ю.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, оцінка тяжкості перебігу, амбулаторний етап, стаціонарний етап, шкала CRB-65, критерії тяжкості негоспітальних пневмоній за IDSA/ATS, оцінка факторів ризику летального кінця у хворих на негоспітальну пневмонію (PORT).

**Вступ:** Негоспітальна пневмонія (НП) – це гостре інфекційне захворювання, що характеризується такими клінічними проявами, як підвищення температури, кашель з виділенням гнійного характеру мокротиння, біль у грудях, задишка та рентгенологічними ознаками наявності вогнищево-інфільтративних змін у легенях. Важкість її перебігу, вплив на працездатне населення, «ера антибіотикорезистентності», як ніколи раніше ставлять актуальним питанням оцінки важкості та прогнозу перебігу НП.

**Мета:** Обстежити пацієнтів із НП та оцінити тяжкість і прогноз її перебігу.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 74 пацієнтів з НП в терапевтичному відділенні КЗ «Ужгородська районна лікарня». Верифікація та постановка діагнозу НП відбувалась на основі наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія», а також Клінічної настанови «Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб:

етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія» (Фещенко Ю.І. та співавтори, 2013 р.). Всім обстеженим пацієнтам проведено: загальноклінічне обстеження, вимірювання тиску та пульсу, сатурації кисню, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки в двох проєкціях (прямій та боковій відповідно до клінічних проявів). Додатково пацієнтів оцінювали за шкалою CRB-65 (оцінка ризику несприятливого наслідку та вибору місця лікування НП), критеріями тяжкості НП за Американським торакальним товариством та Американським товариством інфекційних хвороб IDSA/ATS, за шкалою PORT (оцінка факторів ризику летального кінця у хворих на НП). Дані пацієнтів були проаналізовані та статистично оброблені.

**Результати:** За шкалою CRB-65, враховуючи критерії порушення свідомості, частоту дихання, показники артеріального тиску, вік хворого, 62 пацієнта (83,78%) набрали  $1,48 \pm 0,091$  балів, натомість 12 пацієнтів (16,22%) набрали  $3,0 \pm 0,37$  балів. Слід зазначити, що 1-2 бали за даною шкалою є показом до лікування у терапевтичному стаціонарі, при цьому перебіг являється середньої важкості з передбачуваною летальністю 8,15%. 2 і більше балів за даною шкалою розцінюється як тяжкий перебіг з очікуваною летальністю 31%, дана категорія хворих потребує невідкладної госпіталізації у відділення інтенсивної терапії (ВІТ).

Всі госпіталізовані хворі оцінювались за критеріями тяжкості НП за Американським торакальним товариством та Американським товариством інфекційних хвороб IDSA/ATS. Наявність одного «великого» або трьох «малих» критеріїв вимагають негайної госпіталізації у ВІТ. Тільки один пацієнт мав наявність одного «великого» або трьох «малих» критеріїв та потребував негайної госпіталізації у ВІТ.

Додатково пацієнтів було поділено за оцінкою факторів ризику летального кінця у хворих на НП (PORT), 22 пацієнтів (29,73%) з кількістю балів  $57,64 \pm 2,97$  увійшли до II-ї групи з передбачуваною летальністю 0,6% та рекомендованим амбулаторним лікуванням, до III-ої групи увійшло 50 пацієнтів (67,57%) з сумою балів  $80,92 \pm 0,95$  та рекомендованим амбулаторним (стаціонарним) лікуванням та передбачуваною летальністю 2,8%, натомість до IV групи увійшли 2 пацієнтів (2,7%) з сумою балів 117 з рекомендованим стаціонарним лікуванням та передбачуваною летальністю 8,2%.

**Висновки:** з метою діагностики, тактики ведення пацієнтів з НП, та оцінки ризику летальності на амбулаторному етапі ми рекомендуємо використання шкали CRB-65, і оцінку критеріїв тяжкості НП за IDSA/ATS, натомість вже на госпітальному етапі - оцінку факторів ризику летального кінця у хворих на НП (PORT), оскільки це може допомогти у визначенні тактики лікування пацієнта, і, можливо, уникнути летальність.



## КЛІНІЧНІ ЕФЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Чубірко К.І., Чопей І.В., Дебрецени К.О., Гряділь Т.І.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** цукровий діабет 2-го типу, ожиріння, вага, індекс маси тіла, артеріальний тиск.

**Вступ:** Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу - хронічне незворотне захворювання ендокринної системи, що характеризується порушенням вуглеводного, ліпідного та мікроелементного обмінів. Наслідками ЦД 2-го типу являються: діабетична ретинопатія, діабетична стопа, гангренни нижніх кінцівок та їх ампутації та ін. Рациональна фармакотерапія дані наслідки може відтермінувати, або взагалі уникнути, тобто зберегти якість життя пацієнта. Однією з нових груп препаратів у лікуванні ЦД 2-го типу рекомендовані American Diabetes Association (ADA) та European Association for the Study of Diabetes (EASD), являються інгібітори натріє-глюкозного котранспортеру 2 типу (SGLT2). На ринку України одним з перших представників групи SGLT2 являється дапагліфлозин (Затверджено МОЗ України від 2013-12-23 р. № 1123. Номер реєстраційного посвідчення: UA/13302/01/01, UA/13302/01/02).

**Мета:** Обстежити та пролікувати хворих з ЦД 2-го типу та супутнім ожирінням новим класом препаратів з групи SGLT2, та виявити основні тенденції клінічних ефектів.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 32 пацієнтів з ЦД 2-го типу, середньої ступені важкості, компенсований перебіг. Середній вік пацієнтів становив  $52,5 \pm 4,2$  років. Чоловіків було 19, та жінок 13. Всі пацієнти були поділені на дві групи: I-ша група (n=18), пацієнти приймали лише дапагліфлозин 10 мг 1 р/д, натомість пацієнти II-ої групи (n=14), приймали монотерапію - метформін 850 мг 1 р/д. Всім обстеженим пацієнтам на етапах початку дослідження та після 10 місяців лікування проведено: загальноклінічне обстеження, антропометричні вимірювання, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), вимірювання артеріального тиску. Всі отримані дані були проаналізовані та статистично оброблені.

**Результати:** На початку дослідження всі обстежені пацієнти мали надмірну вагу та ожиріння I-го ступеню, проте статистично не відрізнялись за антропометричними параметрами ( $p > 0,05$ ). Після 10-ти місяців спостереження в пацієнтів обох груп спостерігалось зменшення ваги: в пацієнтів I-ої групи на  $4,15 \pm 0,3$  кг, проти  $1,62 \pm 0,8$  кг в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ). Контроль біохімічних показників на початку дослідження та через 10 місяців

виявив: зниження тригліцеридів з  $1,2 \pm 0,1$  ммоль/л до  $1,0 \pm 0,3$  ммоль/л в пацієнтів I-ої групи, проти  $1,5 \pm 0,2$  ммоль/л до  $1,3 \pm 0,6$  ммоль/л в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ), загальний холестерин з  $6,3 \pm 1,8$  ммоль/л до  $5,9 \pm 1,4$  ммоль/л в пацієнтів I-ої групи, проти  $6,1 \pm 1,7$  ммоль/л до  $5,5 \pm 1,4$  ммоль/л в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ), ЛПВЩ  $0,77 \pm 0,12$  ммоль/л до  $0,85 \pm 0,09$  ммоль/л в пацієнтів I-ої групи, проти  $0,82 \pm 0,15$  ммоль/л до  $0,86 \pm 0,17$  ммоль/л в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ), ЛПНЩ  $4,2 \pm 0,34$  ммоль/л до  $4,12 \pm 0,28$  ммоль/л в пацієнтів I-ої групи, проти  $4,31 \pm 0,35$  ммоль/л до  $4,18 \pm 0,31$  ммоль/л в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ), індексу інсулінорезистентності (НОМА-IR)  $3,51 \pm 0,45$  проти  $3,42 \pm 0,41$  в пацієнтів I-ої групи, проти  $3,62 \pm 0,34$  до  $3,55 \pm 0,28$  в пацієнтів II-ої групи ( $p > 0,05$ ). Зниження артеріального тиску (САТ/ДАТ) склало в пацієнтів I-ої групи 10/5 мм.рт.ст., проти в пацієнтів II-ої групи 5/2 мм.рт.ст., порівняно з вихідними ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Дапагліфлозин у хворих з ЦД 2-го типу статистично достовірно зменшує вагу ( $p < 0,05$ ), знижує артеріальний тиск ( $p < 0,05$ ) та позитивно впливає на деякі біохімічні показники крові, показник НОМА-IR ( $p > 0,05$ ), хоча ці дані були статистично не достовірні.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА КІР В ПЕРІОД НИЗЬКОГО ОХОПЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Рубцова Е.І., Чубірко К.І.

