

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

ТЕЗИ

доповідей 68-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу УжНУ
Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської
підготовки



Ужгород – 2014

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ, ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ, КУРОРТОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ 8

Брич В.В. ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ8	8
Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М. ОЦІНКА ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ ТА ТРЕТИННОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ 8	8
Рогач І. М., Качала Л. О. КВАЛІФІКАЦІЙНА ТА ОСВІТНЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРІВНИХ КАДРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 9	9
Прохорова А.І. ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОЗДАТНОСТІ ВІЗ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ РЕСУРСІВ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ..... 10	10
Рогач І.М., Козодаєв С.П. НОРМАТИВНА БАЗА АКРЕДИТАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ 10	10
Глушко Н.С., Качала Л.О. ОСНОВНІ ЗАСАДИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ 11	11
Бабанін О.О. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У ДЕРЖАВНІЙ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНІЙ СЛУЖБІ 12	12
Шніцер І. Р. ДЕТЕРМІНАНТИ СТАНУ І ОСОБЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 13	13
Біляк С.Т., Біляк С.С. ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРАСКОПІЇ В ОНКОУРОЛОГІЇ 13	13
Перекіпський Г.О. РАДІАЦІЙНА БЕЗПЕКА..... 14	14
Галамба А.А., Товт-Коршинська М.І. РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА 15	15
Ростока-Резнікова М.В., Товт-Коршинська М.І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЛАНОК ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ 15	15
Блага О.С., Товт-Коршинська М.І. ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ..... 16	16
Швед М.І., Товт-Коршинська М.І. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОЄДНАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	

ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ(ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ).....	17
Чінчева В. В., Товт-Коршинська М.І. ФАКТОРИ ЦО ВПЛИВАЮТЬ НА СІМЕЙНУ СХИЛЬНІСТЬ ДО АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	17
Дичка Л.В. ОСОБЛИВОСТІ ВОДОПОСТАЧАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІДРОМІНЕРАЛЬНОЇ БАЗИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	18
Сухан В.С. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	19
Марковцїй Л.Ю., Скрип В.В. ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ.....	19
Гема Н.М., Тімоніна С.С., Товт-Коршинська М.І. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ НА ЗАКАРПАТТІ	20
Гема Н.М., Поляк М.А., Товт-Коршинська М.І. СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ НА ЗАКАРПАТТІ	21
Бучок О.В., Товт-Коршинська М.І., Турияниця С.М. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРОСЛИХ В ПЕРІОД СПАЛАХУ В ЗАКАРПАТТІ В 2012 РОЦІ	21
Бокшан І. Ю., Петров В. О., Товт-Коршинська М.І. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	22
Миронюк І.С. РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ З ВИКОРИСТАННЯМ ШВИДКИХ ТЕСТІВ.....	23
СЕКЦІЯ ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ.....	24
Колесник П.О., Бондарь Я.В. ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ H.PYLORI ЗА ДАНИМИ СВІТОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.	24
Боровик О.І., Пулик О.Р. ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯІНСУЛЬТНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ.....	25
Рішко Г.В., Пулик О.Р. КОРЕКЦІЯ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ КОГНІТИВНОЇ НЕСПРОМОЖНОСТІ ПРЕПАРАТОМ ПРАМІСТАР	25

Грабар В. В., Пулик О.Р. КАТАМНЕСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН КОГНІТИВНОГО СТАТУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯНСУЛЬТНИМИ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	26
Гирявець М.В. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯНСУЛЬТНИМИ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	27
Ілько А.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ НА УКРАЇНІ	28
Варваринець А.В., Михалко Я.О. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	29
Михалко Я.О. ВПЛИВ ПРИЙОМУ ТІКАГРЕЛОРУ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ.....	30
Петрик К.Ю. ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ H.PYLORI У ХВОРИХ З GERX	30
Карпенко П.А., Дебрецені К.О. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	31
Маршалік К. Е., Гечко М. М., Чопей І. В. ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АТ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	32
Кедик А.В., Колесник П.О. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВИХ ЗАНЯТЬ У НАУКОВО-ТРЕНІНГОВОМУ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ЦЕНТРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ДОЛКАРСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ	33
Кедик А.В., Колесник П.О., Плоскіна В.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	34
Братасюк А.М. КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕРМОМЕТРІЇ ШЛУНКУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ... ..	34
Лазур Г.В. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ	35
Колесник П.О., Колесник А.П., Цяпець С.В. РОЛЬ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ.....	36
Івачевська В.В., Чопей І.В. УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ	37
Тернушак Т.М., Чопей І.В. ДІАГНОСТИКА СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ СУДИН У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.....	38
Фейса С.В. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА – ОСНОВА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ	38

Фейса С.В., Великоклад Л.Ю., Туряниця П.Д., Микита Н.М. ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ	39
Рубцова Є. І., Клімова Т.М. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	40
Гряділь Т.І., Михалко Я.О., Чопей І.В. ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	40
Корабельщикова М.О, Росул М.М. Іваньо Н.В. ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА В МОЛОДОМУ ВІСЦІ	41
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В. ВПЛИВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК.....	42
Устич О.В., Рудакова С.О. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛІВ РІЗНИХ ВИСОТНИХ РЕГІОНІВ ЗАКАРПАТТЯ.....	43
Іваньо Н.В., Корабельщикова М.О., Росул М.М., Іваньо Т.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З КІЛЬКІСТЮ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТАДІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ	43
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ, ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА	45
Сакало В. С., Ковальчук Д. І., Черниченко О. А. МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ІНТЕРМІТУЮЧУ ГОРМОНОТЕРАПІЮ	45
Пацкань Б.М., Варга Л.Л., Витрикуш М.Я. ДОСВІД РЕКОНСТРУКЦІЇ ТАЗОВОГО ДНА СИСТЕМОЮ «PROLIFT».....	45
Вайда В.М., Бучок А.О., Свистак М.М. ОДНОПОЛЮСНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	46
Келемен І.Я., Савула М.М. КОМБІНОВАНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР З ВИРАЖЕНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	47
Фальбуш О. О., Софілканіч І. Ф. ПРОЯВИ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	47

Фатула Ю.М., Машура В.В. ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ	48
Росул М.В., Пацкань Б.М. ВИКОРИСТАННЯ ЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОКТОЛОГІЇ	49
Дем'ян Ю.Ю., Шманько О.П., ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ..	49
Пекарь М. І., Пацкань Б.М. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОПЛАСТИЧНИХ МЕТОДІВ	50
Витрикуш М.Я., Пацкань Б.М. КОЛОГЕННИЙ КОЛОСТАЗ. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ.	51
Попович В. М., Пацкань Б. М. РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ	51
Фатула Ю.М., Варга Л.Л., Машура В.В. МОДИФІКАЦІЇ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ПАХВИННИХ АЛОГЕРНІОПЛАСТИК	52
Желізняк О.П., Бобик Ю.Ю. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	53
Греба Н.М. ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ЧЕРЕЗ ПРИРОДНІ РОДОВІ ШЛЯХИ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ	53
Лоя Н.О., Міцода Р. М. ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК ІЗ ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ ТА ЇХ ПВЛИВ НА ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ	54
Ігнатко Л.В., Жиденко (Скиба) Ю.М. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОПТИМІЗАЦІЮ ВИГОДОВУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	55
Леміш Н.Ю., Міцода Р.М. АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	56
Садигов Ю. М., Міцода Р.М. ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК З ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМ	56
Пекарь А.Ю., Корсак В. В. КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ РОЗРОДЖЕННЯ	57
Пекарь А. Ю., Міцода Р. М. ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК З АКТИВНОЮ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	58
Цигика Д. Й., Готько С. С., Жеро С. В., Пригара Д. В., Погорелова Н. С., Ігнатко В. Я. БІЛАТЕРАЛЬНИЙ РАК МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ	58

Готько Є. С., Пригара Д. В., Жеро С. В., Цигика Д. Й., Погорелова Н. Є., Росоха Я. В., Ігнатко В. Я., Готько І. Ю., Мельник М. І. ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ В КІСТКИ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	59
Калій В. В., Погорелова Н. Є. Готько Є. С., Ігнатко В. Я. ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	60
Готько Є. С., Ігнатко В. Я. Жеро С. В., Цигика Д. Й., Пригара Д. В., Погорелова Н. Є., Готько І. Ю., Мельник М. І. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	60
Авдеев В.В., Тенкач О.О. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСТАКОРПОРАЛЬНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ УСКЛАДНЕНОЮ ПЕЧІНКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	61
Трускавецький Б. Л., Литвак Ю. В. РОЛЬ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОСТОМІЇ ПІД УЗД НАВЕДЕННЯМ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБСТРУКЦІЮ НИРОК.....	62
Логойда В.В., Трускавецький Б.Л. МІОКАРДІАЛЬНІ М'ЯЗОВІ МІСТКИ. ПРОМЕНЕВА АНАТОМІЯ, ДІАГНОСТИКА. ЛІКУВАННЯ	63

**СЕКЦІЯ ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ,
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ,
КУРОРТОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

**ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ**

Брич В.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки,
кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, стандартизація, медична послуга.

Актуальність. В умовах переходу системи фінансування галузі охорони здоров'я з форми утримання закладу на оплату медичної послуги виникла нагальна необхідність стандартизації медичної допомоги, що надається закладами охорони здоров'я населенню.

Мета: стандартизація надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам та загальному населенню з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Матеріали та методи: метод хронометражу, математико-статистичний.

Результати: Робочою групою з проведення стандартизації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам проведено хронометраж робочого часу при наданні медичних послуг у 5 випадках по кожному спеціалісту Центру з профілактики та боротьби із СНІДом. Встановлено, що середній час надання медичної послуги лікарем-педіатром ВІЛ-інфікованій дитині склав 59 хв., а лікарем-інфекціоністом ВІЛ-інфікованому дорослому – 70 хв., що перевищує відповідно у 4,9 та 5,8 разів розрахункові затрати часу на прийом вказаними спеціалістами у інших сферах охорони здоров'я.

Висновки: Отримані результати дають змогу планувати розвиток кадрового забезпечення з урахуванням особливостей розвитку епідемічної ситуації та прогнозування навантаження на фахівців служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також розробити заходи щодо підвищення ефективності використання робочого часу та збільшення продуктивності праці медичним персоналом закладу в умовах обмежених ресурсів (кадрових та матеріально-технічних).

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ ТА
ТРЕТИННОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки,
кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: якість, доступність медичної допомоги, індикатори.

Вступ. Збереження і розвиток здоров'я населення як вирішального чинника забезпечення економічного та соціального розвитку країни є однією із найважливіших соціальних функцій держави. Реалізація зазначеної функції

відбувається через діяльність галузі охорони здоров'я, для оцінки якої використовують такі показники, як якість та доступність медичної допомоги.

Мета роботи – провести оцінку якості та доступності вторинної та третинної медичної допомоги населенню Закарпатської області.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали звіти, отримані за допомогою теоретичних та статистичних методів.

Результати та обговорення. Індикаторами вторинної та третинної медичної допомоги є показники роботи поліклініки, випадки материнської, перинатальної та ранньої неонатальної смертності. Дослідженням було встановлено, що протягом досліджуваного періоду середня кількість відвідувань лікарями одного жителя області зросла на 19,5%, особливо у низинній зоні. Найчастішою причиною відвідувань серед усього та дитячого населення є профілактика. Щодо показників дитячої, ранньої неонатальної та перинатальної смертності на регіональному рівні, то вони мають позитивну динаміку, проте їх рівень перевищує відповідні показники в цілому по Україні, а особливо по Європі.

Висновки. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від багатьох причин, а саме: адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про своє здоров'я. Тому, в першу чергу, необхідно впливати на ці фактори та враховувати їх при розробці регіональних програм та заходів підвищення якості та доступності медичної допомоги.

КВАЛІФІКАЦІЙНА ТА ОСВІТНЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРІВНИХ КАДРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Рогач І. М., Качала Л. О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: охорона здоров'я, керівні кадри, кваліфікація, друга освіта.

Вступ. На сучасному етапі розвитку національної охорони здоров'я виникла потреба створення науково обґрунтованої системи добору та підготовки управлінських кадрів нового типу.

Мета. Проведення аналізу кваліфікаційних та освітніх характеристик керівного складу галузі охорони здоров'я Закарпатської області.

Матеріали та методи. У роботі були використані методи статистичного аналізу, порівнянь та аналогій. Джерелом інформації були звітні форми управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА.

Результати. Серед керівників галузі більшість (67,2 %) становили особи віком 41–60 років, при цьому в обласних лікарнях –81,8 %, в АЗПСМ–63,3 %.

У всіх закладах керівники – пенсіонери становили 18,75 %, у тому числі більше половини із них (53,3 %) працюють в АЗПСМ, в інших закладах керівники – пенсіонери складають зовсім невелику частку – від 1,25 % до 2,5%.

За кваліфікаційною категорією 81,5 % керівників мають вищу, першу та другу кваліфікаційну категорію, не атестованими залишаються 18,5 % керівників.

Із стажем роботи до 10 років найбільша частка керівних кадрів працює в ЦРЛ та РЛ – 75,7 %, найменша в дільничних лікарнях – 35,0 %, а зі стажем роботи більше 20 років найбільше працює в дільничних лікарнях – 30,0 %, найменше в районних лікарнях – 11,1 %.

Досить низькими показниками характеризується рівень знань керівників із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, за винятком керівних кадрів ЦРЛ та РЛ, МЛ та диспансерів (84,3%, 76,4%, 75,0% відповідно).

Висновки. Виявлений низький рівень знань керівників із соціальної медицини та організації охорони здоров'я та встановлено високий показник керівників-пенсіонерів, працюючих у АЗПСМ.

ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОЗДАТНОСТІ ВНЗ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ РЕСУРСІВ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ.

Прохорова А.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: навчально-методичний комплекс, університетський освітній округ, оптимальна модель.

Вступ. Необхідність реформування системи вищої освіти середнього медичного персоналу викликає необхідність пошуку оптимальної та економічно обґрунтованої моделі утворення системи безперервної професійної медичної освіти.

Мета. Пошук оптимальної моделі інтеграції медичної освіти шляхом добровільного утворення на паритетних началах системи коледж-університет із елементами університетського освітнього округу.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали установчі договори «Про створення навчально-методичного комплексу «Ужгородський національний університет - медичний коледж». Результати отримані за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

Результати. Оцінка оптимальності запропонованої моделі інтеграції медичної освіти проводиться в порівнянні із діючими в Україні моделями освітніх інтеграційних систем університет-коледж, та по рівню синергії, фінансовій економічності та рівню конфронтації в процесі утворення освітньої системи.

Утворений на Закарпатті комплекс здійснює свою діяльність на основі Положення затвердженого в установленому порядку.

Висновок. Утворена на Закарпатті добровільна модель освітньої системи в перспективі дозволить виконати завдання щодо оптимізації медичної освіти шляхом інтеграції навчальних закладів, аналогічні завданням, які ставляться перед інтегрованою освітньою системою університет-коледж, без фінансових витрат та конфронтаційної соціальної складової.

НОРМАТИВНА БАЗА АКРЕДИТАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Рогач І.М., Козодаєв С.П.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: акредитація, якість, медична допомога.

Вступ: В сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я неможливо визначити якість лікувальної допомоги закладів охорони здоров'я без проведення акредитації закладу.

Мета: Визначити основні нормативні документи проведення акредитації лікувально-профілактичного закладу.

Матеріали та методи: Нормативна база галузі «охорони здоров'я».

Результати: Акредитація закладу охорони здоров'я - це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для своєчасного, якісного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Стаття 16. «Основ Законодавства України про охорону здоров'я» визначає акредитацію закладів охорони здоров'я згідно Постанови КМ України від 15 липня 1997 р. № 765 “Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я”. Процес акредитації лікувально-профілактичних закладів регламентують: Накази МОЗ України від 17 липня 2000 року N 169 "Про акредитацію центрів здоров'я", від 14 серпня 1998 року N 253 "Про акредитацію закладів служби крові", від 8 травня 2002 року N 167 "Про затвердження Критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України" від 14 березня 2011 року та № 142 “Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 6 червня 2011 р. за N 678/19416 мьта наказу МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116.

Висновки. акредитації лікувально-профілактичного закладів проводиться в комплексі регламентуючих наказів МОЗ України, що забезпечує повну об'єктивну оцінку якості медичної допоги.

ОСНОВНІ ЗАСАДИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Глушко Н.Є., Качала Л.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова. Фармацевтичне забезпечення, стандартизація обігу ліків.

Вступ. Основною метою для України, згідно резолюції ВООЗ - є забезпечення населення і лікувально-профілактичних закладів України доступними, якісними ліками.

Мета. Визначити основні інструменти національної лікарської (фармацевтичної) політики і принципи їх роботи.

Матеріали та методи. Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП 897_009, від 01.01.2011).

Результати. За даними ВООЗ, понад 50% всіх ліків призначаються, відпускаються або продаються неналежним чином. Надмірне, недостатнє або неправильне використання ліків завдає шкоду людям і призводить до збиткового втрачання ресурсів. Для запобігання цьому необхідно використовувати основні інструменти НЛ (Ф): регулювання ціноутворення лікарських засобів (постанова Верховної Ради України від 21 червня 2001 р. № 2564 – III «Про інформацію Кабінету Міністрів України про здійснення політики державного регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення»; стандартизація і сертифікація на всіх стадіях обігу ліків; політика в галузі освіти і пропаганда адекватного використання ліків.

Висновки. Дотримуватись вимог національного органу для координації політики з використання лікарських засобів та моніторингу їх впливу, безперервної медичної освіти, необхідної для отримання ліцензії на ведення лікарської практики та створення незалежної та об'єктивної інформації про лікарські засоби для медичного персоналу і споживачів.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У ДЕРЖАВНІЙ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНІЙ СЛУЖБИ

Бабанін О.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: цивільний захист, надзвичайні ситуації, медицина катастроф, синергія.

