

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

**МАТЕРІАЛИ  
XVI  
МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ –  
ПРОГРЕС МЕДИЦИНИ  
МАЙБУТНЬОГО»  
18 – 21 КВІТНЯ 2018 р.**

УЖГОРОД 2018  
УКРАЇНА

УДК 61(063)  
М 35

**М 35** **Матеріали XVI міжнародної науково-практичної студентської конференції «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». 18–21 квітня 2018 р.** / Укладач Скрипинець Ю.Ю. – Ужгород : Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 244 с.

Збірник матеріалів XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів та молодих вчених «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього» включає всі наукові роботи молодих науковців, які приймали участь у проведенні конференції в період 18 – 21 квітня 2018 року та підтверджує активну роботу науковців-медиків України та країн ближнього зарубіжжя в розвитку медицини та науки на сучасному етапі.

*Рекомендовано до друку:*

*Вченою радою медичного факультету  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
(протокол № 7 від 21 березня 2018 р.);*

*Редакційно-видавничою радою  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
(протокол № \_\_ від \_\_\_\_ квітня 2018 р.).*

**ISBN 978-617-7333-59-2**

© ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2018

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE  
UZHHOROD NATIONAL UNIVERSITY  
FACULTY OF MEDICINE  
STUDENTS SCIENTIFIC SOCIETY

ABSTRACT BOOK  
OF THE  
XVI  
INTERNATIONAL SCIENTIFIC  
STUDENTS' CONFERENCE  
„UZHHOROD MEDICAL STUDENTS'  
CONFERENCE“  
APRIL 18 – 21, 2018

UZHGOROD 2018  
UKRAINE

**ОРГКОМІТЕТ  
XVI  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ –  
ПРОГРЕС МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО»**

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

Декан медичного факультету, проф. Болдіжар О.О.; заступник декана медичного факультету, доц. Кочмарь М.Ю.; куратор СНТ, завідувач кафедри факультетської терапії, проф. Ганич Т.М., Голова Оргкомітету конференції Скрипинець Ю.Ю., Секретар Ради СНТ Гордієнко А.В.

**ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| 1. Алфелдїй Б.С.      | 13. Палагонич Е.С. |
| 2. Балаж Ю.І.         | 14. Попович В.В.   |
| 3. Бедевельський М.С. | 15. Попович К.В.   |
| 4. Гафенко М.М.       | 16. Попович М.Ю.   |
| 5. Жила М.М.          | 17. Раммаль А.А.   |
| 6. Криванич Н.В.      | 18. Сіткар А.Д.    |
| 7. Лавер К.О.         | 19. Сливка М.А.    |
| 8. Лях В.І.           | 20. Стеблак К. М.  |
| 9. Матвійв Г.Р.       | 21. Химич М.В.     |
| 10. Машіка Ю.В.       | 22. Феєр О.В.      |
| 11. Маховська К.І.    | 23. Шушман Л. В.   |
| 12. Митрик І.І.       | 24. Югас О.Ю.      |

**THE ORGANIZING COMMITTEE  
OF THE XV INTERNATIONAL SCIENTIFIC  
STUDENTS' CONFERENCE  
„UZHHOROD MEDICAL STUDENTS'  
CONFERENCE“**

**EDITORIAL BOARD:**

The dean of the medical faculty Prof. O.O. Boldizhar, deputy dean of the medical faculty as. prof. M.Y. Kochmar, Student scientific society supervisor Prof. T.M. Hanich, head of the organizing committee Y.Y. Skrypynets, Student scientific society secretary A.V. Hordiyenko

**ORGANIZING COMMITTEE MEMBERS:**

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. B. Alfeldiy    | 13. E. Palahonych |
| 2. Y. Balazh      | 14. V. Popovych   |
| 3. M. Bedevelskiy | 15. K. Popovych   |
| 4. M. Hafenko     | 16. M. Popovych   |
| 5. M. Zhyla       | 17. A. Rammal     |
| 6. N. Kryvanych   | 18. A. Sitkar     |
| 7. K. Laver       | 19. M. Slyvka     |
| 8. V. Lyakh       | 20. K. Steblak    |
| 9. H. Matviyiv    | 21. M. Khymych    |
| 10. Y. Mashika    | 22. O. Feher      |
| 11. K. Makhovska  | 23. L. Shushman   |
| 12. I. Mytry      | 24. O. Yuhas      |



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE  
UZHGOROD NATIONAL UNIVERSITY  
FACULTY OF MEDICINE  
STUDENTS SCIENTIFIC SOCIETY

**ПРОГРАМА  
XVI  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ – ПРОГРЕС  
МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО»  
18 – 21 квітня 2018 року**

**SCIENTIFIC PROGRAMME  
OF THE  
XVI  
INTERNATIONAL SCIENTIFIC STUDENTS' CONFERENCE  
„UZHGOROD MEDICAL STUDENTS' CONFERENCE“  
APRIL 18 – 21, 2018**

УЖГОРОД, УКРАЇНА  
*UZHGOROD, UKRAINE*

## ПОЛОЖЕННЯ ПРО РОБОТУ СЕКЦІЇ ТА ПРАВИЛА ОЦІНЮВАННЯ НАУКОВИХ РОБІТ

1. **Голова секції** відкриває засідання, згідно програми надає слово доповідачам, відповідає за технічне забезпечення секції та злагодженість у використанні засобів, а також оцінює заслухані доповіді (лише у випадку, якщо на секції не представлено жодної роботи його/її авторства).
2. **Секретар секції** реєструє доповіді та контролює дотримання регламенту.
3. **Голова журі** контролює присутність членів журі на засіданні секції, а також узгоджує з головою секції список переможців секції.
4. **Члени журі** оцінюють заслухані доповіді та визначають переможців секції.

### Критеріями оцінювання доповідей є такі показники:

- актуальність доповіді – до 5 балів;
  - практичне значення та наукова цінність – до 10 балів;
  - ілюстрація доповіді – до 5 балів;
  - форма викладення матеріалу і дотримання регламенту – до 5 балів;
  - вміння відповісти на запитання та підтримувати дискусію – до 5 балів.
5. Право оголошення переможців секційного засідання має **лише** голова секції, після узгодження з головою журі.

### *Порядок визначення переможців серед доповідачів:*

- Переможці повинні складати **не більше 30%** загального числа представлених доповідей;
- З них 5% нагороджуються дипломом I ступеня, 10% – дипломом II ступеня, 15% – дипломом III ступеня.

### *Порядок визначення переможців серед авторів стендових робіт:*

- Кількість призових (перших, других, третіх) місць становить **не більше 20%** від загальної кількості представлених на секції стендових робіт з орієнтовним розподілом їх у співвідношенні 1:2:3.
- У разі представлення на секції менше 5 стендових робіт, нагородженням може бути тільки один учасник *за умови* отримання ним кількості балів, не меншої, ніж середнє арифметичне балів переможців I та II ступенів серед усних доповідей.

У випадку, якщо на секції переможцями буде оголошено більшу кількість робіт, оргкомітет залишає за собою право не нагороджувати авторів робіт, які не входять до числа 30% кращих доповідей.

6. Після закінчення засідання секретар секції заповнює протокол, в якому відзначаються рішення про кращі роботи.

7. Протокол секційного засідання та реєстраційний лист подаються у Раду СНТ до 14.00 того самого дня.

Для виступу доповідачам на секційних засіданнях надається до 7 хвилин, обговорення доповіді – до 3 хвилин.

## SECTION REGULATIONS

1. The **Head of the section** opens the section, invites the participants to present their reports, is responsible for the technical support of the section and evaluates the reports (only if he/she does not report on the section).
2. The **Secretary of the section** registers the reports and controls the time limit;
3. The **Head of the jury** controls the evaluation process and the presence of the jury, as well as coordinates the list of winners with the Head of the section.
4. The **Jury members** evaluate the reports and determine the winners.

### **Evaluation criteria:**

- importance of the report – 1–5 points;
  - practical and scientific value – 1–10 points;
  - report's illustration – 1–5 points;
  - form of the presentation, timing – 1–5 points;
  - discussion skills – 1–5 points.
5. **Only** the Head of the section has the right to declare the winners of the section, after consulting with the head of the jury.

### *The procedure for determining the winners among reports:*

- Number of winners is **not more than 30 percent** of the total reports' number submitted on the section.
- 5% are awarded with a I degree diploma, 10% – II degree diploma, 15% – III degree diploma.

### *The procedure for determining the winners among authors of poster papers:*

- Number of winners is **not more than 20 percent** of the total poster works' number presented on the section with their approximate distribution ratio of 1:2:3.
- If there are less than 5 poster papers in the section, the only one participant could be awarded *in case* he/she obtained a score not less than the arithmetic mean of the winners' scores among reports with I and II degrees.

In case there are more winners, the organizing committee is in power to suspend the authors of the reports that have not reached the top 30% barrier.

6. After the end of the section the secretary fills in the minutes of the section.
  7. The Minutes of the section should be submitted to the Head of the organizing committee no later than by 2 pm of that very day.
- The speakers have 7 minutes for their report and 3 minutes for the discussion.

# СКЛАД ЖУРІ XVI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

## **СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ, ГІСТОЛОГІЯ, ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ)**

SECTION OF MORPHOLOGICAL DISCIPLINES (HUMAN ANATOMY, HISTOLOGY,  
TOPOGRAPHIC ANATOMY AND PATHOMORPHOLOGY)

**Голова секції:** Югас О.Ю.

**Секретар секції:** Балаж Ю.І.

**Голова журі:** проф. Головацький А.С.

**Члени журі:** доц. Мігляр В.Г., доц. Вайнагій О.М., доц. Гецько О.І.,  
доц. Кочмарь М.Ю., доц. Палапа В.Й.

## **СЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН (ФІЗІОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ)**

SECTION OF FUNCTIONAL DISCIPLINE (PHYSIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY,  
BIOCHEMISTRY AND PHARMACOLOGY)

**Голова секції:** Сіткар А.Д.

**Секретар секції:** Гафенко М.М.

**Голова журі:** проф. Торохтін О.М.

**Члени журі:** проф. Фекета В.П., проф. Грига І.В., проф. Фабрі З.Й., доц. Савка Ю.М.,  
доц. Сливка Я.І.

## **СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1 (ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ, РЕАНІМАТОЛОГІЯ)**

SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 1 (GENERAL SURGERY, ABDOMINAL  
SURGERY, THORACIC SURGERY, ONCOLOGY, UROLOGY, ANESTHESIOLOGY  
AND REHABILITATION)

**Голова секції:** Машіка Ю.В.

**Секретар секції:** Бедь І.М.

**Голова журі:** проф. Болдіжар П.О.

**Члени журі:** проф. Корсак В.О., проф. Русин В.І., проф. Філіп С.С.,  
проф. Чобей С.М., доц. Бойко С.О.

## **СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2 (ТРАВМАТОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ)**

SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 2 (TRAUMATOLOGY, NEUROSURGERY,  
OPHTHALMOLOGY, OTORHINOLARYNGOLOGY)

**Голова секції:** Митрик І.І.

**Секретар секції:** Попович К.В.

**Голова журі:** проф. Смоланка В.І.

**Члени журі:** проф. Шимон В.М., доц. Бора К.В., доц. Лешак В.І.,  
доц. Чомоляк Ю.Ю., ас. Гаврилів Т.С.

## **СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1 (КАРДІОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ФТІЗИАТРІЯ)**

SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 1 (CARDIOLOGY, PULMONOLOGY,  
RHEUMATOLOGY, HEMATOLOGY AND PHTYSIOLOGY)

**Голова секції:** Бедевельський М.С.

**Секретар секції:** Бедевельський А.С.

**Голова журі:** проф. Рішко М.В.

**Члени журі:** проф. Кишко М.М., проф. Лемко О.І., доц. Чендей Т.В.,  
доц. Попович Ю.Ю., доц. Александрова М.Я.

**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2 (ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)**

SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 2 (GASTROENTEROLOGY, NEPHROLOGY, ENDOCRINOLOGY)

**Голова секції:** Шушман Л.В.

**Секретар секції:** Стебляк К.М.

**Голова журі:** проф. Ганич Т.М.

**Члени журі:** проф. Архій Е.Й., проф. Сірчак Є.С., доц. Пічкарь Й.І., доц. Стрижак В.В., доц. Свистак В.В.

**СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОЛОГІЯ)**

SECTION OF NEUROLOGIC DISCIPLINES (NEUROLOGY, PSYCHIATRY, PSYCOLOGY)

**Голова секції:** Алфелдій Б.С.

**Секретар секції:** Попович В.В.

**Голова журі:** проф. Орос М.М.

**Члени журі:** проф. Булеца Б.А., проф. Лавкай І.Ю., доц. Бучок Ю.С., ас. Студеняк Т.О., ас. Адамчо Н.Н.

**СЕКЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕДІАТРІЇ (АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ, ГЕНЕТИКА)**

SECTION OF NEONATAL MEDICINE AND PEDIATRICS (OBSTETRICS, GYNECOLOGY, PEDIATRICS AND GENETICS)

**Голова секції:** Криванич Н.В.

**Секретар секції:** Жила М.М.

**Голова журі:** проф. Корчинська О.О.

**Члени журі:** проф. Маляр В.А., проф. Горленко О.М., проф. Герзанич С.О., доц. Білак В.М., доц. Цмур О.В.

**СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ)**

SECTION OF INFECTIOUS DISEASES AND ALERGOLOGY (INFECTION, MICROBIOLOGY, DERMATOLOGY AND IMMUNOLOGY)

**Голова секції:** Раммаль А.А.

**Секретар секції:** Матвійв Г.Р.

**Голова журі:** проф. Коваль Г.М.,

**Члени журі:** доц. Вайс В.В., доц. Когутич А.І., доц. Пантьо В.В., доц. Поляк М.А., ас. Карабиньош С.О.

**СЕКЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПИТАНЬ (СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГІГІЄНА)**

SECTION OF FAMILY MEDICINE (FAMILY MEDICINE, SOCIAL MEDICINE, HYGIENE)

**Голова секції:** Палагонич Е.С.

**Секретар секції:** Фегер О.В.

**Голова журі:** проф. Рогач І.М.

**Члени журі:** доц. Палко А.І., доц. Микита Х.І., доц. Погоріляк Р.Ю., ас. Керецман А.О., ас. Гаджега І.І.

**СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН**  
**(АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ, ГІСТОЛОГІЇ, ТОПОГРАФІЧНОЇ**  
**АНАТОМІЇ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЇ)**

**SECTION OF MORPHOLOGICAL DISCIPLINES**  
**(OF ANATOMY, HISTOLOGY, TOPOGRAPHIC ANATOMY**  
**AND PATHOLOGICAL ANATOMY)**

Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, ауд. Л1

**Голова секції:** Югас О.Ю.

Head of the section: O. Yuhas

**Секретар секції:** Балаж Ю.І.

Secretary of the section: Y. Balazh

**1. ЗАКОНОМІРНОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АНАТОМІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ  
ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ РІЗНОГО СОМАТИЧНОГО ТИПУ**  
PRINCIPALS OF ULTRASOUND ANATOMY OF THYROID HEALTHY PEOPLE OF  
DIFFERENT SOMATIC TYPE

*Бердар А.М.*

*Наукові керівники: ас. Яцко С.І., ас. Яцко П.Л.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**2. ВПЛИВ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН  
ПЕЧІНКИ**

THE INFLUENCE OF HYPERTENSIVE DISEASE ON FUNCTIONAL STATE OF THE  
LIVER

*Боднарчук М.О., Калинюк І.С.*

*Науковий керівник: доц. Мігляр В.Г.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**3. ДИНАМІКА ЗМІН РОЗМІРІВ ГІПОФІЗА У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ  
ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**  
DYNAMICS OF SIZE CHANGES OF THE PITUITARY GLAND IN THE POSTNATAL  
PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS

*Вітошинський А.І.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Головацький А.С., асист. Студеняк Т.О.\**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет*

*Кафедра анатомії людини та гістології;*

*\*Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**4. МОРФОЛОГІЯ УСКЛАДЕНЬ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇХ ДИНАМІКА  
ЗА ОСТАННІ РОКИ**

MORPHOLOGY OF COMPLICATIONS OF THE HYPERTENSIVE DISEASE  
AND THEIR DYNAMIC FOR THE LAST YEARS

*Гісем В.В., Енкала К.В.*

*Наукові керівники: ас. Хархаліс І.К., к.мед.н., доц. Антоненко В.П., ас. Фістер Н.І., ас. Довганич В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб із курсами патологічної анатомії та фтизіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**5. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ НАСИЧЕНИХ АНТИБІОТИКАМИ КІСТКОВО-ПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ТВАРИН З ОСТЕОМІЄЛИТОМ**  
**EXPERIMENTAL APPLICATION OF BONE-PLASTIC MATERIALS SATURATED BY ANTIBIOTICS IN ANIMALS WITH OSTEOMYELITIS**

*Головнич А.М., Зобенько І.В.*

*Наукові керівники: доц. Шерегій А.А., доц. Пушкаш І.І.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**6. ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ГОЛОВНОМУ МОЗКУ, ОБУМОВЛЕНІ ДОВГОТРИВАЛИМИ СПАЗМАМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ГІПОКСІЄЮ**

**PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE BRAIN, CAUSED BY LONG-TERM SPASMS OF THE BRAIN VESSELS AND HYPOXIA**

*Дан М.І., Зінич А.В.*

*Науковий керівник: доц. Мігляр В.Г*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних захворювань*

*м. Ужгород, Україна*

**7. ВІДМІННОСТІ РОЗМІРІВ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ КІНЦЕВОГО МОЗКУ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ**

**THE DIFFERENCES IN THE SIZE OF LATERAL VENTRICLES OF ADULTS AND ELDERLY PEOPLE'S TELENCERPHALON**

*Дутка В.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Головацький А.С.; лікар Смик Є.Й.\**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології;*

*\*Закарпатський діагностичний центр «СВРОКЛІНІК»*

*Ужгород, Україна*

**8. ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ КОМПОЗИТОМ ТРИКАЛЬЦІЙФОСФАТУ З ГІДРОКСИПАТИТОМ**

**BONE DEFECTS SUBSTITUTION BY COMPOSITE OF TRICALCIUM PHOSPHATE WITH HYDROXIAPATITIS**

*Зобенько І.В., Головнич А.М.*

*Наукові керівники: доц. Шерегій А.А., доц. Пушкаш І.І.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**9. ДЕЯКІ СОМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНЦІВ КАРПАТСЬКОЇ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ ЗОНИ**  
**SOME SOMATOLOGICAL FEATURES OF UKRAINIANS OF KARPATHIAN ANTHROPOLOGICAL ZONE**

*Казан У., Казан І.*

*Наукові керівники: доц. Мота О.М., доц. Галюк У.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра анатомії людини*

*м. Львів, Україна*

**10. ВІКОВІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА**  
**AGE CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANE OF THE STOMACH**

*Маркович Д., Веклинець В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Гецько О.І., к.мед.н., доц. Гербут А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**11. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ГЛЮБЛАСТОМИ**  
**FEATURES OF THE INFLUENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES ON GLIOBLASTOMAS**

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Мігляр В.Г., Гайдук О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**12. КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖ ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТУ ТА РОЗМІРАМИ ЧЕРЕПА**  
**CORRELATION ANALYSIS BETWEEN TYPES OF TEMPERAMENT AND SKULL SIZE**

*Орос М.М., Сабовчик О.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Попович Ф.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна.*

**13. ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА**  
**THE EFFECT OF TYPE II DIABETES ON THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION**

*Палатна С.С., Форос І.В.*

*Палатна С.С., Форос І.В.*

*Науковий керівник: доц. Мігляр В.Г.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**14. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРА**  
**MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE RAT THYROID GLAND**

*Петришин М., Серкіз С., Варварич Л.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Мота О.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра нормальної анатомії*

*м. Львів, Україна*

**15. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ  
ВІМЕНТИНУ В ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ В ПОСІДНАННІ  
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ТА ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ  
ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У 29-32 ТИЖНІ ГЕСТАЦІЇ**

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF VIMENTIN IMMUNOHISTOCHEMICAL  
EXAMINATION IN ENDOTHELIOCYTES OF THE PLACENTAL VILLI IN THE  
ASPECT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA OF GRAVIDAS AND PRETERM  
MATURATION OF THE CHORIONIC TREE IN 29-32 WEEKS OF GESTATION

*Гарвасюк О.В., Петроченко Г.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н, проф. Давиденко І.С.*

*ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра патологічної анатомії*

*м. Чернівці, Україна*

**16. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ У ХВОРИХ РІЗНИХ  
ВІКОВИХ ГРУП**

PATHOMORPHOLOGIC PARTICULARITIES OF THE SKIN DISEASES IN PATIENTS  
OF THE DIFFERENT AGE GROUPS

*Сливка Н.Я., Уйгелі Я.В..*

*Наукові керівники: ас. Хархаліс І.К., к.мед.н., доц. Антоненко В.П., ас. Довганич В.В.,  
ас. Фістер Н.І.*

*Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет*

*Кафедра шкірних і венеричних хвороб із курсами патологічної анатомії та фіззіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**17. АРТЕРІАЛЬНЕ КОЛО МОЗКУ: ВАРІАНТИ БУДОВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ  
ФУНКЦІОНУВАННЯ**

CEREBRAL ARTERIAL CIRCLE: VARIANTS OF STRUCTURE AND FEATURES OF  
ITS FUNCTIONING

*Тюлькін М. В., Жовтобрюх І. О., Бонка О. В.*

*Науковий керівник: ас. Ляшина К.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**18. ЦІННІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО  
ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ ПРИ ВИЯВЛЕННІ РАННІХ ПРОЯВІВ  
ОСТЕОПОРОЗУ**

IMPORTANCE OF X-RAY EXAMINATION OF LUMBAR SPINE AT THE DETECTION  
OF OSTEOPOROSIS EARLY MANIFESTATIONS

*Федитник С.Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Мота О.М.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Кафедра нормальної анатомії*

*м. Львів, Україна*

**19. ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ АРТЕРІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ  
VARIANT ANATOMY OF CEREBRAL ARTERIES**

*Мигалко Ю.В*

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Росола Т.Ф.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН**  
**(ФІЗІОЛОГІЇ, ПАТОФІЗІОЛОГІЇ, БІОХІМІЇ**  
**ТА ФАРМАКОЛОГІЇ)**

**SECTION OF FUNCTIONAL DISCIPLINES**  
**(OF PHYSIOLOGY, PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY,**  
**BIOCHEMISTRY, PHARMACOLOGY)**

Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, ауд. Л2

**Голова секції:** Сіткар А.Д.

Head of the section: A. Sitkar

**Секретар секції:** Гафенко М.М.

Secretary of the section: M. Hafenko

---

**1. ДНК-РНК-БЛОК: НЕСТАНДАРТНІ ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ БІОІНФОРМАЦІЇ**  
DNA-RNA-PROTEIN: NON-STANDARD WAYS OF TRANSMITTING  
BIOINFORMATION

*Андрусяк А.Я., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ростока Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**2. РОЗПОДІЛ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД БІОГЕОХІМІЧНОГО  
РЕГІОНУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

DISTRIBUTION OF SOMATIC PATHOLOGY DEPENDING ON THE  
BIOGEOCHEMICAL REGION IN THE TRANSCARPATIA

*Боднарчук М.О., Сіткар А.Д., Мельник І.О., Лях В.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ростока Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**3. ОЦІНКА ЯКОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДУ  
НАТУРАЛЬНОГО У АПІТЕРАПІЇ**

QUALITY ASSESSMENT AND PERSPECTIVES OF THE NATURAL HONEY  
APPLICATION IN APITHERAPY

*Бохан Ю.В.<sup>1</sup>, Терещенко О.В.<sup>1</sup>, Вороніна М.С.<sup>2</sup>*

*Науковий керівник: к.хім.н., доц. Бохан Ю.В.*

*<sup>1</sup>Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені Володимира  
Винниченка*

*м. Кропивницький, Україна*

*<sup>2</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України*

*м. Дніпро, Україна*

#### **4. ОЦІНКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ЗДОРОВИХ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В МІЖЕСІЙНИЙ ПЕРІОД**

ESTIMATION OF STRESSITY IN HEALTHY YOUNG PEOPLE IN THE INTERSECTION PERIOD

*Вавринчак У.Ю., Ємець О.Т.*

*Наукові керівники: асист. Поляк-Митровка І.І., Райко О.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології та патфізіології.*

*м. Ужгород, Україна*

#### **5. ВПЛИВ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПРОЦЕСИ У ЛЕГЕНЯХ ТА СЕЛЕЗИНЦІ ЩУРІВ**

THE INFLUENCE OF INDOMETHACIN AND METHOTREXATE ON METABOLIC PROCESSES IN LUNGS AND SPLEEN OF RATS

*Вороновська М., Бербелюк О., Морозкін А.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Хаврона О.П., к.біол.н., ас. Білецька Л.П.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра біологічної хімії*

*м. Львів, Україна*

#### **6. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНИХ ПРОЦЕСІВ ТА СИСТЕМИ L-АРГІНІН-НІТРОГЕНУ ОКСИД – АРГІНАЗА У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ**

ANALYSIS OF PROOXIDANT PROCESSES AND L-ARGININE-NITROGEN OXIDE-ARGINASE SYSTEM PARAMETERS IN PLASMA OF BLOOD OF PATIENS WITH PARANOID FORM OF SHYSOPHRENIA

*Гвозд М.-Г.І., Вороновська М.М., Стадник Л.В.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Хаврона О.П., к.біол.н., ас. Білецька Л.П.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Кафедра біологічної хімії*

*м. Львів, Україна*

#### **7. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЇЇ АСОЦІАЦІЯ З ВИРАЖЕНІСТЮ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІДДІЛЕНЬ ЛІКАРНІ**

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND ITS ASSOCIATION WITH DEPRESSIVE SYMPTOMATICS OF PATIENTS OF DIFFERENT DEPARTMENTS OF THE HOSPITAL

*Гомович В.М., Червоняк В.В., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

#### **8. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

DETERMINATION OF THE TYPES OF PROFESSIONAL DIRECTION TO STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

*Зейкан Б.М.*

*Наукові керівники: ас. Поляк-Митровка І.І., доц. Чундак С.С.*

*ДНВЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології і патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**9. АНАЛІТИЧНИЙ ВИСНОВОК ЩОДО РЕЗУЛЬТАТУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО  
ВПЛИВУ ЗАСНОВАНИЙ НА ГРАФІЧНОМУ ВІДОБРАЖЕННІ ДИНАМІКИ  
КЛІНІЧНОГО СТАНУ В МАТЕМАТИЧНОМУ N-ВИМІРНОМУ  
ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОСТОРИ**

ANALITICAL CONCLUSION UPON TREATMENT ACT BASED ON GRAPHIC  
PERFORMANCE OF CLINICAL STATUSES DINAMIC IN MATHEMATIC  
N-DIMENTIONAL DIAGNOSTIC SPACE

*Калініна А.О., Гафенко М.М., Волянський Ю.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
м. Ужгород, Україна*

**10. ВПЛИВ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ  
INFLUENCE OF MODERN TECHNOLOGIES FOR ADOLESCENT HEALTH**

*Коваленко В.А., Малахова С.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Малахова С.М.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я  
м. Запоріжжя, Україна*

**11. ПРОПОЗИЦІЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ПАТОЛОГІЙ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ  
ЛАБОРАТОРНИХ АНАЛІЗІВ З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ ПОРЯДКУ ВІДБОРУ  
НАЙБІЛЬШ ДОЦІЛЬНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ**

A SUPPOSED CLASSIFICATION OF PATHOLOGIES ACCORDING TO THE RESULTS  
OF LABORATORY AND CLINICODIAGNOSTIC PAREMETERS IN ORDER TO  
ESTABLISH A PROCEDURE FOR SELECTING THE MOST APPROPRIATE  
TREATMENT

*Корпош В.І., Корчак А.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини  
м. Ужгород, Україна*

**12. АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ТА ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ  
СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ  
THE ANALYSIS OF PSYCHOEMOTIONAL AND PSYCHOPHYSICAL STATE  
OF MEDICAL STUDENTS DEPENDING ON GENDER**

*Кравчук О.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сливка Я.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології та патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**13. НЕФЕРМЕНТАТИВНІ РЕАКЦІЇ ЯК МОДИФІКАТОРИ ВЗАЄМОДІЙ  
У ЖИВОМУ ОРГАНІЗМІ**

NON-FERMENTATIVE REACTIONS AS MODIFIERS OF INTERACTIONS IN LIVING  
ORGANISM

*Кузьмак М.В., Мимренко А.А., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини  
м. Ужгород, Україна*

**14. ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ШЛУНКУ  
ОРІЄНТОВАНИ НА СУБ'ЄКТИВНІ ВІДЧУТТЯ ПІСЛЯ ВЖИВАННЯ ВОДИ  
З РІЗНИМ ХІМІЧНИМ СКЛАДОМ**

DEFINITION OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE STOMACH ORIENTED  
ON SUBJECTIVE SENSATIONS AFTER DRINKING WATER WITH DIFFERENT  
CHEMICAL COMPOSITION

*Макарчук В.С., Ярошовець Є.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
м. Ужгород, Україна*

**15. ПОЛІСИСТЕМНІСТЬ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В СТАТЕВО-  
ВІКОВОМУ АСПЕКТІ НА ФОНІ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ**  
POLYSICITY OF COMPLICATIONS OF DIABETES IN SEXUAL AND AGE ASPECTS  
IN THE FIELD OF DIABETIC HEPATOPATHIA

*Максименко К.Ю., Сіткар А.Д., Балінт І.І., Лях О.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Росток Л.М., д.мед.н., проф. Дербак М.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет*

*Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної  
медицини;*

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**16. ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЙОДОВАНОЇ  
ОЛІЇ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ СТУДЕНТІВ**

THE PLACEMENT-CONTROLLED STUDY ON THE IMPACT OF IODINE OIL  
ON COGNITIVE FUNCTIONS OF STUDENTS

*Малтис Л.А., Мазур Б.Ф., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**17. ЗМІНИ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ПРИ ШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ  
З НАБРЯКОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

CHANGES IN BLOOD SOME PARAMETERS DURING ISCHEMIC STROKE WITH  
CEREBRAL EDEMA

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Савка Ю.М.<sup>1</sup>, нейрохірург вищої категорії Гайдук О.В.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет*

<sup>1</sup> *Кафедра фізіології та патофізіології*

<sup>2</sup> *ОКЦНН м. Ужгород*

*м. Ужгород, Україна*

**18. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ НАСЛІДКИ  
У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ**

CHARACTERISTICS OF METABOLIC DISORDERS AND THEIR CONSEQUENCES  
IN PATIENTS WITH STEATOHEPATITIS

*Мимренко А.А., Кузьмак М.В., Сіткар А.Д.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Росток Л.М., д.мед.н., проф. Дербак М.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет  
Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної  
медицини;  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**19. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ  
НА ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ**

STUDY OF THE EFFECT OF CLINICAL COURSE OF DIABETES ON DISRUPTION OF  
COGNITIVE FUNCTIONS

*Немеш І.М., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**20. МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ДЕ-І  
РЕГЕНЕРАЦІЇ НА ФОНІ ЙОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ**

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL STATE OF THE SCIATIC NERVE WHILST  
DEGENERATION AND REGENERATION WHEN IT HAS BEEN LASER IRRADIATED

*Онисько І.З., Скрипник Т.І., Герот М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яцишин З.М.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра патофізіології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**21. РОЛЬ ОПОЇДНИХ РЕЧОВИН У ПРОЦЕСАХ ПАМ'ЯТІ.  
ЕНКЕФАЛІНИ ТА ЕНДОРФІНИ**

THE ROLE OF OPIOID SUBSTANCES IN THE PROCESSES OF MEMORY.  
ENDORPHINS AND ENKEPHALINS

*Орленко В.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Дацшин П.Т.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нормальної фізіології*

*м. Вінниця, Україна*

**22. ПОШИРЕНІСТЬ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЗАКАРПАТТІ**

PREVALENCE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN TRANSCARPATHTIA

*Орос Ю.Г.*

*Науковий керівник: Поляк-Митровка І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології та патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**23. НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ  
НА АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ**

NONSPECIFIC INFLUENCE OF INHIBITORS CYCLOOXYGENASE ON ENZYMES  
ACTIVITY

*Писаренко І.В., Петах П.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини  
м. Ужгород, Україна

**24. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ТА АЛЕКСИТИМІЇ У ПЕДАГОГІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ДОШКІЛЬНОЇ ЛАНКИ ОСВІТИ**  
RESEARCH ON THE FEATURES OF THE SYNDROME OF "EMOTIONAL BURNOUT" AND ALEXITHYMIA AMONG THE TEACHERS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND PRE-SCHOOL LEVEL EDUCATION

Резо О.Ю.

Наукові керівники: к.мед.н., доц. Савка Ю.М.<sup>1</sup>, к.пед.н., доц. Резо Г.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медичний факультет, кафедра фізіології та патологічної фізіології

<sup>2</sup>ЗІППО

м. Ужгород, Україна

**25. РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ОЦІНКИ СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НА ОСНОВІ ПАРАМЕТРІВ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

DEVELOPMENT OF THE METHODS OF EVALUATION OF LIVER FIBROSIS STADIUM OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS C ON THE BASIS OF PARAMETERS OF LABORATORY STUDY

Сіткар А.Д., Лях О.І.

Наукові керівники: к.мед.н., доц. Росток Л.М., к.мед.н., доц. Козутич А.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медичний факультет

Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини;

Кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб

м. Ужгород, Україна

**26. ПОРІВНЯННЯ ЗНАТЬ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, РІВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

COMPARISON OF KNOWLEDGE ON HIV INFECTION, TOLERANCE LEVEL TO PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS OF THE FOREIGN AND DOMESTIC STUDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES OF THE UZHGOROD NATIONAL UNIVERSITY

Убрижі А.І., Убрижі Е.І.

Наукові керівники: к.мед.н., доц. Савка Ю. М., ас. Білак-Лук'янчук В.Й.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медичний факультет, кафедра фізіології та патофізіології

м. Ужгород, Україна

**27. ОЦІНКА ПРООКСИДАНТНОГО СТАНУ ЕРИТРОЦИТІВ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ**  
EVALUATION OF THE PROOXIDANT STATE OF ERYTHROCYTUS OF RATS WITH MODELED STREPTOZOTOXIN DIABETES

Федюк М.А., Цьопух Є.В.

Науковий керівник: ас. Мазур О.Є.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра біохімії

м. Львів, Україна

**28. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИЯВЛЕННЯ ПОБІЧНОГО ВПЛИВУ ДЕЯКИХ СТАБІЛІЗУЮЧИХ РЕЧОВИН В ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТАХ [ПЕРШЕ ПОВІДОМЛЕННЯ]**

SOME PHARMACEUTICAL DRUGS CONDITION FORMING AGENTS SIDE EFFECTS EXPERIMENTAL DETECTION

*Шітев А.І., Коваленко Є.О., Єсип І.І., Бондарчук П.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**29. ОСНОВНІ ЗБУДНИКИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ПРИРОДИ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО ДІЇ ПРЕПАРАТІВ-АНТИБІОТИКІВ.**

THE MAIN PATHOGENS OF PURULENT-INFLAMMATORY PROCESSES OF THE PARANASAL SINUSES OF THE BACTERIAL NATURE AND THEIR SENSITIVITY TO THE EFFECTS OF DRUGS-ANTIBIOTICS

*Ярошовець Є.С., Макарчук В.С., Данів М.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології та імунології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**30. THE RELATIONSHIP BETWEEN INDICES OF BODY COMPOSITION AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN YOUNG PEOPLE**

*Addison J., Karaba G.A.*

*Науковий керівник: д.біол.н., проф. Фекета В.П., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В., ас. Немеш М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін*

*м. Ужгород, Україна*

**31. HEART RATE VARIABILITY AS A METHOD OF SCREENING FOR AUTONOMIC DYSFUNCTION**

*Rakesh*

*Supervisor: as. Sheiko N.*

*SHEE «Uzhgorod National University»*

*Medical faculty № 2, Department of fundamental medical disciplines*

*Uzhgorod, Ukraine*

**32. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РЕГІОНАРНОГО РОЗПОДІЛУ ЖИРОВОЇ ТА М'ЯЗОВОЇ ТКАНИНИ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ**

INTERCONNECTION OF REGIONAL DISTRIBUTION OF FAT AND MUSCLE TISSUE WITH FUNCTIONAL STATE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN WOMEN OF MATURE AGE

*Кумар Ашїш., Точкуву Онуоха*

*Наукові керівники: ас. Костенчак О.Є., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В., ас. Немеш М.І., ас. Кентеш О.П.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін*

*м. Ужгород, Україна*

**33. THE RELATIONSHIP BETWEEN INDICES OF BODY COMPOSITION AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN YOUNG PEOPLE**

*Jaykishan Omprakash Vairagi, Arundathi Panda*

*Наукові керівники: д.біол.н., проф. Фекеета В.П., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В., ас. Немеш М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін*

*м. Ужгород, Україна*

**34. АЛГОРИТМІЗАЦІЯ МЕТРИЧНИХ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З ОСНОВАМИ ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ  
ALGORITHMIZATION OF METRIC CLINICAL-DIAGNOSTIC PARAMETERS WITH THE PRINCIPALS OF PHARMACOLOGICAL CORRECTION**

*Джахман А.В.*

*Науковий керівник: д. м. н., проф. О.М. Торохтін*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1**  
**(ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ,**  
**ОНКОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ,**  
**РЕАНІМАТОЛОГІЯ)**

**SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 1**  
**(GENERAL SURGERY, ABDOMINAL SURGERY, THORACIC**  
**SURGERY, ONCOLOGY, UROLOGY, ANESTHESIOLOGY**  
**AND REHABILITATION)**

Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, ВМА

**Голова секції:** Машіка Ю.В.  
Head of the section: Y. Mashika  
**Секретар секції:** Бедь І.М.  
Secretary of the section: I. Bed

---

**1. ВОГНЕПАЛЬНЕ УЛАМКОВЕ СЛІПЕ ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ З ЗАБОЄМ СЕРЦЯ ТА СТОРОННІМИ ТІЛАМИ В ПЕРИКАРДІ**

FIRECRACKER CAVITY BLIND PENETRATING INJURY OF THE CHEST WITH HEARTBURN AND EXTRANEIOUS BODIES IN THE PERICARDIUM

*Бежинець Ю.В*

*Науковий керівник: доц. Вайнагій О.М*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії, курс клінічної анатомії та оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**2. КОНВЕРСІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА. АНАЛІЗ ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ.**

CONVERSIONS IN GALLBLADDER SURGERY. ANALYSIS AND WAYS TO PREVENT IT.