*ДВНЗ «УжНУ». факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м.Ужгород*

**Ключові слова:** кір, діти, охоплення вакцинацією.

**Вступ:** Кір, як одна з вакцино-керованих інфекцій, залишається актуальною проблемою медицини, оскільки рівень охоплення вакцинацією населення за останнє десятиліття залишається значно нижчий від необхідного, а ускладнення хвороби можуть бути загрозливими для здоров'я та життя пацієнтів.

**Мета:** вивчення частоти та особливостей захворювання на кір залежно від рівня охоплення населення протикоровою вакцинацією.

**Мета і методи дослідження:** Матеріалом для епідеміологічного дослідження слугували дані галузевої звітності Державної санітарно-епідеміологічної служби Закарпатської області.

**Результати:** Найбільша кількість вакцино-керованих інфекцій на Закарпатті реєструвалася серед дитячого населення - 77,12%. Найпоширенішим захворюванням був кір 84%. В 2012 році реєструвалася масова захворюва-

ність на кір - 1835 випадки (134,07 на 100 тис.), з них 80 % це діти (1462 випадки). Причому 610 дітей потребували стаціонарного лікування в ОКІЛ. По віковим категоріям розподіл був наступним: 5% (33) - це діти до 6 місяців, 15% (90) – віком 6-12 місяців, 21% (126) - діти 1-2 років і 59% (361) - старші 2 років. 98% (596 дітей) від госпіталізованих хворих мали середню форму важкості захворювання і 2% (14 дітей) знаходилися в реанімаційному відділенні ОКІЛ у важкому стані.

В порівнянні з попередніми роками показник захворюваності у 2012 році збільшився в 45,69 разів. У наступні роки спостерігався епідемічний спад інфекції: з 13,93 на 100 тис. населення у 2013 р. до 9,38 - у 2015 р. Переважна кількість хворих на кір реєструвалася серед дітей, причому 44,2% - це діти віком 1-4 роки і 20,3% - 5-9 років з Ужгородського (18%), Перечинського (14%), Іршавського і Хустського (11%) районів. У 2017 році знову відмічалася скачкоподібне зростання кількості хворих у Закарпатті (416, на 43% більше в порівнянні з 2016 роком).

Рівень охоплення щепленнями проти кору коливався між 51,6% у 2011 році та 24% у 2015 році. Тільки 7,8% госпіталізованих дітей були вакциновані.

**Висновки:** Ситуація щодо захворюваності на кір серед дітей Закарпатської області була нестабільною проєктом 2010-2017 років з тенденцією до епідемічного зростання в кінці 2017 року. В умовах дефіциту вакцин у державі значно, більше ніж у 2 рази від запланованого, знизилася охоплення населення вакцинацією проти кору, що, на нашу думку, є одним із найважливіших чинників зниження рівня популяційного імунітету та зростання захворюваності на кір.

## **ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Пацкань І.І., Корсак В.В.**

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

**Ключові слова:** профілактика, рак шийки матки.

**Вступ:** рак шийки матки (РШМ) займає II місце по розповсюдженості серед онкозахворювань в світі і I місце серед причин жіночої смертності від раку в розвиваючих країнах. За останні 10 років у всьому світі відмічений 2-кратний ріст РШМ у молодих жінок від 18 до 35 років і серед вагітних. Основною причиною РШМ визнаний папіломавірус людини (ВПЛ), високоонкогенні типи (ВОТ).

**Мета:** оцінка ефективності існуючої системи профілактики РШМ; виявлення проблем і розробка заходів щодо їх вирішення.

**Матеріали та методи:** Соціальне анкетне опитування. Аналіз і статистична обробка даних звітів акушерсько-гінекологічної та онкологічної служб в області, матеріалів клінічних та патологоанатомічних розборів зазначених форм РШМ.

**Результати:** виявлені недоліки поділені на групи: I - особливості поведінки пацієнок: нездоровий спосіб життя та низький рівень санітарної освіти; II – щодо реєстру і моніторингу жінок, які підлягають профогляду з цитологічним скринінгом та застарілі технології цитологічного дослідження; III - тактичні помилки діагностики та лікування патології ШМ внаслідок недостатньої фахової підготовки спеціалістів.

**Висновки:** Згідно отриманих результатів, система профілактики РШМ в області потребує удосконалення з врахуванням ведучого етіологічного фактору та виявлених недоліків. Першочерговим є посилення санітарно-освітньої роботи серед населення з ведучою роллю сімейного лікаря та засобів масової інформації.

Поширення заходів первинної профілактики: профогляди із цитологічним скринінгом; вакцинація; використання бар'єрної контрацепції, моногамія партнерів.

Підвищення кваліфікації медперсонала сучасними методиками. Впровадження цервікального скринінгу: рідинна цитологія з ВПЛ – тестуванням ВОТ при первинному скринінгу та маркерів проліферації при їх виявленні з наступною кольпоскопією та біопсією за показами. Удосконалення регіональної комп'ютерної програми бази даних жіночого населення області.

## ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

**Корсак В.В., Пацкань І.І.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони здоров'я матері та дитини, м. Ужгород*

**Ключові слова:** кесарський розтин, перинатальна захворюваність і смертність.

**Вступ:** в останні роки спостерігається значне зростання частоти кесарського розтину завдяки розвитку та вдосконаленню акушерської науки, анестезіології, неонатології, фармакології, застосування нових антибіотиків та шовного матеріалу, що призводить до збільшення кількості післяродових ускладнень та порушення адаптаційних можливостей новонароджених.

**Мета:** визначення ролі і місця кесарського розтину у сучасному акушерстві та виявлення резервів зниження перинатальної захворюваності і смертності.

**Матеріали та методи:** проведено клінічний аналіз частоти і показань до оперативного розродження шляхом операції кесарського розтину та рівня перинатальної захворюваності і смертності за 2007 та 2017 роки, тобто з інтервалом в 10 років.

**Результати:** аналіз структури показань до кесарського розтину показав, що вони за десять років практично не змінилися. Відчутну питому вагу складала показання до кесарського розтину в інтересах плода, серед яких домінували дистрес плода при вагітності і в родах, вузькі тази, тазові передлежання плода, несприятливі вставлення і передлежання головки, аномалії родової діяльності, неправильні положення плода після злиття навколоплідних вод. За цими показаннями було прооперовано в 2007 році 29,2%, а в 2017 році – 40,2% жінок. 67,2% жінок в 2007 році та 56,9% жінок в 2017 році розроджено абдомінальним шляхом за показаннями з боку матері, до яких віднесено рубець на матці, екстрагенітальну патологію, пізні гестози вагітності та пов'язані з ними випадки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та патологію розміщення плаценти. Як свідчать наші дані, значне зростання частоти кесарського розтину абсолютно не вплинуло на показник загальної перинатальної смертності – 19,1‰ в 2007 році та відповідно 20,4‰ в 2017 році. Аналіз показав, що для зниження перинатальної захворюваності і смертності необхідно реорганізувати структуру і роботу родових відділень та відділення новонароджених з палатою інтенсивної терапії, постійно підвищувати рівень кваліфікації акушерів-гінекологів і неонатологів, впровадити новітні технології з рододопомоги, чітко дотримуватися протоколів надання допомоги при нормальних та ускладнених родах, особливо дистресі плода при вагітності і в родах, аномаліях родової діяльності, тазових передлежаннях, передчасних родах тощо з метою своєчасного вибору найбільш оптимального метода розродження в залежності від конкретних умов. Цю думку підтверджує аналіз загальної перинатальної смертності в клініці, який показав, що в 85% випадків причиною смерті новонароджених або внутрішньоутробної загибелі плода була фето-плацентарна недостатність на фоні тієї чи іншої патології. Аналіз захворюваності дітей народжених внаслідок кесарського розтину показав, що вона в три рази вища ніж у народжених через природні родові шляхи за рахунок зниження адаптаційних можливостей, раптовості переходу з умов порожнини матки до зовнішнього середовища. Зокрема, виявлено, що у 67% новонароджених знижений тонус м'язів, послаблені рефлекси, порушений процес становлення адекватного дихання, відновлення початкової маси тіла.

**Висновки.** Таким чином, на сучасному етапі розвитку медичної науки і практики кесарський розтин не вирішив проблему зниження перинатальної захворюваності і смертності. Резервом зниження її є впровадження новітніх технологій по профілактиці, діагностиці, лікуванню в пренатальний, антенатальний та інтранатальний періоди.

## ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ХГС ТА ВІЛ

Міцода Р.М.

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

**Ключові слова:** прогнозування, акушерські ускладнення, ХГС, ВІЛ

**Вступ:** Не дивлячись на досягнення медицини вірусні гепатити є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності. В абсолютній більшості обстежених вагітних (98,8%) ВГС-інфекція характеризується хронічним перебігом, у тому числі латентна форма ВГС діагностується у 89,1% хворих, маніфестна у 9,6%. Загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності ХГС підтверджує необхідність подальшого вивчення впливу ХГС на перебіг гестаційного процесу особливо при поєднанні з ВІЛ-інфекцією.