Вступ. Щорічно в різних країнах світу зазнають великих збитків від аварій, катастроф, пожеж, стихійних лих, які призводять до загибелі людей.

Мета. Аналіз завчасного створення і підготовки сил цивільної оборони для екстреної медичної допомоги та медичного захисту від наслідків катастроф природного та техногенного характеру в Закарпатському регіоні.

Матеріали та методи. Соціологічне опитування працівників аварійно-рятувальних служб Закарпатської області та студентів 1-4 курсів УжНУ.

Результати. Складовими ефективної роботи служби є залучення необхідних коштів (матеріальних цінностей), перепідготовка кадрів, з урахуванням новітніх технологій у галузі медицини та техніки.

Завданням Державної служби медицини катастроф України є надання допомоги на різних етапах постраждалим від надзвичайних ситуацій, для ефективного виконання якого необхідне прогнозування медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій та розроблення рекомендацій щодо здійснення заходів з метою зниження вражальних чинників, а також створення та раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів.

Висновки. Необхідність проведення науково-дослідних робіт для удосконалення форм і методів організації надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, підготовки та перепідготовки медичних працівників служб цивільного захисту та розробка системи індивідуальної підготовки рятувальників з

використанням інноваційних технологій з надання першої невідкладної медичної допомоги.

ДЕТЕРМІНАНТИ СТАНУ І ОСОБЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Шніцер І. Р.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: структурна перебудова, заклади охорони здоров'я, фактори-детермінанти, доступність медичної допомоги.

Вступ. Функціонування закладів охорони здоров'я в Україні характеризується рядом негативних факторів, так званих факторів-детермінантів, за станом яких можна давати оцінку стану охорони здоров'я в державі.

Мета. Визначення основних факторів-детермінантів та шляхів їх подолання – одне з першочергових завдань у процесі реформування закладів охорони здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано проект Закону України «Про особливості здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я», а також дослідження українських науковців з приводу законопроекту та вищезгаданих факторів-детермінантів. У ході дослідження стану функціонування закладів охорони здоров'я використано методи аналізу, порівняння та узагальнення.

Результати. До факторів-детермінантів стану системи охорони здоров'я належать: недосконалість нормативно-правового поля, дискримінація приватних закладів порівняно з бюджетними, а також усіх закладів охорони здоров'я порівняно з установами в інших галузях, дискримінація в оплаті праці медичних працівників порівняно із оплатою праці працівників інших галузей, безправність споживачів при отриманні медичних послуг.

Висновки. Безумовно, фактори-детермінанти не можуть залишатися непоміченими. Вплив їх є різним по силі, деякі з них можна нейтралізувати за допомогою відповідних заходів на рівні окремих закладів охорони здоров'я. Тому на шляху реформування першочерговим завданням є прийняття Закону України «Про особливості здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я».

ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРАСКОПІЇ В ОНКОУРОЛОГІЇ

Біляк С.Т., Біляк С.С.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: лапароскопія, урологія.

Вступ. Лапароскопічні методи оперативного лікування в країнах Європи та Америки досягають біля 80% всіх оперативних втручань. За останні роки лапароскопія набула широкого застосування в урології.

Мета. Обґрунтувати переваги лапароскопічних методів оперативного лікування урологічних хворих. Продемонструвати можливість проведення сучасних, європейського рівня, методів оперативних втручань в умовах державних та приватних медичних закладів незалежно від територіального місцезнаходження. Спонукає урологічну спільноту до застосування та розширення показів лапароскопії в урології.

Матеріали та методи. З часу створення ПМП «Санус» у 1992 році нами проведено 219 лапароскопічних оперативних втручань урологічним хворим з такими діагнозами: кісти нирок, гідронефротичні та зморщені нирки, камені сечоводів та лоханки, рак нирки, варікоцеле.

Результати. При застосуванні лапароскопічних методик оперативного лікування урологічних хворих було визначено, що пацієнти відносно легко переносять оперативне втручання, значно раніше ніж після традиційних операцій встають, потребують незначну кількість анальгетиків, на 3-5 добу виписуються з лікарні. Реабілітаційний період скорочується.

Висновки. Лапароскопічні методики оперативного втручання малотравматичні, їх легко переносять хворі, скорочують перебування на лікарняному ліжку та термін реабілітації.

РАДІАЦІЙНА БЕЗПЕКА

Перекіпський Г.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова:

Вступ: В сучасних умовах, коли використання ядерної енергії знаходить все більшого поширення, існує ймовірність виникнення катастроф на ядерних об'єктах, про що свідчать катастрофи на Чорнобильській АЕС та на АЕС Фукусіма – 1 (Японія). Тому дотримання вимог радіаційної безпеки на об'єктах і територіях, які зазнали радіоактивного забруднення, є запорукою зменшення впливу радіації на людей, які на них перебувають.

Мета: Визначити основні нормативні документи щодо радіаційної безпеки населення, що перебуває на радіоактивно забруднених територіях.

Матеріали та методи: Закон України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку».

Результати: Радіаційна безпека, це стан захищеності людей від шкідливого впливу іонізуючого випромінювання. Радіаційна безпека населення досягається:

- а) створення умов життєдіяльності людей, що відповідає вимогам діючих норм і правил радіаційної безпеки;
- б) встановленням квот на опромінення від різних джерел випромінювання;
- в) організацією радіаційного контролю;
- г) ефективністю планування і проведення заходів по радіаційному захисту в нормальних умовах і в умовах радіаційної аварії;
- д) організація системи інформування населення про радіаційну обстановку;

е) забезпечення населення засобами індивідуального захисту.

Виконання заходів радіаційної безпеки повинно виконуватися у відповідності до вимог Закону України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку» від 8.02.1995р. №39/95.

Висновки: Заходи по захисту людей від шкідливого впливу іонізуючих випромінювань здійснюються у суворій відповідності до вимог законодавства.

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Галамба А.А., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, маса тіла, ожиріння, спелеотерапія.

Вступ. З метою ефективного лікування та профілактики загострень бронхіальної астми (БА) поєднаної з надлишковою масою тіла, нормалізації функціонування імунної системи є доцільним використання не тільки медикаментозної базисної терапії, але і методу спелеотерапії, корекції маси тіла пацієнтів та застосування безпечного імуномодулятора.

Мета. Вивчити вплив спелеотерапії самостійно та в комбінації з інозином пранобексом на імунну систему у хворих на БА з різною масою тіла.

Матеріали та методи. Було обстежено 143 хворих, які були розділені на 3 групи залежно від маси тіла: 51 хворий на БА з ожирінням, 45 – з надлишковою масою, 47 – з нормальною масою тіла. Для дослідження рівня інтерлейкінів (ІЛ) 1- β , 4, 6, 10, гамма-інтерферону (ІФН- γ), фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α) використовували імуноферментний аналіз крові.

Результати. Після курсу спелеотерапії та застосування інозину пранобексу у хворих з підвищеною масою тіла поряд з активацією захисних сил організму залишався більш виражений запальний процес, ніж у хворих з нормальною масою. У осіб, які досягли зниження маси тіла в процесі лікування, показники інтерлейкінового профілю майже не відрізнялися від осіб з нормальною масою, а додатковий прийом імуномодулятора приводив до нормалізації вивчаємих показників.

Висновки. Для підвищення ефективності лікувального процесу у хворих на БА із зайвою масою доцільно застосовувати імуномодулятор інозин пранобекс і спелеотерапію після попереднього зниження маси тіла.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ЛАНОК ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Ростока-Резнікова М.В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, функціональна диспепсія, оксидантний гомеостаз, жирні кислоти.

Вступ. Актуальність проблеми порушення первинних ланок оксидантного гомеостазу при поєднанні бронхіальної астми (БА) із функціональною диспепсією (ФД) обумовлена їх важливим патогенетичним значенням у виникненні синдрому взаємного обтяження в таких пацієнтів.

Мета. Вивчити показники первинних ланок оксидантного гомеостазу (жирнокислотний спектр ліпідів) у хворих на БА із супутньою ФД.

Матеріали та методи. У 126 хворих із загостренням БА середньої важкості, поєднаної з ФД (основна група) та 91 хворого на БА без ФД (група порівняння), а також 21 практично здорової особи (контроль) визначалися 8 найбільш інформативних жирних кислот (ЖК) на мембранах еритроцитів і в сироватці крові за розробленим нами способом хроматографічного визначення сумарного жирнокислотного складу біологічних рідин.

Результати. У хворих основної групи виявлено вірогідне зростання у порівнянні з контролем рівнів практично всіх досліджуваних ЖК на мембранах еритроцитів та в сироватці крові, зокрема міристинової – маркера запалення і арахідонової – попередника прозапальних цитокінів. У хворих групи порівняння відмічено підвищення рівнів тільки окремих ЖК сироватки, причому рівні міристинової і арахідонової кислот були вірогідно нижчими, ніж за наявності ФД.

Висновки. Таким чином, у фазі загострення БА з супутньою ФД виявлено більш виражені порушення первинних ланок оксидантного гомеостазу порівняно з БА без ФД, які свідчили про вищу інтенсивність запального процесу в таких пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Блага О.С., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, відновлювальне лікування, фізичні методи терапії.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найбільш поширених патологій у світі. На даний час у світі нараховується біля 600 млн пацієнтів з ХОЗЛ, у загальній структурі смертності ця патологія займає 5-те місце у світі, 4-те – у США. Це пов'язано з пригніченням природної та імунологічної резистентності організму в умовах екологічного неблагополуччя, агресивного впливу тютюнового диму, поллютантів, частим загостренням, що значною мірою (до 70 % випадків) зумовлено невідповідністю між клінічним і морфо-функціональним одужанням.

Мета. Метою даної роботи було вивчити сучасні підходи до комплексного застосування фізичних методів лікування ХОЗЛ згідно літературних даних.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано 20 вітчизняних та іноземних літературних джерел.

Результати. Для досягнення повноцінної розсмоктувальної дії, відновлення діяльності регулюючих систем організму, профілактики загострень доцільне

проведення немедикаментозного лікування. Найбільш адекватними є фізичні методи, чинник яких базується на активації власних захисних сил організму, фізіологічних резервів та перебудові регуляторних процесів. Для досягнення оптимального ефекту, скорочення термінів лікування та збереження стійкої ремісії обґрунтоване комплексне застосування фізичних методів лікування, які впливають на ключові ланки захворювання.

Висновки. Представлений матеріал свідчить про доцільність диференційованого призначення фізичних методів терапії з урахуванням переважаючих механізмів їх лікувальної дії, клінічної картини захворювання та супутніх захворювань.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОЄДНАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ)

Швед М.І., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, серцево-судинні захворювання.

Вступ. Проблема поєданого перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та серцево-судинних захворювань (ССЗ) належить до найбільш актуальних у зв'язку з ростом захворюваності, важкістю ускладнень, тенденцією до підвищення смертності та стійкої втрати працездатності.

Мета. Метою даної роботи було вивчити основні патогенетичні та клінічні особливості поєданого перебігу ХОЗЛ та ССЗ згідно літературних даних.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано 28 вітчизняних та іноземних літературних джерел.

Результати. Серед ССЗ найчастіше при ХОЗЛ спостерігалися ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ), їх поєднання з ХОЗЛ, за даними різних авторів, коливалося від 6,8% до 72,3%. Як ІБС, так і АГ частіше зустрічаються серед хворих на ХОЗЛ, ніж у загальній популяції. ХОЗЛ та ССЗ мають спільні доведені чинники ризику, низку схожих патофізіологічних механізмів, зокрема хронічну гіпоксію, реологічні зміни крові та інші, що може зумовлювати їх взаємообтяжуючий вплив. Так, наявність супутнього ССЗ чинить негативний вплив на перебіг ХОЗЛ, а на тлі бронхообструкції відбувається стимуляція атерогенезу тощо.

Висновки. Таким чином, найчастіше серед ССЗ у хворих на ХОЗЛ діагностуються ІХС та АГ. Взаємообтяжуючий вплив цих захворювань очевидно зумовлюють спільні механізми патогенезу, які потребують подальшого вивчення для покращення діагностичних та лікувальних підходів.

ФАКТОРИ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СІМЕЙНУ СХИЛЬНІСТЬ ДО АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Чинчева В. В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: алергічні захворювання, сімейна схильність.

Вступ. Проблема алергій стає все більш актуальною у зв'язку зі стрімким зростанням захворюваності серед дорослих та дітей. Розмаїття умов, спроможних впливати на здоров'я населення, та недостатня їх вивченість визначає актуальність досліджень, направлених на виявлення і моніторинг пріоритетних чинників, що впливають на алергізацію населення, зокрема і сімейну схильність до алергій.

Мета. Встановити основні фактори впливу на сімейну схильність до алергічних захворювань.

Матеріали та методи. В основу методичної бази взята "гігієнічна гіпотеза". Проведений аналіз літературних джерел, в яких вивчалася захворюваність у країнах що розвиваються та розвинених країнах.

Результати. Висока значимість середовищних і неспецифічних факторів ризику у розвитку алергії була доведена в епідеміологічних дослідженнях поширеності деяких алергічних захворювань на територіях колишніх Східної та Західної Німеччини, Фінляндії та Естонії. В ході дослідження було виявлено, що після об'єднання двох країн і/або придбання "західного" способу життя, соціально-економічних і екологічних умов, поширеність алергічної патології на території колишньої Східної Німеччини та Естонії різко зросла в короткі терміни. Згідно проведених досліджень, чинниками навколишнього середовища, що мають вплив на розвиток алергічних захворювань, є куріння, соціально-економічні фактори, урбанізація, особливості харчування, підвищена вологість та запиленість у приміщеннях, транспорт, промислові хімічні алергени, професійні шкідливості, активне призначення антимікробних препаратів, вакцинація, зниження рівнів захворюваності інфекціями в дитячому віці.

Висновки. Фактори, що впливають на сімейну схильність до алергічних захворювань, не є достатньо вивченими і потребують подальшого дослідження.

ОСОБЛИВОСТІ ВОДОПОСТАЧАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІДРОМІНЕРАЛЬНОЇ БАЗИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Дичка Л.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: Природні підземні води, якість питної води, мінеральні води.

Вступ: За даними ВООЗ, щорічно від споживання недоброякісної води потерпає кожний десятий житель планети. В Україні воду, яка не відповідає вимогам Державних стандартних правил і норм, п'є кожний п'ятий її мешканець. Частину добової потреби людини у рідині забезпечує вживання природних підземних питних слабо- та маломінералізованих мінеральних вод.

Мета: Метою роботи є оцінка можливостей використання наявної бази підземних мінеральних вод для забезпечення потреб населення Закарпаття у питній воді.

Матеріали та методи: Проведений аналіз поширення та особливостей складу підземних природних вод, в тому числі мінеральних і столових, в чотирьох районах Закарпаття, для яких постачання питною водою є значною проблемою.

Результати: Природні столові води застосовуються як столовий освіжаючий напій без обмеження використання і для приготування їжі.

Висновки: Підвищення водоохоронної діяльності в регіоні в цілому призведе до поетапного покращення та стабілізації якості води джерел водопостачання та питної води. Можливо широко використовувати гідромінеральну базу питних природних підземних вод, зокрема, джерельних вуглекислих прісних (120 джерел), що відповідають класу “природна столова”. В лікувальних, дитячих, шкільних закладах та на підприємствах мають використовуватися тільки джерельні підземні природні прісні води, які фасуються як “природна питна” вода.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сухан В.С.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, реабілітаційне лікування, мінеральна вода, небулайзерні інгаляції.

Вступ. Питне використання мінеральної води (МВ) у лікуванні захворювань системи травлення широко відоме. Інгаляційна терапія МВ з’явилася порівняно недавно і особливо ефективно почала застосовуватися у лікуванні хворих на бронхіальну астму (БА).

Метою досліджень було підвищити ефективність реабілітаційного лікування за рахунок використання МВ «Поляна Квасова» в питному та інгаляційному режимах.

Матеріали та методи. Дослідження та лікування 146 хворих на БА проводились за трьома лікувальними комплексами (ЛК). ЛК-1 (52 хворих), включав курсове призначення штучне аерозольсероєдиство кам’яної солі. ЛК-2 (50 пацієнтів) включав ЛК-1 доповнений питним прийомом МВ «Поляна Квасова». ЛК-3 (44-хворих) – був аналогічним ЛК-2 та доповнений небулайзерними інгаляціями МВ «Поляна Квасова».

Результати. Під впливом комплексного лікування ЛК-1, ЛК-2, ЛК-3 відмічені позитивні зрушення у хворих на БА. Попередній аналіз позитивного ефекту і послідовного регресу клінічних явищ стихання хронічного запального процесу по вищевказаним групам виявив покращення зі сторони бронхолегеневої системи у 57,9%, 74,2% і 89,0%.

Висновок. Таким чином, після проведеного комплексного лікування спостерігалось покращення клінічного стану та функції зовнішнього дихання у хворих на БА, але відсоток позитивного ефекту в залежності від ЛК різнився.

ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Марковцїй Л.Ю., Скрип В.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: діти, вперше діагностований туберкульоз, мінеральний обмін.

Вступ. Туберкульоз у дітей є мультифакторним захворюванням, що визначає особливості і важкість його перебігу. Зміни в організмі дитини при туберкульозі, мінеральний дисбаланс, побічні реакції на протитуберкульозну терапію обґрунтовують розробку нових методів патогенетичної корекції.

Мета. Підвищити ефективність лікування вперше діагностованого туберкульозу (ВДТБ) у дітей шляхом оптимізації методів лікування з урахуванням порушень мінерального обміну.

Матеріали та методи. Обстежено 72 дітей із ВДТБ, що знаходилися на лікуванні у обласному клінічному територіальному медичному об'єднанні "Фтизіатрія". Обстежених дітей розподілено на 2 групи: основну (n=38), яка під час інтенсивної фази протитуберкульозного лікування додатково отримувала біомінералокорекцію, та контрольну (n=34).