*Боровець В.А., Сокор Ю.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Вацеба Р.Є.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра хірургії №1*

*м. Львів, Україна*

**3. ПРИЧИНИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

CAUSES OF SUPPURATIVE-NECROTIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER EXTREMITIES

*Веремей Д.А., Мороз А.Ю., Семенюк М.О., Сирчина В.О., Радіонова Д.С.*

*Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. Лупальцов В.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра хірургії № 3*

*м. Харків, Україна*

**4. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ ПОСТПУНКЦІЙНОЇ ЦЕФАЛГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ**  
**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PREDICTORS OF POSTPUNCTURE CEPHALGIA IN PATIENT UNDERGOING SPINAL ANESTHESIA SURGERY**

*Голубенко О.А., Раммаль А.А., Ліцинська Н.М.*

*Науковий керівник: ас. Тенкач О. О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра онкології та радіології*

*м. Ужгород, Україна*

**5. ДО ВИБОРУ СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СТЕГНОВОЇ ГРИЖІ**  
**FOR SELECTING THE MESH IMPLANT IN SURGICAL TREATMENT OF FEMORAL HERNIA**

*Гурницький А.Е., Бабій І.В., Манюк В.О., Варчак Г.Ю.*

*Науковий керівник: проф., д.мед.н. Власов В.В.*

*ДВНЗ «Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова»*

*Факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії з курсом стоматології*

*м. Хмельницький, Україна*

**6. ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ОНКОХІРУРГІЇ КЛЕКСАНОМ І ФЛЕНОКСОМ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

**OPTIMIZATION OF PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER IN ONCOSURGERY BY USING CLEXAN AND PHLENOX**

*Декет М.М., Береш І.І.*

*Науковий керівник: асист. Тенкач О. О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра онкології та радіології*

*м. Ужгород, Україна*

**7. РЕГЕНЕРАЦІЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ**  
**THE REGENERATION OF BONE TISSUE DEPENDING ON THE AGE**

*Кінь М.М.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагій О.М., доц. Шерегій А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсом вивчення оперативної хірургії, травматології та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**8. МИНУЛЕ І СЬОГОДЕННЯ КОЛОНОСКОПІЇ. КОЛОНОСКОПІЯ, ЯК ЕНДОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ. ІННОВАЦІЇ**  
**THE PAST AND THE PRESENT OF COLONOSCOPY. INNOVATIONS**  
**COLONOSCOPY AS AN ENDOSCOPIC METHOD OF RESEARCH. INNOVATIONS**

*Ковач В.П., Довганич Д.І.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагій О.М., асист. Литвак В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

## **9. ГЕРНІОПЛАСТИКА – ПЛАСТИКА ПУПКОВОЇ ТА ПАХВИННИХ ГРИЖ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ.**

**HERNIOPLASTYISAPLASTICOFUMBILICALHERNIAANDINGUINALHERNIA.  
MODERN ASPECTS.**

*Ковач В.П., Довганич Д.І.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагії О.М., асист. Литвак В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

## **10. МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ КАПСУЛЬНОЇ КОНТРАКТУРИ ЗА ШКАЛОЮ БЕЙКЕРА В ЕКСПЕРИМЕНТІ У ЩУРІВ**

**BAKER SCALE FOR THE ASSESSMENT OF CAPSULAR CONTRACTURE  
IN THE RODENT MODEL**

*Ніколаско С.І., Павленко Р.О., Підченко Ю.Д., Фоменко Н.С., Храпач О.В.,*

*Кулебякіна Д.А., Чистяков В.В.,*

*Наукові керівники: проф. Храпач В.В., PhD Дінець А.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургії № 4 (зав. каф. проф. Мішалов В.Г.);*

*проф. Натрус Л.В., Рижко І.М. (НДІ експериментальної та клінічної медицини);*

*доц. Понятовський В.А.*

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології*

*(зав. каф. академік НАН та НАНМ України, д.мед.н., проф. Ширококов В.П.)*

*м. Київ, Україна*

## **11. УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ МОДЕЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ КАПСУЛЬНОЇ КОНТРАКТУРИ У ЩУРІВ**

**IMPROVING MODELING TECHNIQUES OF CAPSULAR CONTRACTION IN RATS**

*Ніколаско С.І., Павленко Р.О., Підченко Ю.Д., Фоменко Н.С., Храпач О.В.,*

*Кулебякіна Д.А., Чистяков В.В.*

*Наукові керівники: проф. Храпач В.В., PhD Дінець А.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургії №4*

*(зав. каф. проф. Мішалов В.Г.);*

*проф. Натрус Л.В., Рижко І.М. (НДІ експериментальної та клінічної медицини);*

*доц. Понятовський В.А.*

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології*

*(зав. каф. академік НАН та НАНМ України, д.мед.н., проф. Ширококов В.П.)*

*Київ, Україна*

## **12. ЗАСТОСУВАННЯ VAC-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ВЕНОЗНУ НЕДОСТАТНІСТЬ**

**APPLICATION OF VAC-THERAPY IN TREATMENT OF TROPHIC SURFACES OF  
LOWER PATIENTS IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY**

*Рошинець Ю.В., Будай Д.О., Гаврилець М.М.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Чобей С.М., Носенко О.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

### **13. АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ІНЦИДЕНТАЛЬНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В МІСТІ КИЄВІ**

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF INCIDENTAL PROSTATE CANCER IN KYIV

*Ісаснко І., Івашин С., Котляр К., Лавренова А., Назарець Н., Ніколаснко С., Павленко Р., Памтуха Д., Шевченко Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології (завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Пасєчніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

### **14. РЕКОНСТРУКЦІЯ ІНФЕКОВАНОЇ РАНИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ВЕЛИКОГО САЛЬНИКА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ТА ПРОТЕЗУВАННЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНІЧНИМ ПРОТЕЗОМ**

RECONSTRUCTION OF THE INFECTED WOUND OF THE CHEST WITH THE HELP OF A LARGE OMENTUM AFTER THE OPERATION OF CORONARY BYPASS AND PROSTHETICS OF THE AORTIC VALVE BY MECHANICAL PROSTHESIS

*Фенчин Марія*

*Науковий керівник: доц. Щур О.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра хірургії № 2*

*Завідувач кафедри: проф. Кобза І.І.*

### **15. БІОЛОГІЧНА НЕКРЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

BIOLOGICAL NECROSECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

*Мельник А.В., Фейса Н.Й., Чопей А.В.*

*Наукові керівники: доц. Попович Я.М., к.мед.н. Носенко О.А.*

*ДВЗН «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

### **16. AN OVERVIEW OF TREATMENTS FOR CHOROIDAL MELANOMA**

*Тіупова І.А.*

*Head. Chair: Professor Konkova M.V.*

*Donetsk National Medical University (Liman, Ukraine)*

*Department of Oncology and Radiology,*

*The scientific adviser is the assistant of the department,*

*Candidate of Medical Sciences Ketov V.G.*

### **17. ПРОГНОЗ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ**

SURVIVAL PROGNOSIS FOR THE PATIENTS WITH PROSTATE CANCER IN ACCORDANCE WITH CHOSEN SURGICAL STRATEGY: RETROSPECTIVE ANALYSIS

*Ісаснко І., Івашин С., Котляр К., Лавренова А., Назарець Н., Ніколаснко С., Павленко Р., Памтуха Д., Шевченко Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології*

*(завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Пасєчніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

**18. ВАРІАНТИ РЕЦИДИВУВАННЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА**  
**VARIANTS OF BLADDER CANCER RECURRENCE**

*Чістяков Віктор*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології*

*(зав. Кафедри: д.мед.н., проф. Пасечніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

**20. ВИВЧЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИНИКНЕННЯ ПАХОВИХ ГРИХ НА ОСНОВІ**  
**МАКРО-МІКОРСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАХОВОЇ ДІЛЯНКИ**  
**STUDY OF PREREQUISITES OF INGUINAL HERNIAS, BASED ON BASED ON**  
**MACRO-MICROSCOPIC FEATURES OF THE INGUINAL AREA**

*Алі Брайт Фоссу*

*Науковий керівник: доц. Шеретій А.А.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2**  
**(ТРАВМАТОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ,**  
**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ)**

**SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 2**  
**(TRAUMATOLOGY, NEUROSURGERY, OPHTALMOLOGY,**  
**OTORHINOLARYNGOLOGY)**

Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, конференц-зал

**Голова секції:** Митрик І.І.

Head of the section: I. Mytryk

**Секретар секції:** Попович К.В.

Secretary of the section: K. Popovych

---

**1. ВІРТУАЛЬНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЕПІМЕТАФІЗУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЛАНУВАННІ ОСТЕОСИНТЕЗУ**  
VIRTUAL RECONSTRUCTION OF THE FRACTURES OF THE PROXIMAL EPIMETNATHIS OF THE TIBIA IN THE PREOPERATIVE PLANNING OF OSTEOSYNTHESIS

*Білоус О.В., Галій З.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сулима В.С.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра травматології і ортопедії*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**2. ВПЛИВ ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНОГО ТРОМБОЦИТОЗУ НА РОЗВИТОК ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СПЛЕНЕКТОМІЇ**  
EFFECT OF POSTSPLENECTOMICAL THROMBOCYTOSIS ON CREATION OF TROMBUS COMPLICATIONS IN DISTANT PHASE AFTER POSTTRAUMATIC SPLENECTOMIA

*Денисенко А.П., Пилипець О.О.*

*Науковий керівник: доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії*

*м. Суми, Україна*

**3. НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**  
STATE OF THE NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC BEFORE AND AFTER SURGICAL INTERVENTION

*Дурунда М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомяк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**4. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ТРАНСПОРТНОЇ ФУНКЦІЇ МИГІТЛИВОГО ЕПІТЕЛІЮ ПОРОЖНИНИ НОСА У КУРЦІВ ЕЛЕКТРОННИХ ЦИГАРОК**  
**RESEARCH OF DISTURBANCES OF THE TRANSPORT FUNCTION OF THE CILIATED EPITHELIUM OF THE NASAL CAVITY IN VAPERS**

*Жигайло С.О., Горін В.Я., Радомська О.Ю.*

*Науковий керівник: асист. Крук М.М.*

*ЛНМУ імені Данила Галицького*

*Кафедра оториноларингології*

*м. Львів, Україна*

**5. ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ**  
**SURGICAL ASPECTS OF TREATING HEEL BONE FRACTURES**

*Ігнатко Я.Я., Шимон В.М., Шереміт А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**6. ЕФЕКТИВНІСТЬ СТЕРЕОТАКСИЧНИХ БІОПСІЙ З ФАНТОМНИМ МОДЕЛЮВАННЯМ У ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

**EFFICIENCY OF STEREOTACTIC BIOPSIES USING PHANTOM MODELING TECHNOLOGY IN DIAGNOSTICS OF INTRACEREBRAL NEOPLASMS**

*Калюжка В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. П'ятикоп В.О., к.мед.н., доц. Кутовий І.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра нейрохірургії*

*м. Харків, Україна*

**7. КОМБІНАЦІЯ МЕТОДІВ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОМІЛКИ**  
**COMBINATION OF OSTEOSYNTHESIS METHODS FOR SHIN FRACTURES**

*Мельник І.О.*

*Наукові керівники: проф. Шимон В.М., доц. Шимон М.В., ас. Пушкаш І. І.,*

*ас. Стойка В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії, курс травматології та ортопедії*

*м. Ужгород, Україна*

**8. ПРОГНОЗУВАННЯ ВИЖИВАНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛІОБЛАСТОМ**

**FORECASTING SURVIVAL IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT WITH GLIOBLASTOM**

*Митрик І.І., Попович К.В., Машіка Ю.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Смолянко В.І., к.мед.н. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра нейрохірургії, неврології і психіатрії*

*м. Ужгород, Україна.*

**9. БАКТЕРІАЛЬНА ФЛОРА КОН'ЮНКТИВАЛЬНОГО МІШКА У ПАЦІЄНТІВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНИМ ВТРУЧАННЯМ З ПРИВОДУ КАТАРАКТИ**  
**CONJUNCTIVAL SAC BACTERIAL FLORA ISOLATED PRIOR TO CATARACT SURGERY**

*Поп Е.В., Гриб І.А., Кантор А.Й., Петах П.В., Філіп В.В..*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Бора К.В., асист. Стойка А.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медицинський факультет, кафедра хірургічних хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**10. ГЛИБОКА СТИМУЛЯЦІЯ МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА**

DEEP BRAIN STIMULATION FOR PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

*Ряшко В.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**11. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСУ**

ESTIMATION OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL VOICE AFFECTION

*Святун Ю., Гльків І.*

*Науковий керівник: доц. Москалик О.Є.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра оториноларингології*

*м. Львів, Україна*

**12. ЕПІЛЕПСІЯ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

EPILEPSY WITH DIFFERENT TYPES OF BRAIN TUMORS

*Сливка Е. Ю., Сорока В. О.*

*Науковий керівник: к.м.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**13. КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІНСУЛЬТОМ**

COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH STROKE

*Філіп В.В., Петах П.В., Гриб І.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**14. УСКЛАДНЕННЯ ВНАСЛІДОК СУБКОН'ЮНКТИВАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ФАРБУЮЧОГО ПІГМЕНТУ З МЕТОЮ ТАТУЮВАННЯ ОЧНОГО ЯБЛУКА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

COMPLICATIONS AFTER THE EYEBALL TATTOOING (CLINICAL CASE)

*Біскуп О.В., Химич М.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бора К.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1**  
**(КАРДІОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ,**  
**ГЕМАТОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ)**

**SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 1**  
**(CARDIOLOGY, PULMONOLOGY, RHEUMATOLOGY,**  
**HEMATOLOGY AND PHTISIOLOGY)**

**Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки**

**Голова секції:** Бедевельський М.С.

Head of the section: M. Bedevelskiy

**Секретарсекції:** Лях В.І.

Secretary of the section: V. Lyakh

**1. RISK FACTORS FOR ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC  
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

*George E. Kuodza*

*Supervisors: T.M. Ternushchak, M.I. Tovt-Korshynska*

*Uzhhorod National University*

*Medical faculty 2,*

*Internal Diseases Department*

*Uzhhorod, Ukraine*

**2. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМ  
ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ**  
**RIGHT VENTRICULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL  
INFARCTION**

*Бедевельський А.С., Гафенко М.М., Біскуп В.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. РішкоМ.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**3. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: ТЕОРІЯ І РЕАЛІЇ**  
**HEALTHY LIFESTYLE: THEORY AND REALITY**

*Безверхий А.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Малахова С.М.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я*

*м. Запоріжжя, Україна*

**4. ЗНАЧЕННЯ КОРОНАРОГРАФІ ТА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ**  
**У ВИЗНАЧЕННІ ПАТОЛОГІЇ СУДИН**  
**MEANING OF CORONAROGRAPHY AND LIPID PROFILE OF BLOOD IN THE  
DEFINITION OF VASCULAR PATHOLOGY**

*Біскуп В.І., Біскуп О.В.*

*Науковий керівник: асист. Лях О.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**5. ОЦІНКА РИЗИКУ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

EVALUATION OF THE RISK OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

*Верстюк О.О., Бедевельський М.С., Вус Н.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. Рішко М.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**6. ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧНОЇ ПОЛІМІАЛГІЇ**  
DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF RHEUMATIC POLYMYALGIA

*Корнієнко В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**7. РОЛЬ ВТОРИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА**  
THE ROLE OF SECONDARY ANTIFOSPHOLIPID SYNDROME IN THE CLINICAL COURSE OF THE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

*Корнійчук В. І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**8. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА**  
RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

*Лавер К.О., Дурневич Р.В., Декет М.М., Главатських Н.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. Рішко М.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**9. ЧАСТОТА І СТРУКТУРА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2012-2017рр.**

TUBERCULOSIS PRIMARY DISEASE. FREQUENCY AND STRUCTURE IN CONNECTION WITH HIV-INFECTION IN IVANO-FRANKIVSK REGION IN PERIOD OF 2012-2017

*Скрипник Т.І., Стахів О.О.*

*Науковий керівник: ас. Лобанова О.О.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**10. ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЇ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**  
FEATURES OF PNEUMONIA WITH LEUKEMIA

*Стасишин Л., Стецюк І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Боб А.О.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини № 1*

*м. Тернопіль, Україна*

**11. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ТЕЛА**  
**A CASE REPORT OF RECURRENT PULMONARY EMBOLISM**

*Сушецька Д.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**12. АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ**  
**НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ТА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА**  
**В ОДНІЙ ІЗ ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
**ЗА 2014 ТА 2017 РОКИ**

**ANALYSIS OF THE STATUS OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE**  
**CORONARY SYNDROME AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ONE**  
**OF THE CENTRAL DISTRICT HOSPITALS OF THE KHARKOV REGION FOR 2014**  
**AND 2017**

*Чумакова К.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2**  
**(НЕФРОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)**

**SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 2**  
**(NEPHROLOGY, GASTROENTEROLOGY, ENDOCRINOLOGY)**

Медичний факультет, ауд. 490

**Голова секції:** Шушман Л.В.

Head of the section: L. Shushman

**Секретар секції:** Стебляк К.М.

Secretary of the section: K. Steblak

---

**1. ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОЖИРІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2 УЖНУ ТА СТУПІНЬ ЇХ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

PREVALENCE OF RISK FACTORS OF OBESITY IN STUDENTS OF MEDICAL FACULTY № 2 OF UZHNU AND LEVEL OF THEIR MOTIVATION TO HEALTHY LIFESTYLE

*Каур Н., Мохілла Р.*

*Науковий керівник: асист. Шушман Л.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**2. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ ДИСПЕПТИЧНИХ ПРОЯВІВ У УКРАЇНСЬКИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП  
COMPARATIVE EVALUATION OF DISPEPTIC MANIFESTATIONS IN UKRAINIAN AND FOREIGN STUDENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS**

*Логай І.В., Турок Ю.Ю., Турок Я.Ю., Pradip R. Gangani, Anago-Amanze Victor*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Москаль О.М., д.мед.н., проф. Архій Е.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб;*

*Медичний факультет № 2*

*м. Ужгород, Україна*

**3. КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

COMORBID CONDITIONS IN DIFFERENT VARIANTS OF CHRONIC PANCREATITIS AND CHARACTERISTICS OF BLOOD BIOCHEMICAL PARAMETERS IN THE TRANSCARPATIAN REGION

*Вус Н.І., Верстюк О.О.*

*Наукові керівники: д.н.м. проф. Архій Е.Й., доц. Москаль О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**4. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНОЇ ФОРМИ  
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА  
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2**

DIFFERENTIAL TREATMENT OF THE EROSION FORM OF GASTROESOPHAGEAL  
REFLEX DISEASE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

*Коханюк Ю.В., Гончар Р.І., Драпак Х.В., Урсаки А.З.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Коханюк Ю.В.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*м. Чернівці, Україна*

**5. ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРОКСИМАЛЬНИХ  
НИРКОВИХ КАНАЛЬЦІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ  
І СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ АТОРВАСТАТИНУ**

THE FUNCTIONAL STATE CHANGING OF INDICATORS OF PROXIMAL KIDNEY  
CHANNELS IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY AND OBESEITY UNDER  
THE INFLUENCE OF ATORVASTATIN

*Грицюк О.А., Березова М.С., Петроченков Г.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Зуб Л.О.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*м. Чернівці, Україна*

**6. КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ  
CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS**

*Дмитренко Я.В., Фабриці О.М., Химич В.В.*

*Наукові керівники: к.н.м., доц., засл. винахідник України Лазорик М.І.,*

*проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**7. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ  
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ**

SPECIFICS OF CLINICAL COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN TYPE II  
DIABETES

*Зейкан М.О., Зейкан О.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**8. ГОСТРІ УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ  
ТА ПОЛОГАХ**

ACUTE COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS IN PREGNANCY  
AND ACCOUCHEMENT

*Іванько В.В., Желізник А.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**9. ХВОРОБИ ШКТ ПРИ ВАГІТНОСТІ В ДИНАМІЦІ**  
**GASTROINTESTINAL DISEASES IN DYNAMIC DURING THE PREGNANCY**

*Іванько В.В., Левкулич Ю.Ю.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М., к.мед.н., доц. Свистак В.В., ас. Бляшинець В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**10. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ЛІКУВАННЯ**  
**THE PECULIARITIES FOR PHYSICAL REHABILITATION OF OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL SPINE IN OUTPATIENT TREATMENT CONDITIONS**

*Іванюк В.І., Фегер О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Свистак В. В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**11. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ**  
**FEATURES OF VERTEBROGENIC ABDOMINAL PAIN AND WAYS OF ITS CORRECTION**

*Ізюменко О.П.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гопко О.Ф.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Медичний факультет № 1, кафедра внутрішньої медицини № 1*

*м. Полтава, Україна*

**12. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**  
**CHARACTERISTIC OF THE PEPTIC ULCER DISEASE IN PATIENTS WITH THYROID DYSFUNCTION**

*Кантор А.Й., Петах П.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М., асист. Бляшинець В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**13. ЗМІНИ ІМУНОЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ І ДИСБІОЗУ У ДИНАМІЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**  
**CHANGES TO IMMUNOAL PROCESS AND DYSBIOSIS IN DYNAMICS OF PROGRESSING OF CHRONIC PANCREATITIS**

*Лавер К.О., Ледней Д.Е.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Москаль О.М., д.мед.н., проф. Архій Е.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**14. ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКИСТОЗНО ЗМІНЕНИХ ЯЄЧНИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**  
**THE TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME DEPENDING ON PHENOTYPICAL SPECIALIZES**

*Левко Наталія, Яцунда Лілія*

*Науковий керівник: ас. Суслик Г.І.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра ендокринології*

*Завідувач кафедри: доц. Урбанович А.М.*

**15. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ПРОЯВАМИ ЕКЗОКРИННОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

THE PECULIARITIES OF THE CHRONIC PANCREATITIS WITH THE MANIFESTATIONS OF EXOCRINE AND ENDOCRINE INSUFFICIENCY

*Липчey I.I., Пуржаш Ш.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**16. ДО ПИТАННЯ ПРО РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ СТУДЕНТІВ**

TO THE PROBLEM OF RATIONAL FEEDINGS AND PHYSICAL ACTIVITY OF STUDENTS

*Максимів М.Я.*

*Науковий керівник: проф. Лемко О.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**17. ГОРМОНАЛЬНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

HORMONAL AND METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

*Маркевич М., Журавльова А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Журавльова Л.В.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра внутрішньої медицини № 3*

*м. Харків, Україна*

**18. ВПЛИВ HELICOBACTER PYLORI НА ПЕРЕБІГ ХОЗЛ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

INFLUENS OF HELICOBACTER PYLORI ON COPD AND BRONCHIAL ASTHMA

*Мартинюк Т.С., Човбан К.Е.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**19. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ I ТА II ТИПУ**

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF TYPES 1 AND 2 DIABETES MELLITUS

*Мучичка І.М., Бойсак М.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю., д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**20. ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ  $\beta_2$ -МІКРОГЛОБУЛІНУ В КРОВІ ТА СЕЧІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З УРАЖЕННЯМ НИРОК**

FEATURES AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANT OF B2-MICROGLOBULIN IN THE BLOOD AND URINE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS COMPLICATED BY RENAL INVOLVEMENT

*Пасайлюк С., Кулачек Я., Руснак І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кулачек В.Т.*

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Медичний факультет №2, кафедра внутрішніх медицини та інфекційних захворювань  
м. Чернівці, Україна

**21. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**  
MODERN DIRECTIONS IN DIAGNOSTICS OF AGGRAVATION CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*Петроченков Г.П., к.мед.н., ас. Кулачек Я.В., к.мед.н., лікар нефролог. від. Мороз Т.П.*  
Науковий керівник: *к.мед.н., ас. Кулачек В.Т.*  
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»  
Медичний факультет № 2, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
м. Чернівці, Україна

**22. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕМАТУРІЇ МОЛОДОГО ЧОЛОВІКА З КАМІНЦЯМИ У ПРОСТАТІ**  
CLINICAL CASE OF HEMATURIA IN A YOUNG MAN WITH STONES IN THE PROSTATE

*Yousif Barakat, Писаренко І.В., Рудик І.Ю., Сембер А.М., Piyess Sarouf*  
Наукові керівники: *засл. винахідник України, к.мед.н., доц. Лазорик М.І., ас. Бляшинець В.В.*  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет, кафедра факультетської терапії  
м. Ужгород, Україна

**23. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕДИФЕРЕНЦІОВАНОГО КОЛІТУ**  
KLINICAL CASE OF INDETERMINATE COLITIS

*Покришко А.О.*  
Науковий керівник: *ас. Дмитрякова Г.М.*  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра дитячих хвороб  
м. Запоріжжя, Україна

**24. УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ**  
DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE II

*Рего О.Ю.*  
Науковий керівник: *д.мед.н., проф. Сірчак Є.С.*  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
м. Ужгород, Україна

**25. ЦИРКАДНИЙ РИТМ ПОКАЗНИКІВ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ЗОБ ТА СТУДЕНТІВ-ВОЛОНТЕРІВ (КОНТРОЛЬ)**  
CIRCULADIAN RHYTHM OF THYROID GORMONES INDICES IN PATIENTS WITH GOITER AND VOLONTEER STUDENTS (CONTROL GROUP)

*Богдан О.В., Будай Д.О., Ваш І.В., Дору А.В., Жупанин О.В., Козак М.М., Ковтун С.С., Логойда А.О., Олашин В. В., Петах П.В., Писаренко І.В., Рошинець Ю.В., Рудик І.Ю., Самсончик Е., Сембер А.М., Тисовський Б.О., Тях С. Ю., Тях В.Ю., Феделеш В.В., Фердинанд М.М., Цогла С.С., Караслай С.С., Попович Ю.І.*  
Наукові керівники: *засл. винахідник України, к.мед.н., доц. Лазорик М.І., д.мед.н., доц. Дербак М.А., к.мед.н., доц. Мелега К.П., к.мед.н., доц. Савистак В.В., ас. Бляшинець В.В., Паук А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет, кафедра факультетської терапії;  
Факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я факультету  
м. Ужгород, Україна*

**26. ЦУКРОВИЙ ДИАБЕТ ТА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ – ЗВ'ЯЗОК, ЗАЛИШЕНИЙ ПОЗА УВАГОЮ**

**DIABETES MELLITUS AND CANCER – CONNECTION LEFT OUT OF ATTENTION**

*Росоха І.І., Ряшко В.І.*

*Науковий керівник: доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**27. ОЖИРНІННЯ ТА СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ДО ЦЬОЇ ПРОБЛЕМИ**

**OBESITY AND THE ATTITUDE OF DOCTORS OF DIFFERENT SPECIALTIES TO THIS PROBLEM**

*Сисоєва Ю.В., Єчин С.О., Тищенко І.В., Бондарева О.О.*

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»*

*Кафедра ендокринології*

*м. Дніпро, Україна*

**28. ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ВРАХОВУЮЧИ ВІДМІННОСТІ В РАЦІОНІ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ТА СТУДЕНТІВ-УКРАЇНЦІВ**

**THE IMPACT OF FOOD ON THE PSYCHOLOGICAL HEALTH CONSIDERING DIFFERENCES IN THE DIET FOREIGN STUDENTS AND UKRAINIAN STUDENTS**

*Староста Т.М., Стебляк К.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**29. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ДВНЗ «УЖНУ»**

**THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY AND WAY OF LIFE ON THE PREVALENCE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE STUDENTS OF THE MEDICAL FACULTY AND THE FACULTY OF HUMAN HEALTH**

*Стебляк К.М., Староста Т.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**30. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОСДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS IN COMBINATION WITH CORONARY HEART DISEASE**

*Шушман Л.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.; д.мед.н., проф. Фатула М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН**  
**(НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОЛОГІЯ)**

**SECTION OF NEUROLOGIC DISCIPLINES**  
**(NEUROLOGY, PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY)**

Медицинський факультет, ауд. 562

**Голова секції:** Алфелдій Б.С.  
Head of the section: B. Alfeldiy  
**Секретарсекції:** Попович В.В.  
Secretary of the section: V. Popovych

---

**1. ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЛІКАРІВ**  
**AGGRESSION BEHAVIOR AMONG MILITARY AND DOCTORS**

*Ангельська В.Ю., Шемет В.С., Юрчишина І.В.*

*Наукові керівники: к.психол.н., доц. Корольова Н.Д., к.мед.н., доц. Матвійчук М.В.  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
м. Вінниця, Україна*

**2. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ  
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**  
**PECULIARITIES OF COGNITIVE FUNCTIONS DISORDERS IN PATIENTS WITH  
MULTIPLE SCLEROSIS**

*Аравицкая Дж.Н.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Дарий В.И.  
Запорожский государственный медицинский университет  
г. Запорожье, Украина*

**3. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ  
З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ**

**ANALYSING THE MEDICAL STUDENTS' LEVELS OF ALEXITHYMIA WITH TRE  
ROLE OF SOCIAL FACTORS**

*Аскеров Р.Н.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.  
Харківський національний медичний університет  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології  
м. Харків, Україна*

**4. АНАЛІЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ  
З ПОВНИХ ТА НЕПОВНИХ СІМЕЙ**

**ANALYSIS AND SPECIAL ASPECTS IN FORMATION OF DEPENDENCE AMONG  
STUDENTS FROM TWO-PARENT AND INCOMPLETE FAMILIES**

*Битлянин М.В., Битлянин К.В., Попруженко Е.Р.*

*Науковий керівник: доц. Бучок Ю.С.  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії з курсом медичної  
психології  
м. Ужгород, Україна*

**5. ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ХОДИ СПИНОЮ ВПЕРЕД У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

**PARAMETER ESTIMATION IN BACKWARD LOCOMOTION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE**

*Білий С.В., Будулак А.Ю.*

*Науковий керівник: асист. Лета І.І.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нервових хвороб*

*м. Вінниця, Україна*

**6. ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО ТЕСТУВАННЯ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ.**

**PREDICTION OF THE PROGRESS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN THE APPLICATION OF NEUROPSYCHOLOGICAL TESTING ON PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPOTHYROIDISM.**

*Герот М.І., Кіра Т.Ю., Ковач Е.А., Козут Ю.І.*

*Науковий керівник: ас. Лесів М.І.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра неврології та нейрохірургії*

*м. Івано-Франківськ, Україна.*

**7. АНАЛІЗ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПЕРЕНЕСЕНИМ КАРДІОЕМБОЛІЧНИМ ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ГРУНТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

**ANALYSIS OF SECONDARY PROPHYLAXIS OF CARDIOVASCULAR EVENTS IN VINNYTSIA REGION PATIENTS WHO HAD CARDIOEMBOLIC ISCHEMIC STROKE AS A RESULT OF NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION**

*Динис Т.В., Кириченко Т.В., Лета І.І., Масловський В. Ю.*

*Науковий керівник: ас. Лета І.І.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нервових хвороб*

*м. Вінниця, Україна*

**8. ВИВЧЕННЯ ВІДПОВІДІ НА ПРЕПАРАТИ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РОЛАНДИЧНОЮ ЕПІЛЕПСІЮ**

**THE STUDY OF THE RESPONSE ON FIRST-LINE DRUGS IN PATIENTS WITH ROLANDIC EPILEPSY**

*Жорник В.В., Пантьо А.В.*

*Науковий керівник: Студеняк Т.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології та нейрохірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**9. ОЦІНКА СТУПЕНЮ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ: ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МОНРЕАЛЬСЬКОЇ ШКАЛИ ТА MINI MENTAL STATE EXAMINATION ESTIMATION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS II TYPE: COMPARISON OF THE EFFICIENCY OF MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT AND MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

*Ніколаєнко С.І., Павленко Р.О.*

*Науковий керівник: ас. Антоненко А.В.<sup>1</sup>, доц. Михальчишин Г.В.<sup>2</sup>*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

<sup>1</sup>Кафедра внутрішньої медицини № 3 (зав. каф. проф. Яременко О.Б.)

<sup>2</sup>Кафедра ендокринології (зав. каф. проф. Комісаренко Ю.І.)

м. Київ, України

## **10. ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РОЛАНДИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ** **THE STUDY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ROLANDIC EPILEPSY**

*Пантьо А., Жорник В.В.*

*Науковий керівник: Студеняк Т.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології та нейрохірургії*

*м. Ужгород, Україна*

## **11. ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО ПРЕСИНГУ НА РОЗВИТОК** **ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ** **THE INFLUENCE OF INFORMATION PRESSURE ON THE DEVELOPMENT OF** **HYPERTENSIVE CRISIS**

*Перець Е.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

## **12. ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ** **ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА** **ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE DISEASES** **OF THE SPINE**

*Попович В.В., Ходанич М.Б., Данів М.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

## **13. АНАЛІЗ ПЕРЕНЕСЕНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ** **З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ** **ANALYSIS OF THE SUFFERED VIRAL INFECTIONS BY PATIENTS WITH MULTIPLE** **SCLEROSIS**

*Попруженко Е.Р., Петров Ю.Ю.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

## **14. ВПЛИВ «КРОКУ 1» НА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ** **СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ** **THE INFLUENCE OF "STEP 1" ON THE EMOTIONAL-WELD OF THE MEDICAL** **STUDENTS PERSONALITY**

*Попруженко Е.Р., Битлянин М.В., Битлянин К.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**15. ФЕМІННІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОГО ВИБОРУ**  
**FEMININITY AS FACTOR OF PROFESSIONAL CHOICE**

*Теличко Ю.М., Чопей А.В.*

*Науковий керівник: доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**16. КІБЕРБУЛІНГ – ВОРОГ, ЩО ПРИЙШОВ З МЕРЕЖИ**  
**CYBERBULLYING – THE ENEMY FROM THE INTERNET**

*Феделеш В.В., Калабішка Б.М., Белей Я.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Бучок Ю.С., асист. Бучок С.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії з курсом медичної психології*

*м. Ужгород, Україна*

**17. ОСОБЛИВОСТІ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**  
**FEATURES OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN MEDICAL STUDENTS**

*Шаповал В.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.*

*м. Харків, Україна*

**18. ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**FORECAST OF THE PREVENTION OF NEUROLOGICAL DISEASES**

*Шундерюк І.Е.*

*Науковий керівник: проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра нейрохірургії, неврології та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕДІАТРІЇ**  
**(АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ, ГЕНЕТИКА)**

**SECTION OF NEONATAL MEDICINE AND PEDIATRICS**  
**(OBSTETRICS, GYNECOLOGY, PEDIATRICS AND GENETICS)**

Ужгородський міський пологовий будинок, конференц-зал

**Голова секції:** Криванич Н.В.

Head of the section: N. Krivanich

**Секретар секції:** Жила М.М.

Secretary of the section: M. Zhyla

---

**1. ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКТ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**  
**FEATURES OF ENTANGLEMENT OF GIT IN SCHOOLCHILDREN**

*Білий С.В., Будулак А.Ю.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Коноплицька А.П.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра педіатрії № 1*

*м. Вінниця, Україна*

**2. ВПЛИВ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА РОЗВИТОК ПІСЛЯПОЛОГОВИХ**  
**УСКЛАДНЕНЬ МАТЕРІ І ПЛОДУ**

**THE IMPACT OF EPIDURAL ANESTHESIA ON THE DEVELOPMENT OF**  
**POSTPARTUM COMPLICATIONS OF THE MOTHER AND THE FETUS**

*Вальчак Д.О., співавтор – Беляк А.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Кучерова М.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства і гінекології*

*м. Львів, Україна*

**3. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НЕДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ**  
**РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК**

**CLINICAL MANAGEMENT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES**

*Демид Л.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Попович А.І.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства і гінекології*

*м. Львів, Україна*

**4. НАДАННЯ ДОПОМОГИ РОДІЛЛЯМ ПРИ ПОЛОГАХ У ПОЗА ЛІКАРНЯНИХ**  
**УМОВАХ**

**ASSISTANCE TO MATERNITY WARDS DURING CHILDBIRTH IN COMMUNITY-**  
**BASED SETTINGS**

*Дмитренко Я.В., Фабриці О.М., Химич В.В.*

*Науковий керівник: Бисага Н.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет Кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**5. ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ  
PECULIARITIES OF THERAPY OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL  
DIABETES**

*Льків І., Святун Ю.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кучерова М.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**6. КЛІНІКО-АМНЕСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ  
ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ  
CLINICAL AND AMNESTIC CHARACTERISTICS OF THE RISK OF PRENATAL  
INFECTION IN CHILDREN**

*Ковач В.П., Довганич Д.І.*

*Наукові керівники: асист. Чухран Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**7. ЗАВЧАСНА УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ЕКСУДАТИВНИХ  
ПЛІЄВРИТІВ У ДІТЕЙ  
EARLY ULTRASOUND DIAGNOSIS OF EXUDATIVE PLEURISIES IN CHILDREN**

*Козар М.І., Гриб І.А.*

*Науковий керівник : к.мед.н., доц. Машіка В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**8. КАРДІОМІОПАТІЇ У ВАГІТНИХ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ,  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
CARDIOMYOPATHY IN PREGNANT WOMEN: FEATURES OF COURSE, DIAGNOSIS  
AND TREATMENT**

*Копач М., Ключ Т., Чумак І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шахова О.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Львів, Україна*

**9. АНАЛІЗ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ  
З РЕАКТИВНИМИ ЗМІНАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ  
ANALYSIS OF THE MOTOR FUNCTION OF GALLBLADDER IN CHILDREN WITH  
REACTIVE CHANGES OF THE PANCREAS**

*Костур К.П., Криванич Н.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Горленко О.М., ас. Ленченко А.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями*

*м. Ужгород, Україна*

**10. АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ АНОМІАЛЬНОГО ПРИКРІПЛЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ М.УЖГОРОД ЗА ПЕРІОД 2016 Р.**

OBSTETRICS AND PERINATAL ASPECTS OF ABNORMAL ATTACHMENT AND PLACENTA PREVIA IN PREGNANT WOMEN IN UZHGOROD DURING THE PERIOD OF 2016

*Мазур Б.Ф., Криванич Н.В., Костур К.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства і гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**11. ПАТОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В СТРУКТУРІ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

THE PATHOLOGY OF THYROID IN THE STRUCTURE OF ENDOCRINOLOGICAL DISEASES OF CHILDREN

*Купар Т.В., Купар В.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Томей А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**12. СИНДРОМ ПАТАУ**

PATAU SYNDROME

*Лямцева О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Тарасевич Т.В.*

*Запорізький державний медичний університет*

*II медичний факультет, кафедра факультетської педіатрії*

*м. Запоріжжя, Україна*

**13. АЦЕТОНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЙОГО ЛІКУВАННЯ**

ACETONEMIC SYNDROME AND THE EFFECTIVENESS OF ITS TREATMENT

*Масляник І.І., Мучичка І.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н. доц. Машіка В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**14. «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ПРОВІДНІЙ КЛІНІЦІ НІМЕЧЧИНИ**

THE GOLD-STANDART OF THE PELVIC ORGAN PROLAPSE SURGERY IN THE GERMAN LEADING CLINIC

*Мельник Н.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**15. ПРОБЛЕМА ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**

MODERN PROBLEMS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN

*Михалина С.Я., Гасинець А.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Лук'яненко Н.С.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики  
м. Львів, Україна*

**16. ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ВАГІТНИХ  
THE PROBLEM OF DIAGNOSING DIABETES IN PREGNANT WOMEN**

*Мицак Х.В.*

*Науковий керівник: проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**17. ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ICSI АБО IVF?  
ASSISTIVE REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES: ICSI OR IVF?**

*Мокра Христина*

*Наукові керівники: доц. Коритко О.О., Дорофєєва У.С.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Завідувач кафедри: проф. Маркін Л.Б.*

*м. Львів, Україна*

**18. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ  
АРТЕРІЙ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ МІОМИ  
THE EVALUATION OF UTERINE ARTERIES EMBOLIZATION EFFICIENCY AS AN  
ALTERNATIVE METHOD IN THE CASES OF UTERINE MYOMA TREATMENT**

*Ніколайчук С.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Літвінов С.К., ас. Маркевич Б.О.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра акушерства та гінекології № 1*

*м. Вінниця, Україна*

**19. РОЛЬ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ СТАТЕВИХ  
ШЛЯХІВ У ВИНИКНЕННІ ТА РЕЦИДИВИ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ.  
THE ROLE OF DYSBIOTIC DISORDERS OF THE LOWER SECTION OF THE GENITAL  
TRACT IN THE OCCURRENCE AND RELAPSE OF CERVICAL DYSPLASIA.**

*Палагонич Е.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**20. БЕЗПІЛДІЯ ТА ВІТАМІН Д – ЗМІНА АКЦЕНТІВ  
INFLAMMATION AND VITAMIN D – CHANGE OF ACCESSORIES**

*Петров Ю.Ю., Гриб І.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**21. ПАПІЛОМОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ  
У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ  
PAPILOMOVIRUS INFECTION AND CERVICAL PATIOLOGY IN WOMEN OF  
REPRODUCTIVE AGE**

*Плехова О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Диннік О.О.*

*Харківський національний медичний університет  
Кафедра акушерства та гінекології № 1  
м. Харків, Україна*

**22. СТАН ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ХВОРИХ  
БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

CONDITION OF THE FUNCTION OF EXTERNAL EXPIRATION IN CHILDREN  
SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA

*Лютянська А.Я., Радь М.Д., Цупик А.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Білак В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями*

*м. Ужгород, Україна*

**23. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК – ПРОГРЕСУЮЧА М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ  
БЛИЗНЮКІВ**

CLINICAL CASE – PROGRESSIVE MUSCLE DISTROPHY IN TWINS

*Сирбу О.С.*

*Науковий керівник: ас. Веліканова Т.В.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра дитячих хвороб*

*м. Запоріжжя, Україна*

**24. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ВАГІТНИХ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ  
ОБЛАСТІ**

PREVALENCE OF HIV AMONG PREGNANT WOMEN IN CHERNIVTSI REGION

*Сопрович Т.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бирчак І.В.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*м. Чернівці, Україна*

**25. ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПЕРВИННОГО  
АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ**

INFLUENCE ON THE CORSE OF PREGNANCY PRIMARY ANTIPHOSPHOLIPID  
SYNDROME

*Терлецька М.В., Шваліковська Х. М.*

*Науковий керівник: к.мед. н., асист. Ельшиєвська І.І.*

*Завідувач кафедри: д.мед. н., проф. Маркін Л.Б.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології*

*м. Львів, Україна*

**26. ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ ТА РИЗИК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ З РАС  
NUTRITIONAL DISORDERS AND THE RISK OF OBESITY IN CHILDREN WITH ASD**

*Тимофіїв Н.М*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пакулова-Троцька Ю.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра педіатрії № 1*

*м. Львів, Україна*

**27. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ТЛІ ВРОДЖЕНОЇ АНОМАЛІЇ БУДОВИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДИТИНИ**

CLINICAL OBSERVATION IN CASE OF BRONCHIAL ASTHMA FOR A REASON OF CONGENITAL ANOMALY OF THE STRUCTURE OF THE GASTROINTESTINAL TRACT OF A CHILD

*Малець О.С, Цісельський Т.Р*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Уривасва М.К.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра педіатрії № 1 та неонатології*

*м. Харків, Україна*

**28. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ З АЛІМЕНТАРНОЮ ГІПОТРОФІЄЮ**

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MEASLES IN CHILDREN WITH ALIMENTARY HYPOTROPHY

*Човбан К.Е., Мартинюк Т.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Гема-Багіна Н.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**29. ОЦІНКА ВДОСКОНАЛЕНОЇ ТЕРАПІЇ СУПРОВОДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ЛЕЙКЕМІЮ ДІТЕЙ**

EVALUATION OF ADVANCED MAINTENANCE THERAPY IN CHILDREN SUFFERING FROM ACUTE LEUKEMIA

*Шубіна М. В., Світлична К. В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. С.О. Губар*

*Харківський національний медичний університет*

*II медичний факультет, кафедра педіатрії № 2*

*м. Харків, Україна*

**30. ЗНАЧЕННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ В ОЦІНЦІ ВАЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ**

THE IMPORTANCE OF INTEGRAL LEUKOCYTAL INDICES IN THE ESTIMATION OF THE SEVERITY AND PROGNOSIS FOR THE COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

*Яремчук І.І., Журавель І.М.*

*Науковий керівник: доц. Томей А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**31. ПЕРЕВ'ЯЗКА МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН МАТКИ ЯК ВАРІАНТ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ХІРУРГІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ**

BANDAGING OF THE MAJOR VESSELS OF THE UTERUS AS AN OPTION FOR ORGAN-RETAINING HEMOSTASIS

*Гельбич О.Ю., Варга О.Й.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**(ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ,**  
**ДЕРМАТОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ)**