**Мета:** простежити перебіг вагітності, пологів, післяродового періоду у жінок з ХГС та ВІЛ і ранній неонатальний період їх новонароджених для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

**Матеріали та методи:** проведений аналіз перебігу 63 вагітностей, пологів, післяродових періодів у жінок з ХГС та 100 вагітностей, родів та післяродових періодів у жінок без соматичної патології. Статистична обробка результатів спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для оцінки достовірності отриманих даних використані – t-критерій Стьюдента в модифікації Амосова Н.М. та співавторів і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%.

**Результати:** Згідно обрахунків, найбільш достовірними прогностичними ускладненнями гестаційного процесу, для жінок з ХГС/ВІЛ є – наркоманія ( $t=4,06$ ), ціанози новонароджених ( $t=2,88$ ), зелені навколоплідні води ( $t=2,68$ ), недоношеність малюків ( $t=2,50$ ), передчасні пологи ( $t=2,27$ ), пієлонефрит ( $t=2,27$ ).

**Висновки:** Жінки з поєднанням ХГС/ВІЛ достовірно частіше страждають наркоманією, а їх вагітність частіше ускладнюється пієлонефритом, пологи у них є передчасними, а їхні новонароджені частіше з'являються на світ у стані ціанозу та є недоношеними.

## ЙОДНО-ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ПРИРОДНОЇ ЙОДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.

Бобик Ю.Ю., Кушніревич Я.Я.

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

**Ключові слова:** вагітність, гормони ЩЗ, йодурія

**Вступ:** Відомо, що йод є есенціальним мікроелементом для організму, оскільки він входить до складу тиреоїдних гормонів: тироксину та трийодтироніну, нестача яких порушує процеси фізіологічної адаптації, негативно впливаючи на перебіг гестаційного процесу та подальший фізичний і розумовий розвиток новонароджених. Водночас, у Закарпатській області спостерігається особливо гостра тенденція до зростання тиреопатій порівняно з середніми цифрами по Україні – у 2,28 разів.

**Мета:** дослідити функціональний стан щитоподібної залози та рівень йодного забезпечення вагітних.

**Матеріали та методи:** обстежено 50 соматично здорових вагітних жінок. Для оцінки стану ЩЗ проводили ультразвукове сканування за допомогою приладу Sono AC 8000 SE (Південна Корея) із використанням частоти датчика у 7,5 МГц.

Вміст у сироватці крові рівнів ТТГ, вільного тироксину ( $fT_4$ ) та АТПО визначали у лабораторії Астра-Діа імунохемилюмінісцентним методом ECLIA на аналізаторі Cobas e 411 Roche Diagnostics GmbH.

Визначення концентрації йоду в сечі проводилося у разових порціях сечі згідно з реакцією Sandell-Kolthoff за методом Dunn et al.

**Результати.** Найбільшу частку складали пацієнтки віком від 25 до 29 років (32 (64,00%),  $p=0,0495$ ). Із них першовагітні - 24%.

При аналізі частоти та структури захворювань ЩЗ у вагітних було виявлено, що збільшений об'єм ЩЗ зустрічався у 8 (16%) обстежених пацієнток, однак у 4 (8%) із них не було виявлено порушення функції ЩЗ. Частота субклінічного гіпотиреозу становила 4%. Середні значення ТТГ  $3,22\pm 0,35$  мМОд/л, а  $fT_4$   $13,32\pm 0,42$  нг/л. У 2 (4%) жінок були підвищені АТПО при нормальних рівнях  $fT_4$  і ТТГ, середнє значення –  $43,18\pm 6,22$  МОд/мл.

Аналіз рівня йодної забезпеченості вагітних вказує на те, що більшість жінок (56%) характеризувалася достатнім йодним забезпеченням (середня величина йодурії  $129,3\pm 31,6$  мкг/л), легкий йододефіцит був виявлений у 40% обстежених (середнє значення  $89,4\pm 22,3$  мкг/л), а помірний – у 4% (середнє значення  $31,7\pm 17,5$  мкг/л).

**Висновки.** Отримані дані вказують на необхідність більш ретельного скринінгу стану щитоподібної залози у вагітних жінок, що проживають в

умовах природного йодного дефіциту та покращення профілактики йододефіцитних станів.

## **РОЛЬ ТРИГЕРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВИНИКНЕННІ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ**

**Русановська О.В., Крюка М.С.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра материнства та дитинства, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *гострий гломерулонефрит, діти, етіологія, передуючі захворювання.*

**Вступ.** Гломерулонефрит є одним з важких захворювань нирок у дітей, що відрізняється частим розвитком ускладнень і прогресуванням до хронічної ниркової недостатності. Тому, актуальним є продовження пошуку етіологічних та патогенетичних факторів, що сприяють розвитку різних форм гломерулонефриту для виявлення можливості його профілактики (Кругліков В. Т. з співавт. 2015р.).

**Мета:** Вивчити структуру передуючих захворювань гострого гломерулонефриту у дітей та, в аспекті цього, можливість його профілактики.

**Матеріали та методи:** нами проаналізовано амбулаторні карти з виписними епікризами 36 дітей, що лікувалися з приводу первинного гострого гломерулонефриту в нефрологічному відділенні ОДКЛ, м.Мукачева протягом 2011-2016 рр., враховувалося загальноклінічне обстеження, передуючі захворювання, їх аналіз і статистична обробка.

**Результати:** За отриманими даними, практично у всіх дітей спостерігалися захворювання, пов'язані з В-гемолітичним стрептококом групи А. У більшій половині дітей (60,0%) уражались мигдалики, при чому у 61,1% дітей до 6 років з нефротичним синдромом. В-гемолітичний стрептокок у дітей з тонзилітом виділявся у 51,1% випадків бактеріальної етіології, натомість у тільки у 3-ох дітей причиною був вірус Ебштейна – Барра. Загалом, В-гемолітичний стрептокок виявлявся у 74,3 % дітей, не залежно від синдрому. Варто відмітити, що серед передуючих захворювань у 49,2 %, дітей було ГРВІ, однак, тільки у третини з них виділявся В-гемолітичний стрептокок.

**Висновки:** Таким чином, серед передуючих захворювань на гострий гломерулонефрит провідними є ураження мигдаликів, носійство В-гемолітичного стрептокока та вірусні інфекції, про що також свідчать дані літератури (Шишкин А. Н., 2000р.; Т. М. о, 2011р.; Гасилина Е. С. 2012р.). Для зниження захворюваності дітей на гострий гломерулонефрит, слід звернути



увагу на ерадикацію стрептокока не тільки традиційно, при гострому стрептококовому тонзиліті, але при лікуванні стрептодермії, а також носійстві В-гемолітичного стрептококу у дітей хворих на ГРВІ.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОЕКСЦИЗІЇ ТА ЛАЗЕРНОЇ ФОТОКОАГУЛЯЦІЇ ПОЛІПІВ ТОВСТОЇ КИШКИ**

**Братасюк А.М.<sup>1</sup>, Канчій В.М.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород, Україна  
<sup>2</sup>Комунальний заклад «Ужгородська районна лікарня»*

**Ключові слова:** *поліпи товстої кишки, колоноскопія, видалення поліпів.*

**Вступ.** Важливою проблемою профілактики раку товстої кишки є діагностика і лікування її передракових захворювань, центральне місце серед яких займають поліпи. За останні роки в колопроктології відмічається явна тенденція до виконання ряду оперативних втручань з використанням малоінвазивних хірургічних методик. Серед таких операцій далеко не останнє місце займає ендоскопічна поліпектомія.

**Мета.** Провести порівняльну характеристику результатів лікування з використанням різних методик ексцизії поліпів.

**Матеріали та методи.** В рамках даного дослідження ми відібрали 134 пацієнтів, у яких наявні клінічні прояви захворювання такі як: кров в калі, ознаки анемії середньої ступені важкості (Hb – 71-90 г/л) та важкої (Hb < 70 г/л), що і слугувало критерієм включення до нашого дослідження.

Нами було проведено колоноскопичне дослідження всім 134 хворим. У 86 пацієнтів було діагностовано поліпи товстої кишки, серед яких було 37 (43,02%) жінок та 49 (59,98%) чоловіків, середній вік склав 58,47±0,43 років. Критерієм виключення були: поліпоз (більше п'яти поліпів), коліт, рак ободової кишки, резекція ободової кишки, незадовільна підготовка до колоноскопії, неповна колоноскопія.

Показання і протипоказання до поліпектомія визначалися з урахуванням загального стану хворих, супутніх захворювань, макро- і мікроскопічної характеристики поліпів.

У 45 (52,3%) хворих було виконано ендоскопічна лазерна поліпектомія, а 41 (47,7%) пацієнту проведена електроексцизія з використанням біполярного коагулятора.

Всі оперативні втручання виконані в амбулаторних умовах і виконували висічення не більше 3 поліпів одночасно.