Результати. Встановлено мінеральний дисбаланс, який проявлявся у зниженні в сироватці крові рівня йоду, заліза, міді, підвищення рівня фосфору на фоні зниження кальцію; змінами екскреції мікроелементів із сечею. Виявлявся також дисбіоз кишківника 1 (у 41,65±5,81 %) та 2 (у 34,72±5,61 %) ступенів. Встановлено, що поєднане застосування мінерало-вітамінного комплексу та пробіотика сприяє покращенню загального стану, прискорює зникнення інтоксикаційного та респіраторного синдромів, терміни нормалізації лабораторних показників – в 1,8 разів, регресію туберкульозних змін в легенях в інтенсивній фазі на 14,4 %.

Висновки. Застосування оптимізованої схеми лікування дітей із ВДТБ зменшує у 2,1 рази побічну дію протитуберкульозного лікування та підвищує його ефективність на 10,42±2,82 %.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ФОРМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ НА ЗАКАРПАТТІ

Гема Н.М., Тімоніна С.С., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: ротавірусна інфекція (РВІ), діти, клінічний перебіг.

Вступ. За останні роки встановлено, що чільне місце серед етіологічних чинників гострих кишкових інфекцій займають віруси, серед яких головна роль належить ротавірусу.

Мета. Метою даної роботи є – вивчення особливостей клінічного перебігу комбінованої та гастроінтестинальної форм РВІ у дітей на Закарпатті.

Матеріали та методи. Вивчали клінічний перебіг РВІ у 50 дітей віком від 3 міс до 6 років, у яких було виявлено ротавірус (за допомогою швидкого тесту дослідження калу на віруси). За клінічними формами вони були поділені на дві групи: I група – 24 хворих, яким поставлено діагноз РВІ комбінована форма; II група – 26 хворих дітей з діагнозом РВІ гастроінтестинальна форма.

Результати. У всіх хворих відмічався гострий початок хвороби – майже у 90,3%, нудота – 83,3% і 96,2% в I і II групах відповідно, блювання – 83,3% і 96,2% відповідно, водянисті випорожнення були у всіх хворих I та II груп. Характерними симптомами для комбінованої форми РВІ були закладеність носа, яка спостерігалася у 75%, слизисті виділення з носу – у 70,8%, кашель – у 50%. Середня кількість ліжко-днів у I групі склала 4,4, у II групі – 5,7.

Висновки. Таким чином можна зробити висновок, що комбінована форма РВІ, порівняно з гастроінтестинальною формою, частіше мала важчий перебіг, супроводжуючись тривалішим гарячковим періодом, розладами ШКТ та частішим ураженням верхніх дихальних шляхів.

СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ НА ЗАКАРПАТТІ

Гема Н.М., Поляк М.А., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: ротавірусна інфекція, діти, мінеральний профіль.

Вступ. Доля ротавірусних уражень шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в загальній структурі захворюваності гострих кишкових інфекцій (ГКІ) в різних країнах, за даними різних авторів, складає 35 – 75 % та має постійну тенденцію до зростання.

Мета. Метою даної роботи є – вивчити стан мінерального профілю при ротавірусній інфекції (РВІ) у дітей в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 114 дітей віком від 1 до 3 років з РВІ. Методи дослідження: атомно-абсорбційний, статистичний, імунохроматографічний.

Результати. При дослідженні мінерального обміну сироватки крові у дітей були отримані наступні результати. З високим ступенем достовірності були вищими цифрові значення вмісту фосфору ($744,15 \pm 62,03$ ммоль/л порівняно із контрольною групою $482,70 \pm 37,10$ ммоль/л, $p < 0,01$) та йоду ($99,02 \pm 13,062$ нг/л до контрольної групи $86,12 \pm 4,98$ нг/л, $p < 0,01$). Достовірно нижчими були рівні міді ($0,55 \pm 0,04$ мг/л до даних контрольної групи $0,98 \pm 0,01$ мг/л, $p < 0,01$) та цинку ($0,45 \pm 0,03$ мг/л до контрольної групи $0,83 \pm 0,02$ мг/л, $p < 0,01$).

Висновки. Патогенетичними механізмами розвитку діареї при РВІ є порушення всмоктування води, електролітів та мікроелементів, збільшення їх зворотного транспорту в просвіт кишечника та їх неконтрольована втрата під час діареї, у зв'язку з чим відбувається зниження їх рівнів у сироватці дітей. Знижений рівень міді та цинку призводить до погіршення тканинного дихання, метаболізму, процесів термінального окислення та репаративних можливостей відновлення слизової кишечника.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ В ПЕРІОД СПАЛАХУ В ЗАКАРПАТТІ В 2012 РОЦІ

Бучок О.В., Товт-Коршинська М.І., Турянця С.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: кір, вакцинація, ускладнення.

Вступ. Кір залишається однією із актуальних проблем охорони здоров'я в усьому світі. В результаті планової вакцинації дитячого населення виник певний імунний прошарок, що сприяло значному зниженню захворюваності кором серед дітей, але це не забезпечило припинення циркуляції вірусу в популяції.

Мета. Встановити клініко-епідеміологічні особливості перебігу кору серед дорослого населення в Закарпатті в період спалаху в 2012 р.

Матеріали та методи. Для досягнення встановленої мети нами було проаналізовано історії хвороб 63 хворих, госпіталізованих у ОКІЛ м. Ужгород за 2012 р., а також дані обласної СЕС. Використовувались загальноприйняті методи клінічного та статистичного дослідження.

Результати. У 2012 році в Закарпатті зареєстровано 1835 хворих кором (511,6 на 100 тис. нас.). Пік захворюваності на кір серед дорослих визначався у березні-квітні 2012 року. При порівнянні груп пацієнтів було виявлено різницю у перебігу кору серед осіб з невідомим анамнезом вакцинації та вакцинованих (в останніх захворювання мало легший перебіг, рідше супроводжувалось виникненням ускладнень). Також з'ясувалося, що у пацієнтів, молодших 30 років, кір перебігав важче та частіше ускладнювався бронхітом, пневмонією і стоматитом, ніж у осіб, старших 30 років.

Висновки. Таким чином, серед дорослих пацієнтів, молодших 30 років, відмічено важчий перебіг кору та вищу частоту бронхіту, пневмонії і стоматиту, порівняно з особами, старшими 30 років. У вакцинованих осіб перебіг був легшим.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Бокшан І. Ю., Петров В. О., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: іксодові кліщові бореліози, еритемні форми Лайм-бореліозу, дисеміновані форми, IFN- γ та IL-4.

Вступ. Іксодові кліщові бореліози є актуальною проблемою, що обумовлено їх повсюдною поширеністю, високим рівнем захворюваності, поліморфізмом клінічних проявів, важкістю клінічного перебігу. Для Закарпаття дане захворювання є ендемічним і викликає певні діагностичні труднощі при розвитку безеритемних та дисемінованих форм. Зміни імунної відповіді при розвитку Лайм-бореліозу (ЛБ) залишаються маловивченими.

Мета. Метою даної роботи було вивчити клініко-епідеміологічні та лабораторні особливості перебігу Лайм-бореліозу в Закарпатській області

Матеріали і методи. Проаналізовано 39 історій хвороб пацієнтів на ЛБ з ОКІЛ за останні 10 років та 86 карток амбулаторних хворих з кабінету інфекційних захворювань Ужгородської міської поліклініки. В роботі використані клінічні, епідеміологічні та імунологічні методи дослідження.

Результати. Встановлено, що працівники, які зайняті в лісовому господарстві та жителі передгірських районів Закарпаття мали найвищий ризик захворіти на ЛБ. Міське населення було менш інфіковане. У пацієнтів із ознаками дисемінації рівень INF-γ був вищим, ніж у пацієнтів з еритемними формами, в той час як IL-4 достовірно підвищувався тільки у пацієнтів з ознаками хронізації

Висновки. Виявлена залежність між місцем проживання, характером зайнятості та ризиком інфікуватися бореліями на Закарпатті. Визначено основні клінічні та лабораторні прояви при маніфестних еритемних та безеритемних формах ЛБ.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ З ВИКОРИСТАННЯМ ШВИДКИХ ТЕСТІВ

Миرونюк І.С.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії м. Ужгород

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, діагностика, трудові мігранти, Закарпаття.

Вступ. Трудові мігранти офіційно визначені в Закарпатській області як група підвищеного ризику інфікування ВІЛ, яка суттєво впливає на розвиток епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні.

Мета: оцінити ефективність функціонування моделі надання послуг консультування та тестування на ВІЛ (КіТ на ВІЛ) з використанням швидких тестів (ШТ) трудовим мігрантам в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Протягом 2013 року в області проводився пілотний проект надання послуг КіТ на ВІЛ з використанням ШТ трудовим мігрантам через лікарів кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів у 7 районах регіону. Оцінка результатів роботи проекту проводилася за показниками охоплення представників цільової групи і ефективності тестування з метою виявлення нових випадків інфікування на основі аналізу звітної документації виконавців проекту.

Результати. Протягом 2013 року через пілотні кабінети послугами КіТ на ВІЛ було охоплено 1335 осіб цільової групи проекту, що склало 1,4% від оціночної чисельності даної групи населення в пілотних районах області. Виявлено 26 нових випадків ВІЛ-інфекції, що склало 1,9% від обстежених. Ефективність тестування за даною моделлю є значно вище, ніж класичний скринінг на ВІЛ серед дорослого населення – виявлено у 2013 році 111 випадків ВІЛ, що склало 0,1% від обстежених протягом року (83081 осіб).

Висновок. Впроваджена модель надання послуг КіТ на ВІЛ з використанням ШТ трудовим мігрантам через лікарів кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів є ефективним інструментом раннього виявлення випадків інфікування ВІЛ в даній групі населення.

СЕКЦІЯ ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ H. PYLORI ЗА ДАНИМИ СВІТОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Колесник П.О., Бондарь Я.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: Helicobacter pylori, світові дослідження, результати ерадикації.

Вступ: H.pylori – найбільш поширена бактеріальна інфекція у людини. За даними Маастрихських консенсусів, ерадикаційну терапію необхідно проводити з метою лікування захворювань гастроуденальної зони. Але успішно проведена ерадикація не захищає організм від реінфекції, рецидивів чи ексгелікобактерних захворювань у віддалений період після лікування.

Мета: Оцінити позитивні та негативні сторони ерадикаційної терапії у віддалений період.

Матеріали та методи: Проведення мета-аналізу останніх популяційних досліджень за даною тематикою.

Результати: За даними рандомізованих досліджень з терміном дослідження 6 років, доведено, що ерадикація сприяє виликуванню хронічного неатрофічного гастриту, виразки шлунку та 12-палої кишки, зменшує прогресування передракової патології шлунку і кишкової метаплазії. Китайські дослідники опублікували результати досліджень, в яких брало участь 6695 осіб, термін спостереження становив 4-10 років, в результаті чого було встановлено, що ерадикація, можливо, зменшує ризик розвитку раку шлунка, але якщо ерадикацію було проведено на ранніх стадіях гастриту. За результатами 19 крупних популяційних досліджень виявлено, що ерадикація Hр призводить до підвищення рівня феритину, відновлення запасів заліза та нормалізації рівня Hб.

Однак успішне проведення ерадикаційної терапії може призводити до негативних віддалених наслідків: так, за даними популяційних досліджень, опублікованих M.Blaser, Y.Chen і співавторами було виявлено, що зникнення H.pylori може сприяти розвитку бронхіальної астми, атопічного дерматиту, алергічного риніту. Опубліковані також є дані, що ерадикація Hр пов'язана із підвищенням ризику розвитку ГЕРХ.

Висновки: Хоча роль ерадикаційної терапії є доведеною і безперечною при ряді гастроентерологічних захворювань та залізодефіцитній анемії, асоційованих з Hр, однак слід враховувати не лише негативні ефекти самої терапії, а й віддалені її наслідки.

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯНСУЛЬТНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

Боровик О.І., Пулик О.Р.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: ЕЕГ, післяінсультні когнітивні порушення, корекція когнітивної неспроможності.

Вступ: Відомо, що біоелектрична активність головного мозку змінюється при когнітивних порушеннях.

Мета: Провести аналіз змін біоелектричної активності головного мозку у пацієнтів, яким проводилась корекція когнітивної неспроможності препаратом Прамірацетам.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології. В дослідженні прийняли участь 40 пацієнтів, яким був проведений тривалий відео- ЕЕГ моніторинг.

Результати: Порівняння показників відносної потужності спектру альфа- і бета- ритмів до та після лікування показало, що в основній групі після лікування вірогідно збільшилась частка альфа- ритму в центральних, потиличних і скроневих відведеннях та зросла частка бета ритму в лобних, центральних та скроневих відведеннях, в порівнянні до контрольної групи. При порівнянні показників відносної потужності спектру тета- і дельта- ритмів до та після лікування виявлено, що в основній групі після лікування вірогідно зменшилась частка тета- і дельта- ритмів в усіх відведеннях, в порівнянні до контрольної групи. При порівнянні коефіцієнту спектральної потужності α/θ та α/Δ ритмів отримано вірогідно достовірне зростання їх як в лівій, так і в правій півкулях.

Висновки: У пацієнтів з післяінсультною когнітивною неспроможністю, які проходили курс лікування препаратом Прамірацетам, вірогідно покращились показники біоелектричної активності головного мозку, а саме підвищилась швидкохвильова активність і знизилась повільнохвильова активність. Результати проведеного дослідження співпадають з результатами нейропсихологічного обстеження і дозволяють рекомендувати використання методу електроенцефалографії при динамічному спостереженні за когнітивними порушеннями.

КОРЕКЦІЯ ПІСЛЯНСУЛЬТНОЇ КОГНІТИВНОЇ НЕСПРОМОЖНОСТІ ПРЕПАРАТОМ ПРАМІСТАР

Рішко Г.В., Пулик О.Р.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: післяінсультні когнітивні порушення, відновна терапія, прамістар.

Вступ Когнітивні функції відіграють важливу роль у формуванні світогляду людини, його професійної діяльності, соціальної адаптації. Їх порушення знижує якість життя та негативно впливає на тривалість життя людей.

Мета дослідження: провести спостереження за ефективністю препарату Прамістар для корекції післяінсультних когнітивних порушень на етапі відновної терапії.

Матеріали і методи. Пілотне дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні. Об'єктом дослідження були 46 пацієнтів обох статей віком від 40 до 60 років з верифікованим клінічно та нейровізуалізаційно мозковим інсультом, яких шляхом випадкової вибірки розподілили на дві групи. До основної групи увійшло 26 пацієнтів, які після перенесеного інсульту протягом 3 місяців приймали Прамістар. Контрольна група складалася з 20 пацієнтів, які під час реабілітації інсульту не приймали жодних ноотропних препаратів. Оцінку ефективності препарату проводили з використанням нейропсихологічних тестів (коротка шкала психічного статусу — MMSE, батарея тестів для виявлення лобної дисфункції — FAB, тест запам'ятовування 10 слів О. Р. Лурії і тест малювання годинника). Емоційний стан досліджували за допомогою геронтологічної шкали депресії — GDS.

Результати. Порівняння результатів нейропсихологічного обстеження показало краще відновлення когнітивних функцій у пацієнтів основної групи (загальний бал за шкалою MMSE $20,31 \pm 0,65$ балів у основній групі проти $26,54 \pm 0,42$ балів у контрольній групі; за шкалою FAB $15,2 \pm 0,1$ балів у основній групі проти $14,6 \pm 0,05$ балів у контрольній групі ($p < 0,01$). У пацієнтів основної групи виявлено вірогідне покращення довільної уваги та короткотривалої пам'яті, а також краще відновлення таких когнітивних функцій, як орієнтація в часі та перцепційно-гностичні функції, концептуалізація та швидкість мови. Виявлено достовірне покращення емоційного стану та зниження тривоги.

Висновки. Пацієнтам з післяінсультними когнітивними порушеннями та тривожним розладом призначення прамірацетаму на етапі ранньої реабілітації є доцільним та безпечним.

КАТАМНЕСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН КОГНІТИВНОГО СТАТУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯІНСУЛЬТНИМИ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Грабар В. В., Пулик О.Р.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: когнітивні функції, катамнез, шкала Ранкін

Вступ. В літературі існують переконливі дані, що свідчать про погіршення когнітивних функцій у хворих після перенесеного мозкового інсульту. Однак,

існуючі дослідження, в яких вивчалась динаміка когнітивного статусу хворих з післяінсультною когнітивною недостатністю, є короткотривалими.

Мета. Провести довготривале спостереження (згідно катамнезу) за динамікою когнітивного статусу та функціонального стану хворих з післяінсультними когнітивними порушеннями.

Матеріали та методи. Протягом останніх восьми років дослідження когнітивного статусу проведено у 600 пацієнтів. У 338 пацієнтів проведено порівняння когнітивного статусу з інформацією минулих років. Застосовувався анкетно-опитувальний метод з використанням модифікованої шкали Ренкіна та тесту малювання годинника.

Результати. Згідно отриманих даних, зниження активності у хворих, що перенесли мозковий інсульт, відмічалось, як у сфері здійснення побутових функцій та непрофесійних інтересів, так і професійної діяльності, що свідчить про ураження, в першу чергу, когнітивних виконавчих функцій. Дисперсійний аналіз результатів модифікованої шкали Ренкіна виявив, що кожен рік після виписки підвищує ймовірність у пацієнта погіршити функціональний стан на один бал в середньому у 1.27 раз. Аналіз результатів тесту малювання годинника показав, що когнітивний статус хворих з післяінсультними когнітивними порушеннями прогресивно погіршується, в середньому на 0,3 бала за рік.

Висновки. Когнітивний статус, функціональна активність та побутова залежність хворих з післяінсультною когнітивною недостатністю з роками прогресивно погіршується, знижується індивідуальна соціальна активність: найбільше страждають сфери пов'язані з плануванням та здійсненням програмних дій.