**SECTION OF INFECTIOUS DISEASES AND ALERGOLOGY**  
**(INFECTION, MICROBIOLOGY, DERMATOLOGY AND**  
**IMMUNOLOGY)**

Медичний факультет, Ауд 555

**Голова секції:** Амаль Р.А.  
Head of the section: Rammal. A.  
**Секретар секції:** Матвій Г.Р.  
Secretary of the section: H. Matviyiv

---

**1. ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF MANDRIN AND LEMON RELATIVELY OPPORTUNISTIC MICROORGANISMS**

АНТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МАНДАРИНУ ТА ЛИМОНУ СТОСОВНО ОПОРТУНІСТИЧНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

*Choukade P.*

*Scientific supervisor: as. Viktoria Bati*

*Medical Faculty of the State Higher Educational Institution "Uzhgorod National University"*

*Department of the Microbiology, virology, epidemiology with the course of infectious disease*

*Uzhgorod, Ukraine*

**2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ НЕКРОВСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА APRI**

DETERMINATION OF THE STAGE OF THE NECROINFLAMMATORY PROCESS

IN THE LIVER IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C USING THE APRI INDEX

*Бойчук В.В., Винокурова О.Н.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Козько В.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет,*

*Кафедра инфекционных болезней*

*г. Харьков, Украина*

**3. КЛЕБСІЄЛА-ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РАНЬОГО РОЗВИТКУ РАКУ ТА МЕТАСТАТИЧНИХ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ**  
**KLEBSIELLA SPP. AS A RISK FACTOR FOR EARLY CANCER AND SEPTIC METASTATIC COMPLICATION**

*Бонка О.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Лушнікова О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**4. ВПЛИВ МІКРООРГАНІЗМІВ НА ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ, УМОВИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА БЕЗПЛІДДЯ**

**INFLUENCE OF MICROORGANISMS ON WOMEN'S HEALTH, REASONS OF MISCARRIAGE AND PROPHYLAXIS OF INFERTILITY**

*Вейкай Т.Ю., Прокоп М.О*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Бугина Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб.*

*м. Ужгород, Україна.*

**5. ЕТИОЛОГІЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК**

**ETIOLOGY OF TROPIC [VENOUS STASIS] ULCER**

*Верстюк О.О.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., д.мед.н., проф. Русин В.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**6. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ КОМБІНОВАНИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ЛЯМБЛІОЗУ ТА АСКАРИДОЗУ**

**CURRENT STATE OF PROBLEMS OF COMBINED PARASITIAL, LIAMBLIASIS AND ASCARIASIS**

*Давиденко О.В., Процик А.Л.*

*Науковий керівник: проф. Пришляк О.Я.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра інфекційних захворювань та епідеміології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**7. МЕХАНІЗМИ І ПРИЧИННИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В**

**MECHANISMS AND CAUSES OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B**

*Дурунда М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Козутич А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**8. ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ MIR-BART13 І MIR-BART15 У ПАЦІЄНТІВ З ПИЛКОВОЮ АЛЕРГІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В СТАДІЇ РЕПЛІКАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ**

**FEATURES OF THE EXPRESSION OF MIR-BART13 AND MIR-BART15 IN PATIENTS WITH POLLEN ALLERGY AGAINST THE BACKGROUND OF CHRONIC EPSTEIN-BARR VIRAL INFECTION IN THE STAGE OF REPLICATIVE ACTIVITY**

*Крута С.Р., Галуцук Ю.О., Сльоза Р.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Зубченко С.О.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра клінічної імунології та алергології*

*м. Львів, Україна*

**9. РОЛЬ БАКТЕРІАЛЬНОГО ФАКТОРУ В РОЗВИТКУ ПСОРИАЗУ  
THE ROLE OF BACTERIAL FACTOR IN DEVELOPMENT OF PSORIASIS**

*Кушнір Е.В., Танчинець В.В.,*

*Наукові керівники: доц. Карбованець О.І., доц. Вайс В.В.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології  
з курсом інфекційних хвороб<sup>1</sup>; кафедра шкірних та венеричних хвороб<sup>2</sup>*

*м. Ужгород, Україна*

**10. СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ  
В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES  
IN THE TRANSCARPATHIAN REGION**

*Ладані С.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н, доц. Козутич А.І., зав. відділенням досліджень біологічних  
факторів ДУ «Закарпатський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби  
України» Тимчик В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**11. СПАЛІХ КОРУ, ЯК НАСЛІДОК ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ  
A MEASLES OUTBREAK AS A RESULT OF THE PROBLEM OF VACCINATION  
IN UKRAINE**

*Матвій Г.Р.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Карабінюш С.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна.*

**12. АНТАГОНІСТИЧНА ДІЯ БАКТЕРІЙ РОДУ BACILLUS SPP. ПРОТИ  
ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ НА ФОНІ ДИСБІОЗУ 3-4 СТУПЕНЮ ПРИ ГЕПАТИТІ А  
ANTAGONISTIC ACTION OF THE BACTERIA GENUS BACILLUS SPP. AGAINST  
ENTEROBACTERIA ON THE BACKGROUND OF DYSBIOSIS 3RD-4TH STAGE  
DURING HEPATITIS A**

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н. Козутич А.І., ас. Данканич Є.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб,*

*м. Ужгород, Україна*

**13. ПОРІВНЯННЯ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ  
ВІТРЯНОЇ ВІСПИ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ І ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ  
ЗАКАРПАТТЯ**

**THE COMPARISON OF THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE  
COURSE OF CHICKENPOX BETWEEN THE FOREIGN STUDENTS AND THE ADULT  
POPULATION OF TRANSCARPATHIAN REGION**

*Мирошніченко О.П., Боршош С.Ю.*

*Наукові керівники: к.мед. н., доц. Кіш П.П., асист. Карабінюш С.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**14. ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ НОЗОКОМІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ  
У ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**  
PROSPECTS FOR TREATMENT OF NOSOCOMIAL INFECTION IN TRAUMATIC  
PATIENTS

*Оленюк О.М.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., к.мед.н., ас. Пушкаш І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб кафедра загальної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**15. ВПЛИВ ПОЛЯРИЗОВАНОГО ТА НЕПОЛЯРИЗОВАНОГО  
ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ДЕЯКІ БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ УМОВНО-  
ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ**  
INFLUENCE OF POLARIZED AND UNPOLARIZED RADIATION ON SOME  
BIOLOGICAL PROPERTIES OF CONDITIONALLY-PATHOGENIC  
MICROORGANISMS

*Пантьо А.В.*

*Науковий керівник: к.біол.н. Пантьо В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом  
інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**16. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИПОВИХ ПАРАЗИТОЗІВ  
В УЖГОРОДСЬКОМУ РАЙОНІ ЗА 2016-2017 РОКИ**  
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TYPICAL PARASITOSE SIN  
UZHGOROD DISTRICT 2016-2017 YEARS

*Петях П.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології та імунології з курсом  
інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**17. ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ШКІРИ  
В КОНТРОЛЬНОЇ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ В ЗИМОВИЙ ПЕРІОД**  
DETERMINATION OF FUNCTIONAL PARAMETERS OF SKIN IN A CONTROL GROUP  
OF PATIENTS IN THE WINTER PERIOD

*Петришин Н.В., Сірак А.Я., Бровчук І.Я.*

*Науковий керівник: доц. Александрчук О.Д., ас. Буянова І.О.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра дерматології та венерології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**18. ВПЛИВ PILER-ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ РОСТУ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ ENTEROBACTERIACEAE**  
**INFLUENCE OF PILER-RADIATION ON THE GROWTH INTENSITY OF THE ENTEROBACTERIACEAE FAMILY**

*Поган Р.М., Губчук В.Д.*

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Пантьо В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**19. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СТАНУ СПАЛАНУ КОРУ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ, А ТАКОЖ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП**  
**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL STATE OF MEASELS OUTBREAK IN THE TRANSCARPATHIAN REGION, CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF PATIENTS IN DIFFERENT AGE GROUP**

*Раммаль А.А., Поган Р.М., Карабиньош С.О.*

*Наукові керівники: к.мед.н. Поляк М.А., д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**20. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ У КІНЕМАТОГРАФІ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ**  
**INFECTIOUS DISEASES IN CINEMATOGRAPHY LIKE METHOD OF PROPHYLAXIS**

*Сілецька О., Матуляк І.*

*Науковий керівник: асист. Процик А.Л., к.мед.н., доц. Зубик Б.А.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, кафедра дитячих інфекційних хвороб*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**21. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДОЛОННИМ ГІПЕРГІДРОЗОМ**  
**RESEARCH ON EFFICIENCY OF GROUP PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PALMOPLANTAR HYPERHIDROSIS**

*Ходанич М.Б., Попович В.В., Кантор А.Й.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Андрашко Ю.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**22. ОСНОВНІ ЗБУДНИКИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ПРИРОДИ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО ДІЇ ПРЕПАРАТІВ-АНТИБІОТИКІВ.**

**THE MAIN PATHOGENS OF PURULENT-INFLAMMATORY PROCESSES OF THE PARANASAL SINUSES OF THE BACTERIAL NATURE AND THEIR SENSITIVITY TO THE EFFECTS OF DRUGS-ANTIBIOTICS.**

*Ярошовець Є.С., Макачук В.С., Данів М.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**СЕКЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
(СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГІГІЄНА)**

**SECTION OF SOCIAL MEDICINE (FAMILY MEDICINE, SOCIAL  
MEDICINE, HYGIENE)**

Медичний факультет, Ауд 532

**Голова секції:** Палагонич Е.С.  
Head of the section: E. Palahonych  
**Секретар секції:** Феєр О.В.  
Secretary of the section: O. Feher

---

**1. ARE RISK FACTORS EVALUATION AND MOTIVATION COUNSELING A  
DAILY ROUTINE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS IN UKRAINE  
AND IN INDIA?**

*Shivraj Singh, Kolesnyk Andriy.*

*Mentor: Kolesnyk Pavlo*

*Uzhgorod National University*

*Medical Faculty, Education Research Training Center of Family Medicine and Premedical  
Care, Postgraduate Faculty*

**2. АКТУАЛЬНІСТЬ ОЦІНКИ ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ НОВИХ  
НАНОМАТЕРІАЛІВ З АНТИБАКТЕРІАЛЬНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ  
ACTUALITY OF ASSESSMENT OF ENVIRONMENTAL SAFETY OF NEW  
NANOMATERIALS WITH ANTIBACTERIAL PROPERTIES**

*Денисенко А.П., Смородська О.М., Гончарова К.О., Колбунов В.С.*

*Наукові керівники: проф. Суходуб Л.Ф., доц.Гребеник Л.І.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії  
м. Суми, Україна*

**3. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ  
ТА УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ  
ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN TRANS-CARPATHIAN REGION  
AND UKRAINE: ORGANISATION. EFFICIENCY AND PROSPECT IN MEDICAL  
AND PREVENTIVE CARE**

*Кінь М.М., Кінь Н.М.*

*Науковий керівник: ас. Гаджега І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра гігієни, соціальної медицини з вивченням історії  
медицини*

*м. Ужгород, Україна.*

**4. ОЦІНКА РОЛІ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА МІНЕРАЛЬНУ ЦІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП, ЗОКРЕМА РОМСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ, ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ**

ASSESSING THE ROLE OF FACTORS AFFECTING THE BONE MINERAL DENSITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF DIFFERENT SOCIAL GROUPS, PARTICULARLY THE ROMA POPULATION, ACCORDING TO THE ULTRASONIC DENSITOMETRY.

*Колесник А.П.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Микита Х.І.<sup>1</sup>, к.мед.н., доц. Колесник П.О.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*<sup>1</sup>Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*<sup>2</sup>ФПОДП, кафедра терапії та сімейної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**5. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ ВПРОДОВЖ 2013-2017 РОКІВ**

THE ANALYSIS OF THE CONDITION OF SOIL CONTAMINATION IN TRANS-CARPATHIAN REGION DURING THE PERIOD OF 2013-2017

*Костур К.П., Криванич Н.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Рогач І.М., к.біол.н., доц. Микита Х.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**6. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ МАТЕРИНСЬКОГО ТА ДИТЯЧОГО ЗДОРОВ'Я В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ: РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

CURRENT STATE AND ORGANIZATION OF MATERNITY AND CHILDREN'S HEALTH PROTECTION IN THE TRANS-CARPATHIAN REGION: REALITY AND POSSIBILITY

*Кошель М. А., Мирненко А.А., Шикла Е. М., Бондарчук П.С.*

*Наукові керівники: к.біол.н, доц. Палко А.І., ас. Гаджега І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**7. ОСОБЛИВОСТІ СПІВПРАЦІ ВИКЛАДАЧІВ ТА СТУДЕНТІВ В РАМКАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ**

FEATURES OF COOPERATION BETWEEN TEACHERS AND STUDENTS WITHIN THE BOLOGNA PROCESS

*Купар В.В., Купар Т.В.*

*Науковий керівник: ас. Керецман А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**8. СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ УКРАЇНИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

SEXUAL EDUCATION OF SCHOOLCHILDREN IN UKRAINE: REALITIES AND PERSPECTIVES

*Ліщинська Н. М.*

*Науковий керівник: ас. Керецман А.О., ас. Гаджега І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна.*

**9. ВПЛИВ КУРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

THE INFLUENCE OF SMOKING ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

*Лях В.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Рогач І.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**10. ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ШЕМІЧНИМ ТИПОМ В ЖИТЕЛІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

INVESTIGATION OF RISK FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT BY ISCHEMIC TYPE IN RESIDENTS OF THE TRANSCARPATHIAN REGION

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: проф. Рогач І.М., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна.*

**11. ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВИБОРОМ МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ СТУДЕНТІВ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

THE STUDY OF MEDICAL STUDENTS' SATISFACTION WITH THE CHOICE OF THEIR FUTURE PROFESSION.

*Муховська С.В., Панчук П.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Стовбан І.В.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**12. АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ.**

THE ANALYSIS OF PREVALENCE OF DIABETES AMONG THE RESIDENTS OF TRASCARPATHIA REGION DURING 2014-2017 YEARS.

*Петечел М.В., Гавран О.М*

*Науковий керівники: проф. Рогач І.М., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**13. МИКОЛА ГЕОРГІЙОВИЧ ВІТТЕНБЕРГЕР – ЮВЕЛІР ХІРУРГІЧНОЇ СПРАВИ**

MIKOLA VITTENBERGER – SPECIALST OF SURGICAL AFFAIRS

*Ряшко В.І.*

*Науковий керівник: проф. Рогач І.М., доц. Данко Д.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини і гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**14. ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОГО КОМПЛЕКСУ ДИСПЕРСІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРИЧИНИ ВІДСУТНОСТІ ДОСТОВІРНОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ЯВИЩАМИ**

USE OF ALTERNATIVE COMPLEX OF DISPERSION ANALYSIS FOR DETERMINATION OF CAUSE OF RELIABILITY OF INTERRELATION BETWEEN PHENOMENA

*Сіткар А.Д.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Рогач І.М., асист. Керецман А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**15. ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТЕОЧУТЛИВОСТІ НАСЕЛЕННЯ МІСТА УЖГОРОДА  
RESEARCH ON METEOSENSITIVITY ON THE POPULATION OF UZHGOROD**

*Столярська Г.П., Петах П.В.*

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*



**СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИЦИПЛІН  
(АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ, ГІСТОЛОГІЇ, ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА  
ПАТОМОРФОЛОГІЇ)**

**СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН  
(АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ, ГІСТОЛОГІЯ, ТОПОГРАФІЧНА  
АНАТОМІЯ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ)**

**SECTION OF MORPHOLOGICAL DISCIPLINES  
(HUMAN ANATOMY, HISTOLOGY, TOPOGRAPHIC ANATOMY  
AND PATHOMORPHOLOGY)**

Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, ауд. Л1

**Голова секції:** Югас О.Ю.

Head of the section: O. Yuhas

**Секретарсекції:** Балаж Ю.І.

Secretary of the section: Y. Balazh

---

## **1. ЗАКОНОМІРНОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АНАТОМІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ РІЗНОГО СОМАТИЧНОГО ТИПУ PRINCIPALS OF ULTRASOUND ANATOMY OF THYROID HEALTHY PEOPLE OF DIFFERENT SOMATIC TYPE**

*Бердар А.М.*

*Наукові керівники: ас. Яцко С.І., ас. Яцко П.Л.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** На даний момент в літературі широко обговорюється проблема індивідуально-топологічного підходу до визначення нормативних показників ультразвукового дослідження щитовидної залози (ЩЗ). Ультразвукове дослідження ЩЗ є безпечним і неінвазивним методом, який дозволяє з великою точністю визначати її розміри, об'єм і структуру, що важливо не лише для оцінки поширеності зоба в популяції, але й для вивчення морфології залози. Більш досконале вивчення будови залози є актуальним не тільки з точки зору фундаментальної науки, але і має важливе практичне значення, адже

особливості будови та морфометричних параметрів ЩЗ залежать від місця проживання, статі і конституційних особливостей обстежуваних. Розробка нормативних показників ультразвукових параметрів щитовидної залози є актуальним питанням сучасної медичної науки і потребує подальшого детального опису конституційних особливостей цього органа.

**Мета роботи.** Вивчити особливості будови часток та перешийка, розміри об'ємів ЩЗ за даними ультразвукового дослідження у здорових чоловіків і жінок (представників різних конституційних типів).

**Матеріали і методи дослідження.** Була проведена соматометрія (висота та маса тіла, антропометричні параметри, інформація про які вказана в історії хвороби) та ультразвукове дослідження ЩЗ ( ультразвукові томограми). Загальна вибір становила 40 обстежених (22 чоловіків та 18 жінок). Статистична обробка отриманих даних проводилась з використанням спеціальних пакетів прикладних статистичних програм Microsoft Excel.

**Висновки.** Отримані результати дозволяють зробити наступні висновки:

1. На основі особливостей країв та поверхонь часток ЩЗ, а також співвідношення між їхніми лінійними параметрами (шириною та товщиною) виділені три варіанти будови залози.

2. Описані варіанти зустрічаються у кожній віковій групі незалежно від статі і визначаються конституційними особливостями.

3. Виявлені нами форми часток залози повинні враховуватися при пальпаторному дослідженні органа з метою уникнення гіпо- чи гіпердіагностики, а також при оперативних втручаннях на ній.

Проведене дослідження є перспективним для клініки ендокринології та променевої діагностики, оскільки може стати теоретичним підґрунтям для створення класифікації варіантів будови часток та перешийка щитоподібної залози осіб різних вікових груп в залежності від статевих та конституційних особливостей.

## **2. ВПЛИВ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ**

### **THE INFLUENCE OF HYPERTENSIVE DISEASE ON FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER**

*Боднарчук М.О., Калинюк І.С.*

*Науковий керівник: доц. Мігляс В.Г.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) займає перше місце за поширеністю серед хронічних неінфекційних захворювань у більшості країн світу. Близько 90% АГ становить гіпертонічна хвороба, що діагностується у 40% жінок і в 39% чоловіків. Її ускладнення мають значну питому вагу в структурі причин смертності та інвалідності населення. Висока частота поєднання неалкогольного жирового гепатозу печінки та гіпертонічної хвороби у клінічній практиці обумовлена не тільки їхньою великою розповсюдженістю, а й спільністю факторів ризику, механізму їх розвитку та характеризується високою активацією та дисфункцією нейрорегуляторних систем, факторів системної запальної відповіді, порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну.

**Мета роботи.** Оцінити вплив підвищеного артеріального тиску на функціональний стан печінки. Провести дослідження некросії печінки хворих гіпертонічною хворобою. Довести негативний вплив підвищеного артеріального тиску на стан судин печінки, функціональну здатність гепатоцитів, зокрема на детоксикаційну, жовчоутворюючу та вітамінодепонуючу функцію. Дослідити вплив артеріальної гіпертензії на ліпідний обмін у печінці.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено бібліосемантичний та контент-аналіз з питань дослідження впливу гіпертонічної хвороби на печінку, зокрема на її

морфологічну та функціональну структуру. Здійснено гістологічне дослідження тканини печінки у померлих хворих гіпертонічною хворобою.

**Висновки.** Артеріальна гіпертензія ініціює розвиток жирової інфільтрації печінки, що спостерігається у 50% випадків, за відсутності інших факторів її розвитку. Жирова дистрофія печінки важко діагностується через відсутність явних симптомів. В умовах гіпоксії страждають, перш за все, ті відділи органу, які перебувають у функціональній нарузі. Спостерігається порушення окислення жирних кислот у мітохондріях, погіршення транспорту тригліцеридів із печінки. Надмірна кількість жиру у гепатоцитах часточок печінки є фактором виснаження системи антиоксидантного захисту. Вільні радикали викликають руйнування ліпідних, білкових компонентів мембран, рецепторів, викликають порушення структурно-просторової організації нуклеїнових кислот. У більшості випадків ці процеси закінчуються загибеллю клітин.

### **3. ДИНАМІКА ЗМІН РОЗМІРІВ ГІПОФІЗА У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ** **DYNAMICS OF SIZE CHANGES OF THE PITUITARY GLAND IN THE POSTNATAL PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS**

*Вітошинський А.І.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Головацький А.С., асист. Студеняк Т.О.\**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології; \*кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гіпофіз є найважливішою залозою внутрішньої секреції, гормони якої регулюють діяльність інших ендокринних залоз – щитоподібної, надниркових, статевих. Він розміщений у гіпофізній ямці турецького сідла клиноподібної кістки і відокремлений від порожнини черепа відростком твердої оболонки головного мозку – діафрагмою сідла. Лійка, що проходить через діафрагму сідла з'єднує гіпофіз із сірим горбом гіпоталамуса. Гіпофіз складається з двох часток – передньої (аденогіпофіз) і задньої (нейрогіпофіз), які відрізняються за походженням. Значне забруднення довкілля патогенними чинниками призвело за останні роки до значного зростання захворюваності, що, зокрема, зумовлено патологічними змінами гіпофіза (Абрамова Н.А., 2009; Voellis A. et al., 2014; Шустов С.Б., Карін Д.В., 2017; Shepman I.M., 2017). Ось чому визначення за допомогою МРТ лінійних і об'ємних розмірів гіпофіза має клінічне значення для диференціальної діагностики та лікування ендокринної патології.

**Мета роботи.** Визначити закономірності змін розмірів гіпофіза у динаміці постнатального періоду онтогенезу людини.

**Матеріали та методи дослідження.** Для дослідження використано магніто-резонансні томограми 201 особи (чоловіків – 97, жінок – 104) віком від 1 до 74 років з архівного матеріалу Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології м. Ужгорода. Усі досліджувані поділені за статтю та на вікові групи: раннє дитинство (1–3 роки); перше дитинство (4–7 років); друге дитинство (8–12 років); підлітковий вік (13–16 років); юнацький вік (17–21 років); I період зрілого віку (22–35 років); II період зрілого віку (36–60 років); похилий вік (61–74 роки). На томограмах вимірювали вертикальний, передньо-задній та поперечний розміри гіпофіза за допомогою програми RadiAnt DICOM Viewer, а також визначали його об'єм способом Di-Chiro-Nelsona (Di Chiro G, Nelson KB, 1962). На основі отриманих даних сформовано статистичні таблиці (програма Statistica 6.0) та побудовано гістограми.

**Результати.** Нами встановлено: у осіб раннього дитинства об'єм гіпофіза становить  $147,87 \pm 15,94 \text{ мм}^3$  (відповідно у чоловіків і жінок  $161,44 \pm 16,05 \text{ мм}^3$  та  $134,29 \pm 13,74 \text{ мм}^3$ ); у першому дитинстві –  $209,26 \pm 18,11 \text{ мм}^3$  (відповідно  $213,97 \pm 19,72 \text{ мм}^3$  та  $198,29 \pm 17,85 \text{ мм}^3$ ); у другому дитинстві –  $293,34 \pm 21,19 \text{ мм}^3$  (відповідно  $318,81 \pm 21,33 \text{ мм}^3$  та  $242,41 \pm 20,17 \text{ мм}^3$ ); у підлітковому віці –  $362,31 \pm 21,81 \text{ мм}^3$  (відповідно  $353,31 \pm 21,09 \text{ мм}^3$  та  $369,53 \pm 22,03 \text{ мм}^3$ ); у юнацькому віці –  $424,69 \pm 23,10 \text{ мм}^3$  (відповідно  $423,44 \pm 23,13 \text{ мм}^3$  та  $426,11 \pm 23,32 \text{ мм}^3$ ); у I періоді зрілого віку –  $394,1 \pm 22,64 \text{ мм}^3$

(відповідно  $380,2 \pm 22,24 \text{ мм}^3$  та  $406,3 \pm 22,83 \text{ мм}^3$ ); у II періоді зрілого віку –  $446,06 \pm 23,59 \text{ мм}^3$  (відповідно  $401,41 \pm 22,65 \text{ мм}^3$  та  $454,36 \pm 24,12 \text{ мм}^3$ ); у похилому віці –  $423,94 \pm 22,81 \text{ мм}^3$  (відповідно  $420,3 \pm 21,91 \text{ мм}^3$  та  $427,5 \pm 23,12 \text{ мм}^3$ ).

**Висновки.** Аналіз проведеного дослідження показав, що розміри гіпофіза пропорційно збільшуються до юнацького віку (17–21 рік), незначно зменшуються у віці з 22 до 35 років, а потім знову збільшуються. Достовірних статевих відмінностей об'ємних розмірів у розвитку гіпофізу не виявлено.

#### **4. МОРФОЛОГІЯ УСКЛАДЕНЬ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇХ ДИНАМІКА ЗА ОСТАННІ РОКИ**

MORPHOLOGY OF COMPLICATIONS OF THE HYPERTENSIVE DISEASE AND THEIR DYNAMIC FOR THE LAST YEARS

*Гісем В.В., Енкала К.В.*

*Наукові керівники: ас. Хархаліс І.К., к.мед.н., доц. Антоненко В.П., ас. Фістер Н.І.,*

*ас. Довганіч В.В.*

*ВДНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб із курсами патологічної анатомії та фізіотерапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гіпертонічна хвороба (есенціальна, або первинна, артеріальна гіпертензія) – захворювання, провідною ознакою якого є схильність до підвищення артеріального тиску, не пов'язана з яким-небудь відомим захворюванням внутрішніх органів. За даними сучасної літератури спостерігається у 10–20% дорослого населення, особливо часто у осіб старше 40 років. Сприяє прискореному розвитку і більш важкому перебігу атеросклерозу, призводить до виникнення життєво небезпечних ускладнень.

Гіпертонічна хвороба є однією із основних проблем здоров'я в більшості країн світу внаслідок її впливу на показники смертності і захворюваності населення. Вона є основним фактором ризику хронічної ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, мозкових інсультів, які в сукупності дають 88,6% загальної смертності від хвороб системи кровообігу. Смертність серед осіб із артеріальною гіпертензією майже вдвічі вища, ніж серед осіб з нормальним артеріальним тиском.

**Мета дослідження.** Аналізуючи історії хвороб, протоколи розтинів та аутопсійні гістологічні препарати померлих хворих, в яких клінічно та морфологічно була діагностована гіпертонічна хвороба, встановити морфологічні варіанти ускладнень гіпертонічної хвороби, дослідити їх динаміку та частоту розвитку в залежності від віку та статі.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовано 133 історії хвороб, протоколи розтинів та результати гістологічних заключень аутопсійного матеріалу (гістологічні препарати виготовлені із тканин мозку, міокарду та нирок) померлих хворих віком від 25 років. Усі хворі були розділені на наступні вікові групи та за статтю: 25–39 років, 40–49 років, 50–59 років та 60–69 років, 70–79 років та 80 років і старше. У даних хворих було виділено три основні групи ускладнень, пов'язані із ураженням серця, нирок та головного мозку. Дослідження проводилося на базі патоморфологічного відділення Ужгородської ЦМКЛ та проаналізовано архівний матеріал за останні п'ять років.

**Висновки.** На основі проведеного дослідження було встановлено, що спостерігається динаміка зростання смертельних ускладнень гіпертонічної хвороби і становить 3% за досліджуваний період. В структурі ускладнень гіпертонічної хвороби переважають ураження головного мозку (геморагічні інсульти) і серця (інфаркти міокарда) і складають 51,13% та 44,36% відповідно, ураження нирок із розвитком хронічної ниркової недостатності становить 4,51%. У віковій структурі 60% ускладнень гіпертонічної хвороби переважають у хворих 50–69 років. При дослідженні гендерного фактору встановлено, що смертність від ускладнень гіпертонічної хвороби вища серед осіб чоловічої статі.

## 5. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ НАСИЧЕНИХ АНТИБІОТИКАМИ КІСТКОВО-ПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ТВАРИН З ОСТЕОМІЄЛІТОМ EXPERIMENTAL APPLICATION OF BONE-PLASTIC MATERIALS SATURATED BY ANTIBIOTICS IN ANIMALS WITH OSTEOMYELITIS

*Головнич А.М., Зобенько І.В.*

*Наукові керівники: доц. Шерегій А.А., доц. Пушкаш І.І.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Найбільш поширеними збудниками остеомієлиту являються Стафілококи, малочутливий до антибіотиків, тому потребує точного застосування антибактеріальних засобів.

**Мета роботи.** Створення біодеградуючого остеопластичного матеріалу, насиченого антибактеріальними речовинами який має здатність протягом тривалого часу вивільнювати діючу речовину в оточуюче його середовище (до декількох тижнів), отримуючи бактерицидний вплив шляхом підвищення MIC (мінімально інгібовану концентрацію) та не обтяжуватиме перебудову кісткового транспланту.

**Матеріали та методи.** Задля отримання такого матеріалу необхідна основа – носій DDS (Drug Delivery System) придатна для зв'язування, транспортування Ванкоміцину та/або інших антибіотиків і контрольованого вивільнення цих речовини, забезпечуючи їх тропність до кістки. Таким чином дія та антимікробна ефективність застосованого DDS з Ванкоміцином та насичений ним кістковий трансплант вивчався на лабораторних щурах із модельованим остеомієлітом.

В експерименті було використано 30 щурів розподілених на 3 групи, 1 контрольна група 10 щурів з негативним (стерильним) кістковим дефектом дистального епіметафізу стегна, 2 та 3 група, по 10 щурів із індукованим МРСА остеомієлітом.

В досліджуваній групі у (20 щурів) клінічні та рентгенологічні ознаки остеомієлиту підтвердилися у 18 щурів, вони були розподілені на 2 групи. Хірургічні принципи лікування виконані ідентично, але у другій групі, на відміну від третьої спонгіозний авто трансплантат був насичений Ванкоміцином на DDS носію

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати регенерації кісткових дефектів щурів аналогічного віку досліджували на 14, 30, та 60 добу при використанні морфологічних методів.

У ході порівняння клітинного складу регенератів дослідних тварин з спонгіозним трансплантом та нативним кістковим мозком виявлено, що пул остеогенних клітин та площі кісткової тканини на всіх термінах переважали у стерильних дефектах дослідних тварин контрольної групи. Але на кінцевому терміні дослідження суттєвої різниці у площі сформованої у дефектах кісткової тканини між контрольною та 1-ю досліджуваною групами не відмічено, відставання у зрілості зафіксовано у регенератах тварин 2-ї досліджуваної групи, де Ванкоміцину не було у складі трансплантату. Це свідчить, що трансплантація у зону дефекту спонгіозного транспланту та нативного кісткового мозку прискорює кісткоутворення та ремодельовання кістки.

**Висновки.** Такий біодеградуючий остеопластичний матеріал, насичений антибактеріальними речовинами який має властивості нативного кісткового мозку у поєднанні з спонгіозним трансплантатом де на основі носію DDS в кістковий дефект вводиться антибіотик, наділений здатністю вивільнюватися протягом тривалого часу забезпечує бактерицидний вплив шляхом підвищення водночас стимулюючи перебудову кісткового транспланту.

## **6. ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ГОЛОВНОМУ МОЗКУ, ОБУМОВЛЕНІ ДОВГОТРИВАЛИМИ СПАЗМАМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ГІПОКСІЄЮ**

PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE BRAIN, CAUSED BY LONG-TERM SPASMS OF THE BRAIN VESSELS AND HYPOXIA

*Дан М.І., Зінч А.В.*

*Науковий керівник: доц. Мігляр В.Г*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних захворювань*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гіпоксія головного мозку – це типовий патологічний процес, що виникає внаслідок недостатнього постачання тканин киснем або в результаті порушення його використання клітинами. При ураженні м'якої оболонки тканини головного мозку виникають численні спазми судин, що приводить до порушення кровопостачання, а отже і до дегенеративних змін тканини головного мозку, а саме до атрофії.

**Мета.** Дослідити патоморфологічні зміни у тканині головного мозку, обумовлені довготривалими спазмами та гіпоксією

**Матеріали і методи дослідження.** У роботі використані клінічні методи дослідження із залученням сучасних діагностичних методів (ультразвукове дослідження судин голови та шиї, рентгенографія, комп'ютерна ангіографія, магнітно-резонансна томографія, спіральна комп'ютерна томографія), історії хвороб і статистичні методи дослідження.

**Результати.** Важкі випадки атрофії тканин головного мозку призводять до коми та летального результату.. За даними МООЗ в Україні щорічно реєструють 100–120 тисяч інсультів, з них третина – серед осіб працездатного віку.

У 2015 році захворюваність ГПМК склала 274,1 на 100 тис. населення (в середньому показник захворюваності у країнах Європи – 200 випадків на 100 тис. населення). Найбільш поширеним серед усіх судинно-мозкових захворювань є ішемічний інсульт – біля 80% Згідно з результатами дослідження Greater Cincinnati / Northern Kentucky Stroke Study, що проводилось в США, у спільноті чисельністю 1,3 млн. чоловік, питома вага інсульту в осіб у віці від 20 до 54 років за період з 1993–1994 р.р. до 2005 р. збільшилась з 13% до 19%, а середній вік пацієнтів з уперше розвиненим інсультом зменшився з 71 року в 1993–1994 р.р. до 69 років у 2005 р.

**Висновки.** Після проведених досліджень виявили, що при гіпоксії наявні зміни у тканині головного мозку, а також при розвитку гіпоксії відбувається розвиток незворотних змін не тільки у тканині головного мозку, а й в інших життєво важливих органах і системах. Ранньою ознакою гіпоксії є порушення мікроциркуляторного руслу – стази, плазматичне просочування та некробіотичні зміни судинних стінок з порушенням їх проникності, виходом плазми у перикапілярний простір. При важкій формі гострої гіпоксії рано виявляються різного ступеня ураження нейронів аж до незворотних. У клітинах головного мозку виявляють вакуолізацію, хроматоліз, гіперхроматоз, кристалічні вклучення, пікноз, гостре набухання. Виразність змін клітин залежить від тяжкості гіпоксії.

## **7. ВІДМІННОСТІ РОЗМІРІВ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ КІНЦЕВОГО МОЗКУ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ**

THE DIFFERENCES IN THE SIZE OF LATERAL VENTRICLES OF ADULTS AND ELDERLY PEOPLE'S TELENCERHALON

*Дутка В.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Головацький А.С., лікар Смик Є.Й.\**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології;*

*\*Закарпатський діагностичний центр «СВРОКЛІНІК»*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** За останні роки значно зросла захворюваність людей на патологію головного мозку, зокрема бічних шлуночків кінцевого мозку (Комшук Т.С., 2015). Однією із причин виникнення таких патологічних станів є значне забруднення довкілля патогенними чинниками. З розвитком медичної науки виникла необхідність застосування нових методів візуалізації для отримання точніших даних щодо структурної організації головного мозку, зокрема його шлуночків (Шевчук Ю.Г., 2009; Michael J. Et al.). Одним із таких методів є магнітно-резонансна томографія (МРТ). Навіть на сьогодні особливості морфологічної мінливості головного мозку, зокрема його шлуночків, у постнатальному періоді онтогенезу ще недостатньо вивчено, мало інформації щодо закономірностей змін розмірів бічних шлуночків кінцевого мозку у людей I та II періодів зрілого віку та похилого віку (Кареліна Н.Р., 2007; Harold I., 2008; Akins P.T., 2011). Головний мозок людини дуже мінливий. Він має свої відмінності у жінок та чоловік різного віку. З огляду на це є актуальним вивчення метричних даних бічних шлуночків головного мозку.

**Мета роботи.** Визначити статеві і метричні відмінності структурних компонентів бічних шлуночків кінцевого мозку людей I і II періодів зрілого віку та похилого віку.

**Матеріали та методи дослідження.** Ми проаналізували архівні дані МРТ в Закарпатському діагностичному центрі «ЄВРОКЛІНІК» (м. Ужгород). Досліджували дані МРТ пацієнтів без ознак уражень головного мозку. Проаналізовано томограми головного мозку чоловіків та жінок різних вікових груп: 7 томограм I періоду зрілого віку (22–35 років), 9 томограм II періоду зрілого віку (36–60 років), 18 томограм похилого віку (61–74 роки). Виміряно максимальну відстань між передніми рогами бічних шлуночків, максимальну відстань між тілами бічних шлуночків, косий фронтальний розмір передніх рогів бічних шлуночків. Вираховано значення індексу передніх рогів бічних шлуночків та індексу бічних шлуночків.

**Результати.** Вивчено три метричні показники: максимальна відстань між передніми рогами бічних шлуночків, максимальна відстань між тілами бічних шлуночків, косий фронтальний розмір передніх рогів бічних шлуночків. Вираховано значення індексу передніх рогів бічних шлуночків та індексу бічних шлуночків. Аналіз цих показників свідчить про статеву та вікову відмінність морфометричних параметрів бічних шлуночків кінцевого мозку. Встановлено, що показник індексу передніх рогів бічних шлуночків та індексу бічних шлуночків збільшується з віком як у жінок, так і в чоловіків. Виявлена міжпівкульна асиметрія при вимірюванні косого фронтального розміру передніх рогів бічних шлуночків у чоловіків та жінок всіх трьох вікових груп – фронтальні розміри переднього рогу другого шлуночка більші, ніж першого шлуночка.

**Висновок.** Тема нашого дослідження є актуальною, бо при діагностиці важливо відрізнити нормальні вікові зміни шлуночкової системи від порушень ліквородинаміки.

## **8. ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ КОМПЗИТОМ ТРИКАЛЬЦІЙФОСФАТУ З ГІДРОКСИПАТИТОМ** **BONE DEFECTS SUBSTITUTION BY COMPOSITE OF TRICALCIUM PHOSPHATE WITH HYDROXIAPATITIS**

*Автори: Зобенько І.В., Головнич А.М.*

*Наукові керівники: доц. Шереміт А.А., доц. Пушкаш І.І.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини)*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В останні роки зросла потреба та обсяг біоматеріалів, що імплантують при кісткових дефектах. Серед синтетичних і штучних біоматеріалів лідируючі позиції займають керамічні матеріали. Це: оксидні кераміки, склокераміки, кальційфосфатні кераміки та їх композити. З двох кальційфосфатних керамік, які найбільш широко використовують – це трикальційфосфат і гідроксиапатит, які відрізняються біорезорбцією та міцністю. Пошук нових композитів та їх дослідження тривають.

**Мета дослідження:** вивчити особливості перебудови в кістковому дефекті трикальційфосфата, укріпленого гідроксиапатитом в формі голчастих структур.

**Матеріал і методи.** Дослідження виконано на 12 білих лабораторних щурах після імплантації в метадіафізарні дефекти стегнової кістки (2 мм) гранул біоматеріалу, синтезованого на кафедрі фізики твердого тіла Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (зав. кафедрою проф. З.З. Зиман). Після виведення тварин з експерименту (7 і 30 доба) фрагменти стегнової кістки з області дефекту, заповненого гранулами, фіксували у формаліні і обробляли відповідно до методів обробки гістологічного матеріалу. Дослідження проводили на зрізах, забарвлених гематоксиліном та еозинном, а також за ван Гізон.

**Результати дослідження.** Через 7 днів гранули композиту розташовувалися в області дефекту. У крайових відділах, прилеглих до кортексу, сформувався тонкий шар сполучної тканини з одиничними фібробластами між ними. В області губчастої кісткової тканини гранули по крайовій поверхні були оточені грубоволокнистою кістковою тканиною та вогнищами проліферації остеобластів, які формують остеїд. Резорбції гранул не виявлено. Через 30 днів зафіксовано перебудову кортекса з формуванням новоутвореної кісткової тканини, яка проникала в невеликі порожнини резорбції на гранулах біоматеріалу. В області губчастої кісткової тканини гранули були щільно спаяні між собою кістковою тканиною. Площа, яку займали гранули, статистично не відрізнялася від такої на 7 добу, що свідчить про формування міцного керамічного блоку та стабілізації біоматеріалу.

**Висновок.** Трикальційфосфат, укріплений гідроксиапатитом в формі голчастих структур, має остеокондуктивні та остеointегративні властивості, що розширює арсенал біоматеріалів і може бути використаний для заповнення кісткових порожнин.

## **9. ДЕЯКІ СОМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНЦІВ КАРПАТСЬКОЇ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ ЗОНИ**

### **SOME SOMATOLOGICAL FEATURES OF UKRAINIANS OF KARPATIAN ANTHROPOLOGICAL ZONE**

*Казан Уляна, Казан Ірина*

*Наукові керівники: доц. Мота О.М., доц. Галюк У.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра анатомії людини*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Одним з важливих напрямків антропологічної науки є медична антропологія, яка звертає увагу на індивідуальні зміни морфологічних ознак, на основі яких формуються міжгрупові відмінності населення земної кулі. На території України виділено 5 антропологічних зон: центральноукраїнську, карпатську, нижньодніпровську, деснянську, ільменсько-дніпровську, які відрізняються певними соматологічними ознаками.