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

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

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

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

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

**Висновки.** При видалення поліпів на широкій основі перевагу слід надавати методу лазерної коагуляції тому що, загоєння рани настає швидше у порівнянні з методом біполярної електроексцизії.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ЗАСТАРІЛЕ ПОШКОДЖЕННЯ МЕНІСКІВ КОЛІННОГО СУГЛОБУ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

Вайда В. М., Кочмарь В. М.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** медіальний меніск, латеральний меніск, УЗД колінного суглобу, МРТ.

**Вступ:** Меніск – являє собою щільну хрящову пластинку, яка локалізується в порожнині колінного суглобу. Коліний суглоб характеризується наявністю двох менісків – латерального і медіального меніски. Медіальний меніск представляє собою структуру у формі букви С, латеральний меніск має форму букви О. Функції менісків: 1) додаткова стабілізація колінного суглобу; 2) 40-70% осьового навантаження на колінний суглоб передається через меніски; 3) забезпечують амортизацію при фізичних навантаженнях; 4) підвищують конгруентність суглобових поверхонь стегнової та великогомілкової кістки приблизно на 40%; 5) перерозподіляють синовіальну рідину по заворотах суглоба.

Серед усіх травм колінного суглобу перше місце займає пошкодження менісків, яке найчастіше виникає внаслідком спортивної травми. Пошкодження медіального меніска зустрічається приблизно в 4-7 разів частіше ніж латерального. За *характером* пошкодження менісків виділяють: травматичний, дегенеративний; за *локалізацією*: передній ріг, тіло, задній ріг; за зоною розриву (червона, червоно-біла, біла), за *просторовою орієнтацією та видом розриву*: вертикальний, горизонтальний, радіальний, «ручка лійки», «дзьоб папуги», клаптевий. Найбільш частіше пошкодження менісків зустрічається у людей віком від 18 до 40, тому вивчення і вдосконалення лікування цієї патології є актуальною проблемою сучасної ортопедії і травматології.

**Мета:** Проаналізувати результати обстеження та лікування хворих з пошкодженнями менісків колінного суглобу.

**Матеріали та методи:** Дослідження було проведено на базі ЗОКЛ ім. А.Новака. Вивчено результати лікування 27 історій хвороб у період з січня 2016 – по грудень 2016 року з пошкодженнями менісків колінного суглобу. У доопераційному періоді хворим виконувалось МРТ та УЗД колінного суглобу, проведення діагностичних проб. У 7 випадках неможливо було провести діагностичне обстеження, через наявність блокади коінного суглобу. В цьому випадку діагностичні обстеження не інформативні.

**Результати:** Із проаналізованих результатів лікування 27 пацієнтів у 25 (92 %) було пошкодження медіального меніска, 2 (8 %) –латерального ме-

ніска. У 47 % пацієнтів зустрічалось пошкодження мениска по типу «ручки лійки» - це вертикальний продольний розрив; у 38 % - косий (лоскутний) розрив; 15 % - дегенеративний розрив.

Механізм травми у 60 % випадків – отримання травми під час спортивних навантажень, 25 % - непряма травма, що супроводжувалась ротацією гомілки, 15 % - дегенеративне пошкодження мениска на фоні артрозу цих змін.

Використовувались такі методи оперативного втручання:

- 1) Артроскопічна менисектомія;
- 2) Артроскопічна парціальна резекція мениска;
- 3) Артротомічна менисектомія.

У післяопераційний період на другий день забезпечувалась рання мобілізація хворого.

**Висновки:** Найчастіше пошкодження менисків колінного суглобу зустрічається у людей працездатного віку (18-40 років). Це пов'язано з активністю ведення життя. Найчастіше зустрічається пошкодження медіального мениска. Це пов'язано з відносною неподвижністю медіального мениска та характеру травми. Найкращі результати лікування отримано у пацієнтів, яким було виконано артроскопічне втручання. Для артроскопічного оперативного лікування пошкодження менисків характерне значно менша інтраопераційна травматизація ніж при артротомії, менш виражений больовий синдром в післяопераційному періоді та післятравматична реакція суглоба, відсутність іммобілізації кінцівки. При артроскопічному лікуванні застарілих пошкоджень менисків, працездатність відновлюється через 2-3 тижні, а при артротомії – через 4-6 тижнів.

## ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

**Пацкань Б.М., Онисько І.І.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *псевдокіста підшлункової залози (ПКПЗ), хірургічне лікування, віддалені результати.*

**Вступ:** виявлення ПКПЗ в більшості випадків визначає показання до операційного лікування, яке значною мірою залежить від причини утворення, локалізації, строку існування кісти, її розмірів і вмісту, від зв'язку кісти з панкреатичною протокою, від виниклих ускладнень, від наявності супутніх уражень органів, суміжних з ПЗ та ін. Відомо, що тільки у 8-15% випад-

ків може наступати спонтанний регрес кіст до повного їх зникнення або ж під впливом протизапальної терапії. Таким чином, думка про можливість відмови від операції в стадії сформованої кісти з розрахунку на «самовилікування» в більшості випадків є помилковою, а виявлення у хворого сформованої псевдокісти ПЗ слід вважати абсолютним показанням до операції. Більш складною і дискусійною проблемою є вибір оптимального терміну і обсягу операційного втручання, а також методу лікування не повністю сформованих кіст. На даний час існує велика кількість методів операційного лікування при псевдокістах ПЗ – цистоентеростомія, панкреатодуоденальна резекція, тотальна дуоденопанкреатектомія, зовнішнє дренажування, яке крім традиційного методу може бути виконане і малоінвазивним ендоскопічним, лапароскопічним та черезшкірним дренажуванням, однак жоден з цих методів не може вважатися «золотим стандартом» при лікуванні хворих псевдокістами ПЗ.

**Мета:** покращити результати лікування хворих з псевдокістами підшлункової залози шляхом створення алгоритму лікування та вибору оперативного втручання.

**Матеріали та методи:** Дані про лікування 27 пацієнтів з ПКПЗ, які оперовані в клініці кафедри хірургічних дисциплін на базі центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода (УЦМКЛ) з 2006 по 2017 рік та дані наукових публікацій вітчизняних та міжнародних вчених (MEDLINE, EMBASE, CURRENT CONTENTS, PubMed) за останні 10 років, щодо тактики лікування та об'єму хірургічного втручання при псевдокістах ПЗ.

**Результати:** Проаналізовано результати хірургічного лікування 27 пацієнтів з постнекротичними кістами підшлункової залози (ПКПЗ), які оперовані в клініці кафедри хірургічних дисциплін на базі центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода (УЦМКЛ) з 2006 по 2017 рік. Віддалені результати вивчені у 17 хворих. Всім їм було виконані операції внутрішнього дренажування кісти у тонку кишку за різними методиками (типу П'юстова) і тільки в 3 випадках нами виконано дистальну резекцію підшлункової залози з кістою. Всі операції були успішними без летальних наслідків з хорошою і швидкою реабілітацією. Віддалені результати дослідженні до 5-7 років і визнані задовільними. Якість життя оперованих залежала від ступеню ураження підшлункової залози (ПЗ) перенесеним запальним процесом з наступним фіброзним переродженням і у більшості з них (11) були задовільна, а у 6 – навіть ближче до хорошого. В той же час при ретельному опитуванні мали місце прояви мальдигестії та мальабсорбції із різною ступенем вираженості.

**Висновки:** Внутрішнє дренажування ПКПЗ в тонку кишку є адекватним оперативним втручанням, яке забезпечує хороші безпосередні та віддалені результати.

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОГЕННОГО КОЛОСТАЗУ

Пацкань Б. М., Витрикуш М.Я., Добош В. М.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *хронічний закреп (ХЗ), кологенний колостаз (КК), консервативне лікування, хірургічне лікування.*

**Вступ:** За даними різних авторів в розвинутих країнах світу ХЗ страждає до 30-40 % дорослого працездатного населення, а в осіб похилого віку різновид ХЗ, а саме КК реєструється на рівні 30-60%. Дані клінічних випробувань і фундаментальних досліджень виконаних протягом останнього десятиліття поліпшили розуміння етіології та патофізіології ХЗ і КК.

**Мета:** Обґрунтування вибору оптимального лікування, способу і об'єму оперативного втручання.

**Матеріали та методи:** Огляд вітчизняної та світової літератури за останні 10 років; ретроспективний аналіз лікування 56 з ХЗ, які проходили у клініці кафедри хірургічних дисциплін «УжНУ» на базі центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода з 2010 року. Із них чоловіків було 20, жінок – 36, середній вік становив 30,7. У 16 хворих після проведеного обстеження встановлено КК, із них у семи з компенсованим КК проведена успішна консервативна терапія, а у 9 з суб- та декомпенсованим КК – сегментарні та субтотальні резекції товстої кишки.