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯІНСУЛЬТНИМИ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Гирявець М.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: післяінсультні когнітивні порушення, профілактика, комплексна програма

Вступ Протягом останньої декади ХХ та першої декади ХХІ століть, в м. Ужгороді, не зважаючи на низку заходів по первинній та вторинній профілактиці інсульту, захворюваність з року в рік зростає. Дослідження ЯЖ, у пацієнтів, що перенесли МІ, фіксує його зниження не лише, як загально прийнято, через фізичний недолік, але і через психічні порушення.

Мета дослідження Покращити профілактику когнітивних порушень, у хворих після перенесеного інсульту

Результати досліджень З метою профілактики СКП у пацієнтів, що перенесли МІ, після їх виписки з неврологічного стаціонару, запропоновано комплексну програму заходів. Вона складається з кількох частин. Перша частина програми обіймає заходи по виявленню ПІКП. Друга частина програми містить організаційні заходи по спостереженню за пацієнтами з ПІКП після їх виписки. В ній

представлені критерії формування диспансерних груп, терміни проведення планових спостережень та нейропсихологічних досліджень. Третя частина програми представляє медикаментозні та немедикаментозні заходи, які можна використати при диференційованій терапії ПМКП в залежності від їх виразності та наявних прогностичних чинників.

Висновки.

1. Післяінсультні когнітивні порушення мають змінний характер і вчасно розпочата терапія, направлена на покращення метаболізму головного мозку може сприяти відновленню втрачених функцій.

2. Програму заходів по профілактиці судинної деменції у пацієнтів з післяінсультними когнітивними порушеннями слід розпочинати якомога швидше, не очікуючи відновлення неврологічних функцій, а при наявності у них чинників швидкої трансформації ПМКП в деменцію, слід використовувати агресивну тактику, яка повинна включати динамічну оцінку ступеню виразності когнітивного дефіциту.

3. Ефективність та тривалість активної профілактики післяінсультних когнітивних порушень у кожного пацієнта слід визначати індивідуально, пам'ятаючи, що відновлення когнітивних функцій бодай в одній з домен когнітивного статусу свідчить як про ефективність розпочатої терапії так і про тривалість періоду відновлення когнітивних функцій.

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ НА УКРАЇНІ

Ілько А.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: хронічний гепатит, етіологія, неалкогольний стеатогепатит, гепатит С, гепатит В.

В наш час в Україні, як і в світі загалом, спостерігається суттєве зростання кількості хворих з хронічною патологією печінки, що зумовлює збільшення кількості випадків, як тимчасової, так і постійної втрати працездатності, внаслідок прогресуючого перебігу хронічного гепатиту з розвитком у подальшому у цироз печінки. За різними джерелами за останні 15 років показник захворюваності на хронічний гепатит збільшився на 15-18%, а рівень поширеності зріс на 40-45%. Частота алкогольної хвороби печінки в структурі уражень цього органа становить 30-40%, займаючи друге місце після вірусних гепатитів, а неалкогольний стеатогепатит за даними різних авторів зустрічається в середньому у 20% дорослого населення. Медикаментозні ураження печінки наявні у 7-10% гастроентерологічних хворих.

За даними ВООЗ, вірусом гепатиту В інфіковано від 2 до 7 % наших громадян. Спостерігається збільшення інфікування вірусом гепатиту С, яке у 80 - 90 % випадків трансформується у хронічний гепатит, із них у 20 - 30 % пацієнтів розвивається цироз печінки і у 5 - 10 % - гепатоцелюлярна карцинома. За різними

даними, близько 1 мільйона (3 %) наших співвітчизників хворі на HCV-інфекцію. Цю цифру на початку 2010 р. опубліковано у звіті «Гепатит С в Україні: невизнана епідемія. Правовий, медичний та соціальний аналіз».

Висновок: в порівнянні з загальносвітовими даними в Україні віруси гепатитів В і С також займають перше місце серед причин розвитку хронічного гепатиту, але незрівнянно великою цифрою на другому місці в державі виступає алкоголь (30-40%). Проблемою є те, що часто при очевидній причині його як етіологічного чинника, виставляється діагноз «хронічного криптогенного гепатиту», так як вкрай рідко наркологами виставляється основний діагноз «алкоголізм».

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Варваринець А.В., Михалко Я.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: ревматоїдний артрит, лікування

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) є аутоімунним захворюванням з невідомою етіологією, для якого характерний ерозивний артрит та широкий спектр позасуглобових проявів. Захворюваність на РА у світі становить близько 1%, а економічні втрати від РА для суспільства можна співставити з ішемічною хворобою серця. Тому лікування РА залишається однією з найскладніших проблем клінічної ревматології, метою якого є зменшення болю, скутості, досягнення контролю над запаленням, попередження руйнуванню суглобів, покращення якості життя хворих.

Мета. Провести аналіз сучасних літературних даних щодо лікування ревматоїдного артриту.

Матеріали та методи. Пошук проводився в наступних базах даних: MEDLINE, Medscape, PubMed за період 2009-2013 рр. з використанням таких ключових слів, як «Ревматоїдний артрит», «лікування РА».

Результати. Основу лікування РА становить медикаментозна терапія, що базується на використанні біологічних препаратів, які модифікують перебіг захворювання та біологічних агентів. Як патогенетичну та симптоматичну терапію призначають глюкокортикостероїди та нестероїдні протизапальні препарати. За даними плацебо-контрольованих досліджень, біологічні препарати за своєю ефективністю перевершують золотий стандарт базисної фармакотерапії РА – метотрексат. Останні мета аналізи (J.A. Singh et al., 2009) свідчать, що кількість пацієнтів з доведеним збільшенням ефективності терапії при лікуванні генно-інженерними біологічними препаратами була значно вищою в порівнянні з контрольними групами хворих.

Висновки. Проводячи огляд сучасних методів лікування РА, можна з впевненістю констатувати, що зазначена патологія залишається однією з найскладніших проблем ревматології. Використання біологічних препаратів є найбільш перспективним напрямом лікування цієї хвороби.

ВПЛИВ ПРИЙОМУ ТІКАГРЕЛОРУ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ.

Михалко Я.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: тікагрелор, швидкість клубочкової фільтрації, хронічна хвороба нирок.

Вступ. Тікагрелор – антитромбоцитарний препарат, який використовується для профілактики кардіоваскулярних подій. На сьогоднішній день існує мало відомостей про вплив даного препарату на функцію нирок у пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН) I-III стадій.

Метою дослідження було встановити вплив тривалого застосування тікагрелору на показники швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

Матеріали і методи. В дослідження було включено 21 пацієнта з ХХН I-III стадій (група I), які приймали тікагрелор у дозі 180 мг/добу з метою профілактики кардіоваскулярних подій. Групу II (контрольну) склали 25 осіб, які отримували аспірин в дозі 75 мг/добу. Пацієнтам проводилося визначення ШКФ за формулою СКД-ЕРІ до початку лікування, а також через 12 та 24 міс. від моменту включення в дослідження.

Результати. На початку дослідження достовірної різниці показників ШКФ між групами виявлено не було ($79,19 \pm 3$, у групі I та $72,84 \pm 3,06$ $31 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$ у групі II відповідно, $p=0,10$). В кінці першого року спостереження показники ШКФ у групі I були вищі на $4,81 \pm 3,13 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$ порівняно з аналогічними показниками до лікування, а у групі II – на $1,87 \pm 2,05 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$, проте зростання значень в обох групах було статистично недостовірне ($p=0,19$ у групі I та $p=0,689$ у групі II відповідно). Через 24 міс. лікування достовірної різниці у ШКФ між групами I та II виявлено не було ($80,24 \pm 3,31 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$ та $76,29 \pm 4,26 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$ відповідно, $p=0,52$).

Висновки. Прийом тікагрелору у хворих з ХХН I-III стадій не супроводжується достовірним зниженням функції нирок.

ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ H.PYLORI У ХВОРИХ З GERX

Петрик К.Ю.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Вступ. У клінічній практиці лікар часто зустрічається з проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. У 20 -60% випадків причиною болю в ділянці грудей є гастроєзофагеальний рефлюкс.

Термін “GERX” відомий з 1996 року і являє собою клінічні прояви та морфологічні зміни стінки стравоходу внаслідок закиду шлункового та (або) дуоденального вмісту в стравохід. На сьогоднішній день GERX відноситься до найпоширеніших захворювань травного тракту. З віком поширеність її поступово зростає.

ГЕРХ діагностують у 21% хворих з хронічним кашлем, у 78% хворих з хронічною захриплистю голосу.

ГЕРХ часто діагностують у хворих на неврастенію, з астенодепресивним, фобічним синдромом; при захворюваннях травного тракту-виразковій хворобі, хронічних холециститі, панкреатиті, ентероколіті

Мета: визначити вплив Н.рylogі на виникнення ГЕРХ.

Матеріали і методи: на думку Івашкіна В.Т. (1997) ГЕРХ не пов'язана з Н.рylogі. На думку О.В.Галімова (1997) Н.рylogі відводиться важлива роль у виникненні ГЕРХ-наявність Н.рylogі у слизовій оболонці кардіального відділу шлунку та стравоходу погіршує перебіг рефлюкс-езофагіту. Лікування ГЕРХ досить складне і включає використання наступних препаратів-антацидних, блокаторів протонної помпи, H2- блокаторів, прокінетиків.

Висновки: на сьогоднішній день поширеність ГЕРХ та вплив на її виникнення Н.рylogі остаточно не з'ясовані, що пов'язано з її поступовим розвитком та несвоєчасним зверненням хворих по медичну допомогу.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Карпенко П.А., Дебрецені К.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: анкета SF-36, оцінка якості життя, бронхіальна астма.

Вступ: SF-36 Health Status Survey відноситься до неспецифічних анкет для оцінки якості життя. Вона широко розповсюджена в США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя. Анкета є нормованою для загальної популяції США та репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії.

Мета: визначити доцільність використання анкети SF-36 для оцінки якості життя пацієнтів з бронхіальною астмою.

Матеріали та методи: анкета SF-36 включає 36 пунктів, які згруповані в вісім шкал: фізичне функціонування, ролева діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я.

Результати: результати представляються у вигляді оцінок у балах по 8 шкалами, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя. Кількісно оцінюються такі показники:

1. Фізичне функціонування, відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом - вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків).

3. Інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом.

4. Загальний стан здоров'я - оцінка хворим свого стану здоров'я зараз і перспектив лікування.

5. Життєва активність має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим.

6. Соціальне функціонування, являється мірою, якої фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність(спілкування).

7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. Психічне здоров'я, характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Висновки: отже, провівши дослідження анкети SF-36, як засобу для оцінки якості життя пацієнта з бронхіальною астмою, ми дійшли до висновку, що вона в повній мірі може оцінити як фізичний, так і душевний стан пацієнта і може використовуватись в подальшому дослідженні.

ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНИТОРИНГУ АТ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Маршалик К. Е., Гечко М. М., Чопей І. В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: Добовий моніторинг АТ, артеріальна гіпертензія, ІМТ, нічний профіль АТ.

Вступ: АГ залишається однією з найбільш актуальних, складних та комплексних медико-соціальних проблем сучасної кардіології. Вона займає провідне місце у структурі непрацездатності, інвалідизації та смертності населення. Серед 13 млн. людей з підвищеним АТ в Україні знають про наявність у себе АГ 62,0 %, лікуються лише 23,2 %, причому ефективно – тільки 12,8 %.

Мета:

- отримати інформацію про рівень і коливання АТ впродовж доби, під час неспання і сну;
- виявляти пацієнтів із зниженою або підвищеною варіабельністю АТ і вирішувати питання про підбір і призначення гіпотензивного препарату, з урахуванням його впливу на показники АТ не тільки у денний, але і в нічний час.

Матеріали та методи: 20 пацієнтів, яким було проведено: загальноклінічне обстеження, добовий моніторинг АТ, шкала Epworth, тест САН, BDI, їх аналіз і статистична обробка.

Результати: завдяки проведенню нами ДМАТ було виявлено, що середні значення АТ протягом доби були постійно підвищеними у 54,5 %; показники навантаження тиском перевищували норму у 81,8 %; варіабельність АТ (недостатнє або надмірне його зниженням в нічні години) у 72,7 % пацієнтів була високою; підвищені середні значення АТ саме нічного профілю було виявлено у 81,8 %. Звертає на себе увагу і той факт, що надмірна маса тіла (ІМТ більше 25) була виявлена у 75 % досліджуваних, серед яких 55,6 % мали підвищення показників нічного АТ.

Висновки: Проведення ДМАТ з оцінкою добового профілю АТ повинне широко використовуватись у практиці для діагностики станів з підвищеним та зниженим АТ; виконання одного з найскладніших завдань для практичного лікаря – забезпечити індивідуальний підбір засобів антигіпертензивної терапії протягом усього періоду лікування. Достовірна кореляція між частотою виникнення серцево-судинних ускладнень та деякими компонентами добового профілю АТ свідчить, що оптимальна антигіпертензивна терапія повинна: ефективно контролювати АТ протягом 24 год. (особливо вночі) та загальне зниження навантаження тиском; рівномірно знижувати АТ, без збільшення його варіабельності чи надмірної гіпотенії; запобігати ранковій хвилі підвищення АТ або зменшувати її.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВИХ ЗАНЯТЬ У НАУКОВО-ТРЕНІНГОВОМУ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ЦЕНТРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ДОЛІКАРСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

Кедик А.В., Колесник П.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: тренінговий центр, семінар-тренінг, лекція, сімейна медицина.

Вступ. У зв'язку з обраним в Україні напрямком розвитку первинної медичної допомоги на засадах ЗПСМ, назріла необхідність впровадження інноваційних методів підготовки, зокрема тренінгів. Проведення семінарів-тренінгів для лікарів ЗПСМ суттєво відрізняється від прийнятого у класичних вітчизняних вишах формату лекційних, семінарських та практичних занять і можуть збільшити ефективність подання і засвоєння практичних знань лікарями ЗПСМ.

Мета. Оцінка ефективності засвоєння практичного матеріалу лікарями при проведенні семінарів-тренінгів у науково-тренінговому консультативно-діагностичному центрі сімейної медицини та долікарської допомоги (НТКДЦ СМДД).

Матеріали і методи. Досліджувану групу склали 32 учасники (20 інтернів та 12 лікарів-курсантів ЗПСМ). Проводилося анкетування з метою контролю засвоєння знань після семінару-тренінгу з основ серцево-легеневої реанімації до початку заняття та через місяць після його закінчення. Результати порівнювалися з засвоєнням знань після проведення лекції.

Результати. При аналізі результатів анкетування учасників лекції та тренінгу через місяць після їх проведення виявилось, що тренінговий метод навчання дав кращі результати: кількість осіб, що дали правильні відповіді на всі питання збільшилася удвічі ($p=0,02$), тоді як зростання цього показника серед учасників лекції було статистично незначимим ($p=0,34$).

Висновки. При порівнянні ефективності засвоєння матеріалу помітна явна перевага серед учасників тренінгу порівняно з слухачами лекції.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кедик А.В., Колесник П.О., Плоскіна В.Ю.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: метаболічний синдром, ліпідний спектр, серцево-судинні захворювання.

Вступ. Метаболічний синдром (МС) відіграє значну роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинних захворювань (ССЗ), смертність від яких займає лідируючі позиції серед причин смерті у осіб працездатного віку. У хворих з МС ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) у 2,9-4,2 рази вище, смертність від ІХС у 2,6-3 рази вище, ризик розвитку ішемічного інсульту у 2 рази вище порівняно з пацієнтами без метаболічних порушень. Основною "мішенню" у комплексі заходів, спрямованих на максимальне зниження ризику розвитку ССЗ та їх ускладнень, є корекція дисліпідемії.

Мета. Провести аналіз літературних даних згідно обраної теми та виявити основні тенденції щодо зміни ліпідних показників у пацієнтів з МС.

Матеріали і методи. Опрацьовано 28 наукових праць, даних мета-аналізів та клінічних досліджень (ARIC, IRAS, MCDC, SAHS та KINHDFS) щодо ліпідного спектру пацієнтів з МС.

Результати. Найбільш характерними змінами ліпідного спектру у хворих з МС були низький рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ; у 70,8% чоловіків та 90,6% жінок) та гіпертригліцеридемія (у 91,7% чоловіків та 83% жінок). При зменшенні маси тіла на 1 кг рівень загального холестерину зменшується на 0,05 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів низької щільності – на 0,02 ммоль/л, тригліцериди – на 0,015 ммоль/л, а рівень ХС ЛПВЩ підвищується на 0,01 ммоль/л.

Висновки. Дослідження ліпідного спектру дозволяє виявити дисліпідемію та визначити атерогенний потенціал при МС. Модифікація способу життя сприяє зміні ліпідного спектру за рахунок зменшення атерогенних фракцій та зростання рівня ХС ЛПВЩ.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕРМОМЕТРІЇ ШЛУНКУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Братасюк А.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: похилий та старечий вік, мікроциркуляція, шлунок, термометрія, фіброгастроскопія.

Вступ. Патогенез ураження слизової оболонки шлунку у людей похилого та старечого віку носить багатогранний характер. В його основі лежить невідповідність між чинниками захисту (секреція слизу, простагландинів,

бікарбонатів, мікроциркуляція, регенерація та ін.) і чинниками агресії (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, панкреатичні ферменти, бактерії). Крім того, приєднуються такі важливі фактори, як порушення нейрогуморальної діяльності слизової оболонки шлунку, її трофіки та васкуляризації.

Мета: вивчити можливість зв'язку стану мікроциркуляції за даними трансендоскопічної термометрії слизової оболонки шлунку у осіб похилого та старечого віку з атеросклерозом судин екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій.