**Мета.** Вивчити деякі соматологічні ознаки українців карпатської антропологічної зони і провести співставлення з антропологічними даними літератури.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 50 осіб юнацького віку, зокрема 24 особи чоловічої статі та 26 осіб жіночої статі. Проведено наступні антропометричні заміри: ріст (довжина тіла), довжина тулуба, ширина плечей, поперечний діаметр черепа, поздовжній діаметр черепа, виличний діаметр, висота носа, ширина носа, а також вивчали форму ніздрів та наявність складки верхньої повіки і епікантуса.

**Результати.** При розподілі обстежених на групи встановлено, що незалежно від статі переважають особи з доліхоморфним типом будови тіла, в найменшій кількості виявлено осіб з брахіморфним типом будови тіла (серед жінок відсутні). При вивченні форми черепа виявлено, що і в чоловіків, і в жінок домінує брахікранія і складає 68%, найменшою мірою представлена доліхокранія і складає 8%. При огляді м'яких тканин очної ділянки встановлено, що сильно розвинена складка верхньої повіки наявна в 1 особи жіночої статі та в 3 осіб чоловічої статі (14%). Епікантус, або «монгольська складка», є слабо виражена у

5 осіб жіночої статі (8%) та 2 осіб чоловічої статі (10%). Виявлено 4 форми носа: увігнутий, прямий, звивистий, опуклий. Серед чоловіків переважає пряма форма носа (43%), а серед жінок – звивиста (46%). Довжина носа у чоловіків в середньому складає 4,94 см, а у жінок – 4,65 см. Ширина носа в осіб жіночої статі становить 2,6 см і не залежить від форми черепа, у осіб чоловічої статі встановлена незначна залежність ширини носа від форми черепа і максимального значення набуває в доліхокранів, а найменшого – у мезокранів. Середнє значення виличного діаметра складає 11,15 см у жінок, 11,77 см у чоловіків і певною мірою залежить від форми черепа. Найбільше значення даного показника характерне для брахіокранів незалежно від статі.

#### **Висновки.**

1. Серед осіб карпатської антропологічної зони переважають особи з доліхоморфним типом будови тіла та брахіокранією.

2. Виявлено незначний відсоток осіб з епікантусом і складкою верхньої повіки.

3. Виличний діаметр залежить від форми черепа і максимального значення набуває у брахіокранів.

### **10. ВІКОВІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА**

#### **AGE CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANE OF THE STOMACH**

*Маркович Д., Веклинець В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Гецько О.І., к.мед.н., доц. Гербут А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В наш час досить важливим є вивчення морфологічних змін слизової оболонки шлунка на світлооптичному та ультраструктурному рівнях. Особливості рельєфу, стан залоз та зміна товщина слизової оболонки вказує на можливість виникнення патологічних станів шлунку. Вивчення гістологічної будови слизової оболонки та її зміни протягом життя людини допоможе своєчасно визначити і попередити розвиток захворювання.

**Мета роботи.** Визначити вікові особливості структурних компонентів слизової оболонки шлунка у людей різних вікових груп.

**Матеріали і методи дослідження.** Морфологічні дослідження були виконані на трупному матеріалі 21 людини різної статі та вікової групи, отриманих з архіву патологоанатомічного відділення ЗОКЛ ім. Андрія Новака. Шматочки шлунка з різних анатомічних відділів заливали в парафін. Після виготовлення зрізів препарати фарбували гематоксилін-еозином.

**Результати.** Дослідження показало, що слизова оболонка шлунка змінюється протягом усього життя людини. Товщина слизової оболонки об'єктів однієї вікової групи є різною в краніо-каудальному напрямку. У людей молодшої вікової групи товщина в кардіальній частині і в ділянці дна переважає над пілоричною частиною і ділянкою тіла. У людей старшої вікової групи спостерігаються атрофічні зміни слизової оболонки, що супроводжуються зменшенням її товщини. З віком відбувається поступове заміщення залозистої паренхіми сполучною тканиною. Зміни в слизовій оболонці пов'язані із зменшенням площі залозистої зони і збільшенням глибини шлункових ямок. Також зменшуються в об'ємі шлункові поля. Зміни в клітинному складі залоз дна і тіла супроводжуються зменшенням кількості парієтальних та головних клітин. Обкладочні клітини з віком вакуолізуються і містять значну кількість жирових включень. Підслизова основа у дорослих і людей похилого віку поступово інфільтрується одноядерними клітинами, що за будовою нагадують епітеліальні клітини тонкої кишки. Ділянка дна характеризується відносно тонкою підслизовою основою, в порівнянні з іншими пластинками слизової оболонки, що характерно для всіх вікових груп.

**Висновки.** Отримані данні свідчать про поступову атрофію і зменшення товщини слизової оболонки шлунка з віком, зміну якісного і кількісного складу шлункових залоз, а також перебудову рельєфу дна та пілоричної частини.

## **11. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ГЛІОБЛАСТОМИ**

### **FEATURES OF THE INFLUENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES ON GLIOBLASTOMAS**

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к. мед. н., доц. Мігляс В.Г., Гайдук О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Згідно статистичних клінічних даних середня частота виявлення пухлин головного мозку сягає 6–8,5 на 100 тисяч населення. Серед усіх первинних новоутворень головного мозку найбільш поширені (40–62%) гліальні пухлини, серед яких надзвичайно злоякісні гліобластоми виявляють у 27–30% пацієнтів. Для даної групи пухлин характерна висока частота рецидивів та швидке прогресування росту залишків пухлини. Швидкий ріст гліобластом приводить до дислокаційних процесів у головному мозку, що спочатку приводить до функціональних порушень, а згодом і до незворотних змін у ЦНС. Відомо, що гіпоксія, є одним із факторів впливу на ріст пухлин, а при серцево-судинних захворюваннях розвивається дисциркуляторна гіпоксія. Саме тому ми вбачаємо актуальним дослідити вплив захворювань серцево-судинної системи на розміри гліобластом та дислокаційні процеси у головному мозку.

**Мета.** Проаналізувати закономірності змін розмірів та дислокаційних процесів у структурі головного мозку при гліобластомах у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи.

**Матеріали та методи.** Для даного дослідження було використано архівні дані ОКЦНН м. Ужгорода. Проаналізовано кардіологічні діагнози, нейропатоморфологічні відповіді, МРТ та КТ знімки, на яких проводилося вимірювання розмірів та дислокаційні порушення при гліобластомі. Також був проведений аналіз строків дебюту захворювання, що в обраних пацієнтів становили від одного до півтора місяця. Сумарна вибірка становила 28 пацієнтів. Аналіз даних проводився за допомогою статистичної обробки даних у середовищі MS Office Excel.

**Результати та їх обговорення.** Пацієнти були розподілені на дві групи: перша – пацієнти з виявленими захворюваннями серцево-судинної системи (45%), друга – пацієнти з відсутніми порушеннями у роботі серцево-судинної системи (55%). Віковий розподіл у першій групі становив від 45 до 80 років, а в другій до 44 років. Проведений аналіз визначив, що у першій групі пацієнтів розміри гліобластом знаходились у межах від 17\*28\*19 мм до 25\*29\*24 мм, а дислокація структур головного мозку коливалася до  $6,20 \pm 1,8$  мм. Для другої групи пацієнтів визначені розміри гліобластом були у межах від 33\*28\*27 мм до 36\*30\*31 мм, а дислокація структур головного мозку становила до  $8,40 \pm 2,5$  мм.

**Висновки.** У результаті проведеного дослідження було встановлено, що при відсутності захворювань серцево-судинної системи розміри гліобластом, а також спричиненні ними дислокаційні процеси структур ЦНС незначно переважають над розмірами гліобластом у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи.

## **12. КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖ ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТУ ТА РОЗМІРАМИ ЧЕРЕПА**

### **CORRELATION ANALYSIS BETWEEN TYPES OF TEMPERAMENT AND SKULL SIZE**

*Орос М.М., Сабовчик О.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Попович Ф.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології.*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Темперамент – це сукупність індивідуальних властивостей психіки. Одна з найважливіших структурних одиниць психічної діяльності, що визначає реакцію людини на інших людей та на події, що з нею відбуваються. У психології розглядають чотири типи темпераменту: холеричний, сангвінічний, флегматичний, меланхолійний.

Тип темпераменту необхідно враховувати у процесі спілкування з різною категорією людей, уміти його діагностувати з метою встановлення психологічного контакту, обрання способів впливу на особистість. Морфологічна характеристика (розмір черепа) дозволила б швидко визначити темперамент і обрати оптимальний режим взаємодії із співбесідником.

**Мета роботи.** Виявити чи існує істотна залежність між типом темпераменту та розміром черепа.

**Матеріали і методи дослідження.** Для визначення темпераменту ми використовували «Особистісний опитувальник Айзенка» (Eysenck Personality Inventory, або EPI). Методика містить 57 питань, 24 з яких спрямовані на виявлення екстраверсії-інтроверсії, 24 інших – на оцінку емоційної стабільності-нестабільності (нейротизму), інші 9 складають контрольну групу запитань, призначену для оцінки щирості випробуваного, його відносини до обстеження та достовірності результатів. Розміри черепа виміряні за допомогою спеціально виготовленого інструменту.

**Висновки.** Виконавши кореляційний аналіз, ми зрозуміли, що залежність між темпераментом і розмірами черепа є. Ця залежність не досить чітка, оскільки темперамент як властивість людської психіки не визначається повністю морфологічними чи анатомічними характеристиками. Але тепер, поглянувши на розміри голови, можна обрати певну тактику спілкування (відповідно до типу темпераменту).

### **13. ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА**

#### **THE EFFECT OF TYPE II DIABETES ON THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION**

*Палатна С.С., Форос І.В.*

*Науковий керівник: доц. Мігляс В.Г.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** За даними П.Е Лукомського, Е.М. Тараєва у людей віком від 50 до 59 років з усіх захворювань припадає 41,2% діагноз інфаркт міокарда (ІМ). Серед хворих значно більше чоловіків, а ніж жінок. Це пов'язано із пізнішим розвитком коронарного атеросклерозу, що є наслідком розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Прогресивне збільшення кількості осіб з інфарктом міокарду обумовлює необхідність розробки шляхів первинної профілактики, раннього виявлення та медикаментозної терапії.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз патогістологічних змін ІМ із супутнім захворюванням ЦД 2 типу та ІМ, який розвинувся з інших причин.

**Матеріали та методи дослідження.** Для проведення даної роботи було використано 15 патогістологічних препаратів з інфарктом міокарду та супутнім його захворюванням на ЦД 2 типу та 15 контрольних препаратів ІМ без супутнього захворювання. Узяті матеріали забарвлені гематоксилін-еозином. Дослідження проводилося на базі патолого-анатомічного відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні.

**Результати досліджень.** При дослідженні патогістологічного препарату із супутнім захворюванням ЦД 2 типу виявлено зменшення просвіту судин за рахунок накопичення глікопротеїнів. На ультраструктурному рівні видно потовщення базальної мембрани судинної стінки, також було виявлено атеросклеротичні зміни. При дослідженні змін ІМ, що розвинувся з інших причин виявлені 3 ділянки: 1) некрозу; 2) демаркаційного запалення; 3) ділянка відносно збереженого міокарду.

**Висновок.** На основі дослідження з'ясовано, що ІМ найчастіше розвивається внаслідок розвитку супутнього захворювання у хворих на ЦД 2 типу, що обумовлює порушення обміну речовин і розвиток макро- та мікроангіопатій з наступним атеросклеротичним ураженням коронарних судин серця.

#### **14. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРА MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE RAT THYROID GLAND**

*Петришин Михайло, Серкіз Софія, Варварич Лілія*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Мота О.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра нормальної анатомії*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Подальший розвиток медичної науки сьогодні неможливо уявити без експерименту. Не зважаючи на потужний арсенал новітніх методів досліджень, досліди із залученням тварин залишаються невід'ємною складовою вирішення багатьох актуальних завдань сучасної медицини. Лабораторні щурі широко використовуються у медико-біологічних дослідженнях. Тому необхідні ґрунтовні знання анатомо-фізіологічних особливостей у піддослідних тварин, оскільки вони мають певні особливості. В науковій літературі зустрічається не так уже й багато інформації про морфологічні особливості щитоподібної залози у щура.

**Мета роботи.** Вивчити морфологічні особливості щитоподібної залози щура.

**Матеріали і методи.** Дослідження було виконано на 5 білих лабораторних щурах-самцях масою 210–250 г. Після зважування тварин, проводили їхню евтаназію з використанням ефірного наркозу. Проводили препарування з наступним дослідженням ділянки шиї та топографо-анатомічних особливостей щитоподібної залози. Видалені частки детально вивчали і зважували на електронних вагах. Надалі фіксували 10% розчином формаліну і заливали в парафін. Фарбування здійснювали гематоксилін-езином.

**Результати.** При огляді ділянки шиї щура встановлено, що щитоподібна залоза здебільшого має вигляд двох ізольованих часток білуватого кольору, які прилягають до кілець трахеї. В одному випадку частки залози мали форму «метелика» та були з'єднані перешийком. Також виявлено, що збоку від часток розміщені сонні артерії, попереду – слинної залози та поверхневі м'язи шиї, а позаду – глибокі м'язи шиї. При зважуванні встановлено, що маса залози складає 0,257–2,112% від маси щура. При цьому маса правої частки в усіх випадках домінує над масою лівої частки. Результати гістологічного дослідження свідчать, що структурно-функціональною одиницею залози є фолікул, стінки якого утворені тироцитами кубічної форми. Розміри фолікулів неоднорідні, фолікули більшого розміру були розташовані на периферії, а меншого розміру – більш центрально. Площа фолікулів перевищує площу міжфолікулярного простору.

**Висновки.** 1. Щитоподібна залоза щура здебільшого вирізняється відсутністю перешийка та асиметрією часток.

2. Маса щитоподібної залози складає 0,257–2,112% від маси тіла щура.

3. Частки залози складаються з фолікулів різного розміру з нерівномірним їх розподілом.

#### **15. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВІМЕНТИНУ В ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ В ПОСІДНАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ТА ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У 29–32 ТИЖНІ ГЕСТАЦІЇ**

**ASSESSMENT OF THE RESULTS OF VIMENTIN IMMUNOHISTOCHEMICAL  
EXAMINATION IN ENDOTHELIOCYTES OF THE PLACENTAL VILLI IN THE  
ASPECT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA OF GRAVIDAS AND PRETERM  
MATURATION OF THE CHORIONIC TREE IN 29–32 WEEKS OF GESTATION**

*Гарвасюк О.В., Петроченков Г.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Давиденко І.С.*

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра патологічної анатомії*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** У даному дослідженні нами була перевірена гіпотеза про те, що концентрація віментину, а саме оптична густина імуногістохімічного забарвлення на віментин у віментин-позитивних клітинах, може бути критерієм зрілості структур хоріальних ворсинок плаценти. Причиною наукового дослідження послужила інформація, що при залізодефіцитній анемії вагітних, незважаючи на морфологічні ознаки передчасного дозрівання хоріального дерева, все ж присутні окремі прояви незрілості трофобласта хоріальних ворсинок плаценти.

**Мета.** Встановити кількісні параметри віментину у цитоплазмі ендотеліоцитів проміжних та термінальних ворсинок плаценти при імуногістохімічному дослідженні плаценти із передчасним дозріванням хоріального дерева при залізодефіцитній анемії вагітних у 29–32 тижнів гестації.

**Матеріали і методи.** Всього досліджено 58 плацент. Дизайн дослідження наступний:

Основна група № 1 – спостереження поєднання ЗДАВ і передчасного дозрівання хоріального дерева у 29–32 тижнів вагітності (n=18).

Група порівняння № 1А – спостереження передчасного дозрівання хоріального дерева без анемії при пологах у 29–32 тижнів вагітності (n=19).

Група контролю – фізіологічна вагітність у 37–40 тижнів гестації (n=21).

Згідно з рекомендаціями DAКО імуногістохімічним методом проводили визначення експресії віментину в ендотелії (полімерна система детекції з барвником діамінобензидином). Оптичну густина специфічного забарвлення вимірювали у відносних одиницях оптичної густини методом комп'ютерної мікроденситометрії за допомогою комп'ютерної програми ImageJ (версія 1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015). Оптичну густина забарвлення використовували як міру імуногістохімічної концентрації. Статистично значущими вважали розбіжності при  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Показник оптичної густини імуногістохімічного забарвлення в основній групі № 1 склав  $0,301 \pm 0,0026$  в.о.оптичної густини. В групі порівняння № 1А –  $0,348 \pm 0,0028$  в.о.оптичної густини. У групі контролю –  $0,448 \pm 0,0029$  в.о. оптичної густини.

**Висновки.** Залізодефіцитна анемія спричиняє незрілість ендотеліоцитів проміжних та термінальних ворсинок плаценти навіть у плацентах, в яких гістологічним методом встановлено передчасне дозрівання хоріального дерева. Оптична густина імуногістохімічного забарвлення в цитоплазмі ендотеліоцитів проміжних та термінальних ворсинок плаценти може служити критерієм зрілості хоріального дерева плаценти.

## **16. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП**

### **PATHOMORPHOLOGIC PARTICULARITIES OF THE SKIN DISEASES IN PATIENTS OF THE DIFFERENT AGE GROUPS**

*Сливка Н.Я., Уйгелі Я.В.*

*Наукові керівники: ас. Хархаліс І.К., к.мед.н., доц. Антоненко В.П., ас. Довганич В.В., ас. Фістер Н.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб із курсами патологічної анатомії та фтизіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Шкіра – це зовнішній покрив організму людини, який захищає тіло від широкого спектра будь-яких зовнішніх впливів. Вона бере участь у терморегуляції, обмінних процесах, диханні, являє собою масивне рецепторне поле різних видів поверхневої чутливості.

Причинами розвитку хвороб шкіри є дія різних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Вони є результатом впливу біологічних (бактерій, вірусів, мікроскопічних грибків, найпростіших та паразитів), фізичних (сонячне та ультрафіолетове випромінювання) та хімічних факторів. Також важливу роль у розвитку

шкірних хвороб відіграють розлади ендокринної та нервової систем, особливо стреси, нервове перенапруження та характер харчування хворих. Невід'ємними факторами є індивідуальна схильність, соціальні фактори і ступінь опірності імунної системи організму.

**Мета дослідження.** Аналізуючи патогістологічні заключення та гістологічні препарати уражень шкіри хворих різного віку, встановити морфологічні варіанти хвороб шкіри в залежності від їхньої локалізації, віку хворих та характеру патологічного процесу.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовано результати гістологічних заключень біопсійного післяопераційного матеріалу (шматки шкіри, взяті від хворих, в яких попередньо було діагностовано ураження шкіри). Патогістологічні препарати забарвлені гематоксилін-еозином. Дослідження проводилося на 335 випадках хворих обох статей та різного віку. Усі хворі були розділені на п'ять вікових групи: 18–24 років, 25–35 років, 36–45 роки та 46–55 та 56–65 років. При проведенні дослідження, хвороби шкіри були поділені на три умовні групи: інфекційні ураження шкіри, доброякісні новоутворення та пухлинні захворювання шкіри. Серед інфекційних уражень шкіри були виділені вірусні бородавки, контагіозний молоск та піогенні гранульоми. До групи доброякісних новоутворень шкіри увійшли атероми, папіломи, кератоакантоми, себорейний кератоз, шкірний ріг, пігментні невуси (різних морфологічних видів) та гемангіоми. Група пухлин шкіри представлена плоскоклітинним раком, меланоомою та базально-клітинним раком. Дослідження проводилося на базі патоморфологічного відділення Ужгородської ЦРЛ. Було проаналізовано архівний матеріал за 2013–2017 роки.

**Висновки.** На основі проведеного дослідження було встановлено, що з-поміж трьох виділених груп уражень шкіри переважають доброякісні новоутворення шкіри і становлять 85,07%. Серед інфекційної патології шкіри переважають вірусні бородавки (63,04%), серед доброякісних новоутворень шкіри домінують папіломи (25,61%), атероми (26,67%) та пігментні невуси (32,98%), а з-поміж пухлин переважає плоскоклітинна карцинома (47%).

При дослідженні вікової структури захворювань шкіри, найбільша частота випадків спостерігається у хворих віком 36–65 років і становить від 22% до 29,25%. У віковій групі 18–24 роки переважають вірусні ураження шкіри, у вікових групах 36–65 років переважають доброякісні новоутворення шкіри, а пухлини частіше виявляються у хворих 46–65 років. Щодо локалізації патологічного процесу, переважає ураження шкіри голови, шиї та грудної клітки.

## **17. АРТЕРІАЛЬНЕ КОЛО МОЗКУ: ВАРІАНТИ БУДОВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ**

### **CEREBRAL ARTERIAL CIRCLE: VARIANTS OF STRUCTURE AND FEATURES OF ITS FUNCTIONING**

*Тюлькін М.В., Жовтобрюх І.О., Бонка О.В.*

*Науковий керівник: ас. Ляшина К.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Вивчення артеріальних судин головного мозку, особливо варіантів їхньої будови та топографії, має фундаментальне та практичне значення, тому що типова будова артеріального кола мозку спостерігається, в середньому, у 60% випадків, а у решти 40% людей можуть бути наявні трифуркація, аплазія, гіпоплазія, гіперплазія, зміна типового напрямлення артерії, укорочення чи подовження, біфуркація та нетипове сходження артерій. Дослідження різноманітності будови цих артерій необхідні для подальшого розвитку ангіоневрології, оскільки такі відмінності й можуть мати як нормальний, так і патологічний характер, що може призвести до порушень кровопостачання мозку.

**Мета роботи.** Дослідити та визначити частоту і структуру нормальних варіантів галуження судин головного мозку, залежно від віку та статі, на основі даних з наукових

джерел та власних досліджень, що отримані при аналізі ангіограм та результатів контрастної комп'ютерної томографії, а також фіксованих препаратів мозку.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідження включено дані близько 700 пацієнтів за результатами аналізу наукових джерел літератури за темою, обробка даних 15 контрастних комп'ютерних томографічних ангіограм пацієнтів ЗОКЦНН без наявних патологічних змін артеріального русла. Також було вивчено особливості відходження артерій, які формують артеріальне коло мозку, на 10 фіксованих вологих препаратах мозку на базі кафедри анатомії людини та гістології.

**Результати.** Віллізієве коло – це артеріальний анастомоз, що виник як механізм компенсаторного колатерального кровопостачання структур головного мозку при порушеннях нормального кровообігу через ураження конкретної артерії. При типовій будові воно має форму шестикутника, рідше семикутника, що сформоване передньою та задніми сполучними, передніми та середніми мозковими артеріями з басейну внутрішньої сонної, а також задніми мозковими артеріями з басейну підключичної артерії.

Проаналізувавши дані праць де Фріз, Парнізетті, Фовсета і Блекфорда, власні спостереження та дані КТА, отримано результати більш, ніж 700 пацієнтів різної статі та віку, включно з даними плодів та і новонароджених, отримано параметри частоти поширеності варіантів відходження гілок від артерій, які формують артеріальне коло, симетричності, діаметру, товщини судин, а також сформованого повного замкненого кола.

**Висновки.** Отже, у 60% людей артеріальне коло мозку типової будови, що підтверджується аналізом наукової літератури та власними дослідженнями. У решті випадків найчастіше виникають модифікації відходження, галуження та діаметру передніх сполучних артерій (від 5 до 10–18%). У 11–15% можлива зміна діаметру задніх сполучних артерій чи їхня одностороння аплазія. Дослідження характеру формування кола Віллізія необхідні для майбутнього прогнозування можливих патологічних станів судин мозку.

## **18. ЦІННІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ ПРИ ВИЯВЛЕННІ РАННІХ ПРОЯВІВ ОСТЕОПОРОЗУ**

### **IMPORTANCE OF X-RAY EXAMINATION OF LUMBAR SPINE AT THE DETECTION OF OSTEOPOROSIS EARLY MANIFESTATIONS**

*Федитник С.Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Мота О.М.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Кафедра нормальної анатомії*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Рівень захворюваності остеопорозом за останні роки значно зріс. Виявити дане захворювання на ранніх етапах його розвитку є непростим завданням. Допомогти в цьому може рентгендіагностика, яка дозволяє виявити зміни параметрів тіл хребців на ранніх стадіях остеопорозу.

**Мета роботи.** Вивчити вікову динаміку морфометричних показників хребців поперекового відділу хребта осіб Прикарпатського регіону в залежності від віку та статі.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовано 50 рентгенограм поперекового відділу хребта (28 рентгенограм осіб чоловічої та 22 жіночої статі) у прямій та бічній проекціях. Розподіл рентгенограм здійснювали згідно віку обстежених (класифікація ВООЗ). Серед кількісних показників вимірювали 3 висотних (передній, середній та задній) та сагітальний і фронтальний розміри тіл хребців. На підставі отриманих даних визначали індекси Барнетта-Нордіна, Рохліна і Шармазанової.

**Результати.** Аналіз висотних розмірів поперекових хребців свідчить, що для осіб обох статей характерне незначне зростання всіх трьох показників від хребця L<sub>1</sub> до L<sub>5</sub>. Максимального значення всі висотні розміри досягають у I-му зрілому віці. У II-му зрілому віці спостерігається зниження висоти хребців, особливо середнього висотного розміру. Найнижчого значення цей показник досягає у старечому віці. Щодо поперечних

розмірів хребців, то вони обидва поступово зростають і максимального значення набувають у похилому віці. У чоловіків розміри тіл хребців домінують над аналогічними у жінок. Особливо ця різниця виражена для сагітального та фронтального розмірів. Аналіз показників індекса Бернетта-Нордіна свідчить, що максимальне його значення (98–100%) характерне для осіб юнацького віку та I-го зрілого віку і поступово знижується до похилого в осіб чоловічої статі, а у жінок спостерігається зниження даного індекса до 90% у II-му зрілому віці, який залишається стабільним до старечого віку. Для індекса Рохліна характерна та ж закономірність, що і для попереднього, тобто зниження з віком, однак виражене зменшення даного індекса спостерігається у жінок II-го зрілого віку (67%), а у чоловіків у похилому віці (59%). Індекс Шармазанової є найменш варіабельним в порівнянні з попередніми і його значення плавно знижуються з віком незалежно від статі.

**Висновки.** В осіб обох статей з віком знижуються висотні та зростають поперечні розміри. Зниження середнього висотного розміру в осіб обох статей відмічається у II-му зрілому віці і мінімального значення набуває у старечому віці. Найбільш виражені зміни висотних розмірів характерні для хребців L<sub>2</sub> та L<sub>3</sub>, внаслідок чого вони набувають вигляду двовипуклої лінзи. Перші ознаки зниження всіх трьох індексів спостерігається у II-му зрілому віці, що більш виражено у жінок.

## 19. ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ АРТЕРІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ VARIANT ANATOMY OF CEREBRAL ARTERIES

Мигалко Ю.В

Науковий керівник: к.біол.н, доц. Росола Т.Ф

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медицинський факультет, кафедра анатомії людини та гістології

м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Кожен із нас має у своєму розпорядженні фантастичний, найдосконаліший комп'ютер. І що може бути важливішим, ніж пізнати, як же він влаштований. Найважливіший орган в тілі має найкращу систему кровопостачання. Якщо скласти довжину всіх судин і капілярів мозку, то вийде цифра – 161 тис. кілометрів. Для порівняння сума довжини всіх судин в тілі близько 380 тис. кілометрів (цього вистачить, щоб зробити одну посудину від Землі до Місяця). Якщо виникають проблеми з кровообігом цього органу, то вже через 8–10 секунд людина знепритомніє. Без кисню мозок здатний прожити 4–6 хвилин, вже через 5–10 хвилин у ньому почнуть відбуватися незворотні деструктивні зміни. Якщо навіть тіло здатне жити по закінченню цього часу, то мозок вже може померти. Захворювання судин головного мозку останнім часом зустрічаються дуже часто. Згідно зі статистикою 85% відсотків населення схильні до розвитку різних хвороб, які пов'язані з кровопостачанням мозку. Тому для нас є важливим знання анатомії артерій головного мозку для подальшого ознайомлення із захворюваннями на інших дисциплінах.

**Мета роботи.** Теоретично вивчити та практично дослідити варіантну анатомію артерій головного мозку.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося у IV етапі:

- Оброблена та проаналізована нормальна типова анатомія артерій головного мозку. Проводилося вивчення розгалужень *a.vertebralis* та *a.carotis interna*.
- Вивчення топографії артерій на препаратах мозку людини (кафедра анатомії людини).
  - Дослідження комп'ютерної томографії (ангіографія з контрастною речовиною) артерій головного мозку на базі Закарпатського обласного центру неврології та нейрохірургії.
  - Поствітальне вивчення варіантної анатомії артерій мозку на базі патанатомічного відділення ЗОКЛ ім. Новака та УКЦМЛ.

Для даного дослідження використовувалися як вітальні, так і поствітальні обстеження дослідження головного мозку. Проаналізовано 50 знімків ангіографій з контрастною речовиною та 20 обстежень артерій мозку трупів людей.

**Результати.** В результаті проведеного дослідження було встановлено наступну варіацію у топографії артерій головного мозку (*circulus arteriosus cerebri*). В результаті вітального дослідження варіації виявили в будові артеріального кола мозку. У 60% людей типова будова. У 11% випадків передня сполучна артерія (*a. communicans anterior*), що відходить від правої передньої мозкової артерії (*a. cerebri anterior dextra*) у типовому місці, продовжується у засполучну частину лівої передньої мозкової артерії (*a. cerebri anterior sinister*). 2% від лівої передньої сполучної артерії відходить додаткова передня мозкова артерія. У 8% праві і ліві гілки задніх сполучних артерій (*a. communicans posterior*) є дуже тонкими гілочками. У 6% дані гілки були відсутні. У 3% передня спинномозкова артерія (*a. spinalis anterior*) відходить від місця злиття правої і лівої хребтових артерій в основну артерію. У 10% досліджуваних основна артерія (*a. basilaris*) довша і біфуркація відбувається до моменту залягання її в основній борозні (*sulcus basilaris*). Що стосується варіацій інших артерій, які є гілками внутрішньої сонної артерії (*a. carotis interna*) та хребтової артерії (*a. vertebralis*), то вони є такими: очномозкова артерія (*a. ophthalmica*) у 100% обстежуваних розташовується зовні від зорового нерва; верхня і середня мозочкові артерії (*a. superior cerebelli et a. cerebelli media*) у 100% досліджуваних відходили від основної артерії біля переднього краю мосту; нижня задня мозочкова артерія (*a. inferior posterior cerebelli*) у 100% людей відходила від хребтової артерії на рівні нижнього краю оливи, огинаючи довгастий мозок, з них у 2% дана артерія утворювала довільну висячу петлю, яка досягала великої цистерни.

В результаті поствітального дослідження у 98% випадків виявили типову будову артеріального кола, у 2% відсутня передня сполучна артерія.

**Висновок.** Наші дослідження довели індивідуальність кожного організму. Це необхідно враховувати при подальшому вивченні медичної науки, та в подальшому при встановленні діагнозу. Варіантна анатомія артерій мозку вважається фізіологічною нормою, особливістю кожного здорового організму.

Для правильної діяльності мозку необхідне безперебійне забезпечення його кров'ю. По складній, вивченій нами артеріальній системі, до головного мозку надходить кисень та інші життєво необхідні речовини. Мозок людини отримує за 1 хв 750-1000 мл крові. Він є найбільш чутливим до гіпоксії. Вивчення його кровопостачання є першою ланкою до вивчення такого надзвичайно цікавого та найдосконалішого комп'ютера нашого організму.



**СЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
(ФІЗІОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ)**

**СЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
(ФІЗІОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ  
ТА ФАРМАКОЛОГІЯ)**

**SECTION OF FUNCTIONAL DISCIPLINE  
(PHYSIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY, BIOCHEMISTRY  
AND PHARMACOLOGY)**

Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, ауд. 12

**Голова секції:** Сіткар А.Д.

Head of the section: A. Sitkar

**Секретар секції:** Гафенко М.М.

Secretary of the section: M. Hafenko

---

**1. ДНК-РНК-БЛОК: НЕСТАНДАРТНІ ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ БІОІНФОРМАЦІЇ**  
DNA-RNA-PROTEIN: NON-STANDARD WAYS OF TRANSMITTING  
BIOINFORMATION

*Андрусак А.Я., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Всім відома центральна догма молекулярної біології: інформація в живій клітині передається від ДНК до РНК, а від РНК – до білка. Фахівця з теорії інформації цікавить, чи завжди ця передача є односторонньою. Зворотна транскрипція (синтез ДНК на матриці РНК) була знайдена в природі. Та чи може білок ставати матрицею? Практична користь від подібного процесу неочевидна. Як щось подібне могло виникнути в ході еволюції – неясно. ДНК і РНК – полімери порівняно з білком «нецікаві» – чотири мономери в лінійному ланцюжку, здатні до комплементарної взаємодії. Загалом ДНК і РНК є текстами, зручними для копіювання. Типові молекули з чисто інформаційною активністю. З білками все інакше.

Їхні властивості – це властивості всієї живої матерії в усьому її різноманітті. Якщо ДНК – це друковані тексти різної довжини, а РНК – виписки з них, то білки – все, що описано в книгах, журналах, газетах. Але чи можлива передача інформації з білка на нуклеїнову кислоту? Іноді клітині доводиться розбиратися з чужим білком, що не закодований у її власному геномі, причому детально, наприклад, при специфічній імунній відповіді.

**Мета.** узагальнити інформацію щодо передачі генетичної інформації в живих системах, вказати на нестандартні шляхи передачі та їхнє медичне значення в сучасному світі.

**Матеріали та методи.** Використано бібліосемантичний метод та системний аналіз літератури з питань досліджень шляхів передачі біологічної інформації.

**Результати.** Усі шляхи передачі інформації розподіляють на три групи: 1) загальні шляхи – спільні для всіх клітин (звичайна реплікація, транскрипція, трансляція); 2) спеціальні шляхи – не характерні для більшості клітин, але можуть зустрічатися за особливих обставин; 3) невідомі шляхи – шляхи, які, як стверджує догма, ніколи не відбуваються. Оскільки спеціальні та невідомі способи передачі інформації є невизначеними, вони викликають найбільший інтерес. Спеціальні шляхи притаманні вірусам та бактеріям. Для них є характерними зворотна транскрипція – це синтез ДНК з РНК, який здійснюється зворотною транскриптазою в ретровірусах. З її допомогою можна отримати ДНК, яка комплементарна будь-якій матриці РНК. Інгібування зворотної транскриптази є одним із методів боротьби з вірусами, включно з вірусами СНІДу, гепатиту, лейкозів. Спосіб передачі біоінформації від РНК до РНК характерний для РНК-вмісних вірусів, наприклад, пікорнавірусів, які розмножуються шляхом утворення копій РНК без участі ДНК-матриці та кодують свою власну РНК-репліказу. Пряма трансляція на матриці ДНК була виявлена в клітинних екстрактах кишкової палички, які містять рибосоми, а не іРНК в експерименті. Також слід згадати про особливі інфекційні агенти – пріони, які здатні розмножуватися без участі нуклеїнових кислот та викликати важкі захворювання в людини.

**Висновок.** З розвитком науки відкриваються все нові шляхи передачі біоінформації, які набувають, перш за все, великого біомедичного значення, особливо в галузі імунології.

## 2. РОЗПОДІЛ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД БІОГЕОХІМІЧНОГО РЕГІОНУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

### DISTRIBUTION OF SOMATIC PATHOLOGY DEPENDING ON THE BIOGEOCHEMICAL REGION IN THE TRANSCARPATIA

*Боднарчук М.О., Сіткар А.Д., Мельник І.О., Лях В.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток А.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Біогеохімічні регіони – це райони на поверхні Землі, що розрізняються за вмістом (в їх ґрунтах, водах тощо) хімічних елементів або сполук, які є необхідними чинниками певних метаболічних процесів в організмі людини. Різка недостатність або високий вміст якого-небудь елемента в середовищі викликає, в межах даного регіону, ендемічні захворювання. Закарпатська область України належить до йододефіцитних регіонів, причому за вмістом Йоду в довкіллі територію області можна розмежувати на 3 біогеохімічні зони: гірська, передгірська та низинна. Слід зазначити, що у 3 ландшафтних зонах спостерігається певний дисбаланс багатьох макро- і мікроелементів, а також мінеральних компонентів у ґрунті, харчових продуктах та питній воді, що суттєво впливає на організм людини, зокрема, на тиреоїдний гомеостаз і є фактором ризику виникнення патології щитоподібної залози.

**Мета.** Провести аналіз захворюваності в Закарпатській області залежно від біогеохімічної зони. Розробити наочне графічне зображення отриманих даних.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз статистичної інформації щодо захворюваності в Закарпатському регіоні на основі даних обласного медичного інформаційно-аналітичного центру станом на 2016 рік.

**Результати.** Виявлено нерівнозначність розподілу захворюваності залежно від біогеохімічної зони. Загальна захворюваність в гірській зоні становила 303465,530 (на 100 тис. відповідного населення), в передгірській – 144603,985, низинній – 160692,521. Найвищий рівень загальної захворюваності в гірській місцевості може бути, в тому числі, пов'язаний з якістю та доступністю медичної допомоги. Найвищі показники захворюваності щодо переважного ураження певних систем організму була наступною: у низинній зоні – хвороби органів травлення та дихання, бронхіальна астма, цукровий діабет, новоутворення; у передгірській – хвороби ендокринної, нервової, серцево-судинної та кістково-м'язової систем, гіпертонічна хвороба; у гірській – хвороби крові. Високий рівень захворюваності у низинній зоні може бути також зумовлений урбанізацією та несприятливим впливом керованих факторів навколишнього середовища, і навпаки, позитивним впливом сприятливих екологічних факторів у гірській місцевості.

**Висновки.** Зміни соціальних умов життя та екологічного стану довкілля суттєво впливають на захворюваність, збільшуючи частоту їх поширеності у районах низинної зони. Ендемічні захворювання в області – це захворювання змішаного генезу, що є результатом складної взаємодії ендо- й екзогенних факторів, тобто проявом взаємозв'язку цілого комплексу соціально-екологічних факторів та їх дисбалансу. Нерівномірність розподілу рівня захворюваності залежно від біогеохімічної зони створює передумови для подальшого дослідження впливу екологічних факторів на здоров'я населення.

### 3. ОЦІНКА ЯКОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДУ НАТУРАЛЬНОГО У АПІТЕРАПІЇ

#### QUALITY ASSESSMENT AND PERSPECTIVES OF THE NATURAL HONEY APPLICATION IN APITHERAPY

Бохан Ю.В.<sup>1</sup>, Терещенко О.В.<sup>1</sup>, Вороніна М.С.<sup>2</sup>

Науковий керівник: к.хім.н., доц. Бохан Ю.В.

<sup>1</sup>Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені Володимира Винниченка,

м. Кропивницький, Україна

<sup>2</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

м. Дніпро, Україна

**Вступ.** Народна та традиційна медицина бачить перспективу використання меду в комплексі з іншими природними продуктами для лікування пацієнтів з різними патологіями. Для того, щоб використовувати мед, як ліки необхідно, щоб він відповідав вимогам діючих стандартів якості. Виявлення остаточних кількостей антибіотиків у меді займає центральне місце в контролі якості та безпеки цього продукту. Акумуляція в меді лікарських препаратів, використаних для обробки бджолиних сімей, може стати причиною алергії і дисбактеріозу у людей, а також вироблення у мікроорганізмів антибіотикорезистентності.

**Метою роботи** є апробація ефективності запропонованих методик визначення антибіотиків (хлорамфеніколу, тетрацикліну) у меді натуральному.

**Матеріали та методи досліджень.** Залишкові кількості антибіотиків визначалися методом ферментного імуносорбентного аналізу ІФА/ELISA та рідинної хроматографії з мас-спектрометричним детектуванням РХ/МС/МС (LC/MS/MS) у атестованих контрольних зразках меду натурального, які досліджувалися на вміст хлорамфеніколу, тетрацикліну тощо (табл. 1).

Табл. 1. Вміст хлорамфеніколу (мкг/кг) в зразках меду

№№ зразків	Виявлений вміст хлорамфеніколу ІФА/ELISA	Виявлений вміст хлорамфеніколу РХ/МС/МС (LC/MS/MS)	Достовірне значення вмісту хлорамфеніколу у атестованому зразку
2-5	<0,15	<0,1	<0,1
3-5	0,312	0,29	0,30
4-5	0,63	0,68	0,69

Одержані **результати** є задовільними та свідчать, що розроблені методики визначення антимікробних препаратів у меді відповідають за чутливістю вимогам ЄС та є зручними і ефективними і можуть бути використані для контролю якості меду, що забезпечить повну безпеку використання цього продукту в методах апітерапії.

#### **4. ОЦІНКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ЗДОРОВИХ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В МІЖСЕСІЙНИЙ ПЕРІОД**

##### **ESTIMATION OF STRESSITY IN HEALTHY YOUNG PEOPLE IN THE INTERSECTION PERIOD**

*Вавринчак У.Ю., Ємець О.Т.*

*Наукові керівники: асист. Поляк-Митровка І.І., Райко О.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра фізіології та патфізіології.*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Стрес є невід'ємною складовою життя кожної людини, але особливо яскраво проявляється у період навчання у ВНЗ. Адаптація до стресу відбувається постійно і є однією з складових загальної адаптації організму. Рівень стресостійкості є індивідуальним та залежить від багатьох факторів, включаючи вік, стать, тип вищої нервової діяльності, умови праці, навчання, побуду тощо. Для студентів найбільш стресогенним фактором є розумове перенапруження викликане великою кількістю інформації яку студент повинен засвоїти за відносно короткий проміжок часу. Особливу категорію серед студентської молоді становлять студенти-медики початкових курсів, які зазнають підвищеного психоемоційного впливу, пов'язаного не тільки із необхідністю адаптації до змін умов життя, але й збільшенням обсягу самостійної роботи та складністю навчального матеріалу.