**Результати:** У 5 пацієнтів з сегментарним ураженням було виконано економні сегментарні успішні і не ускладнені оперативні втручання. Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнток з субкомпенсованим порушенням моторної функції товстої кишки. У однієї з них наступила неспроможність швів товсто-товстокишкового анастомозу з розвитком калового перитоніту, в зв'язку з чим виконана релапаротомія, лаваж черевної порожнини з виведенням трансверзостоми. А у іншій пацієнтки теж з виникненням неспроможності трансверзо-ректоанастомозу сформувалась зовнішня товстокишкова нориця, яка самостійно закрилась. Причиною виникнення цих ускладнень, на нашу думку, був економний об'єм резекції товстої кишки. Ретельний аналіз цих двох випадків важких ускладнень підтвердив, що декомпенсація моторної функції є наслідком вродженої або набутої неспроможності нервових сплетінь товстої кишки. Цей факт був виявлений нами тільки після гістологічного заключення видаленого сегменту кишки. Тому у двох інших пацієнток з декомпенсованим КК вродженого генезу виконано субтотальні резекції товстої кишки та верхньоампулярного відділу прямої кишки з формуванням цеко-ректоанастомозу за оригінальною методикою,

розробленою нами з хорошими безпосередніми та віддаленими функціональними результатами. Летальних випадків при хірургічному лікуванні хворих з КК не було.

**Висновки:** Кологенний колостаз є досить поширеним морфофункціональним захворюванням, яке суттєво негативно впливає на якість життя пацієнтів і при суб – та декомпенсованих стадіях захворювання є імперативом до хірургічного лікування. Із оперативних методів лікування найбільш ефективним є субтотальна колектомія, а при КК вродженого генезу - субтотальна резекція товстої кишки з верхньоампулярним відділом прямої кишки з формуванням цеко-ректоанастомозу.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРАСТОМАЛЬНИХ ГРИЖ

Пацкань Б.М., Дутко О.О.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова:** парастомальна грижа, хірургічне лікування

**Вступ.** Наявність парастомальних гриж значно погіршує якість життя пацієнтів в той же час хірургічне лікування є складним та нестандартним. Парастомальна грижа – це вип'ячування внутрішніх органів навколо стоми через слабкість черевної стінки у місці виведення стоми. Частота виникнення даного ускладнення суттєво відрізняється у різних джерелах, та коливається у межах від 4 до 30-40%. Серед причин можна виділити як загальні – похилий вік, ожиріння, парастомальні гнійно-запальні захворювання, кашель та інші фактори підвищення внутрішньочеревного тиску, так і технічні – завеликий отвір для стоми на черевній стінці, накладення стоми під час екстрених операцій, недостатня фіксація кишки в отворі передньої черевної стінки, збільшення ваги тіла та підвищення інтраабдомінального тиску. Існують на даний час методи хірургічного лікування: переведення стоми у в інші ділянки з пластикою дефекта черевної стінки; транспозиція стоми з додатковим укріпленням нової стоми синтетичним матеріалом; пластика синтетичним матеріалом існуючої стоми.

**Мета.** Покращення результатів хірургічного лікування парастомальних гриж.

**Матеріали та методи.** Проведено огляд сучасної літератури по методах хірургічного лікування парастомальних гриж, ретроспективний аналіз хірургічного лікування 19 пацієнтів з парастомальними грижами після онкологічних операцій на товстій кишці.



**Результати.** Нами у клініці кафедри хірургічних дисциплін ФПОДП на базі Ужгородської міської центральної клінічної лікарні за 10-літній період виконано 19 реконструктивних втручань на колостомі, в тому числі і при парастомальних грижах. Із них ці грижі у 9 випадках були великих та велетенських розмірів об'ємом від 10 до 20 см<sup>3</sup>. У більшості цих хворих виконувалась релапаротомія з ліквідацією грижових вип'ячувань та звуження грижового отвору довкола стоми. Ці оперативні втручання є надзвичайно складними, травматичними і часто не переносимими у зв'язку з супутніми захворюваннями, тому на наш погляд при відмові пацієнтові в відновно - реконструктивних операціях із - за різних причин локальне втручання довкола стоми є менш травматичним і представляє собою операцію вибору. П'яти пацієнтам ці операції виконано із застосуванням алопластичних матеріалів (поліпропіленова сітка), за оригінальною методикою розробленою нами з хорошими безпосередніми та віддаленими результатами.

**Висновки.** Розробка нових методів хірургічної корекції та їх впровадження в практику дозволяє покращити якість реконструктивних операцій при парастомальних грижах.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕЛЕТЕНСЬКИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ЗАСТОСУВАННЯМ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ.**

**Пацкань Б.М., Лавер О.П.**

*ДВНЗ «УЖНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** внутрішньочеревний тиск (ВЧТ), інтраабдомінальна гіпертензія (ІАГ), абдомінальний компартмент синдром (АКС), велетенські вен-тральні грижі (ВВГ), алопластика.

**Вступ:** Вентральна грижа – це захворювання, що характеризується випинанням вмісту черевної порожнини разом із пристінковим листком очеревини через дефект м'язево-апоневротичного шару черевної стінки під шкіру і може бути, як наслідок неповноцінності післяопераційного рубця. Ожиріння, надмірні фізичні навантаження, похилий вік, загальна тканинна деградація, онкозахворювання, цукровий діабет, та інші порушення метаболізму – різко збільшують можливість виникнення вентральних (рубцевих або післяопераційних) гриж і приводять до неповної евентрації органів черевної порожнини в грижовий мішок, тим самим зменшуючи об'єм черевної порожнини. Відповідно спроби доопераційного та інтраопераційно-

го вправлення грижового вмісту в черевну порожнину при велентенських вентральних грижах призводить до збільшення ВЧТ і виникненню ІАГ, і як крайній її проявів – АКС, що за даними багатьох авторів є 50-80 % причиною смерті. Спроби хірургічних методів лікування з використанням власних тканин, як правило не забезпечують бажаного ефекту, а найчастіше провокують рецидив збільшенням розміру грижі. Насильницьке вправлення вмісту грижі може призвести до пошкодження внутрішніх органів. Перебіг післяопераційного періоду залежить від виду пластики передньої черевної стінки і не повинен бути з натягом. Принцип «Tension free» може бути забезпечений тільки за умови використання алопластичного матеріалу (сітки). Імплантація хірургічної алопластичної сітки за різними методиками може відбуватися між шарами передньої черевної стінки. Ми надаємо перевагу інтраабдомінальній пластичі, яка найбільш відповідає вимогам.

**Мета:** вивчити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування ВВГ методом інтраабдомінальної алопластики.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз результатів хірургічного лікування 11 пацієнтів ВВГ методом інтраабдомінальної алопластики сіткою «Proceed», «Parietex™ Composite Mesh». Із них чоловіків – 5, жінок – 6. Вік пацієнтів становив 50-75 років. Вимірювання внутрішньочеревного тиску до операції та в післяопераційному періоді з припиненням дії міорелаксантів проводилось спеціальним пристроєм «Unometer ABDO-PRESSURE» фірми Unomedical (Данія).

**Результати:** Володіючи значним досвідом хірургічного лікування вентральних гриж з застосуванням різних методик імплантацій хірургічної алопластичної сітки слід зазначити, що інтраабдомінальне розміщення композитної сітки з антиадгезивним та розсмоктуючимся колагеновим шаром є найбільш технічно простим для виконання та ефективним оперативним втручанням, яке забезпечує профілактику високих ступеней інтраабдомінальної гіпертензії і запобігає розвитку АКС. Безпосередні результати у наших хворих наступні: задовільні і хороші у 9 пацієнтів; погані – у 2. Із них одна пацієнтка померла на 17-му добу від крововиливу у мозок на ґрунті некорегованої гіпертонічної хвороби, у 1 пацієнтки на дев'яту добу виникла тромбоемболія мілких гілок легеневої артерії на ґрунті хронічного тромбофлебіту вен нижніх кінцівок з трофічними виразковими порушеннями. Хвора виписалась з стаціонару в задовільному стані. Вимірювання ВЧТ у хворих з інтраабдомінальною алопластикой свідчить про нижчі рівні даного показника порівняно з хворими яким виконувалось традиційні методи пластики за рахунок застосування принципу «Tension free», а також внаслідок меншої травматичності операції з значно меншим пошкодженням передньої черевної стінки і відповідно болісовим фактором, що впливає на комплаєнс черевної стінки і відповідно ВЧТ.

**Висновки:** Інтраабдомінальна алопластика є альтернативою всім іншим методам алопластики в хірургічному лікуванні велетенських вентральних гриж.

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИКИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

**Варга Л.Л., Черниченко О.А.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород*

**Ключові слова.** *Варикоцеле, лапароскопічна герніопластика.*

**Вступ.** Варикозне розширення вен яєчка досить поширена патологія серед чоловіків віком до 35 років, за даними окремих авторів, дане захворювання зустрічається до 28 відсотків. Варикоцеле є однією з причин чоловічого непліддя, тому лікування даної патології в умовах хірургічного стаціонару набуває великої актуальності в урологічній практиці. Єдиним методом лікування є хірургічне, яке полягає у резекції сім'яних вен, інколи множинних, або, навіть венозних сплетінь.