Матеріали та методи. У 156 хворих похилого та старечого віку проводилось дослідження теплоутворюючої функції шлунку методом топографічної термометрії під час ендоскопічного обстеження, шляхом введення термозонда через інструментальний канал ендоскопа.

Результати. Трансендоскопічна температура слизової оболонки шлунку коливалася від $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ в пілоричному відділі до $37,12 \pm 0,04^\circ\text{C}$ в кардії шлунку, мала проксимодистальний градієнт в контрольній групі. Ці показники достовірно зменшувалися у хворих похилого та старечого віку відповідно з $37,24 \pm 0,12^\circ\text{C}$ до $36,98 \pm 0,09^\circ\text{C}$ та з $37,04 \pm 0,05^\circ\text{C}$ до $36,71 \pm 0,09^\circ\text{C}$ в тих самих відділах шлунка ($p < 0,05$).

Висновки. У старших вікових групах відбувається значне зниження показників теплоутворюючої функції шлунка. Таким чином, можна зробити висновок про зниження кровотоку в мікроциркуляторному руслі, що в свою чергу призводить до проявів ішемії.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

Лазур Г.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит, антигенні маркери, генетичні маркери.

Відповідно до сучасних діагностичних стандартів діагноз хронічного гепатиту верифікують на підставі клінічних, біохімічних, вірусологічних та гістологічних критеріїв.

Вірусологічні критерії охоплюють виявлення маркерів HBV та HCV. Розрізняють три групи маркерів вірусів гепатиту: антигенні, серологічні, генетичні (вірусна ДНК або РНК). Антигенні та серологічні маркери виявляють переважно методом імуноферментного аналізу. Генетичні маркери вірусів визначають за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Усі маркери HBV та HCV шукають у сироватці крові.

Для HBV характерні три антигени: HBsAg, HBeAg та HBcAg, але у сироватці крові можна визначити лише перші два. Анти-HCV – антитіла до серцевинного (core) й поверхневих структурних і неструктурних білків HCV.

Анти-HBc-IgM та анти-HCV-IgM – це антитіла проти HBcAg та серцевинного (core) протеїну HCV, що представлені імуноглобулінами класу M, їх присутність у

крові хворих на ХГ є опосередкованою ознакою реактивації інфекції.

HBV-DNA та HCV-RNA - це вірусні геноми: ДНК вірусу гепатиту В та РНК вірусу гепатиту С. Їхня присутність в крові вказує на активну вірусну інфекцію в організмі.

Висновки: антигенні та генетичні маркери вірусів гепатитів є найбільш інформативними, а серологічні маркери є орієнтовними в плані діагностики, так як можуть свідчити не тільки про наявність хронічної інфекції, а й про перенесену гостру та про проведені щеплення. В той же час висока (до 80%) ймовірність хронізації вірусного гепатиту С змушує вважати серопозитивних осіб потенційно хворими.

РОЛЬ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ

Колесник П.О.¹, Колесник А.П., Цяпець С.В.²

¹НТКДЦ СМДД, кафедра терапії та сімейної медицини ІПОДП УжНУ

²Кафедра нормальної і пат. фізіології медичного факультету УжНУ

Ключові слова: мінеральна щільність кістки, денситометрія.

Актуальність теми. Проблема остеопорозу та остеопенії набуває дедалі більшого значення, а її початок лежить ще в дитячому та підлітковому віці. Дані наукової літератури щодо впливу факторів на мінеральну щільність кісткової тканини у дітей та підлітків є фрагментарними.

Мета дослідження. Оцінка ролі факторів, що впливають на мінеральну щільності кісткової тканини (МЩКТ) у дітей різного віку за результатами ультразвукової денситометрії.

Матеріали дослідження: У дослідженні брало участь 60 осіб: I група – діти 7-8 років; II група – підлітки 11-12 років; III група – підлітки 14-16 ; IV група (контрольна група) – молоді жінки віком 23-24 років.

Методи дослідження: ультразвукова денситометрія, анкетування за розробленою нами анкетною, статистична обробка результатів за допомогою програми Statistica for Windows 97 із використанням коефіцієнтів кореляції Спірмана та Пірсона.

Результати дослідження:

При проведенні кореляційного аналізу ролі факторів, які впливають на МЩКТ, встановлено, що вони змінюються у групах, в залежності від віку. У I групі показники МЩКТ корелювали з кількістю вживаного молока, молочних продуктів (за коефіцієнтом кореляції Пірсона ($p < 0,05$)). У II групі Т-показник корелював з рівнем фізичного навантаження. Чим більшим було фізичне навантаження, тим вищим був Т-показник (коефіцієнт кореляції Пірсона ($p < 0,05$)). У III групі було встановлено пряму кореляцію між ІМТ та статтю (за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмана: $-0,62$) Частота переломів залежала від віку і зменшувалася з віком (за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмана: $-0,62$). Впливу куріння на МЩКТ у обстежуваних осіб пубертатного періоду нами не було виявлено. Але у

контрольній групі жінок негативний вплив цього фактору ризику на МЩКТ вже був зареєстрований.

Висновки:

1. МЩКТ залежала від віку, статі, була максимальною у старшому шкільному віці і корелювала з кількістю переломів.
2. У дітей молодшого шкільного віку показники МЩКТ безпосередньо залежали від кількості вживаного молока, молочних продуктів.
3. У підлітків показники МЩКТ безпосередньо залежали від фізичного навантаження та перебування на свіжому повітрі.
4. Впливу куріння на МЩКТ у підлітків не було виявлено, але у контрольній групі жінок негативна роль цього фактору ризику вже була зареєстрована.

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Івачевська В.В., Чопей І.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) вважається одним із найпоширеніших захворювань, яке об'єднує стани від доброякісного стеатозу до розвитку глобулярного запалення, балонної дегенерації гепатоцитів, фіброзу, та може прогресувати до цирозу печінки з формуванням гепатоцелюлярної карциноми [3]. НАЖХП тісно пов'язана із ожирінням, інсулінорезистентністю та іншими проявами метаболічного синдрому. Біля 30 % дорослого населення США та західної Європи мають НАЖХП [2].

Мета роботи. провести аналіз нових даних щодо неінвазивних методів діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки, зокрема ультразвукової діагностики.

Матеріали та методи. Із використанням бази MEDLINE проводився пошук статей з використанням таких ключових слів, як «Неалкогольна жирова хвороба печінки», «діагностика НАЖХП», «лікування НАЖХП».

Результати. Діагноз НАЖХП в основному базується на гістологічному дослідженні зразків печінки, отриманих за допомогою біопсії печінки. Недоліки біопсії печінки (інвазивність та мінливість біопсійного матеріалу) стимулювали пошук нових неінвазивних підходів. Для оцінки стеатозу печінки неінвазивним шляхом були запропоновані різні методи, такі як визначення сироваткових маркерів, ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно – резонансна томографія [1]. Стеатоз печінки призводить до збільшення ехогенності під час ультразвукового дослідження, тому печінка виглядає яскравіше ніж кора правої нирки. Кілька досліджень показали, що чутливість УЗД для виявлення стеатозу печінки становить від 60% до 94%, а специфічність – від 84% до 95% [4]. Чутливість УЗД зростає із збільшенням ступеня жирової інфільтрації.

Висновки. УЗД є простою і дешевою процедурою прийнятною для скринінгу неалкогольної жирової хвороби печінки в клінічній практиці.

ДІАГНОСТИКА СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ СУДИН У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Тернушак Т.М., Чопей І.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: субклінічний атеросклероз судин, неспецифічний виразковий коліт.

Вступ. Товщина комплексу інтима-медіа (ТКІМ) – це цінний інструмент для розпізнавання доклінічного атеросклерозу. Нещодавно проведений метааналіз 8 популяційних досліджень показав, що раннє ураження атеросклерозом сонних артерій є незалежним маркером церебральних та серцево-судинних подій.

Матеріали та методи. У дослідження увійшло 216 осіб, співставимі за віком та статтю, з яких 104 – хворі на НВК, 112 – практично здорові. Пацієнтам проводилося ультразвукове дуплексне сканування екстракраніального відділу сонних артерій з кольоровим картуванням потоку крові.

Результати роботи. У 52 хворих на НВК було діагностовано ознаки субклінічного атеросклерозу судин: звивистість судин, зменшення лінійної швидкості кровотоку, збільшення товщини комплексу інтима-медіа, наявності атеросклеротичних бляшок і ступеня стенозу. Середнє значення ТКІМ у хворих на НВК складало $1,1 \pm 0,85$ мм, у групі контролю – $0,9 \pm 0,72$ мм.

Діаметр правої та лівої загальної, внутрішньої та зовнішньої сонних артерій у даної категорії хворих були значно меншими, ніж у здорових людей ($p < 0,05$). Лінійна швидкість кровотоку у хворих на НВК із субклінічним атеросклерозом екстракраніальних відділів сонних артерій була статистично достовірно нижчою порівняно з контрольною групою. Крім того, стеноз сонних артерій по площі (42-65%) діагностувався у всіх обстежуваних пацієнтів.

Висновки. Ознаки раннього субклінічного атеросклерозу судин виявляються у кожного другого хворого на НВК. Найбільш специфічним та високочутливим методом діагностики є дуплексне сканування судин з картуванням кровотоку.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА – ОСНОВА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Фейса С.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: якість лабораторної діагностики, лабораторні помилки

Вступ. Ще в давнину говорили: «Vene diagnosticum – bene curatum» («Хто добре діагностує – той добре лікує»). Ця істина актуальна і в наш час.

Мета. Вивчити на основі літературних даних частоту та причини лабораторних помилок, а також шляхи їх усунення.

Результати. Для пацієнтів лабораторія залишається прихованою стороною медицини. Разом з цим, 60–70%, а за деякими оцінками – і 80% всіх медичних

рішень лікарі ухвалюють саме за даними клініко-лабораторних досліджень. Тому важливим критерієм лабораторної діагностики є її якість. В час активного розвитку нових діагностичних напрямків та технологій лабораторні дослідження віддаляються від пацієнта, тому зростає ризик отримання помилки на преаналітичному етапі. Більше 70% лабораторних помилок допускаються саме на цьому етапі (неправильна підготовка хворого, помилки при зберіганні та транспортування біоматеріалів), ще майже 20% - на постаналітичному (неправильне інтерпретування результатів) і тільки менше 10% - на аналітичному етапі діагностики (зв'язані з порушенням методики дослідження). Тому лікарі-клініцисти можуть значно покращити якість лабораторної діагностики, приділяючи більше уваги підготовці пацієнта та навчанню середнього медперсоналу якісному забору, зберіганню та транспортуванню крові (преаналітичний етап) та правильно інтерпретуючи отримані з лабораторії результати (постаналітичний етап).

Висновки. Отже, якісна лабораторна діагностика – це плід тісної співпраці клініцистів та лаборантів, їх злагоджена сумісна робота.

ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ

Фейса С.В.¹, Великоклад Л.Ю.², Туряниця П.Д.², Микита Н.М.²

¹ Кафедра терапії та сімейної медицини, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, ДВНЗ УжНУ, м. Ужгород

² Лікарня УМВС в Закарпатській області, м. Ужгород

Ключові слова: лабораторний моніторинг, антикоагулянтна терапія, МНВ

Вступ. Фармакологічне зниження активності процесів зсідання крові дозволяє попередити або купірувати розвиток тромбозів, які є основною причиною інвалідизації, погіршення якості життя і смерті хворих. Актуальність теми зумовлена неухильним розширенням асортименту медикаментів, що впливають на гемостаз, та удосконаленням методів лабораторного моніторингу.

Мета. Вивчити на основі літературних даних особливості лабораторного моніторингу антиагрегантної та антикоагулянтної терапії.

Результати дослідження. Серед критеріїв оцінки ефективності дії антиагрегантів лабораторні дані не вважаються визначальними, тому для контролю такої терапії достатнім є періодичне дослідження рівня тромбоцитів. Антикоагулянтні препарати представлені в клінічній практиці прямими антикоагулянтами (гепарини), прямими інгібіторами тромбіну і антикоагулянтами непрямої дії (АНД, пероральними антикоагулянтами). З метою тривалої профілактики тромбозів і тромбоемболій у хворих з високим ризиком тромбоутворення (фібриляція передсердь, наявність протезів серцевих клапанів, спадкові тромбофілії), та для лікування тромбоемболічних ускладнень призначаються АНД. Основним лабораторним дослідженням для контролю за їх ефективністю є визначення міжнародного нормалізованого відношення (МНВ), що залежить від індексу чутливості тромбопластину. Необхідність контролю МНВ і підбору дози диктується індивідуальною чутливістю до АНД, яка залежить від каталітичної активності мікосомальних ферментів печінки. Протромбіновий час не дає повної картини дії АНД на коагуляційний гемостаз, оскільки не оцінює вміст

вітамін К-залежного фактору ІХ. Тому у пацієнтів необхідно періодично визначати активований парціальний тромбoplastиновий час (АПТЧ), який повинен подовжуватися, але не більше ніж у 2 рази. Визначення АПТЧ, а також фібриногену і числа тромбоцитів протягом першого місяця терапії необхідно поєднувати з дослідженням МНВ 1 раз в тиждень, далі – кожні 2-3 місяці.

Висновки. Таким чином, при проведенні терапії антикоагулянтними і антиагрегантними препаратами тільки сумісна дія клініциста і працівника лабораторії дозволяють отримати об'єктивний і своєчасний результат, попередити розвиток у хворого смертельно небезпечних тромбозів, емболій та геморагічних ускладнень.

Етіопатогенетичні та клінічні особливості розвитку дітей, народжених з гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи

Рубцова Є. І., Клімова Т.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: перинатальні гіпоксично-ішемічні ураження центральної нервової системи (ГІУ ЦНС), діти, психомоторний розвиток, цитоколін.

Вступ. Актуальність дослідження питання розвитку і прогнозування гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС зумовлена високою питомою вагою перинатального пошкодження ЦНС серед причин захворюваності та смертності немовлят.

Мета. Дослідити етіопатогенетичні і клінічні особливості розвитку дітей з перинатальним ГІУ ЦНС і розглянути вплив ранньої діагностики та лікування на подальший розвиток дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 76 дітей, віком до 2 років з ГІУ ЦНС, розподілених на дві групи: сновна група – діти, до лікування яких входив препарат цитоколін (Цераксон) та контрольна до терапії яких цитоколін не входив. Методами дослідження були: клінічне обстеження (визначення психомоторного розвитку дитини) та інструментальні методи діагностики.

Результати дослідження. У 43,5% новонароджених з ГІУ ЦНС мала місце медикаментозна стимуляція пологів, у 30,5% – народилися кесаревим розтином, 63% були недоношеними. Затримку психомоторного розвитку до лікування в І групі мали 63% дітей і 58% дітей в ІІ групі, а після лікування – 11% дітей основної групи і 32% контрольної групи ($p < 0.05$).

Висновки. Найчастішими етіопатогенетичними чинниками розвитку ГІУ ЦНС виявлено недоношеність та медикаментозну стимуляцію пологів. Застосування в терапії ГІУ ЦНС малюків препарату цитоколіну вірогідно частіше приводить до позитивної динаміки в їх психомоторному розвитку.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Гряділь Т.І., Михалко Я.О., Чопей І.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: метаболічний синдром, антропометричні показники, когнітивні порушення.

Вступ. Частота метаболічного синдрому (МС) в світі зростає з року в рік. Відомо, що наявність МС супроводжується різними ускладненнями з боку внутрішніх органів, в тому числі і когнітивними порушеннями.

Мета. Виявити та проаналізувати показники когнітивних порушень у хворих з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 52 пацієнта з метаболічний синдром (група I) та 12 практично здорових осіб (група II, контрольна) віком старше 60 р. Пацієнтам проводили вимірювання антропометричних показників, в тому числі визначення індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії (ОТ) та окружності стегон (ОС). Оцінку когнітивної функції проводили за допомогою наступних методів: коротка шкала психічного статусу (MMSE), батарея тестів лобної дисфункції (FAB), таблиці Шульте, методика Джекобсона та методика заучування десяти слів.

Результати. Когнітивні порушення були виявлені в обох групах пацієнтів, проте в I групі вони мали більш виражений характер. Було встановлено наявність статистично вірогідного прямого сильного зв'язку між ІМТ та результатами тесту MMSE ($r=0,80$, $p<0,05$), тесту FAB ($r=0,83$, $p<0,05$), тесту з таблицями Шульте ($r=0,79$, $p<0,05$), методики Джекобсона ($r=0,82$, $p<0,05$).

Висновки. В обох групах виявлено когнітивні порушення. У хворих з МС вони зустрічаються частіше, мають більш виражений характер та позитивно корелюють з показниками ІМТ.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА В МОЛОДОМУ ВІЦІ

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

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, фактори ризику

Вступ. Роль впливу несприятливих факторів ризику на розвиток інфаркту міокарда у осіб молодого віку недостатньо вивчена.

Мета. Виявити вплив несприятливих факторів ризику (ФР) на розвиток інфаркту міокарда (ІМ) у осіб молодого віку.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнта у віці до 45 років з діагнозом гострий інфаркт міокарда. Наявність ІМ підтверджувалася аналізом клінічної картини, змін ЕКГ, даних ехокардіографії, підвищеного рівня серцевих тропонінів Т. Програма обстеження включала визначення індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску, визначення показників ліпідного спектру та глюкози в сироватці крові. В анамнезі у 65,6 % хворих відмічалась есенціальна гіпертензія, а у 18,8 % – цукровий діабет (ЦД).

Результати. При оцінці впливу ФР виявлено, що у 68,7% хворих мала місце сімейна спадковість по серцево-судинним захворюванням, у 31,3% хворих – по ішемічній хворобі серця. Хворі, що палять, склали 87,5%, надлишкову вагу мали 56,3%, абдомінальне ожиріння – 25,0%. Порушення ліпідного обміну відмічено у 84,4% хворих, стани тривоги, симптоми депресії – у 28,1% обстежених. Необхідно відмітити, що у 65,6% хворих одночасно виявлялись 4-5 ФР. Особливо несприятливою була комбінація артеріальної гіпертензії, диліпідемії, ЦД 2 типу на фоні обтяженої спадковості (у 21,8% хворих). У даних пацієнтів інфаркт міокарду виник до 40 років.