**Мета.** Дослідити рівень стресостійкості у студентів ДВНЗ УжНУ, а також проаналізувати схильність до стресу в залежності від статі, національності та спеціальності. Виявити ступінь адаптаційних можливостей організму в залежності від віку і тривалості стресогенних факторів.

**Матеріали і методи.** У дослідженні приймали участь 350 осіб. З них 175 – студенти медичного факультету ДВНЗ «Ужгородського національного університету», в які входить 20% студенти першого курсу, 20% студенти третього курсу, 20% студенти п'ятого курсу, 40% студенти 2 курсу, 35 студентів третього курсу медичного факультету «Сургутського національного університету», 35 іноземних студентів третього курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородського національного університету», 35 студентів 2-ого курсу фізичного факультету, 35 студентів 2-ого курсу юридичного факультету, 35 студентів та 35 студентів 2-ого курсу історичного факультету. Дослідження проводили в міжсесійний період, не пов'язаний із здачею заліків та іспитів. Для оцінки схильності до стресів була використана тестова методика Тарасова та онлайн-тести для визначення стресостійкості. Статистична обробка даних проводилась за допомогою програми Microsoft Excel 2007.

**Результати.** Оцінка результатів дозволила виявити, що показники стресостійкості вищі у хлопців порівняно з дівчатами. Серед досліджуваних осіб найбільш схильними до стресу є жінки, які складають 86%, а чоловіки – 14%. Найвищий рівень стресостійкості виявлений у студентів фізичного та юридичного факультетів, а найнижчий – у студентів медичного. Високий рівень стресостійкості виявлений у студентів із Росії – 44%, студентів-іноземців – 41%, а найнижчий у студентів-українців – 16%.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про те, що рівень стресостійкості залежить від статі, національності, спеціальності та тривалості навчання. Для протистояння стресовим факторам рекомендуються: фізичні навантаження, психологічна релаксація, дихальна гімнастика, ефективне планування часу, раціональне харчування, схильність до оптимізму, вміння розслабитися, самоконтроль і позитивний настрій.

## **5. ВПЛИВ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПРОЦЕСИ У ЛЕГЕНЯХ ТА СЕЛЕЗІНЦІ ЩУРІВ** **THE INFLUENCE OF INDOMETHACIN AND METHOTREXATE ON METABOLIC PROCESSES IN LUNGS AND SPLEEN OF RATS**

*Вороновська М., Бербелюк О., Морозкін А.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Хаврона О.П., к.біол.н., ас. Білецька Л.П.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра біологічної хімії*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Індометацин – нестероїдний протизапальний засіб неселективної дії. Препарат має виражену протизапальну, анальгезуючу, антипіретичну та антиагрегантну активність. Індометацин застосовується при запальних і дегенеративних захворюваннях опорно-рухового апарату, навколосуглобових тканин, дископатіях, плекситах, радикулоневритах та дисменорей.

Метотрексат – цитостатичний препарат, антиметаболіт, структурний аналог фолату. Широко використовується при лікуванні захворювань пухлинного генезу, системних захворювань сполучної тканини, важких форм псоріазу.

Зважаючи на широкое використання даних засобів, значний інтерес становить дослідження їхніх впливів на метаболічні процеси у клітинах різних органів.

**Мета роботи.** Дослідити вплив індометацину та метотрексату на метаболічні процеси у клітинах легень та селезінки щурів.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження було проведено на 30 безпородних щурах-самцях масою 180–220 г, згідно міжнародних умов проведення експериментів з лабораторними тваринами. Експериментальні тварини були поділені на 3 групи: I – інтактні (10), II – тварини, яким перорально вводили суспензію індометацину в дозі 10 мг/кг (10), III – тварини, яким інтраперитонеально вводили метотрексат у дозі 10 мг/кг (10). Збір матеріалу для дослідження проводили під уретановим знечуженням 1,1 мг/кг.

У гомогенатах легень та селезінки визначали рівень ТБК-активних продуктів за методом Тимрбулатова Р.А. (1981), NO за методом L. Green, A. David (1982), циркулюючих імунних комплексів – ЦІК за методом Лаповець Л.Є., Луцик Б.Д. (2002). Статистичну обробку даних проведено за критерієм Стьюдента.

**Результати.** При введенні індометацину: у легень: рівень ТБК-активних продуктів зріс(↑) на 134,1% (p<0,01), NO↑ на 116,7% (p<0,05), ЦІК знизився(↓) на 20,4% (p<0,05); у селезінці: рівень ТБК-активних продуктів↑ на 539,2% (p<0,01), NO↑ на 8% (p<0,05), ЦІК↑ на 57,1% (p<0,05). При введенні метотрексату: у легень: рівень ТБК-активних продуктів↑ на 215,7% (p<0,01), NO↑ на 83,3% (p<0,05), ЦІК↓ на 79,6% (p<0,05); у селезінці: рівень ТБК-активних продуктів↑ на 191,5% (p<0,01), NO↑ на 12% (p<0,05), ЦІК↑ на 41,6% (p<0,05).

**Висновки.** Отримані дані свідчать про те, що обидва препарати спричинюють розвиток оксидативно-нітрозативного стресу як у тканині легень, так і в селезінці. Причому у легень різко зростає вміст ТБК-активних продуктів і рівень NO, як при введенні індометацину, так і метотрексату. Тоді як у селезінці введення обох препаратів викликає значні оксидативні ураження, проте рівень NO збільшується незначно. Крім того, у селезінці спостерігається порушення з боку гуморального імунітету, на що вказує значне підвищення вмісту ЦІК при введенні обох досліджуваних препаратів.

## **6. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНИХ ПРОЦЕСІВ ТА СИСТЕМИ L-АРГІНІН-НІТРОГЕНУ ОКСИД – АРГІНАЗА У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ**

**ANALYSIS OF PROOXIDANT PROCESSES AND L-ARGININE-NITROGEN OXIDE-ARGINASE SYSTEM PARAMETERS IN PLASMA OF BLOOD OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF PSYCHOPHRENIA**

*Гвозд М.-Г.І., Вороновська М.М., Стадник Л.В.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Хаврона О.П., к.біол.н., ас. Білецька Л.П.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Кафедра біологічної хімії*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Шизофренія-ендогенний психотичний розлад, що характеризується погіршенням сприйняття реальності та значною соціальною дисфункцією. Шизофренія зустрічається у 0,5 % дорослого населення, найвищим є ризик розвитку параноїдної форми захворювання. Причиною розвитку психічних порушень можуть бути зміни кількості медіаторів у відділах головного мозку та активація нетрадиційних шляхів їх метаболізму. Відомо, що захворювання супроводжується порушенням цілого ряду біохімічних процесів в організмі. Однак, механізми, що лежать в основі розвитку захворювання залишаються невідомими, тому значний інтерес становить можливість дослідження різних ланок біохімічного обміну, зокрема вільнорадикальних процесів та показників перетворення аргініну для можливості більш повного оцінювання стану хворого.

**Мета дослідження.** Дослідити розвиток прооксидативних процесів та змін у системі L-аргінін-нітрогену оксид – аргіназа у хворих параноїдною формою шизофренії.

**Матеріали та методи.** Для дослідження використовували кров 14 жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії віком 60-65 років, які поступили на лікування у Львівську клінічну обласну психіатричну лікарню. У контрольну групу увійшли 10 жінок віком 60-65 років з числа добровольців, без ознак патології. Активність процесів ліпопероксидації визначали за вмістом ТБК-активних продуктів за методом Тимирбулатова Р.А. Концентрацію ГПЛ – за методом Гаврилова В.Б. Вміст стабільних метаболітів оксиду азоту (СМОА) оцінювали за методом L.C. Green, A.W. David (1982), аргінази – за методом J.W. Geyer, D. Dabich(1971). Концентрацію L-аргініну за методом Т.Л. Алейникова, Г.В. Рубцева(2000) Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента у програмі Microsoft Excel 8.0.

**Результати.** Результати досліджень показали, що при параноїдній формі шизофренії відбувається збільшення вмісту L-аргініну на 20,0% відносно контролю, ТБК-активних продуктів на 70,9% та ГПЛ на 21,9%. Натомість, вміст СМОА та активність аргінази зменшувались на 29,8% та 56,0% відповідно.

**Висновок.** За умов прогресування параноїдної форми шизофренії спостерігали активацію вільнорадикальних процесів, внаслідок підвищення вмісту продуктів перекисного окислення ліпідів. А також пригнічення традиційних шляхів обміну аргініну, що вказує на можливість його перетворення шляхом синтезу агматину, для якого властива плейотропна взаємодія з рецепторами нейромедіаторів у головному мозку.

## **7. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЇЇ АСОЦІАЦІЯ З ВИРАЖЕНІСТЮ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІДДІЛЕНЬ ЛІКАРНІ**

### **EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND ITS ASSOCIATION WITH DEPRESSIVE SYMPTOMATICS OF PATIENTS OF DIFFERENT DEPARTMENTS OF THE HOSPITAL**

*Гомович В.М., Червоняк В.В., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Депресивні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільству через зниження інтелектуальної, фізичної, професійної активності хворих, їх непрацездатності, соціальної дезадаптації, погіршення якості життя самих хворих та їх близьких. Від 30 до 50% хворих, які потребують психіатричної допомоги, мігрують від фахівця до фахівця у пошуках матеріального субстрату свого страждання. Нерідко такі звернення призводять до встановлення помилкових діагнозів. Україна виявилася єдиною країною, де депресії впродовж життя займають перше місце в структурі психічних розладів. За сучасними прогнозами, депресія до 2020 року буде посідати друге місце серед причин непрацездатності, залишаючи попереду лише серцево-судинні захворювання.

**Мета.** Проаналізувати якість життя та наявність депресії пацієнтів залежно від профілю відділення лікарні. Зробити висновки про розподіл частоти депресії та рівня якості пацієнтів залежно від переважного ураження певної системи організму.

**Матеріали та методи.** Проведено опитування пацієнтів різних відділень лікарні та відносно здорових людей ( $n=101$ , частка чоловіків – 39,6%, жінок – 60,4%, середній вік –  $39,8\pm 3,2$  років) за допомогою шкали депресії Бека та анкети оцінки якості життя SF-36. Розподіл досліджуваної вибірки був наступним: відносно здорові особи – 19,8%, пацієнти гастроентерологічного відділення – 15,8%, пульмонологічного – 16,9%, кардіологічного – 9,9%, неврологічного – 17,8%, хірургічного – 19,8%.

**Результати.** Структура всієї вибірки за частотою та вираженістю депресії була наступною: відсутня – 31,7%, легка – 25,7%, помірна – 21,8%, виражена – 18,8%, важка – 2%. Знайдено помірну силу асоціації (0,324) та достовірний взаємозв'язок між вираженістю депресії та станом здоров'я опитуваних ( $p=0,003$ ), зокрема переважним ураженням певної системи організму (найбільша депресивна симптоматика була в пацієнтів неврологічного та гастроентерологічного відділень). Також знайдена статистично вірогідна різниця частоти депресії в статевому аспекті, яка в чоловіків була вища. За результатами анкети SF-36 фізичний компонент здоров'я для всієї становив  $43,1\pm 2,1$ , психічний компонент –  $42,2\pm 1,9$ . Знайдено достовірну різницю (за критерієм Стьюдента,  $p<0,0001$ ) між відносно здоровими та хворими людьми як за фізичним, так і за психічним компонентами здоров'я, а також вірогідний вплив ураження певної системи на якість життя (за однофакторним дисперсійним аналізом,  $p<0,0001$ ). Найнижчі показники якості життя спостерігалися в кардіологічному, неврологічному та пульмонологічному відділеннях. Виявлено, що вираженість депресії прямо корелює з віком ( $r=0,337$ ,  $p=0,001$ ) та обернено пов'язана з якістю життя, зокрема з фізичною складовою ( $r=-0,489$ ,  $p=0,0001$ ).

**Висновок.** Наявність депресивного стану в пацієнтів спричиняє погіршення якості життя та адаптаційних можливостей організму, погіршує перебіг захворювання, ускладнюючи лікування та реабілітацію. Це, в свою чергу, призводить до значного погіршення стану здоров'я населення, збільшення частоти соматизації депресії, хронізації різних патологій, особливо в людей з преморбідними станами.

## **8. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.**

### **DETERMINATION OF THE TYPES OF PROFESSIONAL DIRECTION TO STUDENTS OF MEDICAL FACULTY**

*Зейкан Б.М.*

*Наукові керівники: ас. Поляк-Митровка І.І, доц. Чундак С.С.*

*ДНУЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра фізіології і патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Вибір професії – це друге народження людини, і від того, наскільки правильно обраний життєвий шлях, залежить суспільна цінність людини, її місце серед інших, задоволеність роботою, фізичне і нервово-психічне здоров'я, радість і щастя. Процес професійного самовизначення – це дії підростаючої людини, що спрямовані на самопізнання і самооцінку власних здібностей і ціннісних орієнтацій, на розуміння ступеня відповідності власних особливостей вимогам обраної або бажаної професії, на розвиток у себе здібностей і можливостей. Особливо це актуально для лікарів і медичних працівників, бо ціна їхньої помилки – здоров'я та життя людей. Для того, щоб визначити професію, яка найкраще підходить людині, було розроблено безліч різних психологічних тестів. Вони використовуються у високорозвинених країнах під час навчання у школі, а також при вступі у вузи і прийомі на роботу. При цьому інтереси людини і організації, де вона працює повинні збігатися, бо обидві зацікавлені в найефективнішій фаховій діяльності. В Україні, на жаль, дана практика не використовується. В останні роки починають створювати консультативні центри, метою яких є пошук оптимальної професії по психотипу людини.

**Мета роботи.** Дослідити відсоткове співвідношення типів професійного спрямування у студентів медичного факультету на різних курсах і виявити чи відповідає обрана спеціальність їх психологічному типу.

**Матеріали і методи досліджень.** Під час виконання даної наукової роботи ми провели електронне опитування студентів медичного факультету. У даному опитуванні взяло участь більше 200 студентів з усіх шести курсів. За основу, для оцінки типів професійного спрямування, було використано тест «Методика професійного самовизначення» розроблений Дж. Голландом. Отримані дані в результаті роботи були опрацьовані в Microsoft Excel 2010.

**Результати дослідження.** Ми виявили, що соціальний тип (наприклад: лікар, вчитель, соціальний працівник) притаманний близько 33% від загальної кількості опитаних, інтелектуальний тип (математик, фізик, астроном) – 16%, конвективний (бухгалтер, економіст, програміст) – 27%, підприємницький тип (підприємці, директори, судді, юристи) – 6%, артистичний тип (художники, актори, співаки) – 18%. Реалістичний тип (механіки, електрики, зварювальники) серед опитаних не було виявлено. Також важливим є те, що відсоток осіб для яких є характерним соціальний тип збільшується з кожним курсом, тоді як інших типів – зменшується.

**Висновки.** Отже, в результаті даної роботи ми з'ясували:

1. Лише 33% студентів відповідають типу обраної ними професії. Можливо це результат неправильно сформованої мети: невірне усвідомлення сутності проблеми, вибір престижної професії без урахування власних здібностей, низький рівень самостійності та активності.

2. Варто зазначити, що відсоток зростає з кожним курсом, що є результатом самоусвідомлення студентів як лікарів.

3. На нашу думку є доцільним використовувати вказану методику серед учнів випускних класів та абітурієнтів для найбільш оптимального вибору ними майбутньої професії.

## **9. АНАЛІТИЧНИЙ ВИСНОВОК ЩОДО РЕЗУЛЬТАТУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ЗАСНОВАНИЙ НА ГРАФІЧНОМУ ВІДОБРАЖЕННІ ДИНАМІКИ КЛІНІЧНОГО СТАНУ В МАТЕМАТИЧНОМУ $n$ -ВИМІРНОМУ ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОСТОРІ**

ANALITICAL CONCLUSION UPON TREATMENT ACT BASED ON GRAPHIC PERFORMANCE OF CLINICAL STATUSES DINAMIC IN MATHEMATIC  $N$ -DIMENSIONAL DIAGNOSTIC SPACE.

*Калініна А.О., Гафенко М.М., Волянський Ю.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф., засл. лікар України Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Надійним підґрунтям удосконалення процесу лікування є доказова медицина. Математично обґрунтований аналіз впливу терапевтичних заходів дозволяє об'єктивізувати оцінку його ефективності, виокремлювати принципові дієві компоненти та здійснювати комбінаційний синтез нових терапевтичних комплексів, що оптимізує остаточний результат лікування. Одним з таких засобів є метод графічного відображення параметрів (моментального) клінічного стану до- та після- проведеної терапії у вигляді множин точок у  $n$ -вимірному діагностичному просторі. Цей метод чітко метрично відображає вектор зміщення параметрів стану, тобто графічно інтерпретує динаміку кількісних змін клінічних ознак захворювання в процесі терапевтичного впливу.

**Мета роботи.** Апробувати елементи математичної метрики для відображення клінічного стану в координатному  $n$ -вимірному діагностичному просторі та проаналізувати його динамічний зсув, з метою оцінки ефективності терапевтичних впливів для подальшої оптимізації здійснюваної терапії (конкретного пацієнта, або групи однопрофільних пацієнтів)

**Матеріали і методи дослідження.** Програма «Medical TORA», що генерує візуальний «образ» патологічного стану на підставі емпіричних клінічних даних обстежуваних (результатів лабораторних аналізів).

**Результати.** Використано дані 80-ти історій хвороб пацієнтів гастроентерологічного відділення Обласної клінічної лікарні ім. А. Новака з діагнозом «Цироз печінки». Отримано графічні зображення клінічних показників досліджуваної групи. Виявлено виразні зсуви їх у *n*-вимірному просторі відносно належних загальноприйнятих нормальних величин. Ці зсуви об'єктивізують позитивну динаміку змін лабораторних показників, що свідчить про ефективність здійснюваного лікування.

**Висновки.** Враховуючи отримані результати графічних побудов, вважаємо за доцільне рекомендувати зазначений метод графічного відображення клінічного стану, як засіб об'єктивізації сукупної динаміки змін клінічного стану. Зазначений графічний метод можна рекомендувати і як засіб динамічного відслідковування клінічного стану в «real time» дослідженнях. Аналіз динаміки клінічного стану дозволяє здійснювати корекцію впливу лікувальних заходів конкретного хворого.

## **10. ВПЛИВ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ** **INFLUENCE OF MODERN TECHNOLOGIES FOR ADOLESCENT HEALTH**

*Коваленко В.А., Малахова С.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Малахова С.М.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я м. Запоріжжя, Україна*

**Вступ.** Не викликає сумніву, що на сучасному етапі розвитку, комп'ютерні технології є невід'ємною частиною життя багатьох людей, підлітків зокрема. Безумовно, це надає можливість якомога швидко дізнаватись новини науки і техніки, користуватись електронними бібліотеками, спілкуватись з друзями і колегами, незалежно від відстані та ін.

Але використання ІТ-технологій сприяє не тільки прискоренню розширення кругозору, а й має деякий негативний вплив на стан здоров'я.

**Мета роботи** – дослідити зміни стану здоров'я підлітків під час роботи за персональним комп'ютером (ПК).

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено анкетування 45 студентів першого курсу Запорізького державного медичного університету, середній вік  $17,1 \pm 1,2$  років. Питання включали необхідність використання ПК та зміни стану здоров'я, в залежності від часу і загальної тривалості роботи з ПК.

**Результати дослідження.** На питання «Чи є використання ПК необхідним в навчанні?» 100% обстежених відповіли позитивно, підкреслюючи що сучасне викладання дисциплін в ВНЗ включає, зокрема, й самостійну роботу з електронними ресурсами кафедри. 88,9% респондентів відповіли, що більше 3 годин щоденно проводять з інтернет-ресурсами, в тому числі й в соціальних мережах. Зміни стану здоров'я стосуються всіх користувачів ПК, в першу чергу це проблеми з органами зору, порушення постави, гіподинамія, нерегулярність харчування.

**Висновки.** Таким чином, щоденне використання ІТ-технологій є абсолютною необхідною вимогою сучасної студентської молоді. Збільшення тривалості використання ПК з часом призводить до появи порушень з боку органів та систем. Але, застосування профілактичних заходів і здоровий спосіб життя, дозволять нівелювати негативний вплив ПК на стан здоров'я.

## **11. ПРОПОЗИЦІЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ПАТОЛОГІЙ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ** **ЛАБОРАТОРНИХ АНАЛІЗІВ З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ ПОРЯДКУ ВІДБОРУ** **НАЙБІЛЬШ ДОЦІЛЬНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ** **A SUPPOSED CLASSIFICATION OF PATHOLOGIES ACCORDING TO THE RESULTS** **OF LABORATORY AND CLINICODIAGNOSTIC PAREMETERS IN ORDER TO** **ESTABLISH A PROCEDURE FOR SELECTING THE MOST APPROPRIATE** **TREATMENT**

*Корпош В.І., Корчак А.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. О.М. Торохтін*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** На даний момент розроблені протоколи для лікування тих чи інших клінічних станів, які затверджені Міністерством охорони здоров'я України. Проте, схеми лікування, що застосовуються у сучасній медичній практиці для конкретних патологій суттєво відрізняються. Це пов'язано з тим, що різні спеціалісти по-різному обґрунтовують клінічну картину хворого, що, в свою чергу, базується на особистому досвіді практикуючого лікаря. Як наслідок, результати лікування однакових патологій виявляються розбіжними.

**Мета.** Групування лікарських препаратів відповідно до загальноприйнятої фармакологічної класифікації і визначення алгоритмічної структури їх прийому.

**Матеріали і методи дослідження.** Здійснено спробу створення варіанту чіткого алгоритму найбільш ефективного коригування наявної патології, на основі програмного аналізу і графічного відображення даних патофізіологічних відхилень і варіацій їх лікування. Використовувалась програма "Medical-TORA".

**Результати.** З метою індивідуалізації лікування та врахування всіх особливостей протікання конкретного патологічного процесу було виділено чітку структуровану систему оцінки клінічного стану пацієнтів. В результаті стає можливим подальше планування терапевтичних впливів з передбаченням динаміки патології та виникнення побічних ефектів.

**Висновок.** Відповідно до проведеного аналізу визначено фармакологічні групи препаратів, які найбільш часто застосовуються при патології дихальних шляхів. Також здійснено наступне їх упорядкування відповідно до показника ефективності (з подальшим вибором найдоцільніших схем лікування при даних патологіях). Збір та опрацювання показників буде продовжуватися задля розробки єдиної бази даних з її наступною модернізацією.

## **12. АНАЛІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ТА ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ THE ANALYSIS OF PSYCHOEMOTIONAL AND PSYCHOPHYSICAL STATE OF MEDICAL STUDENTS DEPENDING ON GENDER**

*Кравчук О.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сливка Я.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра фізіології та патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Високий рівень психоемоційної та інтелектуальної напруги у процесі навчальної діяльності, підвищення вимог до об'єму та якості знань негативно впливає на функціональні можливості організму студентської молоді, призводить до напруження механізмів адаптації. Перебування в умовах тривалої зовнішньої стресової ситуації поруч з особливостями психоемоційного реагування на певні життєві події, особливості сприйняття навколишньої реальності є предиктором формування високої особистісної тривожності, що відіграє ключову роль у формуванні механізмів індивідуальної патологічної реактивності, створюючи передумови до виникнення психосоматичних порушень.

**Мета роботи.** Проаналізувати психоемоційний та психофізичний стан студентів медичного факультету у процесі навчання з урахуванням статі.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні приймали участь 137 практично здорових студентів віком від 18 до 20 років, диференційованих за статтю. Індивідуально-особистісні характеристики студентів визначалися шляхом тестування за методами Спілбергера-Ханіна, шкалою Холмса-Рея, Торонтською шкалою алекситимії, тестом на стресостійкість, Гіссенівського опитувальника соматичних скарг.

**Результати.** При аналізі рівня стресогенних подій за шкалою Холмса-Рея середні значення стресового навантаження складають 121±48 балів, що вказує на низький вплив стресогенних життєвих подій у більшості обстежених. Тим не менше, диференціація

студентів за рівнем особистісної тривожності вказала, що серед дівчат значно більше студентів з високим рівнем тривожності порівняно з хлопцями (49% та 31% відповідно). Середній рівень тривожності виявлено у 45% дівчат та у 52% хлопців. Високий рівень алекситимії виявлено у 24% обстежених дівчат та у 30% хлопців. Не дивлячись на відсутність достовірних відмінностей між високоалекситимічними студентами відповідно до статі за інтегративним показником алекситимії, виявлено міжгрупові відмінності за кількома компонентами алекситимії: труднощі у розумінні своїх емоцій та почуттів (більш виражені у дівчат), труднощі у словесному висловлюванні своїх почуттів (більш виражені у хлопців), фокусування значною мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях (більш виражене у хлопців). При аналізі стресостійкості встановлено, що практично всі дівчата є більш сприйнятливими до стресу, середній рівень стресостійкості виявлено у 92% дівчат та у 70% хлопців. У осіб жіночої статі спостерігаються достовірно вищі середні величини психосоматичних недомогань за шкалами «Виснаження» та «Інтенсивність скарг». Так, середній показник за шкалою «Інтенсивність скарг» у дівчат склав 24,8 балів, а у хлопців – 17,7 балів,  $p < 0.05$ . Така ж тенденція спостерігається за рештою інших скарг, що правда відмінності між ними не так яскраво виражені.

**Висновки.** Встановлено, що студенти жіночої статі характеризуються переважно високим рівнем особистісної тривожності, нижчою стресостійкістю, труднощами у розумінні своїх емоцій та почуттів, є емоційно більш вразливими порівняно із студентами чоловічої статі. Такі особливості психоемоційного статусу є підґрунтям для формування ранніх психофізичних порушень, що підтверджується зростанням вираження психосоматичних недомогань у студентів жіночої статі.

### **13. НЕФЕРМЕНТАТИВНІ РЕАКЦІЇ ЯК МОДИФІКАТОРИ ВЗАЄМОДІЙ У ЖИВОМУ ОРГАНІЗМІ**

#### **NON-FERMENTATIVE REACTIONS AS MODIFIERS OF INTERACTIONS IN LIVING ORGANISM**

*Кузьмак М.В., Мимренко А.А., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В біологічних системах хімічні реакції проходять за допомогою ферментів – унікальних каталізаторів. Висока специфічність дії ферментів зумовлює дуже велику їх різноманітність. Ферменти постійно оновлюються, синтезуються й розпадаються, що забезпечує їх належний рівень в тканинах. Майже кожна реакція, що відбувається в живому організмі, здійснюється за участю специфічно пристосованого до неї ферменту або групи ферментів. Але є частка реакцій, які проходять без них. Ці реакції називаються параметаболічними. Такі реакції протікають з дуже низькою швидкістю, тому їх дослідження стало можливим недавно після розробки високочутливих методів аналізу (високоєфективна рідинна хроматографія з використанням мас-спектрометрії та імуоферментний аналіз). Вивчення даних реакцій є актуальним, оскільки організм людини є живою хімічною системою з величезним різноманіттям складових елементів (речовин, молекул, іонів...) і ці складові знаходяться у постійній фізико-хімічній взаємодії, яка відбувається не тільки ферментним шляхом.

**Мета.** Дати визначення параметаболізму та вказати перспективи його дослідження. Узагальнити інформацію щодо його фізіологічної ролі в організмі людини та значення у виникненні патології.

**Матеріали та методи.** Використано метод логічного узагальнення та контент-аналіз літератури з питань досліджень параметаболізму.

**Результати.** В даний час вивчено декілька видів параметаболічних реакцій: карбо-молочання білків у хворих хронічною нирковою недостатністю, глікокування і фруктозування у хворих цукровим діабетом, а також піридоксилування й ацилювання. Речовини, які утворюються в ході параметаболічних реакцій, можуть мати як негативний, так і

позитивний вплив. Негативний вплив мають 2 групи біомолекул: речовини, в складі яких є карбонільна, альдегідна або кетогрупа, а також сильні окисники. Особливістю такого процесу, як наприклад глікокування, є те, що на відміну від ферментативних реакцій, його швидкість залежить від концентрації глюкози прямо пропорційно. Тому у здорової людини глікокування якщо і відбувається, то дуже повільно, а у хворих діабетом – швидко, що і є головною причиною ускладнень захворювання. Реакції параметаболізму, які відіграють позитивну роль: декарбоксілювання ацетоацетату з утворенням ацетону, який є летким і швидко видаляється з організму; утворення основи Шиффа – проходить в процесі зорового сприйняття між опсином і ретиналем; при синтезі колагену утворюються поперечні зв'язки в його молекулі неферментативним шляхом. Детально не вивченим є питання амілоїду і пріонних білків як параметаболічної проблеми. Більше того, для білків встановлена здатність самостійно перебудовуватися в патологічну конформацію (дисфолдинг), що також є параметаболічною реакцією.

**Висновки.** Таким чином, встановлення ролі параметаболічних реакцій в різних фізіологічних і патологічних процесах, механізмах старіння організму, в підтриманні гомеостазу і виведенні кінцевих продуктів обміну є актуальною науковою проблемою.

#### **14. ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ШЛУНКУ ОРІЄНТОВАНИ НА СУБ'ЄКТИВНІ ВІДЧУТТЯ ПІСЛЯ ВЖИВАННЯ ВОДИ З РІЗНИМ ХІМІЧНИМ СКЛАДОМ**

#### **DEFINITION OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE STOMACH ORIENTED ON SUBJECTIVE SENSATIONS AFTER DRINKING WATER WITH DIFFERENT CHEMICAL COMPOSITION**

*Макаруч В.С., Ярошовець Є.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблема вживання води є актуальною в наш час, так як води мають унікальний склад, тому й їх вживання має містити певну закономірність. Спираючись на дослідження Лендела М.Ф., Киртича Л.П., Гайсак М.О., які досліджували рН внутрішньошлунково-зондовими та беззондовими методами і співставляли дані з суб'єктивною оцінкою секреції в зв'язку з чим проводили об'єктивне визначення сплеску секреції після прийому мінеральної води, що дає підстави посылатися на ці дані. Води, наче ліки, але мало хто знає як правильно вживати їх, аби вони мали певний лікувальний чи профілактичний ефект. Знаючи хімічний склад певної води студенти зможуть вживати її для профілактики гастроентерологічних хвороб без застосування ліків. Нашим основним об'єктом дослідження є шлунок на який впливаємо прийомом води з різним якісним хімічним складом.

**Мета.** Узагальнити рекомендації щодо вживання вод з різним хімічним складом та встановити закономірності їх використання з профілактичною метою.

**Матеріали і методи дослідження.** Основним методом дослідження є експериментальний метод, який ґрунтується на вживанні певною групою людей (контрольною і експериментальною) вод гідрокарбонатних зі Свалявського району, м. Ужгорода, кип'яченої та кип'яченої підсоленої з централізованої системи водопостачання. При проведенні експерименту учасники експерименту вживали воду кімнатної температури та приблизно через 2 год після останнього прийому їжі. При цьому фіксуємо час за який у досліджуваних виникне відчуття голоду.

**Результати.** В ході даного дослідження було встановлено, що при вживанні гідрокарбонатної води (Свалявського р-ну), м. Ужгород відчуття голоду виникло приблизно через 65–75 хв. води з додаванням кухонної солі 3% через 65–70 хв. При вживанні контрольною групою кип'яченої води відчуття голоду виникло через 80–85 хв з моменту вживання води.

**Висновок.** Отже, результати даного дослідження встановили, що вживання води певного хімічного складу по різному впливає на шлункову секрецію. Ці знання можуть позитивно вплинути на профілактику гастроентерологічних захворювань, надати воді головне місце в лікуванні початкових розладів травної системи та успішно розробити відповідні профілактичні правила вживання вод, які зменшать, або ж виключать захворювання шлунково-кишкового тракту.

## **15. ПОЛІСИСТЕМНІСТЬ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В СТАТЕВО-ВІКОВОМУ АСПЕКТІ НА ФОНІ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ** **POLYSICITY OF COMPLICATIONS OF DIABETES IN SEXUAL AND AGE ASPECTS IN THE FIELD OF DIABETIC HEPATOPATHIA**

*Максименко К.Ю., Сіткар А.Д., Балінт І.І., Лях О.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Росток Л.М., д.мед.н., проф. Дербак М.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД) є однією з основних причин серцево-судинних захворювань, ниркової недостатності, ампутацій кінцівок та втрати зору. Інвалідизація, обумовлена цими ускладненнями, чинить вагомий вплив на якість життя пацієнтів з діабетом та систему охорони здоров'я. У 2013 році в світі від ЦД померло 5,1 млн осіб. ВООЗ передбачає, що на наступні 10 років загальна кількість випадків смертей від діабету збільшиться більш ніж на 50%, і до 2030 року смертність внаслідок діабету змиститься з 11-го до 7-го місця серед причин загальної смертності. ЦД визначений ВООЗ як неінфекційна епідемія, саме у зв'язку з цим 2006 року ухвалено резолюцію ООН про боротьбу з ЦД. Захворювання органів травлення зустрічається майже у половини хворих на ЦД. З них домінуючими є ураження гепатобіліарної системи, зокрема, діабетична гепатопатія та нейрогенний жовчний міхур.

**Мета.** Дослідити поліморфізм ускладнень цукрового діабету залежно від його типу, тривалості захворювання, статі. Проаналізувати зміни лабораторних показників у взаємозв'язку з частотою ураження певної системи організму.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів ендокринологічного відділення ЗОКЛ ім. А. Новака. Статистичний аналіз даних проводили з використанням критеріїв Манна-Уїтні та  $\chi^2$ -Пірсона, коефіцієнта Крамера.

**Результати дослідження.** Досліджувану вибірку ( $n = 31$ , питома вага чоловіків – 48%, жінок – 52%, середній вік –  $52,3 \pm 3,2$  років) було розподілено на дві групи: пацієнти з цукровим діабетом I (23%) та II (77%) типу. Знайдено статистично вірогідний взаємозв'язок ( $p < 0,01$ ) та помірну силу асоціації між типом діабету і частотою полінейропатії, яка в пацієнтів з діабетом II типу становила 100%, та частотою ішемічної хвороби серця. Структура ускладнень діабету була наступною: кетоацидоз мали 32% хворих, ретинопатію – 90%, нефропатію – 97%, гепатопатію – 90%, артропатію – 7%, полінейропатію – 94%, ентеропатію – 26%, енцефалопатію – 52%, мікроангіопатію нижніх кінцівок – 94%. Виявлено, що частота системних ускладнень, крім енцефалопатії, достовірно не залежала від тривалості захворювання ( $p > 0,05$ ), оскільки вони, ймовірно, на пряму залежать від ступеня компенсації діабету (дотримання дієти, прийом ліків). Результати лабораторних показників, крім рівня тригліцеридів та загального холестерину, не виходили за межі норми, що, вірогідно, зумовлено високою частотою стеатогепатозу в даній вибірці, а головним патогенетичним механізмом його виникнення є порушення реалізації ефектів інсуліну.

**Висновки.** Отже, в пацієнтів із ЦД спостерігається полісистемність ускладнень, а ураження однієї системи організму потенціє виникнення ускладнень з боку інших систем.

## 16. ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЙОДОВАНОЇ ОЛІЇ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ СТУДЕНТІВ

### THE PLACEMENT-CONTROLLED STUDY ON THE IMPACT OF IODINE OIL ON COGNITIVE FUNCTIONS OF STUDENTS

*Малтис Л.А., Мазур Б.Ф., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток А.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Те, що Закарпаття зараховують до так званих ендемічних зон, тобто таких, де вміст Йоду у воді, ґрунті, а, отже, і в продуктах харчування, надзвичайно малий, відомо, практично, всім. Проблема нестачі Йоду на території області й на сьогодні залишається актуальною. Ендемічний зоб, гіпотиреоз, кретинізм – захворювання, які фігурують досить давно в дослідницьких і статистичних роботах багатьох науковців. Але попри всі заходи, які здійснюють заклади охорони здоров'я, не вдається досягти бажаного ефекту щодо профілактики йододefіциту. Роль Йоду в організмі тісно пов'язана з його безпосередньою участю в синтезі тиреоїдних гормонів, під контролем яких, зокрема, протікають процеси метаболізму в головному мозку, доведено їх вплив на інтелектуальний потенціал людини. Достатнє надходження Йоду в організм підвищує адаптаційні процеси, тим самим, знімає стреси, сприяє концентрації уваги і поліпшенню пам'яті.

**Мета.** Дослідження впливу йодованої олії на когнітивні та психічні функції здорових людей, зокрема, студентів медичного факультету.

**Матеріали та методи.** Вибірку студентів ( $n = 50$ , питома вага чоловіків – 18%, жінок – 82%, середній вік –  $19,2 \pm 0,6$  років) було розподілено на 3 групи: I – контрольна, II – ті, що приймають плацебо, III – ті, що приймають йодовану олію. Когнітивні функції досліджували методом психодіагностики кристалічного інтелекту за допомогою «Тесту розумових здібностей» до та після прийому олії. Йодовану олію приймали в дозі 1 мл на добу (200 мкг Йоду). Статистичний аналіз проводили за допомогою програми SPSS 13.

**Результати.** Структура вибірки щодо загального рівня інтелекту була наступною: високий рівень мали 12% опитаних, добру норму – 46%, «в середній зоні» знаходилися 42% респондентів. Було знайдено достовірний взаємозв'язок (за критерієм  $\chi^2$ -Пірсона,  $p=0,032$ ) та помірну силу асоціації ( $\phi=0,371$ ) між статтю та рівнем загального інтелекту. За допомогою кореляційного аналізу Спірмена знайдено статистично значущий зв'язок між наступними ознаками: віком та загальним рівнем інтелекту ( $p=0,442$ ,  $p=0,001$ ), рівнем індуктивного мислення ( $p=0,287$ ,  $p=0,043$ ), аналітико-синтетичними здібностями ( $p=0,281$ ,  $p=0,048$ ), комбінаторними здібностями ( $p=0,321$ ,  $p=0,023$ ), здібностями до математичного аналізу та синтезу ( $p=0,298$ ,  $p=0,035$ ), здібностями до оперування числами ( $p=0,288$ ,  $p=0,042$ ), рівнем розвитку вербальної короткочасної пам'яті і здатності концентрувати увагу ( $p=0,284$ ,  $p=0,046$ ). За попередніми результатами прийом йодованої олії сприяв покращенню результатів тесту, підвищенню рівнів пам'яті та уваги.

**Висновок.** Отже, у ході дослідження, було встановлено позитивний вплив йодованої олії на когнітивні функції студентів, що є важливим в умовах посиленої розумової діяльності та йодного дефіциту.

## 17. ЗМІНИ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ПРИ ШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ З НАБРЯКОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

### CHANGES IN BLOOD SOME PARAMETERS DURING ISCHEMIC STROKE WITH CEREBRAL EDEMA

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Савка Ю.М.<sup>1</sup>, нейрохірург вищої категорії Гайдук О.В.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет,<sup>1</sup> кафедра фізіології та патофізіології;*

*<sup>2</sup> ОКЦНН м. Ужгород*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гостре порушення кровообігу головного мозку за ішемічним типом є одним з ризиків, що призводить до подальшого погіршення функціонування ЦНС, а супутній розвиток набряку мозкової тканини приводить до дислокаційних процесів головного мозку, що порушує нормальне функціонування та зумовлює незворотні зміни структури головного мозку. Статистичні дані вказують на те, що найбільша частка хворих на ішемічний інсульт припадає на працездатну верству населення. Тому актуальним є виявлення змін у загальних та біохімічних показниках крові, як один з методів попередження виникнення даного порушення.

**Мета.** Дослідити особливості змін показників загальних та біохімічних аналізів крові у пацієнтів з виявленим набряком головного мозку при гострому порушенні мозкового кровообігу за ішемічним типом.

**Матеріали та методи.** Для проведення даного дослідження було використано лабораторні аналізи 50 пацієнтів (26 чоловіків та 24 жінки) ОКЦНН м. Ужгорода, у яких за даними МРТ та КТ дослідження виявлено гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом з набряком структур головного мозку. Вік пацієнтів був в межах від 48 до 72 років. Для дослідження були обрані такі показники: концентрація глюкози, сечовини, холестерину та фібриногену, кількість загального білка та тромбоцитів, тромбокрит, показники гемостазу.

**Результати та їх обговорення.** Проведений аналіз отриманих даних показав, що у 56% пацієнтів з діагностованим ГПМК за ішемічним типом виявлено вміст глюкози вище норми (при відсутності цукрового діабету). Отримані дані також вказують на підвищений рівень тромбоцитів у 39% відсотків пацієнтів, а також підвищення показника тромбокриту у 43%. Окрім того відмічалось підвищена концентрація сечовини у 47% пацієнтів (за відсутності порушень сечовидільної системи). На відміну від сечовини, концентрація вільного холестерину у 36% пацієнтів була зменшена. У значній частини пацієнтів визначено зменшення показників загального білка (51%). Показник активованого часткового тромбопластичного часу був нижче норми у 31% пацієнтів. Але показники концентрації фібриногену, міжнародного нормалізаційного співвідношення та протромбінового індексу залишилися в межах норми.

**Висновки.** Отже проаналізувавши отримані дані, можна спостерігати тенденцію до підвищення таких показників крові, як глюкоза та сечовина з одночасним зниженням концентрації загального білка та вільного холестерину. Виявлено підвищення рівня тромбоцитів і зростання показників тромбокриту. В той же час змін в основних показниках гемостазу виявлено не було.