**Мета.** Вивчити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування варикоцеле лапароскопічним способом на матеріалах хірургічної клініки Ужгородської центральної міської клінічної лікарні.

**Матеріали та методи.** 3 травня 2017р. виконано 32 лапароскопічних операцій хворим з варикоцеле. Варикоцеле спостерігали у шістьох пацієнтів дитячого віку. 23 чоловіків звернулося з приводу безпліддя, 3 з приводу болю в калитці. Всім хворим проведено лапароскопічну резекцію сім'яної вени, а деяким з них також, в силу анатомічних особливостей, виконано резекцію декількох колатеральних вен. Перебування у стаціонарі після операції становило 1,3 доби.

**Результати.** За час спостереження інтраопераційних та ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігалось. Болі зникли у всіх пацієнтів. У 18 хворих покращились показники спермограми протягом трьох місяців, що склало 78%. Збільшення кількості сперматозоїдів (з  $48,67 \pm 5,28$  до  $92,63 \pm 6,78$  млн.), а також підвищення якості морфології (процент патологічних форм зменшився з  $52,84 \pm 1,41$  до  $33,09 \pm 1,36$ ) призвели до покращення фертильності сперми.

**Висновки.** Лапароскопічна резекція лівої сім'яної вени достовірно покращує результати лікування пацієнтів на непліддя, викликане варикоцеле, ліквідує больовий синдром, зменшує перебування хворих в стаціонарі.

# ЗАСТОСУВАННЯ КЕРОВАНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ ПРИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ

Кампі Ю.Ю.

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород*

**Ключові слова:** ортопедія, хірургія, керована гіпотензія, діти.

**Вступ.** Низка операцій в клініці дитячої ортопедії відрізняється значною крововтратою у інтраопераційному періоді. При цьому переливання трансфузійних засобів може призвести до чисельних посттрансфузійних ускладнень. Одним з методів зниження об'єму інтраопераційної крововтрати та зменшення об'єму трансфузії є застосування керованої гіпотензії. Проте, необхідність проведення керованої гіпотонії, оптимальний рівень зниження тиску та її тривалість, фармакологічні засоби для її досягнення – залишаються дискусійними питаннями.

**Мета дослідження:** визначити безпечність та ефективність методики керованої гіпотензії севофлюраном при хірургічній корекції вродженого звиху стегна у дітей.

**Матеріал та методи дослідження.** Дослідження проводилися на базі відділення ортопедії та травматології обласної дитячої лікарні (м. Мукачево) протягом 2014-2017 років. Проаналізовано 50 наркозів із керованою гіпотензією при операціях хірургічної корекції вродженого звиху стегна. До спостереження включалися діти віком 3-7 років, стан здоров'я яких за шкалою ASA відповідав I-II ступеням. Загальні анестезії проводилися з використанням наркозного апарату Leon. Під час загальної анестезії реєструвалися: парціальний тиск вуглекислого газу у газовій суміші (як на вдиху, так і на видиху), параметри штучної вентиляції легень, частота серцевих скорочень, неінвазивний артеріальний тиск, насичення крові киснем.

**Результати досліджень.** У хворих на фоні поглиблення наркозу севофлюраном було відмічено зниження артеріального тиску на 30-35% від вихідних значень. Після виконання найбільш травматичного етапу операції знижували концентрацію севофлюрану, збільшували швидкість інфузії та обсяг інфузійних засобів. На цьому фоні відмічалася поступове відновлення артеріального тиску до вихідних значень протягом 10-20 хвилин. Симпатоміметична підтримка в жодному із випадків не була потрібною. Трансфузія еритроцитарної маси була потрібна одному хворому, крововтрата у якого склала понад 20% ОЦК.

**Висновки.** 1. При операціях хірургічної корекції вродженого звиху стегна у дітей анестезія із застосуванням севофлюрану є методом вибору. 2. У найбільш травматичний момент операції доцільне застосування методу ке-

рованої гіпотензії. 3. Виникла гіпотонія значно знижує об'єм інтраопераційної крововтрати і дозволяє уникнути трансфузії. 4. Тривалість керованої гіпотонії під час анестезії може складати 15-20 хвилин, не призводячи до розвитку несприятливих ускладнень. 5. Швидкому відновленню показників гемодинаміки сприяє добра керованість севофлюрановим наркозом.

## **ЧАСТОТА МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДТИПУ**

**Готько Є.С., Ігнатко В.Я., Жеро С.В., Погорєлова Н.Є.**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород*

**Ключові слова:** *Рак молочної залози, метастатичне ураження головного мозку, імуногістохімічний підтип.*

**Вступ:** Рак молочної залози є найбільш розповсюдженим злоякісним новоутворенням у жінок в Україні та у світі. Метастазування є однією із основних причин смерті у онкологічних хворих. Загальна частота мозкових метастазів при раку молочної залози становить біля 30%. Через покращення якості діагностики та ефективності лікування різних молекулярних підтипів раку молочної залози (наприклад, успішне використання трастузумабу, і як наслідок, продовження життя пацієнток) - частота метастазів у головний мозок збільшується. Це призводить до грубої неврологічної інвалідизації, яка в свою чергу погіршує якість життя та значного вкорочення його тривалості.

**Мета:** Оптимізації ранньої діагностики метастазів у головний мозок у хворих на рак молочної залози шляхом виділення груп ризику за допомогою прогностичних факторів, що спираються на доступні імуногістохімічні та молекулярні маркери.

**Матеріали і методи:** Проведене ретроспективне дослідження в групі із 112 хворих на рак молочної залози із метастатичним ураженням головного мозку, у яких на етапі діагностики було визначено молекулярний підтип (рецептори ER, PgR, Her2neu та індекс проліферації ki-67) в період з 2009 по 2017 роки. У дослідження включені хворі віком від 31 до 75 років, середній вік хворих -  $51,3 \pm 11,0$  роки. Пацієнток розділено на чотири групи відповідно до результатів імуногістохімічного дослідження: люмінальний тип А, люмінальний тип В, Her2neu позитивний та потрійно негативний типи. Розрахований період від дати встановлення діагнозу раку молочної залози до виявлення метастазів у головний мозок у вказаних групах

**Результати:** Час від дати встановлення діагнозу раку молочної залози до виявлення метастазів у головний мозок варіював в широких межах у всіх чотирьох групах від 1 до 88 місяців. Найгірші результати - найкоротший час до прогресії - спостерігалися в групі хворих із Her2neu позитивними пухлинами ( $17,1 \pm 4,3$  міс.). Група хворих на рак молочної залози із пухлинами потрійно негативного типу мала довший час до прогресії ( $19,9 \pm 12,4$  міс.). При пухлинах люмінального А та В типів періоди від дати встановлення діагнозу РМЗ до виявлення метастатичного ураження головного мозку були найдовшими –  $33,6 \pm 27,5$  міс. та  $32,7 \pm 24,3$  міс. відповідно.

**Висновки:** Вищевказані дані дозволяють стверджувати, що частіше метастази в головному мозку розвиваються у хворих на Her2neu позитивний та потрійно негативний молекулярні підтипи раку молочної залози. Дещо менша частота метастазування в головний мозок трапляється у хворих із люмінальним типом А та В. Отже, є можливість виділити 2 групи хворих на рак молочної залози, молекулярний підтип яких потребує також неврологічного моніторингу, а при потребі – додаткових інструментальних досліджень ЦНС (СКТ, МРТ).

## ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ У ВІЦІ ДО 1-ГО РОКУ ЖИТТЯ

**Слабкий Г.О., Дудник С.В., Качала Л.О.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ*

**Ключові слова:** *малюкова смертність, втрачені роки життя через передчасну смертність, економічні втрати.*

**Вступ:** Переважна частка смертей дітей у віці до п'яти років життя відбувається у віці до 1-го року життя, що завдає одні з найбільших економічних збитків державі, виступаючи вагомим стримуючим фактором розвитку країни, при тому, що більш ніж 50% цих смертей, можна попередити. Саме у скороченні малюкової смертності зосереджений потужний резерв щодо соціально-економічного розвитку країни, що може бути підтверджено економічним аналізом втрат внаслідок смертності дітей у віці до одного року життя завдяки розрахунку економічного еквіваленту демографічних втрат.

**Мета:** на підставі вивчення та аналізу смертності дітей першого року життя в Україні, визначити орієнтовні загальні економічні витрати держави внаслідок смертності дітей у вищезазначеному віці.