Висновки. В молодому віці розвиток ІМ вірогідно зумовлений комбінацією ФР, особливо на фоні обтяженої спадковості по серцево-судинним захворюванням.

ВПЛИВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК

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

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: сечова кислота, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, функціональний стан нирок

Вступ. Роль сечової кислоти як незалежного прогностичного чинника ризику розвитку та прогресування ураження нирок при поєднанні цукрового діабету (ЦД) та артеріальної гіпертензії (АГ) недостатньо вивчена.

Мета. Вивчити функціональний стан нирок у хворих з артеріальною АГ та ЦД 2 типу в залежності від рівня сечової кислоти (СК).

Матеріали та методи. Обстежено 52 хворих з АГ II стадії та ЦД 2 типу, середній вік – 61,4±9,6 років. У залежності від рівня СК в сироватці крові вони були розподілені на 2 групи: 1-ша (основна) складалася з 24 хворих з гіперурикемією (ГУ) (рівень СК – 447,8±51,4 мкмоль/л), а 2-га (контрольна) – із 27 осіб з нормоурикемією (рівень СК – 339,1±58,7 мкмоль/л). Пацієнти обох груп статистично значимо не відрізнялися за віком, статтю, тривалістю АГ та ЦД. Для оцінювання функціонального стану нирок використовували обчислену швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cockcroft-Gault.

Результати. У пацієнтів з АГ та ЦД при наявності ГУ в порівнянні з хворими без ГУ спостерігались достовірно нижчі показники ШКФ: 68,73±17,81 мл/хв/1,73 м² проти 81,37±15,17 мл/хв/1,73 м². При цьому у пацієнтів 1-шої групи рівень ШКФ≥90 мл/хв/1,73м² діагностовано у 12,5% хворих; ШКФ на рівні 60-89 мл/хв/1,73м² – у 54,2% осіб; ШКФ≤60 мл/хв/1,73м² – у 33,3%. Серед хворих 2-ої групи ШКФ ≥90 мл/хв/1,73м² діагностовано у 22,2% хворих, ШКФ на рівні 60-89 мл/хв/1,73м² – у 70,4% осіб; ШКФ≤60 мл/хв/1,73м² – у 7,4%.

Висновки. Як видно з проведеного дослідження, у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом при супутній гіперурикемії спостерігається суттєве погіршення функціонального стану нирок.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛІВ РІЗНИХ ВИСОТНИХ РЕГІОНІВ ЗАКАРПАТТЯ

Устич О.В., Рудакова С.О.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Вступ. Гострий коронарний синдром (ГКС) є однією з найбільш актуальних проблем кардіології сучасності, у зв'язку з високою смертністю і несприятливим прогнозом захворювання. Зважаючи на географічні умови Закарпаття доцільним є вивчення особливостей перебігу ГКС у мешканців цього регіону, оскільки вплив висотних умов на організм є не до кінця з'ясованим і потребує поглибленого вивчення в умовах Закарпаття. **Матеріали та методи.** Досліджувану групу складала 156 пацієнтів, що перебували на лікуванні в ЗОККД з діагнозом ГКС. При аналізі врахували наступні показники: вік, стать, місце проживання (гірська чи рівнинна зона), лабораторні обстеження, дані ехокардіографії (ЕхоКГ) та коронарорентрокулографії (КВГ).

Результати дослідження. У обстежених хворих з ГКС отримали такі середні показники: вік на момент госпіталізації – $56,08 \pm 0,77$ року, вік на момент ІМ – $53,93 \pm 0,80$ року; час, що минув з моменту ІМ – $2,38 \pm 0,41$ року, тривалість симптомів стенокардії - $0,38 \pm 0,16$ року, тривалість АГ – $9,9 \pm 0,61$ року. Порушення мозкового кровообігу, як супутню патологію зустрічали у 5% пацієнтів із рівнинної зони, та у 7,41% хворих жителів міста. Згідно з даними коронароангіографії у пацієнтів з гірської та рівнинної зон переважав правий тип кровопостачання – 89,29% та 71,88%. При аналізі ЕКГ зясували, що у хворих мешканців міста частота виявлення інфарктних змін нижньої стінки лівого шлуночка удвічі нижча, ніж у жителів села – 13 % проти 28%. Середній вік чоловіків складав $55,17 \pm 0,89$ років, жінки були на 4 роки старшими - $59,45 \pm 1,37$ років ($P=0,009$). Середній вік хворих із цукровим діабетом (ЦД) становив - $59,63 \pm 1,51$ років, тоді як пацієнти без ЦД були молодшими - $55,33 \pm 0,86$ років.

Висновки. Гострий коронарний синдром у мешканців рівнинної зони трапляється у 4,5 разів частіше, ніж у жителів гірської зони. Порушення мозкового кровообігу, як супутню патологію, зустрічали лише у чоловіків із рівнинної зони, жителів міста та у хворих із артеріальною гіпертензією в анамнезі.

Цукровий діабет, як супутню патологію, реєстрували частіше у хворих із гіпертонічною хворобою в анамнезі, прогресуючою стенокардією та пацієнтів із ураженими вінцевими артеріями. Частка чоловіків із ГКС майже у 4 рази перевищувала частку жінок. Жінки були на 4 роки старшими від чоловіків.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З КІЛЬКІСТЮ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІІ СТАДІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ

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

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, артеріальний тиск, інфаркт міокарду, антигіпертензивні препарати.

Вступ. Гіпертонічна хвороба – одне з найпоширеніших хронічних захворювань в Україні та в усьому світі. Ефективний контроль артеріального тиску (АТ) суттєво поліпшує прогноз хворих та знижує ризик первинних та повторних серцево-судинних катастроф.

Мета дослідження – проаналізувати взаємозв'язок досягнення цільового рівня АТ з кількістю антигіпертензивних препаратів, які приймають хворі з гіпертонічною хворобою (ГХ) III стадії після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Обстежено 89 хворих з ГХ III стадії, які протягом останнього року перенесли інфаркт міокарда: 49 чоловік, середній вік – (58,2±4,1) року та 40 жінок середній вік – (63,8±3,7) року. Обстеження проводили на базі Ужгородської міської поліклініки.

Оцінювали кількість хворих, які досягли цільового рівня АТ та кількість антигіпертензивних препаратів, які приймали хворі. В дослідження не включали хворих, які мали в анамнезі ГПМК, супутній цукровий діабет або встановлений облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок.

Рівень АТ оцінювався по домашньому вимірюванню АТ самим хворим не менше 2х разів на добу та офісним вимірюванням АТ в умовах Ужгородської міської поліклініки не рідше 1 раз на місяць.

Результати. Для досягнення цільового рівня АТ хворі приймали антигіпертензивні препарати I ряду, причому β-блокатори отримували 95 % хворих, сечогінні – 82 %, інгібітори АПФ – 65 %, антагоністи кальцію – 56 %, блокатори рецепторів ангіотензину – 30 % хворих. Протягом року цільові рівні АТ були досягнуті і підтримувались на цьому рівні у 80 хворих, що склало 90 % усіх обстежених. У 9 хворих (що склало 10 %) цільові рівні АТ не були досягнуті у зв'язку із самостійною відміною хворим антигіпертензивного лікування.

Для досягнення цільового рівня АТ монотерапію жоден хворий не отримував. 16 хворих (18 % всіх обстежених) отримували 2 антигіпертензивних препарата, 49 хворих (55 %) отримували 3 антигіпертензивних препарата, 15 хворих (17 %) отримували 4 антигіпертензивних препарата.

Висновки: для досягнення цільового рівня АТ у хворих з гіпертонічною хворобою III стадії, які перенесли протягом року інфаркт міокарда доцільно використовувати не менше 2х антигіпертензивних препаратів I ряду. Більше половини хворих потребували використання не менше 3х антигіпертензивних препаратів. У 17 % хворих вдалося досягти цільових рівнів АТ при призначення 4х груп антигіпертензивних препаратів.

**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ
ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ,
ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ,
ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА**

**МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ХВОРИХ НА РАК
ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ІНТЕРМІТУЮЧУ
ГОРМОНОТЕРАПІЮ**

Сакало В. С.¹, Ковальчук Д. І.², Черниченко О. А.³

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ;

² ІПОДП УжНУ, Ужгород;

³ УЦМКЛ, Ужгород.

Ключові слова: рак передміхурової залози, остеоденситометрія, андроген-супресивна терапія.

Вступ. Андроген-супресивна терапія (АСТ) у хворих на рак передміхурової залози (РПЗ) може призвести до зниження мінеральної щільності кісток (МЩКТ).

Метою дослідження було оцінити вплив інтермітуючої АСТ (ІАСТ) на МЩКТ у хворих на неметастатичний РПЗ (НРПЗ).

Матеріали і методи. З квітня 2011 по травень 2013 року спостерігали 56 хворих на НРПЗ. За допомогою рентгенівської остеоденситометрії визначали МЩКТ поперекового відділу хребта та проксимальних відділів обох стегнових кісток. Пацієнти знаходилися 9 міс на АСТ. Кожен цикл АСТ складав 9-місячний період лікування і невизначений період «без лікування».

Результати. Після перших 9 міс АСТ середня абсолютна різниця МЩКТ була -0,04 г/см² (p<0,001). Середня відносна різниця МЩКТ після першого періоду лікування була >3,4% (p<0,001). Після першого періоду «без лікування» середня абсолютна різниця МЩКТ склала +0,02 г/см² (p=0,001). Середня відносна різниця МЩКТ після першого періоду «без лікування» склала +1,4% (p<0,001).

Висновки. 1. ІАСТ має менший негативний вплив на мінеральну щільність кісток, ніж безперервна АСТ у хворих на неметастатичний РПЗ.

2. При ІАСТ зниження МЩКТ відбувається в період лікування, а підвищення – у період відсутності лікування.

ДОСВІД РЕКОНСТРУКЦІЇ ТАЗОВОГО ДНА СИСТЕМОЮ «PROLIFT»

Пацкань Б.М., Варга Л.Л., Витрикуш М.Я.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: генітальний пролапс, пластика тазового дна, система PROLIFT

Вступ. Лікування генітального пролапсу – актуальна проблема абдомінальної, реконструктивної і косметичної хірургії та гінекології.

Мета роботи. Покращення безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування відновлення тазового дна при генітальному пролапсі.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2008 – 2013 у хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін ППОДП на базі Ужгородської центральної міської клінічної лікарні років виконано 18 операцій реконструкції тазового дна системою «PROLIFT». Середній вік хворих складав 43 роки, із них 13 пацієнок з повним випадінням, 5 – з III ступеню. Операції виконувались під спинномозковою анестезією - 15, під загальним знеболенням - 3. Тотальну пластику виконано 10 хворим, передню - 5 і задню пластику - 3.

Результати. Інтраопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнок, із них: гематома післяопераційної рани – 1, інтраопераційне пошкодження сечового міхура – 1. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Післяопераційної летальності не спостерігалось. Віддалені результати (5 років): у 6 пацієнок – задовільні, у 12 – добрі.

Висновки. Трансвагінальна алопластика системою PROLIFT при лікуванні генітального пролапсу є ефективним видом оперативного втручання з низьким рівнем ускладнень та хорошими післяопераційними віддаленими результатами.

ОДНОПОЛЮСНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Вайда В.М., Бучок А.О., Свистак М.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: перелом шийки стегнової кістки, остеопороз, однополусне ендопротезування, шкала Harris.

Вступ. Частота переломів проксимального відділу стегнової кістки у структурі травм становить 5–9 %, в осіб літнього віку сягає 25–27 % від переломів іншої локалізації. Переломи проксимального відділу стегнової кістки належать до найтяжчих та у 20–25 % призводять до загибелі пацієнта.

Одною з суттєвих причин підвищеної ламкості кісток у людей похилого віку є остеопороз.

Мета. На основі віддалених результатів однополусного ендопротезування кульшового суглобу оцінити переваги та недоліки даного виду оперативного втручання в лікуванні хворих з медіальними переломами шийки стегнової кістки у похилому віці.

Матеріали та методи. Для досягнення встановленої мети нами було проаналізовано 223 хворих, госпіталізованих та лікованих в різних ЛПЗ Закарпатської області в період з 2000 по 2013 рр.

Результати. Найбільш чисельною групою пацієнтів була вікова категорія від 70 до 79 років (62%), пацієнти у віці 80-89 р. (12%), 60-69 р. (20%), у віці 90 років і старше(близько 6%). Переважна кількість пацієнтів – жінки (68%). Значна кількість пацієнтів лікувались консервативно (27%). Ми спостерігали віддалені результати

лікування у 160 хворих: хороші результати – 41 хв., 6 – задовільні, та 5 – незадовільні

Висновки. Однополосне ендопротезування, являється методом вибору при лікуванні медіальних переломів шийки стегнової кістки.

КОМБІНОВАНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР З ВИРАЖЕНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Келемен І.Я., Савула М.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: множинні та флотуючі переломи ребер, метало остеосинтез (МОС).

Вступ. Останніми роками спостерігається збільшення кількості тяжких травм грудної клітки, які супроводжуються множинними переломами ребер з вираженим больовим фактором і послідовними різними ускладненнями.

Мета. Покращення хірургічної тактики та поліпшення результатів оперативного лікування множинних переломів ребер при закритій травмі грудної клітки, їх наслідків та ускладнень.

Матеріали і методи. У відділенні торакальної хірургії ЗОКЛ ім. А. Новака (зав. відділенням І.Я.Келемен) за період з квітня 2011 р. по грудень 2013 р. знаходилось на лікуванні 160 потерпілих із закритою травмою грудної клітки. Із них з важкою травмою грудної клітки - 54(33,75%) пацієнтів. Чоловіків було 131(81,7%), жінок - 29(18,3%) у віці від 17 до 84 років. У 44(27,5%) пацієнтів виявлено множинні переломи ребер, а у 13 (8,2%) хворих було діагностовано фрагментарний характер пошкодження ребер з формуванням реберних та грудинно – реберних клапанів.

Результати. Прооперовано шляхом МОС 56(35%) потерпілих з множинними переломами ребер. Застосування комбінованого МОС дало можливість достовірно скоротити перебування хворих в стаціонарі на 5,7 діб ($p < 0,05$), з раннім відновленням працездатності.

Висновки. При множинних переломах ребер із значними зміщеннями відламків, для ліквідації больового синдрому і профілактики можливих ускладнень зі сторони легеневої системи та інвалідизації пацієнтів, доцільно виконувати репозицію відламків ребер з фіксацією останніх шляхом металоостеосинтезу.

ПРОЯВИ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Фальбуш О. О., Софілканич І. Ф.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: Синдром сухого ока, діагностика, цукровий діабет.

Вступ. Поширеність цукрового діабету (ЦД) в світі щорічно збільшується на 5-7% (ВООЗ, 2011), а синдром сухого ока (ССО) в економічно розвинених країнах

зустрічається у 17 % пацієнтів. Ми не зустріли робіт по дослідженню проявів ССО у хворих цукровим діабетом, в залежності від статі, віку, типу та тривалості цукрового діабету, лікування.

Мета дослідження. Діагностика ССО у хворих цукровим діабетом, в залежності від статі, віку, типу та тривалості цукрового діабету, лікування.

Матеріал та методи. Обстежено 50 пацієнтів ендокринологічного відділення віком 21 - 78 років, 26 жінок та 24 чоловіка, з ЦД 1го типу 24 пацієнта, та 26 з ЦД 2го типу. Проводилось загальне офтальмологічне обстеження, проба *Ширмера*, проба *Норна*, тест *LTJones*.

Результати досліджень. Синдром сухого ока виявлений у 28 пацієнтів з 50 обстежених, 15 жінок і 13 чоловіків, переважно у віці 40-60 років при тривалості хвороби 1-10 років, при цукровому діабеті 2го типу, інсулінозалежному.

Висновки. 1. Синдром сухого ока ускладнює перебіг цукрового діабету як у жінок, так і у чоловіків, переважно працездатного віку.

2. Хворі цукровим діабетом 40-60 років і тривалістю хвороби понад 10 років повинні обстежуватись офтальмологом на визначення синдрому сухого ока.

3. Рання діагностика синдрому сухого ока у хворих цукровим діабетом забезпечить його профілактику та лікування, і тим самим покращить якість життя пацієнтів.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Фатула Ю.М., Машура В.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова. Пахвинні грижі, лапароскопічна алогерніопластика, віддалені результати.

Вступ. Сучасні методи хірургічного лікування пахвинних гриж пов'язані з впровадженням ненатяжних відкритих та лапароскопічних способів.

Мета. Вивчити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування пахвинних гриж лапароскопічним способом.

Матеріали та методи. У хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін УЦМКЛ з березня 2011 р. виконано 42 лапароскопічні трансабдомінальні преперитонеальні пахвинні алогерніопластики (ТАРР) у 40 хворих. Чоловіків було 33 (82,5%), жінок – 7 (17,5%) віком від 22 до 72 років.

36 операцій 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. Перебування у стаціонарі після операції становило від 2 до 6 днів, у середньому 3,0±0,8 дня.

Результати. Інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Післяопераційні ускладнення (гематома та інфільтрат післяопераційної рани) мали місце у 3 (7,1%) випадках. Віддалені результати (за період від 1 місяця до 2,5 року) прослідковані у 27 (67,5%) пацієнтів. Хронічний пахвинний біль спостерігався у 4 (9,5%) хворих. Рецидив грижі виявлено у одного (3,7 %)

Висновки. Лапароскопічні пахвинні алогерніопластики при відповідному матеріально-технічному забезпеченні та спеціальній професійній підготовці хірургів можуть бути альтернативою відкритим алогерніопластикам, переважаючи їх кращими безпосередніми та віддаленими результатами.