## **18. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ НАСЛІДКИ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ**

### **CHARACTERISTICS OF METABOLIC DISORDERS AND THEIR CONSEQUENCES IN PATIENTS WITH STEATOHEPATITIS**

*Мимренко А.А., Кузьмак М.В., Сіткар А.Д.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Росток Л.М., д.мед.н., проф. Дербак М.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – це поліетіологічний дифузний дисметаболічний процес, що передбачає жирову дистрофію гепатоцитів із гістіолімфоцитарною інфільтрацією печінкових часточок, гіперплазією перисинусоїдальних зірчастих клітин та фіброзом зі збереженням архітектоніки печінки. НАЖХП в індустріально розвинутих країнах реєструється у 20–35% дорослого населення, а за даними досліджень NHANES III поширеність становить до 16% випадків у пацієнтів із нормальною масою тіла та до 76% з ожирінням. Якість життя хворих на НАЖХП, порівняно з практично здоровими особами, помірно знижена. Вважають, що фізичний і психологічний стан таких пацієнтів може значною мірою знижувати їхні соціальні функції. Вони

схильні до депресії, тривожних розладів та негативної оцінки перспективи свого життя, здоров'я й лікування.

**Мета.** Дати характеристику метаболічних порушень та вказати на патохімічні механізми виникнення та прогресування стеатогепатиту. Проаналізувати асоціацію ускладнень стеатозу печінки із супутніми захворюваннями.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів гастроентерологічного відділення ЗОКЛ ім. А. Новака з діагнозом стеатоз печінки (n=21, питома вага чоловіків – 38%, жінок – 62%, середній вік – 62,6±4,7 років).

**Результати дослідження.** В патогенезі НАЖХП виділяють два етапи (теорія «двох ударів»). При ожирінні, особливо вісцеральному, та метаболічному синдромі, збільшується надходження в печінку вільних жирних кислот з розвитком стеатозу, що розглядається як «перший удар». Одночасно розвивається окисний стрес – «другий удар». На цьому тлі наростає вироблення прозапальних цитокінів, які, поряд з реактивними формами кисню, дикарбонowymi кислотами і продуктами мікросомального окиснення, сприяють роз'єднанню процесів окисного фосфорильовання, виснаженню мітохондріальної АТФ і, в кінцевому підсумку, некрозу й апоптозу гепатоцитів. Частота ускладнень стеатозу та супутньої патології в досліджуваній вибірці відповідно становила: цукровий діабет – 33%, кардіослероз – 43%, серцева недостатність – 48%, гіпертонічна хвороба – 67%, гепатолієнальний синдром – 14%, втринний коліт – 38%, синдром мальдігестії, мальабсорбції – 14%, реактивний панкреатит – 62%, хронічний панкреатит – 10%, дискінезія жовчовидільних шляхів – 67%, хронічний холецистит – 10%, рефлюксна хвороба – 24%, гастродуоденіт та виразкова хвороба – 48%, артропатія – 29%. Тому стеатоз печінки можна розглядати як мультифакторне захворювання з високою варіабельністю ускладнень. Слід зазначити, що, згідно з останніми дослідженнями, НАЖХП позиціонується як новий предиктор серцево-судинних захворювань, причому це відбувається незалежно від інших факторів ризику.

**Висновки.** Таким чином, стеатогепатит є ключовим елементом у запуску каскадного механізму виникнення ускладнень в аспекті гастроентерологічної патології.

## 19. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

### STUDY OF THE EFFECT OF CLINICAL COURSE OF DIABETES ON DISRUPTION OF COGNITIVE FUNCTIONS

*Немеш І.М., Сіткар А.Д.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Росток Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Діабетична енцефалопатія очолює перелік усіх енцефалопатій та інших форм невротичних захворювань. Вона діагностується вкрай рідко і часто викликає подив, оскільки здається, що мозкова діяльність і цукровий діабет ніяк не пов'язані між собою. Часті різкі коливання вмісту глюкози в плазмі крові провокують виникнення порушень різних видів обміну речовин, в тому числі, й у головному мозку. Особливої уваги хочеться надати стану центральної нервової системи, а саме корі головного мозку при гіпоглікемічних станах. Причини розвитку таких станів є незбалансована інсулінова терапія, нераціональне харчування, неправильна організація фізичних навантажень, наявність діабетичної нейропатії й супутніх захворювань, що й призводить до порушення нервової діяльності та когнітивних функцій. Слід зазначити, що таких ускладнень можна уникнути шляхом раціоналізації режиму дня, дотримання дієти та лікарських призначень.

**Мета.** Визначити рівень когнітивних порушень у хворих на цукровий діабет, виявити та оцінити фактори, з якими вони взаємопов'язані.

**Матеріали та методи.** Проведено тестування для визначення рівня когнітивних функцій пацієнтів ендокринологічного відділення ЗОКЛ ім. А. Новака (n=30, частка

чоловіків – 37%, жінок – 63%, середній вік – 54,9±4,1 років) за шкалою MMSE та MoCA-тестом, а також опитування щодо наявності симптомів гіпоглікемії. Частка пацієнтів з діабетом I типу – 30%, II типу – 70%. Тривалість захворювання в середньому становила 12,9±3,1 років. Статистичну обробку проводили з використанням програми SPSS 13.

**Результати досліджень.** За шкалою MMSE отримано наступні результати: 13% пацієнтів мали норму, 37% – переддементні когнітивні порушення, 30% – деменцію легкого ступеня, 20% – деменцію помірного ступеня. Результати MoCA-тесту: 13% – норма, 57% – легкі порушення когнітивних функцій, 23% – помірні порушення, 7% – виражені порушення. За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу виявлено вірогідну різницю в тривалості лікування, залежно від рівня порушення когнітивних функцій ( $p=0,009$ ). Питома вага хворих, які приймають інсулін становила 60%. Знайдено статистично значущий взаємозв'язок між частотою депресивних станів (за шкалою Цунга) та прийомом інсуліну (за критерієм  $\chi^2$ -Пірсона,  $p=0,046$ ), що, ймовірно, обумовлене різкою зміною стилю життя та режиму дня в тих, кому було призначено інсулінотерапію.

**Висновок.** Таким чином, діабетична енцефалопатія посідає важливе місце у структурі ускладнень цукрового діабету, що значно погіршує якість життя пацієнтів і призводить до їх соціальної та психологічної дезадаптації.

## **20. МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ДЕ- І РЕГЕНЕРАЦІЇ НА ФОНІ ЙОГО ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ** **MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL STATE OF THE SCIATIC NERVE WHILE DEGENERATION AND REGENERATION WHEN IT HAS BEEN LASER IRRADIATED**

*Онисько І.З., Скрипник Т.І., Герот М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яцишин З.М.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра патофізіології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Метою** наукової роботи було дослідження функціональної і морфологічної регенерації сідничного нерва після його повного пересічення з ушиванням під дією опромінення низькочастотним світлодіодним лазером «Спектр-ЛЦ».

**Матеріали і методи.** Експеримент проведено на 30-и лабораторних щурах лінії Wistar (200–250 г), яким під ефірним наркозом в стерильних умовах було проведено пересічення лівого сідничного нерва з ушиванням кінець в кінець. Починаючи з другого дня операції проводилось щоденне опромінення зони оперативного втручання зеленим спектром (довжина хвилі в нм) 575–510) низькочастотного світлодіодного лазера «Спектр-ЛЦ». Термін дослідів 1, 3, 7, 15, 30, 45 і 90 діб. Дослідження відновлення сомато-вісцеральної чутливості реєструвалось по реакції тварини на больові та температурні подразники, а рухові функції за допомогою рухомої стрічки. Морфологічні зміни в структурі нервового волокна досліджено на гістологічних препаратах та електронній мікроскопії.

**Результати дослідження.** Отримані результати показали, що в ранні терміни дослідів (1–7 доба) виникають виражені дегенеративно-дистрофічні зміни в структурі сідничного нерва, що супроводжується набряком кінцівки, втратою рухової функції і сомато-вісцеральної чутливості.

На 7–15 добу дегенеративні процеси в нервовій тканині посилюються, рухова та сенсорна чутливість знижена.

З 30-доби від початку експерименту з застосуванням лазерного опромінення починаються регенеративні процеси, що супроводжується поступовим відновленням функціональної активності та чутливості, але повне відновлення структури і функції сідничного нерва настає тільки на 60–90 добу. В порівнянні – регенерація ушкодженого нерва без лазерної корекції настає тільки через 4–5 місяців, тобто час регенерації у 2 рази довший. А опромінення пересіченого сідничного нерва без ушивання знімає тільки набряк і сприяє швидкому заживленню рани, та рухова функція і сомато-вісцеральна чутливість залишаються повністю втраченими, а також нижче місця ушкодження розви-

вастьє нейродистрофічний процес, що проявляється звизракуванням, а інколи самоампутацією кінцівки.

**Висновок.** Виходячи з вищесказаного можна зробити закљючення, що використання світло-діодного низькочастотного монохромного терапевтичного лазера в лікуванні ушкоджень периферичної нервової системи у 2 рази пришвидшує відновлення функціональної активності і морфологічної структури нервового волокна, що потрібно використовувати в клінічній практиці.

## **21. РОЛЬ ОПОЇДНИХ РЕЧОВИН У ПРОЦЕСАХ ПАМ'ЯТІ.**

### **ЕНКЕФАЛІНИ ТА ЕНДОРФІНИ**

#### **THE ROLE OF OPIOID SUBSTANCES IN THE PROCESSES OF MEMORY.**

#### **ENDORPHINS AND ENKEPHALINS**

*Орленко В.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Дацишин П.Т.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нормальної фізіології*

*м. Вінниця, Україна*

**Вступ.** Анкетування студентів довело, що проблеми зі сном та запам'ятовуванням нового матеріалу мають 87% опитаних. На сьогоднішній день тривають пошуки активного й безпечного методу полегшення процесів самопідготовки. Цікавою є теорія опіоїдних речовин у процесах пам'яті.

**Мета.** Дослідити вплив енкефалінів та ендорфінів на процеси запам'ятовування.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведене на 8 статевозрілих самцях масою 150–170 г. Піддослідні тварини були розділені на 2 групи: 1 група – інтактні тварини, які утримувалися у звичайних умовах; 2 група – тварини, яким вводили внутрішньом'язево 0,05% розчин опіоїдного маку в дозі 37 нмоль/кг. Точка прикладання – опіатні рецептори δ-типу.

**Результати.** У тварин із введенням хімічних речовин посилювся синтез дофаміну, який вивільнив ендорфіни (рівень у 1,14 більшим), безпосередньо збуджуючи активність нейронів подразненням ноціорецепторів. Також у даної групи відмічено збільшення рівня ацетилхоліну на синаптичному рівні та щільність холінорецепторів. Внаслідок покращення роботи іонних насосів та рецепторів можливе краще проведення нервових імпульсів. Частота апоптозу знизилася на 17% в експериментальній групі, у порівнянні з інтактною. Нейрохімічні зміни тривали близько 3 годин після ін'єкції.

**Висновки.** Використання опіоїдних речовин у невеликих концентраціях для покращення процесів пам'яті має позитивний ефект.

## **22. ПОШИРЕНІСТЬ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЗАКАРПАТТІ**

#### **PREVALENCE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN TRANSCARPATHA**

*Орос Ю.Г.*

*Науковий керівник: Поляк-Митровка І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології та патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Серцево-судинна смертність – важлива проблема сучасної кардіології. В Україні цей показник становить 62%, при чому ішемічна хвороба серця складає 65% від загальної серцево – судинної смертності. Цей показник – втричі вищий, порівняно з таким у країнах Західної Європи та Північної Америки.

Інфаркт міокарда – крайній ступінь ішемічної хвороби серця, який характеризується розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, що виник внаслідок абсолютної або відносної недостатності кровопостачання у цій ділянці.

**Мета роботи.** Вивчити динаміку показників поширеності інфаркту міокарда (ІМ) серед населення Закарпатської області у регіональному аспекті протягом 2014–2016 років.

**Матеріали і методи дослідження.** Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності інфаркту міокарда серед населення Закарпатської області, також історії хвороби пацієнтів кардіологічного відділення ЦМКЛ м. Ужгород та Берегівської лікарні. У роботі використано епідеміологічний, демографічний, статистичний методи дослідження. Територіальною одиницею вибрано адміністративні райони за такими ознаками, як показники відтворення населення та його віково-статевий склад, чисельність, особливості розміщення, розміри території.

**Результати.** У результаті отриманих даних було виявлено, що інфаркт міокарда є одним із найпоширеніших і найнебезпечніших захворювань нашого часу, що призводить до інвалідизації та смертності населення. ІМ частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок.

В Закарпатській області можна відмітити найбільше зростання поширеності інфаркту міокарда в м. Ужгород, Хустському, Мукачівському, Виноградівському та Тячівському районах.

Найменше зростання – Великоберезнянський, Перечинський та Воловецький райони.

Також спостерігається зменшення поширеності захворювання в 2016 році порівняно з 2014 роком, що пов'язано із покращенням медичної допомоги в перші години захворювання.

**Висновки.** Найбільше зростання поширеності інфаркту міокарда спостерігається у великих містах, це можна пояснити збільшенням забруднення міст розвитком промисловості. Крім того, важливо згадати про наслідки способу життя: стрес, шкідливі звички, такі як куріння, споживання алкоголю, робота з високим фізичним навантаженням, ожиріння та низька фізична активність також призводять до захворювання.

### **23. НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ НА АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ NONSPECIFIC INFLUENCE OF INHIBITORS CYCLOOXYGENASE ON ENZYMES ACTIVITY**

*Писаренко І.В., Петах П.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф., засл. лікар України Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Ензими (ферменти) – біологічні каталізатори білкової природи, немає жодного процесу в організмі, який би відбувався без участі ферментів. Ферментативні реакції в свою чергу залежать від різних факторів, а саме: температури, рівня рН, концентрації субстрату, впливу інгібіторів. Однією з найпростіших та найвідоміших моделей опису кінетики ферментативних реакцій є графік Міхаеліса-Ментена, який не дає змоги точно експериментально встановити характер інгібування, тому був запропонований метод розширеного графічного відображення ферментативної активності (Лайнвівера-Берка).

**Мета роботи.** Дослідити активність ферментів (на прикладі  $\alpha$ -амілази) при дії на неї різних умов (зміни температури, рН, активаторів та інгібіторів (в тому числі і неспецифічних інгібіторів ЦОГ).

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження активності  $\alpha$ -амілази проводилось методом Каравея, згідно діючих наказів МОЗ. Було проведено два досліді: перший – в нативних (стандартних умовах), другий – при дії модифікуючих факторів. Побудовано відповідні графіки кінетики ферментативної реакції.

**Результати.** Було встановлено значення рН середовища, в межах яких  $\alpha$ -амілаза проявляє максимальну активність. Визначено температурні межі активності досліджуваного ферменту, а також виявлено вплив деяких активаторів і інгібіторів на активність  $\alpha$ -амілази. Інгібітори ферментів широко використовуються в медицині в якості лікарських засобів, зокрема ацетилсаліцилова кислота (аспірін) – інгібітор циклооксигенази вико-

ристовується як протизапальний препарат. Однак в процесі експерименту було виявлено, що ацетилсаліцилова кислота пригнічує ферментативну активність і  $\alpha$ -амілази.

**Висновки.** Каталітична активність ензимів визначається умовами середовища, в котрому відбувається ензиматичний процес. Деякі хімічні речовини здатні неспецифічно впливати на активність ферментативного процесу.

## **24. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ТА АЛЕКСИТИМІЇ У ПЕДАГОГІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ДОШКІЛЬНОЇ ЛАНКИ ОСВІТИ**

### **RESEARCH ON THE FEATURES OF THE SYNDROME OF "EMOTIONAL BURNOUT" AND ALEXITHYMIA AMONG THE TEACHERS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND PRE-SCHOOL LEVEL EDUCATION**

*Рего О.Ю.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Савка Ю.М.<sup>1</sup>, к.пед.н., доц. Рего Г.І.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра фізіології та патологічної фізіології*

*<sup>2</sup>Закарпатський інститут післядипломної педагогічної підготовки*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** У останні роки з'явилося багато досліджень, як зарубіжних, так і вітчизняних у яких досліджується синдром "емоційного вигорання". Найбільш актуальним є дослідження синдрому емоційного вигорання в осіб, які займаються педагогічною діяльністю, так як від стану психологічного благополуччя педагога безпосередньо залежить ефективність його виховного впливу та якості всього навчально-виховного процесу.

**Мета.** Провести діагностику рівня «емоційного вигорання» та алекситимії серед педагогів вищої школи та закладів дошкільної освіти м. Ужгорода з метою визначення сфери педагогічної діяльності яка в більшій мірі сприяє їх виникненню.

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 70 працівників вищої школи та 70 педагогів закладів дошкільної освіти м. Ужгорода різного віку та педагогічного стажу. Для оцінки рівня емоційного вигорання використана методика самоаналізу Петровці Е. Оцінка рівня алекситимії здійснювалася за Торонтською шкалою алекситимії.

**Результати.** У ході проведених досліджень нами встановлено, що показники емоційного вигорання серед респондентів вищої школи та дошкільної ланки освіти були практично однаковими (у 41% респондентів вищої школи та 40% дошкільної ланки виявлено сформоване «емоційне вигорання»). Показники алекситимії у викладачів вищих навчальних закладів (ВНЗ) склали: 75% – норма (до 60 балів), 21% – збільшені показники (від 60 до 74 бали) та 4% явна алекситимія (вище 74 балів). Натомість у вихователів закладів дошкільної освіти (ЗДО) тільки 42% – норма, 42% – збільшені показники та 16% – явна алекситимія. Згідно аналізу даних за стажем роботи серед досліджуваних, у яких був сформований синдром «емоційного вигорання», отримані наступні результати: у викладачів ВНЗ: стаж роботи від 1 до 5 років – 37%, від 5 до 15 років – 37 %, від 15 до 25 років – 6 %, 25 та більше років – 19 %. Серед вихователів ЗДО: стаж роботи від 1 до 5 років – 6 %, від 5 до 15 р. – 12%, від 15 до 25 р. – 18 %, 25 та більше років – 64 %. Згідно аналізу даних за стажем роботи серед респондентів у яких відмічалася алекситимія були наступні результати: серед викладачів ВНЗ у яких стаж роботи від 1 до 5 років – 52% з явною алекситимією, від 5 до 15р. – 16 %, від 15 до 25 р. – 16 %, 25 та більше років – 16 %. Серед вихователів ЗДО отримані наступні результати: стаж роботи від 1 до 5 років – 6 % з явною алекситимією, від 5 до 15 р. – 6 %, від 15 до 25 р. – 6 %, 25 та більше років – 82%.

**Висновки.** У результаті аналізу проведених досліджень виявлено, що показники емоційного вигорання були на одному рівні у представників обох груп досліджуваних, а показники алекситимії – більшими у представників дошкільної ланки освіти. В залежності від стажу роботи серед викладачів вищої школи найбільш високі показники вигорання виявлені у респондентів зі стажем від 1 до 5 років та від 15 до 25 років, а у вихователів-дошкільників найвищі показники були у тих, чий стаж роботи більше 25 років. Серед викладачів вищої школи алекситимія більше виражена у молодих працівників (стаж роботи до 5 р.), а у представників закладів дошкільної освіти – зі стажем 25 років та більше.

Подальший напрямок досліджень ми вбачаємо у визначенні факторів розвитку та найбільш ефективних шляхів профілактики синдрому «емоційного вигорання» у педагогів вищих навчальних закладів та дошкільної ланки освіти.

## **25. РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ОЦІНКИ СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НА ОСНОВІ ПАРАМЕТРІВ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

DEVELOPMENT OF THE METHODS OF EVALUATION OF LIVER FIBROSIS STADIUM OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS C ON THE BASIS OF PARAMETERS OF LABORATORY STUDY

*Сіткарь А.Д., Лях О.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Ростоків Л.М., к.мед.н., доц. Козутич А.І.  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини, кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** За оцінкою експертів ВООЗ у світі близько 180 млн. осіб страждають на хронічний вірусний гепатит С (ХГС), а 350 тис. щорічно помирають у результаті ускладнень, викликаних захворюванням. За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та рівнем захворюваності вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології. У зв'язку з величезною роллю фіброзу печінки (ФП) в патогенезі ХГС, важливе значення при веденні пацієнтів має моніторування фіброзних змін, що дозволяє своєчасно розпочати адекватну комплексну терапію та попередити трансформацію ФП в цироз. До прямих біомаркерів фіброзу відносять продукти синтезу і розпаду печінкового матриксу, визначення яких у периферичній крові має високу вартість, а також ультразвукову еластометрію за допомогою FibroScan. Непрямі сироваткові маркери – це показники функції печінки, які не відображають безпосередньо зміни метаболізму, пов'язані з розвитком фіброзу, але вони є більш доступними (АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЛФ, білірубін, протромбін, альбумін та ін.). Для скринінгу, первинного обстеження і подальшого контролю стану пацієнтів в динаміці доцільно застосування саме цих методів діагностики.

**Мета.** Аналіз взаємозв'язку параметрів лабораторного дослідження та анамnestичних даних із вираженістю ФП у хворих на ХГС. Розробка методики для визначення стадії ФП на основі найпоширеніших та доступних показників лабораторного дослідження крові.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних амбулаторних карт хворих на ХГС кабінету амбулаторного прийому ОКІЛ (n=67, питома вага чоловіків – 53,7%, жінок – 46,3%, середній вік – 51,9±2,7 років). Під час дослідження враховувались дані клінічного та біохімічного аналізів крові, стадія ФП (за результатами FibroScan), анамnestичні дані. Досліджувану вибірку було розподілено на групи в залежності від стадії ФП: F0 (немає фіброзу) складала 13,4% пацієнтів, F1 (1 стадія) – 16,4%, F2 – 22,4%, F3 – 16,4%, F4 – 31,4%. Статистичний обробку даних проводили за допомогою програми SPSS 13.

**Результати.** За результатами кореляційного аналізу Пірсона знайдено середній ступінь прямої кореляції між стадією ФП та наступними параметрами: АлАТ (r=0,327, p=0,035) АсАТ (r=0,522, p=0,002), тимолова проба (ТП) (r=0,423, p<0,011), вік (r=0,384, p=0,012). При проведенні ANOVA знайдено достовірну різницю між групами (за стадією фіброзу) щодо таких показників: АлАТ (p=0,012), АсАТ (p=0,012), альбумін (p=0,007), вік (p=0,037), коефіцієнт де Рітца (p=0,035). Для проведення множинного регресійного аналізу в якості предикторів було вибрано показники АлАТ, АсАТ, ТП та віку, в якості залежної змінної – стадія фіброзу. За результатами обчислень отримано наступні дані: множинний коефіцієнт кореляції (R) становив 0,851 (високий ступінь); коефіцієнт детермінації (R<sup>2</sup>) дорівнював 0,724, що свідчить про достатню апроксимацію для побудови лінійної моделі.

**Висновок.** Таким чином, регресійна модель дає змогу орієнтовно оцінити стадію фіброзу печінки з використанням найдоступніших та простих біохімічних маркерів і, як наслідок, своєчасно вибрати необхідну тактику лікування, що є особливо важливим для регіонів, де методи непрямой еластометрії, зокрема FibroScan, є недоступними.

## **26. ПОРІВНЯННЯ ЗНАТЬ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, РІВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

COMPARISON OF KNOWLEDGE ON HIV INFECTION, TOLERANCE LEVEL TO PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS OF THE FOREIGN AND DOMESTIC STUDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES OF THE UZHGOROD NATIONAL UNIVERSITY

*Убріжі А.І., Убріжі Е.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Савка Ю.М., ас. Білак-Лук'янчук В.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра фізіології та патофізіології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність дослідження.** З моменту виявлення ВІЛ у світі зафіксовано більше 65 мільйонів випадків ВІЛ-інфекції, 25 мільйонів осіб померли від СНІДу (згідно даних Британського Королівського інституту здоров'я родини). Щороку близько 2,5 мільйона осіб інфікуються ВІЛ і близько 1,7 мільйона осіб вмирають від пов'язаних зі СНІДом хвороб. Стигматизація і дискримінація ЛЖВ є одною з рушійних факторів розвитку епідемії ВІЛ та основною перешкодою на шляху до ефективних дій з протидії поширенню захворювання.

**Мета дослідження.** Порівняти знання студентів з питань ВІЛ-інфекції/ СНІДу, шляхів передачі та профілактики інфікування ВІЛ. Вивести тенденції стигматизації ЛЖВ серед іноземних та вітчизняних студентів медичного факультету УжНУ.

**Методи дослідження.** Дослідження проводилося за допомогою анонімного анкетування. Анкета складалась з 27 питань. Було опитано 200 респондентів – студентів факультетів медичних спеціальностей з українською та англійською мовами навчання.

**Отримані результати.** Із твердженням «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити з метою ізоляції від здорових» 32% опитаних іноземних студентів погоджується, серед вітчизняних студентів таких 3%. 25% іноземних студентів відповіли, що ВІЛ-позитивний викладач не має права викладати у вищій школі, серед українських студентів цей показник становить 3%. Близько 20% опитаних англомовних студентів вважає, що ВІЛ-інфекція передається через потиск рук та обійми, серед українських студентів – таких 2%. Серед іноземних та вітчизняних студентів спостерігаються майже однакові поведінкові практики: 19% респондентів зазначили, що мають більше 2-ох статевих партнерів і стільки ж не користуються презервативами.

**Висновки.** Обізнаність студентів щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу впливає на поведінкові практики та рівень толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей. Українські студенти показали вищий рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ та виявилися толерантніші по відношенню до ЛЖВ. Важливим є проведення активної цілеспрямованої профілактичної роботи, котра повинна включати: статеve виховання молоді, інформаційні кампанії щодо шляхів передачі ВІЛ, доступність анонімного тестування і профілактичних послуг із застосуванням сучасних ефективних методів та засобів комунікації, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей, запобігання правам дискримінації до ЛЖВ.

## **27. ОЦІНКА ПРООКСИДАНТНОГО СТАНУ ЕРИТРОЦИТІВ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ДІАБЕТОМ**

EVALUATION OF THE PROOXIDANT STATE OF ERYTHROCYTUS OF RATS WITH MODELED STREPTOZOTOXIN DIABETES

*Федюк М.А., Цьотух Є.В.*

*Науковий керівник: ас. Мазур О.Є.*

**Актуальність.** Стрептозотозин завдяки наявності нітrogenного залишку здатен ініціювати процеси вільнорадикального окислення.

**Мета.** Дослідити ступінь осмотичної резистентності еритроцитів та вміст гідроперекисів у шурів з модельованим стрептозотозинним діабетом.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводились на шурах масою 100–150 г, яких поділили на 2 групи: контрольну( яку склали шурі, що утримувались в стандартних умовах віварію) та дослідну (шурі, яким моделювали діабет одноразовим інтраперіто-неальним введенням стрептозотозину в цитратному буфері (pH=7,5) у дозі 60 мг/кг); формування діабету контролювали на 2-гу добу після введення стрептозотозину шляхом визначення глюкози у крові шурів отриманої з хвостової вени за допомогою індикаторної тест-смужки. Для досліджень використовувалась шурі, концентрація глюкози в крові яких перевищувала 15 ммоль/л. Осмотичну резистентність визначали за Камишніковим В.В. (1987), вміст гідроперекисів за Гавриловою В.Б. (1983).

**Результати.** Моделювання цукрового діабету супроводжувалось значним підвищенням осмотичної резистентності еритроцитів:  $1,31 \pm 0,15\%$  відносно контрольної групи  $4,7 \pm 0,3\%$  ( $p \leq 0,05$ ) та зниженням вмісту гідроперекисів (первинних продуктів перекисного окислення ліпідів)  $1,28 \pm 0,4$  у.о. відносно контрольної групи  $1,92 \pm 0,25$  у.о. ( $p \leq 0,05$ ).

**Висновки.** Моделювання стрептозотозинного діабету призводить до покращення прооксидантного стану еритроцитарної мембрани. Описані вище зміни, ймовірно, можуть бути зумовлені використанням глюкози в біосинтезі гліколіпідів клітинних мембран, а не лише в глікозилюванні мембранних білків еритроцитарної мембрани. Дане припущення узгоджується з літературними даними, що свідчать про зниження вмісту сіалових кислот, та підвищення осмотичної резистентності у тварин з модельованим стрептозотозинним діабетом.

## **28. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИЯВЛЕННЯ ПОБІЧНОГО ВПЛИВУ ДЕЯКИХ СТАБІЛІЗУЮЧИХ РЕЧОВИН В ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТАХ [ПЕРШЕ ПОВІДОМЛЕННЯ]**

### **SOME PHARMACEUTICAL DRUGS CONDITION FORMING AGENTS SIDE EFFECTS EXPERIMENTAL DETECTION**

*Шітев А.І., Коваленко Є.О., Єсип І.І., Бондарчук П.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Для стабілізації активності фармакологічного впливу та підтримання необхідних кондицій, фізико-хімічних властивостей діючої речовини у фармацевтичних препаратах використовують допоміжні компоненти (remedia adjuvans), які підтримують дисперсність системи, тим самим забезпечуючи активність основної речовини (remedia basis). До складу деяких препаратів, де діючою речовиною є холекальциферол включають натрію гідрофосфату додекагідрат ( $\text{Na}_2\text{HPO}_4 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$ ). Однак, за даними інтернет-сайтів (<https://www.sciencedirect.com>), більшість речовин, які володіють кондиціонуючими властивостями (E400–E499) – біологічно недостатньо досліджені, зокрема на токсичність впливу.

**Мета роботи.** Дослідити принципову наявність побічних впливів деяких речовинкласу (E400–E499), що використовуються у якості кондиціонуючих компонентів при компонуванні лікарських форм.

**Матеріали і методи дослідження.** Об'єктом дослідження були сірі шурі (*ratus norvegicus*). Досліджувані тварини були поділені на 2 групи (А і Б), а також контрольну, для спостереження за анатомічними та фізіологічними змінами внутрішніх органів. Обом групам (АіБ) вводили препарат, що містить холекальциферол із стабілізатором

натрію гідро- фосфатом в дозі, що значно перевищує добові норми. Протягом всієї роботи зберігався однотипний, повноцінний для всіх тварин раціон харчування, за однакових сприятливих умов утримання та догляду. Усі маніпуляції проводилися згідно з принципами біоетики при свідках. Нативно забарвлені зрізи тканин досліджували під світловим мікроскопом.

**Результати.** Виявлено, що препаратам, котрі містять натрію гідрофосфат, притаманна здатність викликати побічний вплив, зокрема, в гепатоцитах печінки, що проявилася дистрофічними змінами в клітинах.

**Висновки.** 1) Оскільки такі препарати використовують для попередження рахіту у широких масштабах, доцільно проінформувати виробника про наявність побічних впливів.

2) Встановлено, що неконтрольоване використання препаратів, до складу яких входить натрію гідрофосфат може призводити до виникнення токсичних впливів у тканинах внутрішніх органів.

3) Продовжити біологічні дослідження натрію гідро фосфату у чистому виді (без основної діючої речовини) і її впливу на тканини організму людини.

4) Доцільно запропонувати заміну натрію гідро фосфату на інший досліджений нетоксичний компонент з аналогічними стабілізуючими властивостями.

## **29. ОСНОВНІ ЗБУДНИКИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ПРИРОДИ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО ДІЇ ПРЕПАРАТІВ-АНТИБІОТИКІВ**

THE MAIN PATHOGENS OF PURULENT-INFLAMMATORY PROCESSES OF THE PARANASAL SINUSES OF THE BACTERIAL NATURE AND THEIR SENSITIVITY TO THE EFFECTS OF DRUGS-ANTIBIOTICS

*Ярошовець Є.С., Макарчук В.С., Данів М.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології та імунології та курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гнійно-запальні захворювання придаткових пазух носа бактеріальної природи є однією з провідних проблем сучасної мікробіології та оториноларингології. Актуальність даної проблеми полягає в тому, що на фоні частих випадків самолікування хворих, а саме самостійного прийому препаратів-антибіотиків, спостерігається все більш часте виявлення штамів мікроорганізму, який володіє антибіотикорезистентністю до препаратів, що раніше виявляли достатню бактеріостатичну та бактерицидну дію, по відношенню до даного збудника. Це дає мотивацію для оновлення та розробки нових схем призначення антибіотиків. Основним об'єктом нашого дослідження є мікроорганізми, які під впливом лікувальних препаратів набувають резистентності до антибіотиків.

**Мета роботи.** Статистично встановити переважання у розвитку гнійно-запальних процесах придаткових пазух носа тих, чи інших збудників бактеріальної природи та встановити антибіотикочутливість даних агентів, з метою призначення вузького спектра дії антибіотиків, які однозначно матимуть найбільш згубний вплив на патогенних мікроорганізмів.

**Матеріали та методи досліджень.** В даній роботі ми використовували наступні методи досліджень: бактеріологічний метод, направлений на виявлення патологічних агентів, і визначення їх антибіотикочутливості; мікроскопічний метод, направлений на визначення морфологічних і тинкторіальних властивостей мікроорганізму. Для обробки даних використовувався статистичний метод.

**Результати дослідження.** В ході дослідження було встановлено, що найчастіше при гнійно-запальних процесах, збудником виступає *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, рідше збудником виступає *S.pyogenes*, або *S.aureus*. Також зустрічаються асоціації мікроорганізмів, представлені *S.pneumoniae* і *H.influenzae*, *S.aureus*. Також було встановлено антибіотикочутливість даних мікроорганізмів

**Висновок.** На основі даного дослідження було встановлено, що гнійно-запальні процеси придаткових пазух носа найчастіше викликані такими збудниками: *S.pneumoniae* і *H.influenzae*, *S.aureus*. На основі результатів даного дослідження можна доповнити звичні схеми лікування для досягнення кращого терапевтичного ефекту.

### **30. THE RELATIONSHIP BETWEEN INDICES OF BODY COMPOSITION AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN YOUNG PEOPLE**

*Addison J., Karaba G.A.*

*Наукові керівники: д.біол.н., проф. Фекета В.П., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В., ас. Немеш М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін*

*м. Ужгород, Україна*

**Introduction.** Obesity can be described as the ‘New World Syndrome’. The rapid and on-going rise in obesity and overweight throughout the world is a great challenge to public health. Therefore, the governments of all countries provide numerous programs to prevent the increase in obesity. These programs are focused not only on people with overweight, but also on people with normal values of the Body Mass Index (BMI).

**Aim.** The purpose of this study is to examine a connection between body composition and function of the cardiovascular system in young people.

**Materials and Methods.** The subjects of this study were 30 students. Each student underwent a full physical examination. First, the weight, BMI and body composition indices such as fat free mass (FFM), fat mass (FM) and visceral fat (VF) were measured by digital scales (Tanita BC- 601). Second, the function of the cardiovascular system was measured by tetrapolar thoracic rheography, device “REOROM”. The data was analyzed by statistical software (Minitab 17).

**Results.** It was found that FFM and FM had significant relationship with cardiac output ( $p<0.05$ ). In addition, the study revealed that the heart used more energy to pump blood in students with higher percentage of adipose tissue (24-27% in females and 16-18% in males) than in students with lower percentage ( $p<0.001$ ). The index of VF had a significant relationship with the index of system vascular resistance ( $p<0.05$ ).

**Conclusions.** The findings of this study suggest a possible dependence between elements of body composition and the proper function of the cardiovascular system. Therefore, monitoring and modification of the body composition may be important for preventing overweight and obesity.

### **31. HEART RATE VARIABILITY AS A METHOD OF SCREENING FOR AUTONOMIC DYSFUNCTION**

*Rakesh*

*Supervisor: as. Sheiko N.*

*SHEE «Uzhgorod National University»*

*Medical faculty № 2, Department of fundamental medical disciplines*

*Uzhgorod, Ukraine*

**Introduction.** The vegetative dysfunction syndrome (SVD) is a polyethiologic syndrome characterized by a dysfunction of the autonomic nervous system (ANS) and functional (ie, inorganic) disorders from all systems of the body. The prevalence of SVD ranges from 20 to 56% of all diseases in young people, inferior to only acute respiratory viral infections. The causes of SVD can be: hereditary predisposition, endocrine alterations, stresses, neuroses, excessive physical and mental fatigue, cervical osteochondrosis, acute and chronic infectious and somatic diseases, etc. There is a well-founded view that studies at a medical university are stress-induced for most students and dangerous from the point of view of the probability of their somatic pathology and SVD. As the foreign students are in a foreign country, the level of stress increases. That is why finding non-invasive screening and correction of autonomic dysfunctions is important.

**Aim.** To identify students with autonomic dysfunction by determining the heart rate variability and by using a standard questionnaire; to quantify their functional status by using the indicator of the regulatory systems activity (IARS).

**Materials and research methods.** The study involved the amount of 100 third-year students of the medical faculty of both sexes aged 19 to 30 years. All of them did not complain about their health and professionally did not go in for sports. The presence of autonomic dysfunctions was determined with the help of the standard questionnaire usage of A.Vein and by using indicators of heart rate variability: TP – total power, HF – high frequency part, LF – low frequency part, VLF – very low frequency part and LF/HF – indicator of sympathetic-vagal balance. The results were obtained by using the 5-minute registration of the 2nd ECG lead at the computer diagnostic complex "CardioLab" (" KhAI-Medika ", Ukraine).

**Results.** According to the questionnaire A.Veine, there were 32 students with vegetative changes, that is, 32% (Result on the questionnaire from 16 to 49 points, with the norm  $\leq 15$ ). The presence of autonomic dysfunctions, confirmed by the indicators of HRD, had only 18 people – 18% according to the total number of students surveyed or 56.25% according to the questionnaire. Among these students, the indicator of the activity of the regulatory systems (IARS Norm 0-1), proposed by R.Bajevsky et al in 1984, was conducted: 50% had a moderate functional tension, that is a prenosological state – IARS 2-4; 22.2% had a pronounced functional tension, that is a premonitory condition – IARS 5.6; 11.1% had a pronounced state of poor adaptation with a sharp decline in the functional capacity of the organism – IARS 7.8; 16.7% had depletion of regulatory systems, ie failure of adaptation processes – IARS 9,10.

**Conclusions.** 1) Vegetative dysfunctions are polyetiologic syndrome and are quite common in young people;

2) The Questionnaire by A.Veine can be used for screening of SVD, but objective confirmation is necessary with the help of measurement of HRV indices.

3) Indicators of HRV of persons with IARS 7–8 significantly increase, of persons with IARS 9–10 are sharply reduced.

## **32. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РЕГІОНАРНОГО РОЗПОДІЛУ ЖИРОВОЇ ТА М'ЯЗОВОЇ ТКАНИНИ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ**

INTERCONNECTION OF REGIONAL DISTRIBUTION OF FAT AND MUSCLE TISSUE WITH FUNCTIONAL STATE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN WOMEN OF MATURE AGE

*Кулар Аїши, Точкуву Онуоха*

*Наукові керівники: ас. Костенчак О.Є., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В.,*

*ас. Немеш М.І., ас. Кентеш О.П.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Ожиріння одна із ключових проблем сьогодення. Число людей з надлишковою вагою має тенденцію до зростання у всіх країнах світу, в тому числі і в Україні. Особливо вразливою категорією населення є жінки зрілого віку. Відносно недостатньо з'ясованим залишається питання залежності функціонального стану серцево-судинної системи від регіонарного розподілу жирової та м'язової тканини.

**Мета роботи.** Встановити взаємозв'язок між показниками серцево-судинної системи та регіонарним розподілом жирової та м'язової тканин у жінок зрілого віку

**Матеріали та методи дослідження.** В дослідженні взяли участь 17 жінок віком від 25 до 40 років з надлишковою масою тіла. Критерієм виключення були попередньо діагностовані гострі та хронічні захворювання, період менопаузи.

Методи дослідження:

1) Регіонарний та загальний вміст жирової та м'язової тканин, було виміряно за допомогою аналізатору складу тіла TANITA BC-601 (Японія).

2) В якості показників функціонального стану серцево-судинної системи біли використані: Фаза Уповільненого Вигнання (ФУВ, с), потужність лівого шлуночка (ПЛШ,

ват), Фаза Пульсової Хвилі (ФПХ, град.), загальний периферичний опір (ЗПО, дин·с·м<sup>2</sup>/см<sup>5</sup>). Ці показники визначали методом грудної реографії за допомогою реографічного комплексу «РЕОКОМ» (Національний аерокосмічний університет ім. М.С. Жуковського «Харківський авіаційний інститут» м. Харків).

3) Результати були опрацьовані за допомогою статистичної програми Minitab17.

**Результати.** В результаті дослідження було виявлено статистично значимий зв'язок між показниками потужності роботи лівого шлуночка та вмістом загального жиру ( $r=0,560$ ;  $p=0,020$ ), а також ПЛШ та вмістом жиру на правій ( $r=0,501$ ;  $p=0,040$ ) та лівій нозі ( $r=0,504$ ;  $p=0,047$ ), та ПЛШ/вмісту жиру на тулубі ( $r=0,523$ ;  $p=0,038$ ) і ПЛШ/вісцерального жиру ( $r=0,542$ ;  $p=0,030$ ).

ЗПО мав статистично значимий обернено пропорційний зв'язок з показниками вмісту м'язів на правій ( $r=-0,521$ ;  $p=0,038$ ) та лівій ( $r=-0,559$ ,  $p=0,024$ ) руках. Окрім цього, знайдена позитивна кореляція між ФПХ та вмістом жиру на правій руці ( $r=0,561$ ;  $p=0,024$ ), правій нозі ( $r=0,055$ ;  $p=0,026$ ), та вісцеральним жиром ( $r=0,500$ ;  $p=0,005$ ).