**Матеріали та методи:** дані Державної служби статистики України за період 2012-2016 рр.

**Результати:** За результатами дослідження протягом останніх п'яти років малокова смертність має тенденцію до зниження на 13,95% в 2016 р. відносно 2012р. (від 8,6‰ у 2012 р. до 7,4‰), при цьому смертність дітей у віці до 1 року життя має найбільшу частку у віковій структурі смертності дітей від 0 до 17 років (60,6% у 2016 р., що на 4,4% нижче ніж у 2012р., коли питома вага смертності дітей у віці до 1-го року життя склала 63,4%). Протягом 2012-2016 рр. рівень номінального ВВП у USD на душу населення в Україні, який використовується для розрахунків, скоротився на 40,8%, при цьому ще в 2013 р. спостерігалось його зростання, після чого у 2014-2016 рр. спостерігається різкий спад. Орієнтовна кількість років життя, втрачених через передчасну смертність, як загальна (на 32,4%) так і за статтю (хлопчики на 31,8%, дівчатка на 33,2%), зменшилась у зв'язку із скороченням смертності дітей у віці до 1-го року життя. Орієнтовні втрати ВВП від загальної малокової смертності, розрахунки яких базувались виключно на імовірно працездатному періоді в 2016 р. скоротились в 2,7 рази і загальні втрати ВВП склали 2267,0 млн. USD протягом 2012-2016 рр., аналогічний показник хлопчиків у 2016 р. зменшився відносно вихідного року дослідження у 2,6 рази і склав за останні п'ять років 1384,0 млн. USD, дівчаток у 2,7 рази в 2016 р. відносно 2012 р. і в цілому втрати ВВП склали 904,4 млн. USD.

**Висновки:** Смертність дітей у віці до 1-го року життя в Україні протягом 2012-2016 рр. має тенденцію до скорочення, але продовжує призводити до значних економічних втрат.

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В НАСЛІДОК ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

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

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, факультет здоров'я та фізичного виховання, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** наркотичні речовини, вживання, доросле населення, Закарпатська область, розлади психіки та поведінки.

**Вступ.** Розлади психіки та поведінки є тяжким наслідком вживання наркотичних речовин.

**Мета.** Дослідити рівень поширення розладів психіки та поведінки в наслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення Закарпатської області.

**Матеріали та методи.** Дані галузевої статистичної звітності за період 2008-2016 рр. (9 років). З використанням статистичного методу розрахунки проведено на 10 тис дорослого населення.

**Результати.** За період дослідження в цілому по області поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин зростає з 1,8 до 2,2 з найвищим показником 16,4 в 2012 році. Найвищий показник 125,2 було зареєстровано в 2012 році в м. Ужгороді. При цьому в Перечиському районі за весь період дослідження випадки поширень розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин зареєстровано не було. В терміні 8 років не реєструвалися випадки даної патології в Воловецькому, Іршавському та Міжгірському районах. В 2016 році граничний показник коливався від 17,9 в м. Ужгород до 0,1 в Іршавському районі. Захворюваність дорослого населення області на розлади психіки та поведінки в наслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення області коливалася в межах 0,1 – 0,3 на 10 тис. дорослого населення. В 2016 році найвищий показник було зареєстровано в м. Ужгород – 1,3, а на території шести районів випадків даної патології зареєстровано не було.

**Висновки:** встановлено хвилюподібну характеристику показника захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в наслідок вживання наркотичних речовин серед дорослого населення Закарпатської області з найвищим значенням показника (16,4) в 2012 році.

## **ОСНОВНІ ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНО ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОГРАМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ ДЛЯ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ**

**Миرونюк В.І.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *інфекції, що передаються статевим шляхом, групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ, програми діагностики та лікування, впровадження, перешкоди.*

**Вступ.** В Україні представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ мають обмежений доступ до програм діагностики та лікування ІПСШ.



**Мета.** Встановити основні перешкоди для максимально ефективного функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ для представників груп підвищеного ризику в Україні.

**Матеріали та методи.** Соціологічне дослідження серед 68 лікарів, які надають послуги при ІПСШ.

**Результати.** Актуальними для лікарів, які надають послуги при ІПСШ як партнерів впровадження програм на національному та регіональних рівнях є наступні виявлені перешкоди: Недостатньо налагоджене партнерство між НУО, які працюють з групами підвищеного ризику, і службою протидії ІПСШ (не достатньо ефективно працює система кейс-менеджменту випадку ІПСШ на засадах мультидисциплінарного підходу). Застаріла нормативна база щодо діагностики та лікування ІПСШ в Україні, яка не враховує специфічні потреби груп підвищеного ризику: лікування представників груп підвищеного ризику, в яких діагностовано ІПСШ, затримується внаслідок наявних діагностичних практик (не впроваджено синдромний підхід ведення випадку ІПСШ); використання складних схем лікування ІПСШ, яким надається перевага над науково обґрунтованими однодозовими режимами, може відштовхувати представників груп підвищеного ризику від користування медичними послугами. Висока вартість послуг з лікування ІПСШ для груп підвищеного ризику. Дискримінаційне ставлення фахівців шкірно-венерологічної служби до представників груп підвищеного ризику. Недостатність досвіду впровадження заходів, які можуть підвищити доступ груп підвищеного ризику до послуг з діагностики і лікування ІПСШ, а саме – синдромного ведення випадку, превентивного лікування.

**Висновки:** встановлено основні перешкоди для максимально ефективного функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ для представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні.

## **ДО ПИТАННЯ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ДЕРЖАВНІ ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ»**

**Скрип В.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, факультет здоров'я та фізичного виховання, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** заклади охорони здоров'я, автономізація, медичне обслуговування населення, програма державних гарантій.

**Вступ.** В Україні активно проводиться автономізація закладів охорони здоров'я, що означає зміну їх правового статусу на некомерційні неприбуткові підприємства. На цьому фоні, відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», принципово змінюються система фінансування закладів охорони здоров'я та основні організаційні та управлінські підходи до їх діяльності.

**Мета.** Встановити особливості автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стала законодавча база України із зазначеного питання, а методами дослідження – структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання.

**Результати.** Зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я ускладнює використання підходів, які використовувалися до цього часу при розробці фінансових планів, що в свою чергу впливає на планування структури закладу та його кадрове забезпечення. Стратегія «гроші ідуть за пацієнтом» вимагає забезпечення конкурентоздатності закладу охорони здоров'я з наданням медичної допомоги належної якості та його постійним розвитком при використанні сучасних методів управління.

**Висновки:** проведення автономізації закладів охорони здоров'я в умовах впровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» потребує забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я та прогнозованого стратегічного планування їх перспективного розвитку.

## ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

**Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Габорець Ю.Ю.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** недоношені новонароджені діти, захворюваність, показники.

**Вступ.** Стан здоров'я новонароджених визначається частотою народжених хворими і захворілих новонароджених в цілому та за класами хвороб і окремими захворюваннями.

**Мета.** Вивчити та проаналізувати показники захворюваності недоношених новонароджених дітей в Україні.

**Матеріали та методи.** Дані статистичних звітів ДУ «Центр медичної статистики» МОЗ України за період 2000-2016 рр.

**Результати.** Динаміка частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше мала хвилеподібний характер з тенденцією до збільшення, а тих, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше – до зменшення. Динаміка частоти хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше також мінялася по різному і мала хвилеподібний характер – тенденція до збільшення з 846,3 на 1000 недоношених новонароджених у 2000 р. до 864,86 у 2002 р. з подальшим зменшенням до 799,54 у 2016 р. Нерівномірний характер мала і динаміка частоти хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше – зменшення з 812,21 у 2007 р. до 752,47 у 2013 р., тенденцію до збільшення до 769,32 у 2014 р., 795,32 у 2015 р. з подальшою тенденцією до зменшення до 793,1 у 2016 р. Частота хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше у 2000 р була у 3,1 разу вища, ніж доношених, у 2006 р. – у 4 рази, а новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше, у 2007 р. – у 4,4, у 2012 – у 5,1 разу, у 2016 рр. – у 5 раз, а індекс здоров'я новонароджених збільшився з 72,8% у 2000 р., до 79,8% у 2006 р. і з 81,4% у 2007 р. до 84,2% у 2016 р. відповідно при максимальному значенні його у 2013 р. – 85,5%.

При цьому, індекс здоров'я новонароджених в цілому збільшився з 72,8% у 2000 р. до 84,2% у 2016 р., доношених новонароджених – з 75,35% до 87,6%, а недоношених – з 15,3% до 20,7% відповідно.

**Висновки:** встановлено позитивну динаміку захворюваності недоношених новонароджених дітей в Україні за період 2000-2016 рр.

## **КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМОГУБСТВ Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Защик Н.С.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *суїцидальна поведінка, самогубства, профілактика, концептуальні підходи.*

**Вступ.** Самогубство, яке як явище має тенденцію до поширення в Україні, полягає в самоусвідомлювальній поведінці людини, що скерована на особисте фізичне знищення.

**Мета.** Розробити концептуальні підходи до забезпечення ефективної профілактики суїцидальної поведінки та самогубств населення України.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали дані наукових публікацій та результати власних досліджень, а методами дослідження – системного підходу, структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання.