ВИКОРИСТАННЯ ЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОКТОЛОГІЇ

Росул М.В., Пацкань Б.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

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

Вступ: Тканиннозберігаюча високочастотна електрозварювальна хірургія ще не знайшла достатнє застосування в медицині. Нині техніка зварювання тканин знаходиться на стадії широкого клінічного освоєння та впровадження в проктології.

Мета: Підвищити якість операційного лікування патології прямої кишки шляхом впровадження методики електрозварювання.

Матеріали і методи. В хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін на базі УЦМКЛ обстежено та проліковано 102 пацієнта яких розподілено на групи: I – основна група (n=51), із застосуванням біологічної зварки тканин електрозварювальним пристроєм ЕК - 300М1; II – група порівняння(контрольна) (n=51) з використанням традиційних методик гемостазу та з'єднання тканин. Середній вік хворих складав $40 \pm 3,44\%$ років. Чоловіків було 81, жінок – 21.

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 рази та зменшити інтраопераційну крововтрату в 2,2 рази. Відмінності в контрольній та основній групах по тривалості та вираженості больового синдрому були на користь електрозварювання, але статистично недостовірні ($p > 0,05$). Строки перебування у стаціонарі досліджуваних хворих основної групи становили на 7,1 доби достовірно менше контрольної групи ($p < 0,05$).

Висновок. Застосування електрозварювальних технологій в проктології дозволяє скоротити тривалість операції, строки перебування в стаціонарі та зменшити післяопераційний біль у порівнянні з рутинними методами.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

Дем'ян Ю.Ю., Шманько О.П.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова. Виросткові переломи, перкутанна фіксація спицями.

Вступ. Над- і через виросткові переломи складають від 65.5% до 85.5% всіх переломів дистального відділу плечової кістки у дітей.

Мета роботи. Покращити функціональні результати лікування черезвиросткових переломів із зміщенням відламків у дітей шляхом проведення закритої репозиції та черезшкірної фіксації відламків спицями.

Матеріали і методи. За період з 2011 по 2013 рік в ортопедо-травматологічному відділенні обласної дитячої лікарні м. Мукачево було проліковано 145 дітей з черезвиростковими переломами плечової кістки, віком від 4 до 12 років. З них було 78 хлопчиків, дівчаток - 71. Досліджувана група включала тільки тих дітей, яким проведена закрыта репозиція та перкутанна фіксація відламків спицями.

Результати дослідження. У всіх випадках відмічалася швидка позитивна динаміка відновлення неврологічних та гемодинамічних розладів, якщо такі мали місце; скорочення терміну перебування на стаціонарному лікуванні до трьох діб. У 44 дітей (30%) відмічалася постімобілізаційна контрактура ліктьового суглобу, яка зберігалася у різних випадках строком від 2 до 6 тижнів, що зумовлено порушенням режиму проведення ЛФК у реабілітаційному періоді. Після проведеного оперативного лікування вторинні зміщення відламків та інтраопераційні ушкодження ліктьового нерва не спостерігалися.

Висновки. Метод закритої репозиції з послідуючою перкутанною фіксацією спицями є методом вибору при лікуванні дітей з через- та надвиростковими переломами плечової кістки із зміщенням відламків.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОПЛАСТИЧНИХ МЕТОДІВ

Пекарь М. І., Пацкань Б.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: післяопераційна вентральна грижа, алогерніопластика.

Вступ. Лікування післяопераційних вентральних гриж (ПВГ) – актуальна проблема абдомінальної, реконструктивної і косметичної хірургії у зв'язку з високою частотою їх виникнення та складністю їх хірургічного лікування.

Мета роботи. Покращити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування ПВГ з використанням алопластичних методів.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2009 – 2013 років у хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін на базі УЦМКЛ виконано 131 операцію з приводу ПВГ з використанням алопластики. Всі операції виконано за принципом tension free: «sub lay» - 103(78,63%), «on lay» - 4(3,05%), «in lay» - 1(0,76%), «underlay» - 6(4,58%), операція Белоконева – 8(6,11%), лапароскопічна алогерніопластика – 1(0,76%); У 8(6,11%) пацієнтів з розміром грижових воріт до 5,0см виконано пластику власними тканинами. За віком пацієнти розділилися наступним чином: до 60 років – 73(55,73%), 60 – 75 років і старше – 58(44,27%). Чоловіків було 21,37%, жінок – 78,63%.

Результати: У 12(9,16%) хворих спостерігалися наступні післяопераційні ускладнення: серома післяопераційної рани – 8, нагноєння післяопераційної рани – 3, відторгнення алотрансплантанту – 1. Рецидив грижі мав місце у 3(2,29%) хворих за період спостереження від 1 до 3 років. Післяопераційної летальності не спостерігалось.

Висновок. Алогерніопластика сітчастими матеріалами при лікуванні післяопераційних вентральних гриж є сучасним та ефективним видом оперативного втручання яке забезпечує низьку частоту інтра- та післяопераційних ускладнень, не підвищує летальність і суттєво покращує віддалені результати.

КОЛОГЕННИЙ КОЛОСТАЗ. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ.

Витрикуш М.Я., Пацкань Б.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова. Кологенний колостаз, хірургічне лікування.

Вступ. Колостаз є медико - соціальною проблемою у всіх країнах світу із-за поширеності і не вирішеності діагностичної та лікувальної тактики.

Мета. Покращення результатів лікування хворих на кологенний колостаз (КК) шляхом пошуку об'єктивних діагностичних критеріїв для індивідуалізації хірургічної лікувальної тактики.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 52 хворих з хронічним закрепом (ХЗ), які проходили лікування у клініці кафедри хірургічних дисциплін УжНУ на базі УЦМКЛ з 2010 року. Із них чоловіків було 20, жінок -32, середній вік становив $49,8 \pm 1,6$. У 12 хворих після проведеного обстеження встановлено КК, 7 із них з компенсованим ХК проведена успішна консервативна терапія, а у 5 з декомпенсованим ХК - сегментарні та субтотальні резекції товстої кишки.

Результати. Післяопераційні ускладнення мали місце у 2 пацієнток, з неспроможністю швів товстотовстокишкового анастомозу з розвитком калового перитоніту у однієї, а у іншої пацієнтки - з частковою неспроможністю трансверзоректоанастомоза сформувалася зовнішня товстокишкова нориця. Обидві пацієнтки після проведення лікування виздоровіли з хорошими віддаленими результатами. Віддалені результати після проведеного консервативного лікування були задовільні у 93%, а інші стали претендентами до хірургічного лікування.

Висновки. 1.У більшості хворих (93%) консервативне лікування є ефективним. 2.Хірургічне лікування проводиться при ретельному відборі резистентних форм констипації (ХК) і полягає в субтотальних методах резекції товстої кишки.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ

Попович В. М., Пацкань Б. М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова. Мезентеріальний тромбоз, рання діагностика.

Вступ. Оклюзія мезентеріальних судин є суттєвою патологією серед причин смертності населення і порівняно із оклюзією коронарних, церебральних артерій та периферичних вен діагностується значно пізніше, що зумовлює надзвичайно високу летальність (80-90%).

Мета. Покращення ефективності ранніх методів діагностики гострого мезентеріального тромбозу.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2011-2013 років у хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін на базі УЦМКЛ проліковано 25 хворих з приводу гострого мезентеріального тромбозу. З них оперовано - 21 хворих, (15 – чоловіків — віком <60 років, та 6 - жінок віком < 70 років), які страждали на ішемічну хворобу серця, порушення серцевого ритму, 4 – неоперованих хворих (чоловіки віком <70 років) предагональним станом при поступленні.

Результати. Ретроспективно визначені основні причини незадовільних наслідків лікування, проведено аналіз симптоматики гострого мезентеріального тромбозу на ранніх стадіях ішемії кишечника з урахуванням супутньої патології і термінів госпіталізації, обґрунтовано та оцінено ефективність лапароскопії для диференційної та топічної діагностики цієї патології. За даними клініко-статистичного аналізу кожний третій випадок (або частіше) мав клініку гострого панкреатиту, кожний п'ятий випадок мав клінічний перебіг кишкової непрохідності, а інші симулювали найрізноманітніші гострі серцеві та дихальні розлади.

Висновки. Ключовим фактором, що впливає на прогноз гострого мезентеріального тромбозу, є своєчасна діагностика. Рання госпіталізація (до 6 год після початку захворювання) має високий коефіцієнт кореляції із виживанням хворих та сприяє своєчасній діагностиці та адекватному лікуванню.

МОДИФІКАЦІЇ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ПАХВИННИХ АЛОГЕРНІОПЛАСТИК

Фатула Ю.М., Варга Л.Л., Машура В.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова. Пахвинні грижі, лапароскопічна алогерніопластика, модифікації.

Вступ. Одним з чинників професійного оволодіння та, відповідно, широкого впровадження лапароскопічних методик у хірургічному лікуванні пахвинних гриж є вдосконалення й технічне спрощення етапів операції.

Мета. Розробити та запровадити у клінічну практику вдосконалені хірургічні методики лапароскопічних операцій при пахвинних грижах.

Матеріали та методи. У хірургічній клініці кафедри хірургічних дисциплін УЦМКЛ виконано 36 лапароскопічних трансабдомінальних преперитонеальних пахвинних алогерніопластик (ТАРР) за розробленими та запатентованими нами

(Патенти на корисні моделі: UA 71837 U від 25.07.2012., UA 80875 U від 10.06.2013.) модифікаціями, суть яких полягає у тому, що фіксація та перитонізація сітки-імпланта виконується шляхом накладання трансмускулярно-апоневротичних субкутанних "пункційних" швів за допомогою спеціальної пункційно-зшиваючої голки.

Результати. Перевагами модифікованих операцій є скорочення тривалості операції, підвищення надійності фіксації та перитонізації сітки-імпланта, зменшення витратних матеріалів.

Висновки. Модифіковані у клініці лапароскопічні пахвинні алогерніопластики дозволяють більш широко впроваджувати передові лапароскопічні технології при хірургічному лікуванні пахвинних гриж.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Желізняк О.П., Бобик Ю.Ю.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова: гестаційний процес, цукровий діабет, ускладнення

Вступ. Серед екстрагенітальних захворювань, що найбільш небезпечно впливають на перебіг гестаційного процесу є цукровий діабет. В той же час, завдяки досягнутим успіхам у його лікуванні, в останні роки значно збільшилася кількість пологів у жінок з цією патологією.

Мета. Дослідити перебіг гестаційного процесу у жінок із цукровим діабетом, мешканок Закарпатської області.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз обмінних карт та історій пологів 25 жінок із ЦД (основна група) та 30 здорових жінок (контрольна група). Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм "Statistica".

Результати. Встановлено достовірно вищу частоту ускладнень перебігу вагітності у жінок із цукровим діабетом таких як: загроза передчасного переривання вагітності (44,0% і 16,7%), гестози другої половини вагітності (32,0% і 6,7%), багатоводдя (40,0% і 0%) та порушення фетоплацентарного кровоплину (24,0% і 0%). У вагітних основної групи відмічається також значно вища частота оперативного розродження у порівнянні зі здоровими (96,0% і 20,0%).

Висновки. Отримані дані вказують на необхідність покращення ендокринологічного супроводу вагітних жінок із цукровим діабетом, а також активного обстеження жінок групи ризику на предмет виявлення цукрового діабету на ранній стадії до появи важких системних ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ЧЕРЕЗ ПРИРОДНІ РОДОВІ ШЛЯХИ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Греба Н.М.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова: вагінальні пологи після кесаревого розтину, покази, перебіг.

Вступ. Кількість операцій кесаревого розтину збільшується з кожним роком. Після абдомінального розродження виникає ряд післяопераційних ускладнень, що несприятливо впливають на репродуктивне здоров'я жінки, погіршують якість життя. Тому актуальною проблемою є зниження частоти повторного кесаревого розтину у жінок зі спроможним рубцем на матці.

Мета. Вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів через природні родові шляхи та післяпологового періоду у жінок із рубцем на матці.

Матеріали та методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 200 історій пологів жінок, розроджених на базі Ужгородського міського перинатального центру. Серед них було виділено дві групи: I (основна) – 100 вагітних з рубцем на матці, розроджених через природні родові шляхи; II група (контрольна) – 100 вагітних з рубцем на матці, яким було проведено повторний кесаревий розтин.

Результати дослідження. Проміжок часу між операцією КР і даною вагітністю становив у I групі: 1 рік – 1%, 2 роки – 26%, 3 роки – 30%, більше 3 років – 43%. Показами до проведення повторного КР у контрольній групі були в основному: категорична відмова жінок від спроби ВПКР – 38%, два рубці на матці – 10%, великий плід – 8%, та інші – 44%. Невдала спроба ВПКР виникла у 3% випадках у зв'язку з: I – нною слабкістю родової діяльності – 2% та дискоординованою родова діяльність – 1.

Висновки. При задовільному стані матері та плоду й правильній оцінці спроможності рубця на матці роди через природні родові шляхи є безпечною альтернативою повторному кесаревому розтину.

ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК ІЗ ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ ТА ЇХ ПВЛИВ НА ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ

Лоя Н.О., Міцода Р. М.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова: пізній гестоз, вагітність, пологи, плід.

Вступ: Гестоз є актуальною проблемою сучасного акушерства й займає провідне місце в структурі материнської й перинатальної захворюваності й смертності. Частота вагітностей і пологів, ускладнених пізніми гестозом в Україні варіює від 10 до 15%.

Мета: вивчити перебіг гестаційного процесу у жінок для профілактики та лікування акушерських ускладнень.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз 124 жінок із пізніми гестозами (ДГ) та 35 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (КГ).

Результати: середній вік жінок ДГ склав 26,3 років, а КГ-26 років. Вагітні з гестозами мали тенденцію до зростання кількості передчасних пологів 26,6 % (КГ

8,6%). Частота проведення кесарського розтину у вагітних ДГ склала 52,4%. Серед показників екстрагенітальної патології найбільше значення мають: анемія вагітних 27 (21,8%), ожиріння та ГХ I ст. по 12 (9,7%). Типовим ускладненнями післяпологового періоду було: анемія I-II ст.-15,3%. У ДГ стан новонароджених без патологій був у 60,2%, а в контрольній групі 88,9%. Первинну реанімацію проводили у ДГ 39,8% (КГ 11,1%). Перинатальне ускладнення: дихальні розлади 30,5% (11,1%), ЗВУР плода 20,3% (2,8%), дистрес плода 15,6% (8,3%).

Висновки: пізні гестози у жінок є складною патологією з високим ризиком для плода, яке вимагає індивідуального підходу у кожному випадку. Вагітних із пізніми гестозами слід відносити до групи високого ризику.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОПТИМІЗАЦІЮ ВИГОДОВУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Ігнатко Л.В., Жиденко (Скиба) Ю.М

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Вступ. Адекватне харчування глибоко недоношених немовлят у неонатальний період є однією з необхідних умов досягнення оптимальних кінцевих результатів їх виходжування. Науковці намагаються визначити найефективніші стратегії харчування, що можуть забезпечити належні показники постнатального фізичного розвитку цієї категорії новонароджених із формуванням фізіологічного складу тканини і зменшенням частоти негативних віддалених неврологічних наслідків передчасного народження. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень, багато питань ще потребують свого вирішення.

Мета: Дослідження нутритивної підтримки недоношених дітей для забезпечення максимально наближеного розвитку дитини відповідного віку.

Матеріали і методи дослідження. Клінічне дослідження 20 доношених і 20 недоношених дітей, для порівняльної характеристики їх фізичного і психомоторного розвитку, в залежності від виду вигодовування.

Основні результати дослідження. Недоношені діти повинні отримувати 3,8-3,0 г/кг/добу білка, оскільки внутрішньоутробна швидкість росту може досягатися при надходженні в організм не менш 2,8-3,1 г/кг/добу білка, а споживання понад 4г/кг/добу білка призводить до виражених метаболічних порушень, гіперосмолярності плазми і ацидозу. Ліполітична функція у недоношених новонароджених установлюється пізніше, ніж протеолітична, що може призводити до гіперліпідемії і стеатореї. Тому кількість жирів у раціоні не повинно перевищувати 4.8-6.6г/кг/добу або 4.4-6.0г/100 ккал (40-55% енергії) - не менш 3% всіх жирів повинно припадати на ненасичені жирні кислоти - лінолеву і ліноленову. Після народження дитина цілком залежить від інтенсивності власного глюконеогенезу і надходження глюкози ззовні (їжа, парентеральне харчування). Виходячи з потреб у білку і жиру (40% калорійності) вуглеводи в харчуванні повинні становити 48% від загальної калорійності або 12 г/100 ккал.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Леміш Н.Ю., Міцода Р.М.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова: вагітність, цукровий діабет, екстрагенітальні захворювання

Вступ. Вагітність у хворих на цукровий діабет є фактором ризику як для матері, так і для плоду. Відомо, що у них також існує висока вірогідність розвитку захворювань щитовидної залози, що особливо актуально для регіонів ендемічних за вмістом йоду у довкіллі.

Мета. Дослідження частоти екстрагенітальних захворювань у вагітних із цукровим діабетом.

Матеріали та методи. Проведено клініко–параклінічне обстеження у 102 вагітних жінок, із них – 72 хворих на цукровий діабет та 30 здорових, які склали контрольну групу. 58,3% обстежених мали діабет I типу, 11,1% – II, а 30,6% – гестаційний. У 93,1% діагностовано середній та важкий ступінь захворювання. При цьому у 80,6% вагітних основної групи захворювання було субкомпенсованим.

Стан щитовидної залози оцінювали за допомогою ультразвукового сканування та рівнів у сироватці крові тиреотропного гормону і вільного тироксину. Статистична обробка результатів проводилась з використанням стандартних і спеціалізованих програм.