**Висновки.** Таким чином, регіонарний вміст жиру та м'язів демонструють статистично вірогідний кореляційний зв'язок з показниками центральної гемодинаміки. При збільшенні вмісту жиру зростає навантаження на міокард, що, в свою чергу, може призвести до розвитку серцево-судинних захворювань. Зростання м'язової маси на руках призводить до зменшення ЗПО, що полегшує надходження крові до судин. На основі отриманих даних, можна продовжувати дослідження з метою застосування корекції показників жирової та м'язової тканин для оптимізації серцевої діяльності.

### 33. THE RELATIONSHIP BETWEEN INDICES OF BODY COMPOSITION AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN YOUNG PEOPLE

*Jaykishan Omprakash Vairagi, Arundathi Panda*

*Наукові керівники: д.біол.н., проф. Фекеета В.П., ас. Паламарчук О.С., ас. Пацкун С.В., ас. Немеш М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет № 2, кафедра фундаментальних медичних дисциплін  
м. Ужгород, Україна*

**Introduction.** Overweight is a growing risk factor in most countries worldwide. This condition has been reported as an aggravating factor for many respiratory diseases such as obstructive sleep apnea, asthma, and dyspnea on effort, among others. Also, many studies have shown that obesity is associated to lower pulmonary function (PF) measures, even in non-diseased individual.

**Aim.** The purpose of this study is to examine a connection between body composition and function of the respiratory system in young people.

**Materials and Methods.** The subjects of this study were 30 students. Each student underwent a full physical examination. First, the weight, BMI and body composition indices such as fat free mass (FFM), fat mass (FM) and visceral fat (VF) were measured by digital scales (Tanita BC- 601). Second, the function of the respiratory system was measured by spirometry, device "SPIROKOM". The data was analyzed by statistical software (Minitab 17).

**Results.** It was found that FFM had significant relationship with tidal volume (TD) and vital capacity (VC) ( $p<0.05$ ). The study revealed that students with higher percentage of adipose tissue (more than 25% for women and more than 19% for men) have lower indices of forced vital capacity (FVC) than students with lower percentage of FM ( $p<0.05$ ).

**Conclusions.** The findings of this study suggest a possible dependence between elements of body composition and the proper function of the respiratory system. The level of FM, VF and FRM have different influence on the pulmonary function. Parameters of the respiratory system show the highest correlations with the parameters of muscle strength. Steam from these, physical activity not merely helps to maintain body weight, but also it helps to improve the function of respiratory system.

#### **34. АЛГОРИТМІЗАЦІЯ МЕТРИЧНИХ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З ОСНОВАМИ ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ** **ALGORITHMIZATION OF METRIC CLINICAL-DIAGNOSTIC PARAMETERS WITH THE PRINCIPALS OF PHARMACOLOGICAL CORRECTION**

*Джахман А.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Торохтін О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра біохімії, фармакології, фізичних методів лікування з курсом аналітичної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Сучасна практична медицина використовує велику кількість фармакологічних препаратів, котрі попри безсумнівний позитивний вплив спричиняють також і суміжні впливи, котрі не завжди бажані при здійсненні лікування. З іншого боку, велика кількість клінічних і функціональних діагностичних показників зменшує можливість їх одночасного динамічного контролю, що означає втрату індивідуального підходу до пацієнта в процесі лікування. Для вибору правильної схеми терапії пропонується використовувати комп'ютерні системи, що дозволяють швидко здійснювати розрахунки та пропонувати розв'язок складних технічних прикладних задач, основою розв'язку котрих є чітке формулювання власне умов задачі, що нині доволі складно здійснити у сфері біологічних об'єктів. Таким чином, основним завданням є чітке шкалювання біологічних ознак стану. Переважна більшість симптомів описується дискретними величинами, що повністю заперечує можливість використання математичного апарату, орієнтованого на неперервні параметри, що змінюються у математичних функціях.

**Мета роботи.** Дослідження полягає у відображенні основних медико-діагностичних ознак за допомогою базових метричних величин, що дозволяє чітко визначати вплив терапевтичних чинників, надаючи можливість точно здійснювати дозування фармакологічних та інших лікувальних впливів.

**Матеріали та методи дослідження.** Були використані, методи логічної систематизації клінічних проявів патології із визначенням придатних систем вимірювання їх динаміки у взаємозв'язку із дією терапевтичних/фармакологічних чинників.

**Результати.** Введено концептуальне поняття, що чітко описує клінічний стан пацієнта – протосимптом. Воно базується на поділі класичних ознак синдромів та симптомів на субознаки (елементарні показники), що можуть бути метрично представлені та оцінені. Описано алгоритм поділу симптомів на протосимптоми.

**Висновки.** Запропонована система протосимптоматичної диференціації клінічного стану пацієнтів дозволяє систематизувати основні прояви патології, і як наслідок, чітко визначати дозування фармакологічних та інших терапевтичних впливів.



**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1  
(ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ,  
УРОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, РЕАНІМАТОЛОГІЯ)**

**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1  
(ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ,  
ОНКОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ,  
РЕАНІМАТОЛОГІЯ)**

**SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 1  
(GENERAL SURGERY, ABDOMINAL SURGERY, THORACIC  
SURGERY, ONCOLOGY, UROLOGY, ANESTHESIOLOGY AND  
REHABILITATION)**

**Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, ВМА**

**Голова секції:** Машіка Ю.В.

Head of the section: Y. Mashika

**Секретар секції:** Сливка М.А.

Secretary of the section: M. Slyvka

---

**1. ВОГНЕПАЛЬНЕ УЛАМКОВЕ СЛІПЕ ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ  
ГРУДНОЇ КЛІТКИ З ЗАБОЄМ СЕРЦЯ ТА СТОРОННИМИ ТІЛАМИ  
В ПЕРИКАРДІ**

**FIRECRACKER CAVITY BLIND PENETRATING INJURY OF THE CHEST WITH  
HEARTBURN AND EXTRANEIOUS BODIES IN THE PERICARDIUM**

*Бежинець Ю.В.*

*Науковий керівник: доц. Вайнагій О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії, курс клінічної анатомії*

*та оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Серце здорової людини розташоване в лівій половині грудної порожнини. За формою має вигляд дещо сплющеного конуса, його положення залежить від форми грудної клітки, від віку особи та дихальних рухів. Стінка серця як м'язового порожнистого органа

складається з трьох оболонок: внутрішньої – ендокарда, середньої м'язової – міокарда, зовнішньої – епікарда. Серце розміщене у волокнистому осерді – перикарді, який складається з двох шарів (зовнішнього та внутрішнього). Перикард не дозволяє серцю різко розширюватися при фізичному навантаженні, зменшує тертя між серцем і сусідніми органами, перешкоджає зсуву серця і перегинання великих судин і, можливо, служить бар'єром на шляху інфекції з плевральних порожнин і легень.

**Мета роботи.** Метою нашої роботи було ознайомитися з проведенням лівобічної передньобочкової мініторакомії з видаленням стороннього тіла з перикарду.

**Матеріали та методи дослідження.** Оперативне втручання проводилося у КНДІ ССХ ім. Амосова. За допомогою рентгенографії, спіральної КТ, ЕКГ та ехокардіографії (ЕхоКГ) було виявлено уламкове сліпе проникаюче поранення грудної клітки з забосом серця та сторонніми тілами в перикарді.

**Висновок.** Стороннє тіло, розміром 1,0x0,6 см, у зоні перикарду було успішно видалено методом лівосторонньої мініторакомії (В даний час найбільш часто застосовують цей метод. Розріз проводять в четвертому чи п'ятому міжребер'ї зліва. Перикард розкривають поздовжнім розрізом по всій довжині спереду або позаду діафрагмального нерва). Пошарово ушито рану. Накладено пов'язку.

## **2. КОНВЕРСІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА. АНАЛІЗ ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ**

### **CONVERSIONS IN GALLBLADDER SURGERY. ANALYSIS AND WAYS TO PREVENT IT**

*Боровець В.А., Сокор Ю.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Вацеба Р.С.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Медицинський факультет № 1, кафедра хірургії № 1*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Використання ендоскопічних технологій в хірургії увійшло в стандарт 40 років тому. Проте, надсучасне технічне оснащення операційної, тривала крива навчання, ретельне передопераційне обстеження та неухильне дотримання стандартів виконання хірургічних втручань не забезпечує хірургів від ятрогенних ушкоджень та конверсій. Перехід до лапаротомії є методом вибору для вирішення нестандартних інтраопераційних ситуацій. Аналіз причин конверсій дозволить запропонувати шляхи зниження інтраопераційних ускладнень.

**Мета.** Дослідити частоту та структуру інтраопераційних ускладнень, причини конверсій при виконанні лапароскопічної холецистектомії.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовано протоколи оперативних втручань, історії хвороби пацієнтів з гострим та хронічним калькульозним холециститом, котрим проведено лапароскопічну холецистектомію вхірургічному відділенні № 2 ЛЮКЛ в період з 2012 по 2016 р. Вивчалась наявність та структура інтраопераційних ускладнень, причини конверсій, шляхи завершення операційних втручань та тривалість перебування хворих в стаціонарі.

**Результати.** З 2012 по 2016 рік проведено 2852 лапароскопічних втручань. Перехід на відкрите хірургічне втручання було виконано у 29 випадках, що склало 1,02%. Гострий холецистит діагностовано у 24,5% (698) випадках. Конверсії проводили у 16 (55,1%) випадків з гострим холециститом, з хронічним холециститом у 13 (44,9%) пацієнтів. Розподіл конверсій склав: у 2016р. – 3 випадки, 2015 р. – 4 випадки, 2014 р. – 6 випадків, 2013 р. – 8 випадків, 2012 р. – 8 випадків. Розподіл по днях: понеділок – 2 (6,9%), вівторок – 9 (31%), середа – 6 (20%), четвер – 4 (14,6%), п'ятниця – 8 (27,5%). Середня тривалість оперативного втручання 140±20хв. Основними причинами переходу на відкрите холецистектомію були: виражений рубцевий та спайковий процес навколо жовчного міхура та в ділянці його шийки – 15 (51,7%), холедохолітіаз, що був діагностований тільки під час оперативного втручання – 2 (6,9%), підозра на біліобіліарні або білідигестивні норичі – 3 (10,3%), ятрогенне пошкодження жовчних проток, судин,

оточуючих органів – 9 (31,1%). У всіх випадках дреновано підпечінковий простір, у 6 пацієнтів встановлено зовнішній дренаж жовчодоха. Середня тривалість післяопераційного періоду була 14±5 днів. 28 пацієнтів виписано з поліпшенням, 1 пацієнт помер у зв'язку з прогресуванням супутньої патології.

**Висновок.** Ретельний облік всіх факторів ризику; своєчасне виконання операції з приводу жовчокам'яної хвороби; оптимальне інтраопераційне дослідження ЖМ і жовчних проток; проведення операції в плановому порядку; підвищення кваліфікації хірурга та чітке бачення елементів ЖМ і проток під час операції забезпечують адекватну оцінку оперативної ситуації і знижують ризик ятрогенні та інтраопераційних ускладнень.

### **3. ПРИЧИНИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

#### **CAUSES OF SUPPURATIVE-NECROTIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER EXTREMITIES**

*Веремей Д.А., Мороз А.Ю., Семенюк М.О., Сирчина В.О., Радіонова Д.С.*

*Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. Лупальцов В.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра хірургії № 3*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Сучасні ангіохірургічні технології, не призвели до суттєвого зниження кількості ампутацій кінцівок, які виконуються хворим на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок з критичною ішемією. Частота післяопераційних ускладнень у цієї категорії хворих досягає 64%, а вторинна гнійна інфекція кукси зустрічається в 11–23,1% випадків, що погіршує прогноз і є однією з основних причин летальних наслідків.

**Мета.** Вивчити характер гнійно-некротичних ускладнень (ГНУ) після ампутації у хворих з облітеруючим атеросклерозом.

**Матеріали та методи.** На лікуванні знаходилось 79 хворих з хронічною ішемією 4 ст. обумовленою облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок. З них жінок 32 (40,5%), чоловіків 47 (59,5%). Середній вік хворих склав 63,2 року (коливався від 51 до 84 років). Тривалість анамнезу захворювання від 12 до 30 років. Рівень гангрені в більшості випадків обмежувався стопою і лише у 7 (8,9%) хворих некроз поширювався на гомілку.

**Результати.** Усі хворі оперовані під епідуральною або спинномозковою анестезією. Рівень ампутації у 67 (84,8%) хворих – середня або нижня третина стегна, у 12 (15,2%) – верхня третина гомілки. В післяопераційному періоді ГНУ відмічені у 14 хворих (17,7%): нагноєння м'яких тканин кукси різної глибини ураження (7), некроз кукси стегна (2) і гомілки (3), гнійно-некротичний фасціт (2).

Головними причинами розвитку ускладнень були: низький рівень ампутації через переоцінку стану кровопостачання кінцівки (6), відмова від до- і післяопераційної антибіотикопрофілактики (3), не ефективне дронування рани кукси, що призвело до утворення гематом (5).

Розвиток ГНУ потребував виконання реампутації у 5 хворих, ексартікуляції кінцівки в 1 випадку, некректомії з широким дронуванням рани у 8 хворих. Місцеве лікування проводилось з урахуванням фази раневого процесу із застосуванням вакуумного дронування і протеолітичних ферментів.

Померло 10 (12,7%) хворих. Причинами летальних випадків були: гострий інфаркт міокарду 4 (5,1%) хворих; ендогенна інтоксикація, поліорганна недостатність на фоні сепсису 4 (5,1%); гостре порушення мозкового кровообігу 2 (2,5%).

**Висновки.** Враховуючи виявлені причини післяопераційних ГНУ у хворих облітеруючим атеросклерозом артерій нижніх кінцівок, належна оцінка стану тканин і колатерального кровопостачання на рівні ампутації, контроль надійності гемостазу кукси з встановленням адекватного уловлюючого дренажу на фоні антибіотикопрофілактики знизить ризики розвитку ГНУ і реампутації кукси.

#### **4. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ ПОСТПУНКЦІЙНОЇ ЦЕФАЛГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ** **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PREDICTORS OF POSTPUNCTURE CEPHALGIA IN PATIENTS UNDERGOING SPINAL ANESTHESIA SURGERY**

*Голубенко О.А., Раммаль А.А., Лициньська Н.М.*

*Науковий керівник: ас. Тенкач О. О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра онкології та радіології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Нейроаксіальна анестезія локальними анестетиками створює якісний аферентний блок ноцицептивних імпульсів. Позитивний вплив регіонарних методів знеболення на патофізіологію операційної травми, висока ефективність, відносна простота, економічність та мінімальна дія на функції життєво важливих органів призвели до суттєвого збільшення нейроаксіальних анестезій у загальній структурі методів знеболення. Спинальна анестезія часто використовується при оперативних втручаннях в урології, проктології та судинній хірургії. Найчастішим ускладненням спінальної анестезії є постпункційний головний біль (ППГБ). Він виникає у 10–61% випадків. Основною причиною ППГБ є витікання цереброспінального ліквору в епідуральний простір через дефект, який виникає в результаті проколу твердої оболонки спинного мозку, з подальшим розвитком синдрому «лікворної гіпотензії».

**Мета роботи.** Аналіз інцидентності та факторів ризику розвитку постпункційного головного болю у пацієнтів оперованих в умовах спінальної анестезії.

**Матеріали та методи дослідження.** Дані метааналізу та статистична обробка карт стаціонарних хворих, що лікувалися в Закарпатському обласному клінічному онкологічному диспансері у відділенні абдомінальної хірургії з жовтня 2017 по січень 2018, яким було проведено оперативне втручання з використанням місцевого анестетика «Маркаїн Спінал Хеві» 5mg/ml в дозі 3,33–4,34 ml.

**Результати.** Основна група складала 51 пацієнтів оперованих в умовах спінальної анестезії. Головний біль виявлений у 17 пацієнтів, які склали групу I, інші 34 пацієнта без головного болю – групу II. Середній вік пацієнтів становив  $63,3 \pm 1,8$  роки та значно не відрізнявся в групах. Розподіл за гендерною належністю у досліджуваних групах був наступним: співвідношення чоловіки/ жінки в групі I – 71% / 29%, у групі II – 76% / 23%. Індекс маси тіла у першій групі –  $25,01 \pm 3,92$  кг/м<sup>2</sup>, у другій –  $28,075 \pm 4$  кг/м<sup>2</sup>. Вихідні параметри гемодинаміки (САТ) у двох групах істотно відрізнялися та становили відповідно  $88,62 \pm 4,3$  мм.рт.ст. /  $100,62 \pm 3,51$  мм.рт.ст. Під час пункції субарахноїдального простору у пацієнтів з групи I лише в 1 випадку ( $5,88 \pm 5,71$  %) було виконано парамедіанний доступ, натомість у групі II – 9 випадків ( $35,29 \pm 8,2$  %). У всіх пацієнтів спінальна анестезія проведена на рівні L2-L3-L4 з використанням голки з кінчиком типу «Quincke». В той час встановлений чіткий взаємозв'язок частоти виникнення цефалгії від діаметра голки для спинномозкової пункції. Так, у групі I використовувалися голки відносно великого калібру –  $20,35 \pm 1,03$  G, на відміну від групи II –  $22,81 \pm 0,78$  G.

**Висновки.** Інцидентність ППГБ – 33%. Показники: низький ІМТ, вихідні параметри гемодинаміки вище норми, великий калібр голки, серединний доступ та сидяче положення пацієнта під час пункції субарахноїдального простору збільшують вірогідність виникнення постпункційної цефалгії, що збігається з даними міжнародних джерел.

#### **5. ДО ВИБОРУ СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СТЕГНОВОЇ ГРИЖИ** **FOR SELECTING THE MESH IMPLANT IN SURGICAL TREATMENT OF FEMORAL HERNIA**

*Гурницький А.Е., Бабій І.В., Манюк В.О., Варчак Г.Ю.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Власов В.В.*

*ДВНЗ «Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова»*

*Факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії з курсом стоматології ФПО*

*м. Хмельницький, Україна*

**Вступ.** Стегнова грижа зустрічається в 6–8 % випадків із загального числа гриж живота. Найбільш схильні до цього захворювання жінки, що пов'язано це з певними анатомічними особливостями жіночого тіла.

**Мета.** Вивчити наслідки застосування важких та легких сітчастих імплантатів при хірургічному лікуванні стегової грижі розмірів рF2, рF3.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено дослідження 35 хворих на стегову грижу середнім віком  $63,73 \pm 15,63$  років за період з 2012 по 2017 рік. Жінки становили більшість – 32 (91,43%). Правобічну локалізацію стегових гриж мали 19 (54,28%), лівобічну – 15 (42,86%), двобічну – 1 (2,86%). Усі хворі до операції обстежені.

**Результати.** Виконано 36 операцій за методом PLUG (воланчик). Усім хворим виконано стеговий доступ. Згідно класифікації European hernia society вид і розміри стегової грижі наведено нижче: рF3 – 9 випадків (25%), рF2 – 27 випадків (75%). Хворі розподілені на дві групи. До I групи, (27) хворих, з розміром грижового дефекту рF2, яким встановлювали важкі (14) та легкі (13) сітчасті імплантати. До II групи (9) віднесли хворих з рF3, яким встановлювали важкі сітчасті імплантати.

Хворим I групи встановлювали як легкі, так і важкі сітчасті імплантати. В післяопераційний період хворі не скаржились на стороннє тіло в пахвинній ділянці. За шкалою ВАШ біль не відзначали. Після виписки в термін 2 місяців при значних фізичних навантаженнях відчуття стороннього тіла не було.

Хворим II групи при спробі встановлення легких сітчастих імплантатів “воланчик” вивертався назовні при кашлі пацієнта і не виконував каркасної функції за рахунок широкої основи конусу. Тому усім 9 хворим було встановлено “воланчик” з важкої сітки. У 1 хворого виникла гематома післяопераційної рани. За шкалою ВАШ у хворих спостерігався помірний біль в післяопераційний період. У термін 2 місяці по операції 3 хворих скаржились на неприсмні відчуття в ділянці стегового каналу при значних фізичних навантаженнях.

Середній термін перебування на ліжку склав  $4,4 \pm 1,6$  ліжко-дні. Усі хворі оглянуті в термін від 1 до 3 років, рецидиву грижі немає.

**Висновки.** Методика PLUG (воланчик) дозволяє ефективно лікувати стегову грижу через стеговий доступ. При дефектах рF3 недоцільно застосовувати легкі сітчасті імплантати.

## **6. ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ОНКОХІРУРГІІ КЛЕКСАНОМ І ФЛЕНОКСОМ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

OPTIMIZATION OF PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER IN ONCOSURGERY BY USING CLEXAN AND PHLOENOX

*Декет М.М., Береш І.І.*

*Науковий керівник: асист. Тенкач О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра онкології та радіології.*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Венозна тромбоемболія (ВТЕ) являється частим і загрозливим ускладненням у онкологічних хворих. Наявність раку збільшує ризик виникнення ВТЕ у 4–6 разів. Хіміотерапія являється додатковим фактором ризику для ВТЕ. По даним статистичних досліджень встановлено що до 20% нових випадків ВТЕ діагностується уже на момент діагностики рака. Крім того, тромбоз, який виник на основі онкологічного процесу, завжди зв'язаний з неблагоприятним прогнозом і являється другою ведучою причиною смерті у онкологічних хворих.

**Матеріали і мета роботи.** Оцінити ефективність та безпеку НМГ фленокса і клексана в передопераційному періоді у хворих з раком ободової кишки (РОК).

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз результатів тромбопрофілактики 52-х пацієнтів із раком ободової кишки (РОК) які були прооперовані в ЗОКОД відділення абдомінальної хірургії у період з вересня 2017 по лютий 2018 р. Фізичний статус по ASA I-III. Пацієнти були поділені на 2 групи: 1 група –

25 пацієнтів яким тромбoproфілактику було проведено фленоксом – 0,4 мг. 2 група – 27 пацієнтів яким тромбoproфілактики була проведена клексаном 0,4 мл. за 12 годин до планового оперативного втручання. Після операції препарати вводять один раз на добу у тій же дозі. Вік пацієнтів від 38 до 75 років із них чоловіків було 39, жінок –13. Об'єм оперативного втручання від субтотальної резекції до геміектомії. Всі хворі мали помірну степiнь ризику венозного тромбемболізму по J. A. Carpine.

**Результати.** В обох групах проаналізовані показники на фоні дії клексана і фленокса введені за 12 годин до операції; Пі, АЧТЧ, ТЧ – не виходили за межі норми більше ніж на 10%. Це свідчить про безпечність подібного режиму застосування обидвох НМГ для профілактики венозного тромбемболізму у пацієнтів з РОК. Динаміка показників коагулограми схожа у обидвох пацієнтів. Статистично значимих нерівностей з вихідним рівнем і між двома групами не знайдено.

**Висновки.** Використання клексана і фленокса у пацієнтів за 12 годин до операції з приводу рака ободової кишки(РОК) являється ефективним і безпечним методом тромбoproфілактики. Під час використання фленокса для профілактики ВТЕ у хворих операбельних з приводу РОК не виявлено суттєвих розбіжностей у показниках коагулограми крові порівняно із клексаном.

## 7. РЕГЕНЕРАЦІЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ THE REGENERATION OF BONE TISSUE DEPENDING ON THE AGE

*Кінь М.М.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагій О.М., доц. Шерегій А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсом вивчення оперативної хірургії, травматології та судової медицини*

**Мета дослідження.** Вивчити регенераційний потенціал остеогенної активності мезенхімальних (стромальних) клітин кісткового мозку в різній віковій категорії.

**Методи дослідження.** Експериментальні, гістологічні, морфометричні, цитологічні, електронно-мікроскопічні, статичні. Для підготовки зони дослідження кісткового регенерата стегнової кістки шурів, ми керувалися стандартною методикою. Зрізи зафарбовували пікрофуксином по Ван Гізон, гематоксилін-еозином. Мікроскопія проводилась під апаратом MICROS. Тканини регенерата досліджували морфометрично на 14 день за методом Автандилова Г.Г.

**Результати досліджень.** На 14 день область дефекту у тварин першої досліджуваної групи була заповнена дрібнопетлистою сіткою кісткових трабекул між якими розташовувались фіброретикулярна тканина. Новоутворені кісткові трабекули характеризувались високою щільністю остеоцитів. Під кінець дослідження, на 28 день, шляхом морфометричного підрахунку встановлено, що регенерат, який стимульований стромальними клітинами від молодих донорів, по кількості новоутворених колоній достовірно перевищує показники другої групи 13,7 разів.

**Висновок.** Експериментально підтверджено – трансплантація культивованих стромальних клітин кісткового мозку в кістковий дефект стимулює репаративний остеогенез. Більш активний остеогенний потенціал спостерігається в стромальних клітинах кісткового мозку молодих донорів, а в старих – остеогенний потенціал виражений в меншій мірі і до трансплантації не доцільний.

## 8. МИНУЛЕ І СЬОГОДЕННЯ КОЛОНОСКОПІЇ. КОЛОНОСКОПІЯ, ЯК ЕНДОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ. ІННОВАЦІЇ THE PAST AND THE PRESENT OF COLONOSCOPY. COLONOSCOPY AS AN ENDOSCOPIC METHOD OF RESEARCH. INNOVATIONS

*Ковач В.П., Довганич Д.І.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагій О.М., асист. Литвак В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблеми з кишечником у людей настільки поширені, що фахівці найчастіше обмежуються простим пальцевим обстеження і опитуванням пацієнтів – настільки симптоматика відрізняється в залежності від захворювання. Але бувають ситуації, коли лікарі рекомендують пройти колоноскопію – сучасне інструментальне обстеження кишечника, яке дозволяє відразу ж виявити патологію.

**Мета.** Оновна мета колоноскопії – це рання діагностика різних патологій, що особливо актуально у випадку ракових новоутворень. Колоноскопія дозволяє провести обстеження без хірургічного втручання.

**Матеріали та методи.** Слово «Колоноскопія» походить від грецьких слів «Коло» – товста кишка і «сколом» – розглядати, досліджувати. Даний метод дослідження дозволяє не тільки з високою точністю проводити діагностичні обстеження товстого кишечника, але і проводити біопсію, а також видаляти поліпи (поліпектонія). Колоноскопія проводиться за допомогою тонкого, м'якого і гнучкого фіброколоноскопа або оптичного зонда. Але на сьогоднішній день колоноскопію проводять інноваційним методом за допомогою електронної капсули.

**Результати та їх обговорення.** Метод дозволяє об'єктивно оцінити стан слизової оболонки товстого кишечника на всьому його протязі. Достовірними ендоскопічними ознаками незміненої слизової товстого кишечника є наступні показники: колір, блиск, характер поверхні, судинний малюнок, накладення слизової оболонки, відсутність поліпів і інших новоутворень і захворювань ( онкологічних патологій, дивертикула кишечника, хвороби Крона, туберкульозу кишечника, неспецифічність виразкового коліту).

**Висновки.** Незважаючи на специфіку проведення і якийсь психологічний або фізичний дискомфорт під час колоноскопії, цей вид діагностики є найвірогіднішим для оцінки стану товстого кишечника. Альтернативою у цьому виді дослідження є безболісна і безпечна електронна капсула, при якому пацієнт проковтує спеціальну ендокапсулу з вбудованою відеокамерою, вона проходить через весь ШКТ і виходить природним шляхом через анальний отвір.

## **9. ГЕРНІОПЛАСТИКА – ПЛАСТИКА ПУПКОВОЇ ТА ПАХВИННИХ ГРИЖ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ HERNIOPLASTYI SAPLASTICOFUMBILICALHERNIA AND INGUINALHERNIA. MODERN ASPECTS**

*Ковач В.П., Довганич Д.І.*

*Наукові керівники: доц. Вайнагій О.М., асист. Литвак В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра оперативної хірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Багато людей знають про грижі не з чуток, намагаються лікувати їх самостійно, вдаючись до рецептів бабусь. Грижа – це вихід органів черевної порожнини (в основному тонкої кишки) під шкіру і підшкірну жирову клітковину (слабке місце) через черевну стінку в спеціальний грижовий мішок зочеревини. Грижа – це одне з найбільш поширених захворювань, для лікування яких потрібна не тільки оперативне втручання, але і пластика.

**Мета.** Герніопластика – це кінцевий етап хірургічного втручання, мета якого – видалення грижі. При проведенні маніпуляції відбувається видалення чи вправлення грижі за допомогою натягування власних тканин, також може застосовуватись спеціальний ендопротез, який володіє сітчастою структурою й закриває простір патології (слабке місце). Перший вид називається натяжним, другий – ненатяжним. Види герніопластики в деяких випадках можуть бути скомбіновані для більшої ефективності.

**Матеріали та методи.** Існують такі методи герніопластики, які базуються на хірургічному втручанні:

Натяжний метод – базується на закритті грижових воріт власними тканинами, розташованими біля отвору;

Ненатяжний метод – отвір прикривається, а після пришивається або приклеюється ендопротезом із сітчастого матеріалу;

Комбінований – включає в себе всі ці методи герніопластики.

Існують відкрита і лапароскопічна герніопластика, методи доступу вибирає хірург, враховуючи розмір патологічної зони.

**Результати та їх обговорення.** Результати медичної статистики показують, що найтежні методи герніопластики лікарі використовують рідко. Причина в їх ненадійності, незважаючи на якісні матеріали для лігатур і новітні методи операції, шов залишається неміцним і в 30% випадків не може стримати грижу (рецидиви). Крім того, пацієнти після операції відчувають сильні болі і втрачають працездатності на три місяці. Застосування сітчастих імплантатів виключає натяг ослаблених тканин, завдяки чому дані методи герніопластики є малотравматичними. Сучасні ендопротези виготовлені з пористого матеріалу, який з часом обростає фіброзною тканиною, додатково зміцнює черевну стінку.

**Висновки.** Методи герніопластики в сучасній хірургії постійно удосконалюються. Тому не дозволяйте захворюванню позбавити вас повноцінного життя. Пам'ятайте, що грижа не зникне сама собою, а навпаки, з часом збільшується і призводить до ускладнень, небезпечним для власного здоров'я. Вчасно зроблене видалення грижі і виконання всіх рекомендацій під час відновного періоду попередять рецидив хвороби.

## **10. МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ КАПСУЛЬНОЇ КОНТРАКТУРИ ЗА ШКАЛОЮ БЕЙКЕРА В ЕКСПЕРИМЕНТІ У ЩУРІВ** **BAKER SCALE FOR THE ASSESSMENT OF CAPSULAR CONTRACTURE IN THE RODENT MODEL**

*Ніколаєнко С.І., Павленко Р.О., Підченко Ю.Д., Фоменко Н.С., Храпач О.В., Кулебякіна Д.А., Чистяков В.В.*

*Наукові керівники: проф. Храпач В.В., PhD Дінець А.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургії № 4 (зав. каф. проф. Мішалов В.Г.);*

*проф. Натрус Л.В., Рижко І.М. (НДІ експериментальної та клінічної медицини);*

*доц. Понятовський В.А.*

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології (зав. каф. акад. НАН та НАНМ України, д.мед.н., проф. Широбоков В.П.)*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Ендопротезування молочної залози (ЕМЗ) – світовий лідер серед операцій, що проводяться за естетичними показаннями. Так, щороку кількість ЕМЗ зростає всередньому на 10%. Одночасно, за оцінками FDA до 20% пацієнток страждають у післяопераційному періоді від капсульної контрактури (КК). Незважаючи на понад 50-річну історію вивчення та вдосконалення технік ЕМЗ, етіологія КК лишається нез'ясованою, а результати експериментальних досліджень розрізнені. На сьогодні для оцінки КК у клініці використовується шкала Бейкера. Одночасно питання про релевантність даного підходу у експерименті на тваринах лишається суперечливим.

**Мета роботи.** Дослідити зв'язок між оцінкою КК за шкалою Бейкера та властивостями капсули в експерименті на щурах.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося на 30 статевозрілих самках щурів лінії Wistar. З використанням ефірного наркозу всім тваринам була встановлена частина поверхні імпланту NatrelleInspira, розміром 1\*1,5 см, у ділянку холки у простір між підшкірно-жировою клітковиною на фасцією м'язів спини. Шви зняті п/о 6 день після операції (п/о). Строки виведення склали 1, 2, 3, 4 та 5 тижнів п/о (ТПО) по 5 щурів. Виведення відбувалося шляхом декапітації, після введення смертельної дози тіопенталу натрію. Попередньо ділянка п/о рани була поголена. Шкала Бейкера була адаптована за двома показниками: пальпаторна оцінка імпланту на зовнішній вигляд п/о ділянки. Після цього була проведена експлантація імпланту із візуальною оцінкою стану оточуючих тканин (ОТК), імпланту та фіброзної капсули (ФК).

**Результати.** У однієї тварини (складає 3,3% від загальної кількості) в групі 2 ТПО виник абсцес, внаслідок зараження *St.aureus* і вона була виведена передчасно. Всі інші тварини були виведені у строк. У двох щурів (3 ТПО) не було виявлено імплантів. За

візуальним оглядом п/о ділянки у групі 1 ТПО був наявний набряк, імплант не візуалізувався; у групах 2, 3, 4 та 5 ТПО імплант не візуалізувався. Пальпаторно групі 1 ТПО імпланти були рухливими, пальпація ускладнена через наявний набряк тканин, у групі 2 ТПО імпланти були слабко рухливі; у групах 3, 4 та 5 ТПО – нерухливі. У всіх групах пропальпувати імплант вдалося. При статистичному аналізі виявлено відсутність значимої кореляції ( $p=0,435$ ) між виявленими ознаками та шкалою Бейкера. Одночасно, при експлантації визначалися значні відмінності у зовнішньому вигляді ОТК та ФК між групами 1 ТПО – 3, 4 ТПО – 5 ТПО.

**Висновки.** Вважаємо, що використання шкали Бейкера для оцінки ступеню КК в експерименті на щурах не є доцільним. Для оцінки фіброзного процесу бажано застосовувати інші показники: характеристики макропрепарату, гістологічна оцінка, визначення запальних білків тканини тощо.

## 11. УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ МОДЕЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ КАПСУЛЬНОЇ КОНТРАКТУРИ У ЩУРІВ

### IMPROVING MODELING TECHNIQUES OF CAPSULAR CONTRACTION IN RATS

*Ніколаско С.І., Павленко Р.О., Підченко Ю.Д., Фоменко Н.С., Храпач О.В.,*

*Кулебякіна Д.А., Чистяков В.В.*

*Наукові керівники: проф. Храпач В.В., PhD Дінець А.В.,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургії № 4 (зав. каф. проф. Мішалов В.Г.);*

*проф. Натрус Л.В., Рижко І.М. (НДП експериментальної та клінічної медицини);*

*доц. В.А. Понятовський*

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології (зав. каф. Акад. НАН та НАНМ*

*України, д.мед.н., проф. Широбоков В.П.)*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Найпоширенішою в світі операцією, яка виконується за естетичними показаннями, є ендопротезування молочних залоз. Щорічно кількість таких процедур зростає всередньому на 11%. Ситуація в Україні відображає світові тенденції. Капсульна контрактура (КК) займає перше місце серед ускладнень, які виникають за даними FDA у відтермінованому періоді в кожному п'ятому випадку. Попри це на сьогодні не існує єдиної концепції етіологічних та патогенетичних механізмів виникнення КК, а наявні в обмеженій кількості експериментальні моделі пов'язані із значними технічними труднощами.

**Мета роботи.** Розробити оптимальну експериментальну модель формування КК.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося на 30 статево-зрілих самках щурів лінії Wistar. З використанням ефірного наркозу всім тваринам була встановлена частина поверхні імпланту Natrelle Inspira, розміром  $1,0 \times 1,5$  см, в ділянці холки у простір між підшкірно-жировою клітковиною на фасцією м'язів спини. Шви зняті на 6 день після операції (п/о). Строки виведення складали 1, 2, 3, 4 та 5 тижнів п/о (ТПО) по 5 щурів. 5 тварин залишилися для тривалого спостереження. Виведення відбувалося шляхом декапітації після введення смертельної дози тіопенталу натрію. Була проведена ревізія п/о рани із візуальною оцінкою стану тканин (ТК), вилученням імпланту та оточуючих ТК для бактеріологічного і гістологічного дослідження. Оцінювалися: наявність запальної реакції ТК (ЗРТК), фібринові нашарування (ФН), зрощення імпланту з ТК (ЗІТК), наявність капсули (НК), щільність капсули (ЩК), наявність капсульної контрактури (НКК).

**Результати.** У однієї тварини (складає 3.3% від загальної кількості) в групі 2 ТПО виник абсцес, внаслідок зараження *St.aureus* і вона була виведена передчасно. Всі інші тварини були виведені у строк. У двох щурів (6.6%), в групах 3 ТПО та 4 ТПО не було виявлено імплантів. Під час ревізії рани: група 1 ТПО – ЗРТК(+), ЗІТК(-), ФН (+), група 2 ТПО – ЗРТК(-), ФН(++), ЗІТК(+/-), виділяються тупим способом, рани чисті; групи 3 і 4 ТПО – ЗРТК(-), ЗІТК(+), НК(+), ЩК(+), виділення тупим способом неможливе, рани чисті; група 5 ТПО – ЗРТК(-), НК(+), ЩК(++), НКК(+). Коефіцієнт кореляції Кендала показав наявність середнього зв'язку між строком виведення та ЗРТК  $R=0.532$  ( $p<0.01$ ),

ФН  $R=-0.569$  ( $p<0.01$ ), ЗІТК  $R=0.697$  ( $p<0.01$ ), НК  $R=0.791$  ( $p<0.01$ ), ЩК  $R=0.898$  ( $p<0.01$ ), НКК  $R=0.665$  ( $p<0.01$ ).

**Висновки.** Описана модель є простою у виконанні, не вимагає значних матеріальних витрат, а також тривалого періоду спостереження. Одночасно, у ході експерименту досягається розвиток КК, яка за зовнішніми характеристиками відповідає такому стану у людини. Подальші гістологічні дослідження будуть проведені.

## **12. ЗАСТОСУВАННЯ VAC-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ВЕНОЗНУ НЕДОСТАТНІСТЬ** **APPLICATION OF VAC-THERAPY IN TREATMENT OF TROPHIC SURFACES OF LOWER PATIENTS IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY**

*Рошинець Ю.В., Будай Д.О., Гаврилець М.М.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Чобей С.М., Носенко О.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Трофічні виразки венозної етіології зустрічаються у 2,5% дорослого населення індустріально розвинених країн. У пацієнтів похилого і старечого віку частота їх виникнення зростає більш, ніж у 3 рази і сягає 4–6%. Загальне число методів лікування трофічних виразок наближається до 10 тис. Але результати не задовольняють як хворих, так і хірургів. Тому пошук та впровадження ефективних методів лікування є актуальним.

**Мета роботи.** Оцінити результати комплексного лікування хворих на ХВН в стадії декомпенсації з використанням VAC-терапії.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 34 хворих з трофічними виразками гомілок.

У 13 (38,2%) пацієнтів діагностовані явища хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок на фоні ПТФС, а у 21 (61,8%) – на фоні варикозної хвороби нижніх кінцівок. Чоловіків – 14 (41,2%), жінок – 20 (58,8%). Середній вік хворих – 67 роки.

Серед пацієнтів з ПТФС у 3 хворих (14,3%) були циркулярні виразки гомілки, у 4 (19,04%) – виразки на обох гомілках. Серед пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок тільки у 2 (15,4%) були виразки на обох гомілках. Виразки при ПТФС були більш глибокими і обширними. Більшість виразкових дефектів не загоювались протягом декількох місяців і навіть років.

Для очищення ран, застосовували метод вакуум-терапії. Курс вакуум-терапії, тривав від 3-ох до 6-ти діб у залежності від перебігу ранового процесу (3–4 курса на очищення виразки).

Для ліквідації вертикального та горизонтального венозного рефлюксу, усім хворим виконано наступні оперативні втручання:

Хворим з поверхневою венозною гіпертензією, виконували радикальну венектомію, кросектомію, короткий стріпінг на стегні та дистальну катетерну склерооблітерацію великої підшкірної вени на гомілці.

Пацієнтам з глибокою венозною гіпертензією, на фоні ПТФС – ехо-склерооблітерацію пронизних вен.

Для закриття великих, більше 10 см<sup>2</sup>, ранових дефектів 35% хворим виконана класична аутодермопластика. У 65% хворих загоєння відбулося вторинним натягом.

**Результати.** Використовуючи комбінацію хірургічного лікування, VAC-терапії та аутодермопластики, у 12 (36,2%) пацієнтів повне загоєння виразок nastупило протягом 2 місяців. У 22 пацієнтів (64,7%) на фоні хірургічного лікування консервативна терапія також призвела, до загоєння ран протягом тримісячного терміну.

**Висновок.** Застосування вакуум-терапії сприяло помітному очищенню ран, скороченню їх площі та глибини, прискореному формуванню грануляційної тканини та епітелізації країв рани.

### **13. АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ІНЦИДЕНТАЛЬНОГО РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В МІСТІ КИЄВІ**

#### **ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF INCIDENTAL PROSTATE CANCER IN KYIV**

*Ісасько І., Іващин С., Котляр К., Лавренова А., Назарець Н., Ніколасько С., Павленко Р., Памтуха Д., Шевченко Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології (завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Пасєчніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В Україні рак передміхурової залози (РПЗ) – друга за поширеністю онкопатологія та третя за поширеністю онкологічна причина смерті серед чоловіків. Запровадження скринінгу на РПЗ за допомогою онкомаркеру PSA та мультифокальної біопсії простати значно покращило ранню діагностику РПЗ. Тим не менше, частина діагнозів може встановлюватися на підставі патогістологічного дослідження (ПГД) резектованої простати у пацієнтів після трансуретральної резекції простати (ТУРП) або аденомектомії (АЕ), так званий інцидентальний РПЗ (ІРПЗ). За даними світової літератури частота виявлення ІРПЗ складає від 3,5% до близько 30% в залежності від країни.