**Результати.** Концептуально профілактика суїцидальної поведінки та самогубств серед населення України полягає в рішення економічних, соціальних, правових, психологічних, педагогічних, культурних, медичних та інших причин, як детермінант їх виникнення, що визначає необхідність комплексного підходу на державному рівні до їх вирішення. Вирішення даної проблеми потребує запровадження заходів первинної та вторинної профілактики суїцидальної поведінки. Особливою групою профілактичного впливу є молодь серед якої робота має проводитися в наступних напрямках: психопрофілактика, психологічна експертиза, психологічна прогностика, психолого-педагогічна корекція, психологічна просвіта. Важливим є залучення до даної діяльності діячів церкви та духовників. Надзвичайно важливою державною задачею є створення системи спеціалізованої суїцидологічної допомоги населенню.

**Висновки:** рішення проблеми профілактики суїцидальної поведінки та самогубств серед населення країни потребує державного, комплексного, міжсекторального підходу.

## **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД ДИТЯЧОГО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Слабкий Г.О., Качала Л.О., Лобас М.В.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** *Черкаська область, дитяче сільське населення, хвороби, поширеність, захворюваність.*

**Вступ.** Стан здоров'я дитячого населення країни є індикатором її розвитку, має важливу соціальну значимість, є фактором формування трудового потенціалу держави та її національної безпеки.

**Мета.** Вивчити та проаналізувати захворюваність дитячого сільського населення Черкаської області та поширеність серед нього хвороб в динаміці 2009-2015 років

**Матеріали та методи.** При виконанні роботи використано статистичний метод дослідження. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої

статистичної звітності. Показники розраховувалися на 10 тис відповідного населення.

**Результати.** Проведений аналіз вказує на зниження показника захворюваності хвороб серед сільського дитячого населення Черкаської області в динаміці 2009-2015 років на території 17 (85,0%) адміністративних територій області і на території 3(15,0%) адміністративних територій підвищення вказаного показника. Найвищі показники захворюваності дитячого сільського населення зареєстровані в Маньківському (18103,0), Монастирському (16965,3) та Христинівському (16726,1) та найнижчі – в Драбівському (7752,3), Чигиринському (11492,3), Звенигородському (11770,8) районах. Гранична різниця показника складає 2,34 разів. За період дослідження показник поширеності хвороб знизився на території 18 (90,0%) та підвищився на території 2 (10,0%) адміністративних територій. Найвищі показники поширеності хвороб серед дитячого сільського населення зареєстровані на території Маньківського (23209,3), Монастирського (22764,1), Золотоніського (21714,2) та найнижчі - Драбівського (11717,2), Звенигородського (16631,5), Чигиринського (16714,1) районів. Гранична різниця показника складає 1,98 разів.

**Висновки:** Проведений аналіз вказує на зниження показників захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого сільського населення Черкаської області в динаміці 2009-2015 років з достовірною різницею в розрізі адміністративних територій, що є чинником зменшення звертальності дитячого сільського населення за медичною допомогою і вказую на збільшення її недоступності.

## **ДО ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОВАРТІСНОГО ОБЛАДНАННЯ В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДЕРЖАВНИХ/ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДРУГОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Слабкий Г.О., Качала Л.О., Картавцев Р.Л.**

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.*

**Ключові слова:** високовартісне обладнання, медична допомога, заклади охорони здоров'я, забезпечення.

**Вступ.** Виконання галузевих стандартів надання медичної допомоги на другому рівні надання медичної допомоги потребує високовартісного обладнання. Рівень забезпечення сучасним високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я другого рівня є незадовільним.

**Мета.** Запропонувати методичні підходи до використання в процесі надання медичної допомоги на другому рівні надання медичної допомоги високовартісного обладнання в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та діяльності при впровадженні програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали чинна нормативно-правова база, результати власних досліджень та дані наукової літератури. Методами дослідження стали системний підхід, метод структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання.

**Результати.** Зміна правового статусу закладів охорони здоров'я на неприбуткові, некомерційні підприємства та норми Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» значно розширюють права закладів охорони здоров'я в господарській діяльності. Виконання галузевих стандартів надання медичної допомоги на другому рівні надання медичної допомоги, що є обов'язковою вимогою в межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення, потребує високовартісного обладнання в більшості яким, особливо діагностичним, вказані заклади не забезпечені. Відповідно до чинного законодавства заклади охорони здоров'я можуть вирішити дану проблему наступним чином. Взяти високовартісне обладнання в лізинг з його оплатою за рахунок коштів отриманих в результаті надання медичної допомоги в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення та платних послуг. Другим можливим шляхом є укладання угод з приватними закладами охорони здоров'я на використання їх обладнання, що може бути забезпечено в різних організаційних формах.

**Висновки:** в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та діяльності при впровадженні програми державних гарантій медичного обслуговування населення застосування високовартісного обладнання в процесі надання медичної допомоги в державних/комунальних закладах охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги можливо шляхом взяття його в лізинг або укладання договорів з приватними закладами охорони здоров'я.

## ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ

Анталовці О.В.

*ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м.Ужгород.*

**Ключові слова:** договір, медична послуга, медична допомога, істотні умови договору, права та обов'язки сторін.

**Вступ:** В умовах сучасних реалій системи охорони здоров'я, все більше зростає число приватнопрактикуючих лікарів та приватних медичних центрів в цілому. Відтак, надання медичних послуг переходить у цілком комерційну площину, що тягне за собою виникнення договірної характеру таких взаємовідносин. Що це означає? При наданні оплатних медичних послуг необхідним є укладення договору, в якому має бути закріплена ціна, предмет та коло суб'єктів даних правовідносин. Всі вищеперераховані елементи є істотними умовами договору. Особливу увагу слід приділити правам та обов'язкам сторін, та відповідальності за їх невиконання.

**Мета:** розробка досконального договору про надання медичних послуг, який б максимально захищав інтереси як лікарів, так і пацієнтів.

**Матеріали та методи:** 1) Конституція України; 2) Цивільний кодекс України; 3) Основи законодавства України про охорону здоров'я; 4) Закон України «Про захист прав споживачів»; 5) Правова доктрина у галузі медичного права.

**Результати:** в ході даного дослідження було встановлено, що теоретично договір про надання медичних послуг можна поділити на три частини. Перша – умовна частина. В ній прописується предмет даного договору, а саме конкретний вид медичної послуги, сторони договору, строки його виконання, тощо. Важливим нюансом є виокремлення поняття «медичної послуги» від поняття «медичної допомоги». Друга, найважливіша, частина – цінова. У договорі повинна бути прописана вартість надання медичної послуги, та порядок розрахунку. До третьої частини відносимо зобов'язання сторін по предмету договору, та порядок відшкодування наслідків їх невиконання чи неналежного виконання. При чому, відшкодування шкоди повинне передбачатися не лише для лікаря чи медичного центру (при умисному чи неумисному нанесенні шкоди життю та здоров'ю), а й для пацієнта (наприклад, відшкодування простою, який спричинений нез'явленням на прийом).

**Висновки:** Договір про надання медичних послуг є важливим інструментом захисту прав його сторін. З одного боку, він повинен гарантувати пацієнту належну якість послуги, за яку він сплачує власні кошти. Цей принцип також є закріплений у законодавстві України. З іншого боку, договір є специфічним захистом ділової репутації лікаря чи приватного медичного центру від недобросовісного посягання. Тому, при складанні таких договорів, слід приділяти особливу увагу істотним умовам, особливо у частинах які гарантують відшкодування шкоди. А пацієнтам уважно ознайомлюватися із змістом договору, адже він може бути головним аргументом при зверненні до суду за захистом своїх прав.

Н а у к о в е   в и д а н н я

**Матеріали 72-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького складу УжНУ**

Статті подано в авторській редакції  
Комп'ютерний набір авторів збірника

Підписано до друку 12.03.2018 р. Гарнітура Times New Roman.  
Ум. друк. арк. 5,1. Формат 60x84/16. Тираж 100 прим.

Оригінал-макет виготовлено та віддруковано: ТОВ «РІК-У»,  
88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 36  
Свідоцтво Серія ДК 5040 від 21 січня 2016 року

М34 Матеріали 72-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ [Текст]. – Ужгород : РІК-У, 2018. – 88 с.

ISBN 978-617-7404-82-7

Збірник матеріалів 72-ї підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» висвітлює актуальні питання медичного сьогодення. Роботи, що ввійшли до збірника, присвячені проблемам сучасної діагностики, оптимального лікування та профілактики різноманітних захворювань, а також питанням реформування організації охорони здоров'я та впровадженню новітніх технологій в медицину. В збірнику представлено нові погляди на актуальні питання медичної науки, вказано на можливості застосування результатів світових досягнень в повсякденній лікарській діяльності. Матеріали збірника висвітлюють наукову тематику всіх кафедр ФПОДП. Взаємно перетинаючись та доповнюючи одна одну, вони створюють цілісну наукову палітру факультету, що протягом останніх років є незмінним флагманом в становленні та розвитку вітчизняної науки та інтеграції її в світову наукову мережу.

УДК 616-07-08:378.12:061.3  
ББК 54.1+74.58