Результати. У вагітних із цукровим діабетом частота залізодефіцитної анемії складала 52,8% ($p < 0,05$); захворювань щитовидної залози – 37,5% ($p < 0,05$); патології сечовивідних шляхів відмічались у 31,9% випадків ($p < 0,05$); офтальмологічні захворювання – 19,4% ($p > 0,05$) та ожиріння – 22,2% ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані результати вказують на необхідність покращення ендокринологічного обстеження вагітних жінок на предмет виявлення цукрового діабету та тиреоїдної патології, особливо у регіонах з нестачею йоду у навколишньому середовищі.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК З ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМ

Садигов Ю. М., Міцода Р.М.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова: вагітність, тромбози.

Вступ. Тромбози і тромботичні ускладнення займають важливе місце в структурі материнської захворюваності та смертності. Їх поширеність складає 0,6–5,0 випадків на 1000 вагітних.

Мета роботи. Дослідити особливості гестаційного процесу у жінок з тромботичними ускладненнями для профілактики та лікування акушерських ускладнень.

Матеріал та методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано перебіг вагітності 48 жінок з тромботичними ускладненнями.

Результати дослідження. Для вагітності у жінок з тромботичними ускладненнями статистично-достовірним є зростання кількості загроз переривання – 8 (16,1%). У післяпологовому періоді статистично-достовірним є зростання кількості анемії – 6(20%).

Висновки. Для вагітності у жінок з тромботичними ускладненнями статистично-достовірним є зростання кількості загроз переривання – 8 (16,1%) випадків. У післяпологовому періоді виявлено зростання кількості анемії – 6(20%) випадків, та зростання кількості народжуваності дітей за шкалою Апгар в 7 балів.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ РОЗРОДЖЕННЯ

Пекарь А. Ю., Корсак В. В.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Ключові слова:

Вступ. В Україні за останні 20-30 років частота кесаревого розтину, як методу розродження збільшилася в 10 разів – від 0.7% до 20%, натомість збільшується кількість жінок з рубцем на матці.

Мета роботи. Дослідити клінічні особливості перебігу вагітності та родів у жінок з рубцем на матці в залежності від методу розродження.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 200 історій пологів жінок з рубцем на матці, розроджених на базі УМПЦ. Серед яких було виділено 2 групи: I група (досліджувана) – 100 жінок, розроджені через природні родові шляхи; II група (контрольна) – 100 жінок, яким був проведений повторний кесарів розтин.

Результати дослідження. Ускладнення під час вагітності та родів були виявлені у 15 (7,5%) породіль I групи та 68 (34%) II групи ($p<0,05$). Об'єм крововтрати під час операції становив більше 500 мл у 20 (20%) випадках, а у 4-х жінок (4%) більше 1000 мл, в той час як у жінок I групи крововтрата під час фізіологічних пологів у жодному випадку не перевищила 400 мл ($p<0,05$). Більшість немовлят в жінок II групи народилися здоровими в 60% випадків, а в жінок I групи на 25% ($p<0,05$) більше здорових новонароджених – (85%).

Висновки. Загальновідомо, що будь-яке оперативне втручання гірше за фізіологічний перебіг подій. При задовільному стані матері та плоду й правильній оцінці спроможності рубця на матці роди через природні родові шляхи є безпечною альтернативою повторному кесаревому розтині.

ОСОБЛИВОСТІ GESTАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ЖІНОК З АКТИВНОЮ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Пекарь А. Ю., Міцода Р. М.

ДВНЗ «УжНУ», Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгород

Вступ. В останні роки Епштейна-Барр вірусна інфекція (синонім ВЕБ-інфекція, EBV-інфекція) є однією з найпоширеніших інфекцій у світі. Рівень інфікованості дорослого населення становить 90-100%, а дитячого, за даними різних авторів, – від 50% до 80%.

Мета роботи. Дослідити вплив активної ВЕБ-інфекції на перебіг гестаційного процесу, стан плоду та новонародженого.

Матеріали та методи дослідження. Теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової літератури, які стосуються впливу Епштейна-Барр вірусної інфекції на перебіг гестаційного процесу, стан плоду та новонародженого.

Результати дослідження. Активна ВЕБ-інфекція під час вагітності є причиною ранньої загибелі ембріону – 50%, мимовільних викиднів – 30%, передчасних пологів та мертвонароджень – 13%, внутрішньоутробного інфікування плоду ВЕБ – 20% у вигляді вад розвитку (вроджена катаракта, крипторхізм, вроджені кардити, енцефаліти, пневмонії, гепатити).

Висновки. Несприятливий вплив ВЕБ-інфекції на перебіг і наслідки вагітності потребує удосконалення методологічних підходів до їх діагностики у вагітних, прогнозування акушерських ускладнень, інфікування плода, розробки лікувально-профілактичних програм, які дозволять контролювати персистенцію ВЕБ в організмі майбутньої матері, уникнути його реплікації в гестаційному періоді.

БІЛАТЕРАЛЬНИЙ РАК МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

Цигика Д. Й., Готько Є. С., Жеро С. В., Пригара Д. В., Погорєлова Н. Є., Ігнатко В. Я.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова: білатеральний рак молочних залоз, групи ризику, діагностика, тактика лікування.

Вступ. У світлі зростаючої захворюваності на рак молочної залози та покращення результатів лікування цієї патології у цілому світі спостерігається збільшення випадків білатерального ураження молочних залоз.

Мета. Покращити можливості діагностики хворих на білатеральний рак молочних залоз шляхом виявлення груп ризику та оптимізації алгоритму діагностики.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 272 випадків білатерального раку молочних залоз в онкологічних установах України за період з 1995 до 2011 років.

Визначались фактори ризику розвитку білатерального раку молочних залоз (БРМЗ). Порівнювались методи виявлення цієї патології.

Результати. Найбільш значущими клініко-морфологічним факторами, які впливають на вірогідність виникнення білатерального раку виявились менструальний статус пацієток ($p < 0,01$), стадія першої пухлини молочної залози ($p < 0,01$), категорії N та T на момент виявлення першого раку молочної залози ($p < 0,01$). Істотний вплив на виникнення БРМЗ справляє також наявність у анамнезі крупнофракційного опромінення при лікуванні першої пухлини ($p < 0,01$). У свою чергу застосування хімотерапії, гормонотерапії та променевої терапії стандартним фракціонуванням знижує ризик розвитку БРМЗ.

Висновки. Групою ризику виникнення БРМЗ є пацієтки із наступними параметрами першої пухлини: розмір > 5 см, категорія $> pN2$, стадія > 2 , негативний статус рецепторів стероїдних гормонів, наявність в анамнезі крупнофракційного опромінення контрлатеральної молочної залози, відсутність у комплексі лікування першої пухлини променевої терапії стандартним фракціонуванням, хімотерапії та гормонотерапії.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ В КІСТКИ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Готько Є. С., Пригара Д. В., Жеро С. В., Цигика Д. Й., Погорськова Н. Є., Росоха Я. В., Ігнатко В. Я., Готько І. Ю., Мельник М. І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова: рак грудної залози, метастатичне ураження кісток, діагностика.

Вступ. Кісткові метастази при раку грудної залози викликають ряд клінічних проблем, що свідчить про негативний прогноз. Кісткове метастазування також супроводжуються рядом симптомів, включаючи біль, патологічні переломи, здавлення спинного мозку, які значно погіршують якість життя, а також викликають злоякісну гіперкальціємію.

Мета. Визначення групи ризику щодо метастазування у кістки серед хворих на рак грудної залози. Оптимізація методів діагностики та покращення результатів лікування кісткових метастазів.

Матеріали і методи. Проведений аналіз діагностики та лікування кісткових метастазів у 22 хворих на рак грудної залози, які знаходилися на лікуванні в міському онкологічному центрі Центральної міської клінічної лікарні м. Ужгорода за 5 років (2007 - 2012 р. р.). Середній вік хворих становив $52, 5 \pm 15, 5$ (46 - 77 років). У 5 хворих діагноз раку грудної залози було встановлено на I - II стадіях із метастазуванням у кістки після проведеного раніше радикального лікування, у 8 - як метастатичний (IV ст.), у решти - як місцево-розповсюджений (III A, B ст.). процес. У 21 пацієтки було встановлено позитивний ER та PgR рецепторний статус пухлини.

Результати. Виявлена пряма залежність метастазування в кістки від рецепторного статусу пухлини. В нашій виборці хворі з позитивним рецепторним

статусом первинної пухлини становили 96%. Таким чином, при позитивному рецепторному статусі первинної пухлини - ER (+) PgR (+), ER (+) PgR (-) або ER (-) PgR (+), відмічений явний «тропізм» метастатичного процесу до кісткової системи, вірогідність метастазування у кістки є значно вищою.

Висновки: До групи ризику щодо появи метастазів у кістки належать хворі на рак грудної залози старше 45 років із позитивним рецепторним статусом первинної пухлини. Відмічається також чітка залежність появи кісткових метастазів від поширеності первинного процесу на момент встановлення діагнозу.

ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Калій В. В., Погорелова Н. Є. Готько Є. С., Ігнатко В. Я.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова. метастатичне ураження головного мозку, злоякісне новоутворення, хірургічне лікування, хіміотерапія.

Вступ. Перебіг онкологічних захворювань, нерідко супроводжується гематогенним метастазуванням в головний мозок, яке значно погіршує прогноз захворювання. Дотепер лікування метастатичного ураження головного мозку є малоєфективним та неперспективним у плані продовження тривалості життя пацієнтів.

Мета дослідження. Покращення результатів лікування хворих з метастатичним ураженням головного мозку.

Матеріали і методи. Проаналізовано 58 хворих з метастазами раку в головний мозок, які знаходились на лікуванні в обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода в період з 2007 до 2012 р. З них 37(63, 79%) чоловіків та 21(36, 2%) жінок. Середній вік хворих склав 57, 08 ± 9, 9 р.

Результати. Серед аналізованої групи пацієнтів найбільш агресивним та резистентним до лікування є метастатичне ураження головного мозку при злоякісних новотворах легень. Показано оптимальний алгоритм лікування метастатичного ураження головного мозку при локалізації первинних пухлин у молочної залозі, легенях, нирці, а також при меланомі.

Висновки. При солітарних та поодиноких метастазах у головний мозок оптимальним є оперативне лікування, променева терапія та хіміотерапія із застосуванням препаратів, що проникають через гематоенцефалічний бар'єр. При множинних метастазах у головний мозок тактика лікування залежить від комплексу клінічних, молекулярних та патоморфологічних характеристик пухлин.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Готько Є. С., Ігнатко В. Я. Жеро С. В., Цигика Д. Й., Пригара Д. В., Погорелова Н. Є., Готько І. Ю., Мельник М. І.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова: метастатичне ураження головного мозку, діагностика, зляксісне новоутворення.

Вступ. Метастази в головному мозку - серйозне ускладнення перебігу пухлинного процесу, яке виявляється у 20-40% онкологічних хворих. Оптимізація ранньої діагностики метастазів в головний мозок залишається актуальним завданням сучасної онкології, яка вимагає продовження наукового пошуку та обґрунтованих практичних рекомендацій.

Мета. Оптимізація діагностики та покращення результатів лікування метастазів зляксісних пухлин у головний мозок.

Матеріали і методи. Проаналізовано 58 хворих з метастазами раку в головний мозок, які знаходились на лікуванні в обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода в період з 2007 до 2012 р. З них 37(63, 79%) чоловіків та 21(36, 2%) жінок. Середній вік хворих склав $57, 08 \pm 9, 9$ р.

Результати. Враховуючи розподіл пацієнтів за статтю, локалізацією первинного вогнища, та гістологічною будовою метастатичного ураження головного мозку показано, що моніторингу, в першу чергу, підлягають пацієнти чоловічої статі з плоскоклітинним раком легень, у яких час до прогресії був найнижчим серед досліджуваних груп.

Висновки: Ризик метастазування у головний мозок зростає, починаючи з четвертої декади життя, сягаючи свого піку на шостому десятку життя. Найменший час до розвитку метастатичного ураження головного мозку у групі пацієнтів до 40 років – 34 місяці.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ УСКЛАДНЕНОЮ ПЕЧІНКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Авдеев В. В., Тенкач О. О.

Обласна клінічна лікарня ім. А. Новака м. Ужгород

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова мембранний плазмаферез, печінкова енцефалопатія, екстракорпоральне дослідження, гепто-целюлярна недостатність, портална гіпертензія.

Вступ. Хронічні дифузні захворювання печінки на сьогоднішній день є однією із актуальніших проблем людства. До 30% населення земної кулі страждають на цю патологію. В економічно розвинутих країнах світу цироз печінки входить до основних причин смерті у людей в працездатному віку та складає від 14 до 30 на 100 000 населення. Крім того, страждає якість життя як і самих хворих, так і їх оточуючих.

Мета дослідження. Дослідити систему коагуляції у хворих на систему на цироз печінки при проведенні мембранного плазмаферезу та вибрати оптимальну схему проведення цієї методики.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети, було обстежено та проліковано 65 хворих на цироз печінки, які знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному та хірургічному відділеннях, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Всі хворі відносились по кваліфікації Child-Pugh до класу В. Серед хворих було 41 чоловік (63%) і 24 жінки (37%). Середній вік хворих був $44 \pm 4, 2$ років.

Результати. Результати показали, що застосування у хворих з цирозом печінки тільки самого мембранного плазмаферезу, суттєво не впливає на показники коагулограми, а тільки з комбінацією перелитої плазми та альбуміну.

Висновки. Проведення мембранного плазмаферезу суттєво не впливає на показники коагулограми у хворих на цироз печінки. Для покращення результатів лікування, показників системи коагуляції у хворих на цироз печінки оптимальним є проведення сеансів мембранного плазмаферезу із переливанням однокрупної плазми та 10% розчину альбуміну.

РОЛЬ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОСТОМІЇ ПІД УЗД НАВЕДЕННЯМ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБСТРУКЦІЮ НИРОК.

Трускавецький Б. Л., Литвак Ю. В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології і онкології, Ужгород

Ключові слова: черезшкірна пункційна нефростомія, обструкція сечових шляхів.

Вступ. За даними різних авторів гостра ниркова недостатність (ГНН) зустрічається, у 50–170 хворих на 1 мільйон населення за рік. Також вони зауважують, що у 10–15 % випадків ГНН розвивається внаслідок порушення відтоку сечі. Особливої уваги заслуговують випадки повної обструкції верхніх сечових шляхів (ВСШ). Цей стан обумовлений механічними порушеннями уродинаміки внаслідок різних причин, що супроводжуються гострим стазом сечі у верхніх сечових шляхах, порушенням ниркової гемодинаміки та лімфовідтоку.

Мета. Визначити ефективність черезшкірної пункційної нефростомії при лікуванні хворих з обструкцією нирок.

Матеріали та методи. В урологічне відділення ЗОКЛ ім. А. Новака. за період з 2012 по 2013 рр. з ГНН внаслідок повної обструкції верхніх сечових шляхів поступило 62 пацієнти. Їх середній вік склав 46 років. Діагноз повної обструкції встановлювався методом УЗД. Усіх пацієнтів із повною обструкцією ВСШ та ГНН залежно від виду лікувальної тактики було поділено на 3 групи: 1-ша — 2 пацієнти, яким проводилася спроба невідкладної катетеризації або стентування ВСШ, 2-га — 26 пацієнтів, яким проводилося відкрите оперативне втручання (нефростомія), 3-тя — 34 пацієнти, яким було проведено черезшкірну пункційну нефростомію.

Результати. Відкрита нефростомія під загальним знеболенням була виконана 2-ом пацієнтам, у яких спроба катетеризації виявилась невдалою. Стентування виконано у 26 пацієнтів, у двох з них було проведено невдало. Пункційна черезшкірна нефростомія була виконана у 34 пацієнтів — вдало.

Висновки. Малоінвазивні методи відновлення прохідності верхніх сечових шляхів мають значні переваги над відкритими оперативними втручаннями. В першу чергу за рахунок (стентування) або мінімальної (черезшкірної нефростомії) операційної травми.

МІОКАРДІАЛЬНІ М'ЯЗОВІ МІСТКИ. ПРОМЕНЕВА АНАТОМІЯ, ДІАГНОСТИКА. ЛІКУВАННЯ

Логойда В. В., Трускавецький Б. Л.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра радіології та онкології, м. Ужгород.

Ключові слова. Міокардіальні м'язові мостики, коронарографія.

Вступ. Частота міокардіальних м'язових містків за даними різних авторів коливається в межах 5 – 87%. З наявністю міокардіальних м'язових містків пов'язують приступи стенокардії, шлуночковою тахікардії, раптову серцеву смерть, особливо у людей молодого віку.

Матеріали та методи. Проаналізовано 2132 історії хвороби пацієнтів, які протягом 2012 – 2013 років лікувались у ЗОККД м. Ужгород, серед яких у 38 випадках за допомогою ангіографії виявлено міокардіальні м'язові містки (1, 8 %).

Результати. Виявлені хворі з міокардіальними м'язовими містками розподілені за статтю, віком, локалізацією та довжиною м'язових містків, функціональним класом стенокардії. Проведено консервативне лікування у 27 (з 38) хворих на ІХС та стенокардію I – IV функціонального класу, у яких виявлено міокардіальні м'язові містки. Після курсу лікування покращення наступило у 55 % хворих, у 33 % хворих не спостерігалися позитивні гемодинамічні зміни, а у 11 % пацієнтів наступило погіршення.

Висновки. «Золотим» стандартом виявлення міокардіальних м'язових містків є коронарографія, яка дозволяє визначити як звуження вінцевої артерії у фазу систоли, так і повне або часткове відновлення її діаметру у фазу діастоли. Прийом нітрогліцерину у цієї групи хворих викликав погіршення їхнього стану, оскільки збільшував систолічне звуження у ділянці містка і викликав ішемію міокарда, і таким чином розвивався феномен обкрадання.