**Мета.** Визначити поширеність інцидентального РПЗ у місті Києві, та окреслити виявлені клініко-морфологічні особливості хворих на ІРПЗ.

**Матеріали та методи.** Із реєстру пацієнтів Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, яка надає спеціалізовану урологічну допомогу мешканцям 6 з 10 районів міста Києва, було вибрано 1519 чоловіків, яким провели ТУРП (група 1, 880 хворих) та АЕ (група 2, 639 хворих) у період 2010-2018 рр. 76% пацієнтів були госпіталізовані з приводу гострої затримки сечі, викликані збільшеною передміхуровою залозою. Всі видалені зразки були досліджені патоморфологом, при виявленні аденокарциноми серед тканин доброякісної гіперплазії простати, таким хворим встановлювався діагноз ІРПЗ. В подальшому такі хворі були скеровані для продовження лікування у онкоуролога. Статистична обробка даних виконувалася з використанням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 23. Оцінювали показники загальної та канцер-специфічної виживаності хворих на ІРПЗ.

**Результати.** Середній термін спостереження за хворими обох груп склав 51 місяць. ІРПЗ був діагностований у 74 (4,8%) пацієнтів: в групі 1 – у 58 (6,5%), в групі 2 – у 16 хворих (2,5%). Середній вік пацієнтів на момент операції у групі 1 – 73,3 роки (95% ДІ 71,4–75,3 роки), в групі 2 – 70,2 роки (95% ДІ 67,7–72,3 роки). У групі 1 зафіксовано 10 смертей (17,2% пацієнтів), в групі 2 – 2 смерті (12,5% пацієнтів). Передопераційний об'єм простати за УЗД становив в групі 1 71,1 см<sup>3</sup> (95% ДІ 62,5–79,7 см<sup>3</sup>), в групі 2 85,7 см<sup>3</sup> (95% ДІ 79,6–108,3 см<sup>3</sup>). Медіана значень PSA загального в Групі 1 становила 43 нг/мл (95% ДІ 15,6–70,4 нг/мл), в групі 2 – 4,4 нг/мл (було зафіксовано значення лише в одного пацієнта). Медіана оцінки за шкалою Глісона в групі 1 – 8, в групі 2 – 6.

**Висновки:** 1. Поширеність ІРПЗ серед мешканців міста Києва становить 4,8%, що порівнювано із поширеністю даної патології у інших країнах. 2. Частота виявлення ІРПЗ у пацієнтів, яким виконувалася ТУРП, вища ніж у пацієнтів після АЕ. 3. ТУРП проводилася у пацієнтів переважного старшого віку із меншим об'ємом передміхурової залози.

### **14. РЕКОНСТРУКЦІЯ ІНФЕКОВАНОЇ РАНИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ВЕЛИКОГО САЛЬНИКА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ТА ПРОТЕЗУВАННЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНІЧНИМ ПРОТЕЗОМ**

#### **RECONSTRUCTION OF THE INFECTED WOUND OF THE CHEST WITH THE HELP OF A LARGE OMENTUM AFTER THE OPERATION OF CORONARY BYPASS AND PROSTHETICS OF THE AORTIC VALVE BY MECHANICAL PROSTHESIS**

*Фенчин Марія*

*Науковий керівник: доц. Щур О.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра хірургії № 2 (завідувач кафедри: проф. Кобза І.І.)*

**Актуальність.** Інфекція глибокої рани грудної клітки (ІПРГК) – одне з найскладніших ускладнень, яке може супроводжувати серединну стернотомію у кардіохірургічних пацієнтів, що суттєво подовжує перебування таких хворих у стаціонарі, підвищує витрати на їх лікування і загрожує життю таких пацієнтів.

**Мета.** Висвітлити клінічний випадок реконструкції грудної клітки у хворої Л. у зв'язку з ІПРГК після операції коронарного шунтування та протезування аортального клапана механічним протезом.

**Матеріали та методи.** Динамічне спостереження перебігу захворювання та поетапного лікування хворої Л. у кардіохірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

**Результати.** Пацієнтка Л. 05.10.2017 р. поступила в плановому порядку у кардіохірургічне відділення ЛОКЛ.

Після виконання додаткових досліджень було встановлено клінічний діагноз:

Ішемічна хвороба серця. Післяінфарктний (перенесений інфаркт міокарда у 2017 р.) кардіосклероз. Гострий повторний інфаркт міокарда передньоперетинкововерхівкової стінки лівого шлуночка (15.09.2017 р.). Рання післяінфарктна стенокардія спокою. Поєднана набута вада серця: аортальна недостатність III ступеню (за ESC), мітральна недостатність II ступеню (за ESC). Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. СН II Б ступеню зі зниженою систолічною функцією л/ш (ФВ-35%), NYHA III ФК. Гіпертонічна хвороба, 3 ступінь, III стадія, ризик 4. Цукровий діабет, II тип, важка форма, стадія субкомпенсації. Ожиріння II ступеню (індекс маси тіла 35 кг/м<sup>2</sup>). Гіпохромна залізодефіцитна анемія середнього ступеню.

Хвору було прооперовано в плановому порядку. 09.10.2017 р.: виконано коронарне шунтування (анастомоз між лівою внутрішньою грудною артерією та передньою міжшлуночковою артерією, автовенозний шунт до проміжної артерії та автовенозний шунт до задньої міжшлуночкової артерії) і протезування аортального клапана механічним протезом. Безпосередній післяопераційний період ускладнився інфекуванням післяопераційної рани грудної клітки. 18.10.2017 р. – виконано ревізію та санацію післяопераційної рани з рефіксацією груднини та вакуумною аспіраційною компресією цієї рани. Позитивної динаміки загоєння післяопераційної рани не спостерігалось.

04.12.2017 р. (55-та доба після першої операції) – виконана пластика грудної клітки за допомогою транспозиції великого сальника. Ускладнень виконаної оментопластики не спостерігалось. Післяопераційна рана гоїться вторинним натягом.

**Висновки.** Використання великого сальника можна рекомендувати для лікування післяопераційної ІПРГК у зв'язку із низкою переваг та низькою частотою ускладнень при використанні цього методу.

## **15. БІОЛОГІЧНА НЕКРЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ** **BIOLOGICAL NECROSECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME**

*Мельник А.В., Фейса Н.Й., Чоней А.В.*

*Наукові керівники: доц. Попович Я.М., к.мед.н. Носенко О.А.*

*ДВЗН «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** За останні роки захворюваність на цукровий діабет все більше зростає. На теперішній час в Закарпатській області – 36 тис осіб хворих, з яких у 50% випадків зустрічається синдром діабетичної стопи (СДС), який призводить до утворення гнійно-некротичних процесів в м'яких тканинах. Біологічна некретомія або лікування ран личинками мух, є одним з видів біотерапії з використанням навмисно введених личинок зеленої м'ясної мухи в рану людини, які вибірково очищують від некротичних тканин і сприяють її загоєнню.

**Мета роботи.** Визначити ефективність біологічної некретомії при лікуванні гнійно-некротичних ран для покращення життя хворих з синдромом діабетичної стопи.

**Матеріали та методи дослідження.** Вивчено та проаналізовано результати обстеження та лікування біологічною некретомією 54 пацієнтів з СДС у хірургічних відділеннях Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака. Цукровий діабет II типу виявлений у 85,2% хворих, а цукровий діабет I типу у 14,8%. Серед досліджуваних осіб середній вік становив 60 років.

**Результати.** Очищення личинками ран виявилось більш швидким і більш ретельним, ніж за допомогою традиційних методів некретомії (хірургічна обробка, використання аутолітичних гідрогелів або гідроколоїдів). У більшості випадків дно рани покривала здорова грануляційна тканина вже після 1–2 триденних курсів, тобто приблизно через тиждень після початку лікування.

**Висновки.** Впровадження в клінічну практику способу лікування хірургічних ран за допомогою дезінфікованих личинок зеленої м'ясної мухи суттєво покращило результати загоєння гнійно-некротичних ран і у 68% пацієнтів призвело до повного загоєння протягом трьох місяців.

## 16. AN OVERVIEW OF TREATMENTS FOR CHOROIDAL MELANOMA

*Tiunova I.A.*

*Head. Chair – Professor Konkova M.V.*

*Donetsk National Medical University (Liman, Ukraine)*

*Department of Oncology and Radiology*

*The scientific adviser is the assistant of the department, Candidate of Medical Sciences*

*Ketov V.G.*

Malignant choroidal melanoma arise from the blood-vessel layer choroid beneath the retina. The most common method of treatment of this pathology is enucleation with subsequent chemotherapy and immunotherapy. The use of organ-preserving surgical and radiosurgical (cyberknife) therapies in Ukraine is limited due to the high cost. While systemic adjuvant therapy has the potential to prevent metastases, no adjuvant therapy has been demonstrated to improve outcomes. The aim of the present paper was perfection treatment for choroidal melanoma.

**Materials and methods:** Retrospective review of treatment of 97 patients (50 men, 47 women) for choroidal melanoma who registered in Donetsk region from 1982 through 2018. The average age of the patients was 60 years.

**Results.** Radical treatment was achieved in 95 (98%) patients. IA stage is set at 22.6%, II – 62.9%, III – 12.9%, IV – in 1.6% of cases. Combined treatment was performed in 28 (28.9%) patients, complex treatment – 4 (4.2%). Surgical treatment was used in 79 (83.2%) patients, in 52 cases (54.7%) operation was the only method of treatment. In 13 (16.4%) cases iridociliochoroid sclerectomy was performed, 10 (12.7%) – choroid sclerectomy, in 47 (59.5%) – enucleation, in 3 (3.8%) – enucleation followed by subperiosteal exenteration of the orbital tissues, in 3 (3.8%) – iridociliochoroid sclerectomy followed by enucleation, in 3 (3.8%) – iridociliochoroid sclerectomy followed by subperiosteal exenteration of the orbital tissues. Laser photocoagulation was used in 6 cases (6,3%). Radiation therapy was performed in 6 cases (6,3%). Adjuvant chemotherapy was used in 20 cases (21.1%), immunotherapy in 14 (14.7%), hormone therapy in 3 cases (3.1%). Recurrence-free survival in 2018 was recorded in 39 cases (41.1%), all of these patients underwent surgical treatment. The lethal outcome due to the progression of the disease came in 40 (42.1%), in connection with another pathology in 19 cases (20%).

**Conclusions.** Combination treatment with global-preserving therapy is a prominent method of treatment for choroidal melanoma. Extensive use of clinical trials and development of novel therapies will be critical to improving outcomes for patients with this challenging disease. The transition to insurance medicine will increase available for patients to get costly organ-preserving therapy.

## **17. ПРОГНОЗ ВИЖИВАНОСТІ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ**

### **SURVIVAL PROGNOSIS FOR THE PATIENTS WITH PROSTATE CANCER IN ACCORDANCE WITH CHOSEN SURGICAL STRATEGY: RETROSPECTIVE ANALYSIS**

*Ісаснко І., Івашин С., Котляр К., Лавренова А., Назарець Н., Ніколаснко С., Павленко Р., Пампуха Д., Шевченко Т.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології (завідувач кафедри д.мед.н., проф. Пасєчніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В Україні рак передміхурової залози (РПЗ) – друга за поширеністю онкопатологія та третя за поширеністю онкологічна причина смерті серед чоловіків. За оцінками американської урологічної асоціації до 2030 року кількість хворих на РПЗ становитиме 1,7 млн, а у 499 тис. він стане причиною смерті. Стандартом лікування органолокалізованого РПЗ є радикальна простатектомія (РПЕ). Одночасно, існує група пацієнтів, у котрих РПЗ виявляється лише при проведенні післяопераційного патогістологічного дослідження (ПГД) видаленої тканини простати, зокрема, після аденомектомії (АЕ) або трансуретральної резекції простати (ТУРП) з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози при відсутності підозри на рак та без проведення попередньої біопсії простати з метою його виключення. Виконання хірургічного втручання на передміхуровій залозі, ураженій інцидентальним раком за нерадикальною програмою може мати негативні наслідки для виживаності цих хворих.

**Мета.** Дослідити виживаність пацієнтів на РПЗ в залежності від виду проведеного хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно визначена виживаність пацієнтів Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, оперованих в обсязі РПЕ (група 1) та АЕ чи ТУРП (група 2) в період 2010–2018 роки. До групи 1 увійшло 34 хворих з попередньо верифікованим органо-локалізованим РПЗ, середній вік 65 років (95% ДІ 63,1–67 років). У групу 2 увійшло 74 хворих середнім віком 72,7 років (95% ДІ 71,2–74,3 років), із них були госпіталізовані з гострою затримкою сечі 59 хворих, або 77% від всіх в групі 2, інші – з хронічною затримкою сечі з попереднім діагнозом доброякісна гіперплазія простати. Діагноз РПЗ хворим цієї групи був встановлений на підставі післяопераційного ПГД, та був розцінений як інцидентальний (раптово виявлений). Статистична обробка даних виконувалася з використанням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 23 за показниками середнього віку на момент операції, рівню PSA, об'єму простати (ОП), післяопераційному виживанню (ПВ) у днях.

**Результати.** За середній термін спостереження, що дорівнює 4,4 роки, на момент проведення дослідження 34 хворих з групи 1 живі (100%). Серед хворих групи 2 померло 12 хворих (15,5%), втрачено зв'язок з 25 пацієнтами (32%). За оцінкою Каплан-Мейєра, середнє ПВ у групі 2 становило 1596 днів (95% ДІ 1342–1850 дні). Передопераційний ОП за УЗД становив в групі 1 72,3 см<sup>3</sup> (95% ДІ 45,2–99,5 см<sup>3</sup>), в групі 2 75,7 см<sup>3</sup> (95% ДІ 67,2–84,1 см<sup>3</sup>). Медіана значень PSA загального – в групі 1 21,7 нг/мл (95% ДІ 8,4–35 нг/мл), в групі 2 38 нг/мл (95% ДІ 13,9–62, нг/мл), медіана оцінок за шкалою Глісона в групі 1 – 7 (95% ДІ 7-9), в групі 2 – 7 (95% ДІ 7-9).

**Висновки.** Дане дослідження показало перевагу для виживаності проведення радикальної простатектомії при органо-локалізованому раку передміхурової залози порівняно із нерадикальними операціями на передміхуровій залозі при виявленні в ній інцидентального раку. Всім хворим, яким планується хірургічне лікування захворювання простати, необхідно виконувати біопсію передміхурової залози при наявності будь яких ознак, що можуть вказувати на наявність раку (підвищений ПСА, підозра на рак при пальцевому ректальному огляді або при ТРУЗД чи МРТ передміхурової залози).

## 18. ВАРІАНТИ РЕЦИДИВУВАННЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА VARIANTS OF BLADDER CANCER RECURRENCE

*Чістяков В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Яковлев П.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра урології (зав. кафедри: д.мед.н., проф. Пасєчніков С.П.)*

*м. Київ, Україна*

**Ключові слова:** Пан-уротеліальна хвороба, рак сечового міхура, рак сечоводу, сечокам'яна хвороба, pan-urothelial disease, urinary bladder cancer, ureteral cancer, urolithiasis.

**Актуальність:** Рак сечового міхура є часто-рецидивуючою зі схильністю до прогресії хворобою. Рецидиви можуть траплятися як в самому міхурі, так і в інших ділянках сечовивідної системи, укритих уротелієм, що потребує додаткових хірургічних втручань.

**Мета роботи:** Продемонструвати варіант рецидивування уротеліальної карциноми в єдиному сечоводі у хворого після видалення сечового міхура, потім – нирки, як приклад непередбачуваного розвитку хвороби, і які може мати наслідки для якості життя хворого.

**Матеріали та методи дослідження:** Представлений клінічний випадок лікування хворого на уротеліальну папілярну карциному G-2 сечового міхура pT1N0M0 стадія 1, з мультифокальним ураженням сечового міхура. В 2014 році хворий був первинно оперований в обсязі радикальна цистектомія з ортотопічним заміщенням резервуаром з сегменту здухвинної кишки. В післяопераційному періоді утворилася стриктура лівого сечовідно-резервуарного співвустя та уретерогідронефроз. Проведена черезшкірна нефростомія, дренаж перебував в нирці протягом року. На тлі хронічного пієлонефриту виникла сечокам'яна хвороба стомованої нирки, прогресував нефросклероз. За сукупністю факторів було прийнято рішення про нефректомію зліва. Через два роки після видалення лівої нирки виявлений уретерогідронефроз справа. Виконана нефростомія єдиної правої нирки, та антеградна пієло-уретерографія, яка виявила дефект наповнення правого (єдиного) сечоводу в його середній третини на проміжку 2 см. КТ дослідження підтвердило пухлину єдиного правого сечоводу. Метастази раку не виявлено. Виконана операція: лямботомія, середня уретеротомія, резекція, дренування сечоводу. Після видалення дренажу із сечоводу виникла його облітерація в ділянці резекції, що потребувало повторної нефростомії. Виконана спроба ретроградного стентування єдиного сечоводу. При «резервуароскопії» виявити вічко пересадженого в кишковий сечовий резервуар сечоводу було технічно неможливою. К моменту наступної операції в єдиному правому сечоводі почали формуватися камені. З метою стентування єдиного сечоводу та позбавлення нефростомії, як фактора що підтримує хронічний пієлонефрит єдиної нирки, виконали нижню уретеротомію справа, уретеролітотомію, стентування правої нирки. На сьогодні, хворий кожні три місяці госпіталізується для рестентування. Перспективи видалити стент єдиної правої нирки оцінюються як мінімально можливі з урахуванням ризику рецидиву уретерогідронефрозу.

**Висновок:** Рак сечового міхура належить до часто рецидивуючого процесу. Рецидиви можливі як в сечовому міхурі, так і в інших відділах сечовидільної тракту, зокрема в сечоводі, що може вимагати радикального видалення ураженого органу. Враховуючи те, що екстирпативний підхід до хірургічного лікування уротеліальної карциноми є домінуючий, а хірургічне лікування може супроводжуватися різноманітними ускладненнями, план лікування повинен бути максимально щадним, з максимальним збереженням як органів сечовидільного тракту, так і паренхіми нирок, що буде сприяти максимальному збереженню якості життя хворого.

## **19. ВИВЧЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИНИКНЕННЯ ПАХОВИХ ГРИХ НА ОСНОВІ МАКРО-МІКРОСКОПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАХОВОЇ ДІЛЯНКИ** STUDY OF PREREQUISITES OF INGUINAL HERNIAS, BASED ON BASED ON MACRO-MICROSCOPIC FEATURES OF THE INGUINAL AREA

*Алі Брайт Фоссу*

*Науковий керівник: доц. Шеретій А.А.*

*Завідувач кафедри загальної хірургії проф. Шимон В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини)*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Хірургічна анатомія пахової ділянки в силу особливостей ембріонального розвитку являється складною за будовою і представляє собою слабе місце передньо-бічної черевної стінки. При дисплазії, або набутій слабкості будь-якої складової пахового каналу високою є загроза виникнення пахової киля. Локальними факторам ризику являються особливості анатомічної будови пахової ділянки, загальні фактори – це спадковість, вік, стать підвищення внутрічеревного тиску, роди та ін.. Особливо важко піддається поясненню морфогенез виникнення рецидивних та повторно рецидивних кил.

**Мета роботи.** Вивчити причини виникнення рецидивів пахових кил.

**Матеріал та методи дослідження.** На клінічній базі кафедри загальної хірургії, травматології та оперативної хірургії в період 2017–2018 роки під спостереженням знаходилось 26 пацієнтів з рецидивними паховими килами, які залишалися вправимими, без ознак защемлення та запальних явищ. Число пацієнтів відповідає 7,35% рецидивів від числа пацієнтів, прооперованих за 2015–2018 роки. Рецидивні прямі пахові кили діагностовано у 5 пацієнтів, косі у 11 пацієнтів. Середній вік 66 років (від 50 до 7 років)

При прямих пахових грижах грижовий мішок завжди випинався через медіальну пахову ямку (fossainguinalismedialis), обмеженою медіальною і латеральною пупковими складками. У осіб з косими паховими грижами грижової мішок повторює хід пахового каналу, при цьому розташовується під оболонками сім'яного канатика.

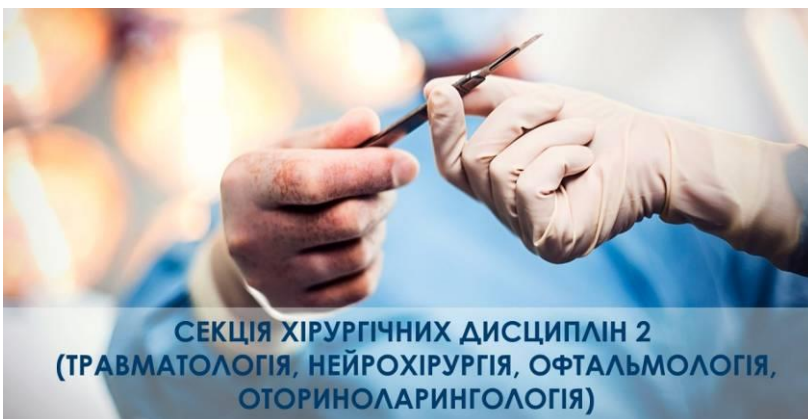
Під час герніопластики виконувалася забір фрагментів тканин очеревини, поперечної фасції, апоневроза косих м'язів та самих косих м'язів живота, в яких вивчали колагеновий склад. Отриманий матеріал готували до гістологічного дослідження під збільшенням Х400, фіксуючи його 10% нейтральним формаліном, заливали парафіном та виконували зрізи товщиною 5–7 мкм, які в подальшому забарвлювалися гематоксилін-еозином і азокарміном-аніліновим синім за Гейдейгайну.

**Результати та їх обговорення.** У осіб з паховими грижами завжди спостерігалася дистрофія м'язів, яку в деяких випадках можна було відрізнити навіть візуально по брудно-сірого відтінку м'язових пучків. В апоневрозі зовнішнього косого м'язу, грижовому мішку інтенсивність забарвлення колагенових волокон була менш вираженою впорядкованість їх розташування в багатьох локусах була порушеною. Самі волокна хаотично розташовані, вкорочені, безструктурні, багато із них знаходилися в стані розпаду – колагенолізу.

При проведенні гістологічного дослідження зразків внутрішнього косого м'язу живота, взятих у осіб з різними видами пахових гриж, виявлені патологічні зміни м'язових волокон і позаклітинного матриксу. Спостерігалася атрофія м'язових волокон з їх заміщенням сполучною і жировою тканинами, дезорганізація колагенових волокон, порушення мікроциркуляторного русла, що проявляється венозним стазом, сладж-феноменом, гіперплазією стінок артерій, перифокальним набряком і гістiocитарною інфільтрацією.

**Висновки.** 1. При рецидивах кил морфологічна структура колагенових волокон свідчить про зниження їх функціональних можливостей, неспроможність.

2. При пахових грижах завжди має місце дистрофія м'язів живота, причому вона є більш вираженою у осіб похилого віку, понад 70 років.



**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2  
(ТРАВМАТОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ,  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ)**

**СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2  
(ТРАВМАТОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ,  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ)**

**SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 2  
(TRAUMATOLOGY, NEUROSURGERY, OPHTHALMOLOGY,  
OTORHINOLARYNGOLOGY)**

**Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, конференц-зал**

**Голова секції:** Павук Ф.М.

Head of the section: F. Pavuk

**Секретар секції:** Попович К.В.

Secretary of the section: K. Popovych

---

**1. ВІРТУАЛЬНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЕПІМЕТАФІЗУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЛАНУВАННІ ОСТЕОСИНТЕЗУ**

**VIRTUAL RECONSTRUCTION OF THE FRACTURES OF THE PROXIMAL EPIMETNATHIS OF THE TIBIA IN THE PREOPERATIVE PLANNING OF OSTEOSYNTHESIS**

*Білоус О.В., Галій З.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сулима В.С.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра травматології і ортопедії*

**Актуальність.** Переломи проксимального епіметафізу великогомілкової кістки становлять від 8,9% до 11% серед переломів кісток гомілки та до 87% – серед переломів кісток, що утворюють колінний суглоб. Переломи латерального виростка зустрічаються у 52–80% випадків, медіального – до 7%, а багатоуламкові переломи – у 41% хворих. Частка цих переломів суттєво зростає з віком: 1% – від усіх видів переломів у осіб середнього віку і 8% – у людей похилого віку.

Існують стандарти лікування хворих з різними пошкодженнями кісток та суглобів, дотримання яких дозволяє отримати найкращі функціональні результати. Складність дотримання полягає в необхідності глибоких професійних знань, особливостей анатомії та техніки виконання металоостеосинтезу. Проблему становить також непередбачені ситуації, які виникають в ході оперативного втручання через недосконалість доопераційного обстеження ділянки пошкодження, використання рутинних рентгенівських методів обстеження.

**Мета роботи.** Вивчити можливість віртуального моделювання (реконструкції) переломів у передопераційному плануванні остеосинтезу.

**Завдання дослідження.** Створення 3D-моделі складних переломів проксимального епіметафізу великогомілкової кістки (типу C3 за класифікацією АО).

**Матеріали.** Проаналізовано процес лікування 45 хворих з переломами проксимального епіметафізу великогомілкової кістки. Середній вік хворих становив  $34 \pm 2$  роки, серед яких 29 осіб було чоловічої статі, жіночої – 16. Позасуглобові переломи були наявні у 5 хворих, переломи типу A2 – у 3, A3 – у 2. Внутрішньосуглобові переломи типу B: B1 – у 4; переломи плато B2 – у 8; B3 – у 6. У 22 хворих спостерігали переломи типу C: C1 – у 8 хворих; C2 – у 4. В основну групу увійшли 10 осіб з складними переломами (типу C3).

В результаті застосування загально-клінічних, рентгенологічних та статистичного методів дослідження нами створена віртуальна 3D модель складного (типу C3) перелому проксимального епіметафізу великогомілкової кістки, яка дозволяє в передопераційному періоді ретельно проаналізувати особливості перелому та оптимально вибрати анатомічний хірургічний доступ, метод остеосинтезу та метало конструкцію для отримання стабільної фіксації.

**Висновки.** Створена віртуальна 3D-модель дозволяє суттєво полегшити вибір оптимального виду оперативного втручання, методу та техніки металоостеосинтезу за допомогою сучасних фіксаторів для стабільного остеосинтезу, що дозволить отримати позитивні клінічні функціональні результати.

## **2. ВПЛИВ ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНОГО ТРОМБОЦИТОЗУ НА РОЗВИТОК ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ СПЛЕНЕКТОМІЇ** EFFECT OF POSTSPLENECTOMICAL THROMBOCYTOSIS ON CREATION OF TROMBUS COMPLICATIONS IN DISTANT PHASE AFTER POSTTRAUMATIC SPLENECTOMIA

*Денисенко А.П., Пилипець О.О.*

*Науковий керівник: доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії*

*м. Суми, Україна*

Тяжка механічна травма є однією з основних причин смертності в Україні. Найчастіше в черевній порожнині пошкоджується селезінка, її розриви спостерігаються у 25–40% постраждалих.

За даними сучасної літератури, селезінка має ряд важливих імунних і гемостатичних функцій, одна з основних – регуляторний гуморальний вплив на тромбоцитогенез. Після спленектомії спостерігається високий відсоток тромботичних ускладнень, які обумовлені змінами в судинно-тромбоцитарному компоненті гемостазу (збільшення числа тромбоцитів, їх адгезивної здатності, та інгібування фібрinolізу).

**Метою** нашої роботи було вивчення впливу тромбоцитозу, у хворих після посттравматичної спленектомії, на формування тромботичних ускладнень у віддалений період (5 років).

**Матеріали та методи.** Вивчалася медична документація 36 хворих, які перенесли операцію спленектомії у період з 2006 по 2010 рік. Був проведений статистичний аналіз віддалених наслідків з використанням пакету Microsoft Excel, Windows 10. Вік хворих від

17 до 82 років, середній вік 42,0±3,2 роки. Переважали чоловіки – 25 (69,4%), жінок було 11 (30,6%).

**Отримані результати.** Через 5 років після проведеної спленектомії у всіх досліджуваних хворих (36) спостерігалось зростання числа тромбоцитів в середньому 570±45 x 10<sup>9</sup>/л, що в 1,8 разів перевищувало фізіологічну норму. Це призводило до розвитку тромботичних ускладнень у 4 хворих (11,1%). Структура яких була наступною: венозні тромбози поверхневих та глибоких вен виникли у віддаленому післяопераційному періоді у 3 (8,3 %) хворих та у 1 (2,8%) пацієнта був зареєстрований інфаркт міокарда.

Звертає увагу на себе той факт, що в одного хворого тромбофлебіт нижніх кінцівок призвів до розвитку тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Що ще раз доводить необхідність проведення цілеспрямованої профілактичної терапії. Крім того, часто зустрічаються «нім» форми тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок (ГТВ), які залишаються нерозпізнаними, але в подальшому супроводжуються розвитком хронічного порушення венозного кровообігу нижніх кінцівок

**Висновки.** Проведений ретроспективний аналіз показав, що спленектомія у віддалений післяопераційний період супроводжувалась збільшенням числа тромбоцитів в 1,8 разів, що призвело до тромботичних ускладнень у 11,1% хворих. Постає необхідність проводити контроль кількості тромбоцитів навіть після виписки хворих із хірургічного стаціонару через те, що схильність до розвитку тромботичних ускладнень у аспленованих осіб зберігається на протязі всього життя.

### **3. НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ В ПЕРИОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

#### **STATE OF THE NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH HERNIATED INTERVERTEBRAL DISC BEFORE AND AFTER SURGICAL INTERVENTION**

*Дурунда М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Остеохондроз хребта відноситься до найбільш поширених захворювань і є однією з головних медико-соціальних і економічних проблем суспільства. Вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності займає друге місце, поступаючись тільки респіраторним інфекціям. Від дегенеративно-дистрофічних процесів у хребті із больовим синдромом страждає більше 80% населення земної кулі. В Україні в 2015 році захворюваність на остеохондроз хребта склала 45 осіб на 10 тис. населення, причому 85,3 % пацієнтів були у віці 31–50 років.

**Мета роботи.** Дослідити особливості неврологічних порушень, їх динаміку і взаємозв'язок у пацієнтів з килами міжхребцевих дисків до та після мікроломбальної дискотомії.

**Матеріали і методи дослідження.** Проаналізовано 50 історій хвороб у період з 2014 по 2017 рік пацієнтів Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології з килами міжхребцевих дисків. Всім пацієнтам було проведено оперативне втручання-мікроломбальна дискотомія. Втручання виконано одним хірургом, з однаковим режимом активізації пацієнтів в післяопераційному періоді. Розподіл пацієнтів за статтю: 50% жінок, 50% чоловіків. Середній вік хворих становив 38 років. При опрацюванні історій хвороб ми брали до уваги наступні показники: рефлекси, сенсорна сфера і моторна функція до і після операції, тривалість консервативного лікування до операції, тривалість операції і розмір кили.

**Результати.** Групу спостереження склали 33 хворих (66%) з килою L5 та радикулопатією S1, 13 хворих(26%) з килою L4 та радикулопатією L5. Встановлено, що між рефлексами, чутливістю, моторною функцією до і після операції спостерігається сильний прямий корелятивний зв'язок. Зі збільшенням тривалості консервативного

лікування до операції погіршується моторна функція нижньої кінцівки після операції, у хворих з більшою тривалістю операції частіше спостерігаються зниження рефлексів у післяопераційному періоді. Розміри кили обернено корелюють із чутливою і моторною функцією і рефlekсами. Між розмірами кили і тривалістю консервативного лікування до операції спостерігається обернений корелятивний зв'язок.

**Висновки.** Більша тривалість консервативного лікування до операції погіршує моторну функцію у пацієнта. Таким чином зволікання з оперативним втручанням при наявності виражених неврологічних порушень корелює з післяопераційним неврологічним дефіцитом.

#### **4. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ТРАНСПОРТНОЇ ФУНКЦІЇ МИГОТЛИВОГО ЕПІТЕЛІУ ПОРОЖНИНИ НОСА У КУРЦІВ ЕЛЕКТРОННИХ ЦИГАРОК** RESEARCH OF DISTURBANCES OF THE TRANSPORT FUNCTION OF THE CILIATED EPITHELIUM OF THE NASAL CAVITY IN VAPERS

*Жигайло С.О., Горін В.Я., Радомська О.Ю.*

*Науковий керівник: асист. Крук М.М.*

*ЛНМУ імені Данила Галицького*

*Кафедра оториноларингології*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** З моменту появи на ринку, електронні цигарки з кожним роком стають все більш і більш популярними. При цьому, на даний момент немає однозначної думки про їх вплив на людський організм через брак наукових досліджень. Безпека електронних цигарок є невизначеною через значну мінливість інгредієнтів, що входять до складу аерозоля, який безпосередньо вдихається користувачем. Висновки Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) від 2014 року свідчать про значні ризики використання електронних цигарок.

**Мета роботи.** Дослідити наявність порушень транспортної функції миготливого епітелію носової порожнини у курців електронних цигарок, вплив їх на стан мукоциліарного кліренсу.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено дослідження транспортної функції миготливого епітелію верхніх дихальних шляхів 25 пацієнтів віком 21–28 років, у яких відсутні супутні хронічні, алергічні захворювання дихальної системи, дев'ятеро з яких є курцями варті протягом 1 місяця, десятеро – протягом 6 місяців та шестеро – протягом 1 року.

Зібрано анамнестичні дані щодо частоти та важкості перебігу гострих респіраторних інфекцій у досліджуваних групах.

**Результати дослідження.** У курців, які палять електронні цигарки протягом 1 місяця виявлено I ступінь порушення мукоциліарного кліренсу: у чотирьох із них він складав 17 хвилин, у трьох – 18 хвилин, у двох – 20 хвилин;

У курців, які палять протягом 6 місяців виявлено наступні результати: у чотирьох мукоциліарний кліренс складав 32 хв (II ступінь порушення), у п'ятьох – 35 хв (II ступінь порушення) і одного досліджуваного – 46 хв (III ступінь порушення);

У всіх курців, які палять протягом 1 року виявлено III ступінь порушення мукоциліарного кліренсу: У трьох він складав 48 хвилин, у наступних трьох – 50 хвилин.

**Висновки.** За результатами нашої роботи можна думати про можливий зв'язок між тривалістю паління електронних цигарок і ступенем порушення мукоциліарного кліренсу, оскільки виявлено негативний вплив інгредієнтів, що входять до складу аерозоля на миготливий епітелій носової порожнини.

#### **5. ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ** SURGICAL ASPECTS OF TREATING HEEL BONE FRACTURES

*Ігнатко Я.Я., Шимон В.М., Шеретій А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В структурі всіх переломів скелета людини переломи п'яркової кістки складають від 2,0% до 5,7%, але в структурі переломів кісток стопи це 40,2%–61,3%, і переважають серед фізично активних осіб працездатного віку.

**Мета роботи.** Дослідити та проаналізувати результати хірургічного лікування внутрішньосуглобових, імпресійних переломів п'яркової кістки.

**Матеріали і методи дослідження.** Матеріалом дослідження стало 44 хворих з внутрішньосуглобовими імпресійними переломами 54 п'яткових кісток, які отримали оперативне лікування на клінічних базах кафедри загальної хірургії та травматології-ортопедії УжНУ в період 2016–2017 рр. Використовувалися клінічний, рентгенологічний та статистичний методи дослідження. З метою оцінки складності перелому використовували дані променевих методів дослідження, згідно класифікацій АО/ASIF, приймали рішення щодо оперативного втручання. Нами проаналізовано методи лікування хворих з внутрішньосуглобовими переломами типу «В» – 26 перелом та багатопластковий імпресійний перелом типу «С» – 28 переломів.

Остаточна стабілізація досягалася накістковим фіксатором – п'ярковою пластиною з кутовою стабільністю – 16, пластиною без кутової стабільності – 12, гвинтами – 20, спицями – 6 переломів. Бальну систему оцінки результатів лікування здійснювали за допомогою опитувальника AOFAS.

**Результати дослідження.** Результати хірургічного лікування були вивчені в терміни 3, 6, 12 місяців, оцінювали відповідно до шкали AOFAS, У 12 місяців відмінні результати (100–90 балів) досягнуті у 23 (47,8% – переломи типу В, 52,2% тип С) пацієнтів, хороші (89–80 балів) – 15 (46,6% – переломи типу В; 53,3% – тип С) пацієнтів, задовільні (79–70 балів) – 12 (41,6% – переломи типу В; 58,4% – тип С,) пацієнтів, незадовільні (менше 70 балів) – 4 (75,0% – тип В; 25,0% – тип С) пацієнта.

Серед ускладнень вторинне зміщення відламків відзначено у 3 пацієнтів (33,3% – переломи типу В; 66,6% тип С), після остеосинтезу спицями – 2, після остеосинтезу гвинтами – 1, що пов'язуємо з раннім навантаженням оперованої н/кінцівки; гнійно-запальний процес розвинувся у –2 хворих (тип С).

**Висновки.** Прогностично найбільш неблагоприсними є переломи п'яркової кістки типу С. Найбільш функціональними методами лікування є п'яткава пластина з кутовою стабільністю. Методи хірургічного лікування потребують технічного вдосконалення.

## **6. ЕФЕКТИВНІСТЬ СТЕРЕОТАКСИЧНИХ БІОПСІЙ З ФАНТОМНИМ МОДЕЛЮВАННЯМ У ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

### **EFFICIENCY OF STEREOTACTIC BIOPSIES USING PHANTOM MODELING TECHNOLOGY IN DIAGNOSTICS OF INTRACEREBRAL NEOPLASMS**

*Калюжка В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. П'ятикоп В.О., к.мед.н., доц. Кутовий І.О.*

*Харківський національний медичний університет,*

*Кафедра нейрохірургії*

*м. Харків, Україна*

**Мета.** Провести аналіз та оцінку результатів стереотаксичних біопсій (СТБ) внутрішньомозкових новоутворень головного мозку з використанням комп'ютерної навігації та передопераційним тривимірним моделюванням.

**Матеріали та методи дослідження.** Аналіз історій хвороб пацієнтів з внутрішньомозковими пухлинами, які лікувались на базі КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМПіМК» в період з 2000 по 2018. За звітний час було проведено 108 СТБ внутрішньомозкових новоутворень. Для проведення використовувалася безрамковий стереотаксичний апарат конструкції Канделя Е.І. (1981) з внутрішньовенним контрастуванням під інтраопераційною КТ-навігацією. Для процедури обирались пацієнти з тяжкістю стану не менше 40 балів за шкалою Карновського. Біопсія проводилась 108 пацієнтам: 47 чоловіки і 61 жінок, середній вік яких становив 41,2 роки. Новоутворення локалізувались: лобна частка – 20, тім'яна частка – 19, скронева частка – 28, потилична частка – 18, підкоркова локалізація – 15, множинні ураження (від 2 до 4 вогнищ) – 7. Розмір новоутворень варіювався від 20 мм

до 60 мм. В останні 2 роки передопераційно створювались тривимірні моделі головного мозку хворих, для створення яких використовувались данні КТ з контрастуванням.

**Результати.** Всім хворим проводилась контрольна СКТ через 2–4 години після СТБ. Інтраопераційні ускладнення відзначалися лише в 7 (6,8%) випадках у вигляді внутрішньомозкового крововиливу. При цьому вдалося негайно аспірувати кров і встановити трубковий дренаж для контролю кровотечі. Випадків наростання неврологічного дефіциту не відзначено. Завжди зазначалося точне попадання в задану ділянку утворення головного мозку. Під час гістологічного дослідження було визначено: гліома – 65 (60,2%) випадків; злоскісна лімфома – 21 (19,4%); менінгіома – 11 (10,2%); запальний процес – 7 (6,5%); ділянки некрозу речовини головного мозку – 4 (3,7%).

**Висновки.** Стереотаксична біопсія внутрішньомозкових новоутворень є інформативним, малотравматичним і безпечним методом діагностики, який дозволяє з високою точністю проводити забір біоптату. А саме гістологічна верифікація діагнозу необхідна для визначення наступної оптимальної лікувальної тактики. Технологія 3Д-моделювання з натурним друком моделі у передопераційній підготовці дає можливість детально ознайомитись з анатомією головного мозку конкретного пацієнта, спланувати хід операції, обрати оптимальну траєкторію руху інструменту, знизити кількість операційних ускладнень.

## **7. КОМБІНАЦІЯ МЕТОДІВ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОМІЛКИ COMBINATION OF OSTEOSYNTHESIS METHODS FOR SHIN FRACTURES**

*Мельник І.О.*

*Наукові керівники: проф. Шимон В.М., доц. Шимон М.В., ас. Пушкаш І.І., ас. Стойка В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра загальної хірургії*

*Курс травматології та ортопедії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Лікування діафізарних переломів кісток гомілки є однією з найбільш актуальних проблем сучасної травматології. Питома вага діафізарних переломів кісток гомілки становить до 14% всіх переломів опорно-рухового апарату. Інфекційні ускладнення при оперативному лікуванні переломів кісток гомілки становить 16–35%, неконсолідовані переломи та псевдоартрози – 25–58%. Значний відсоток ускладнень інфекційно-запального характеру з боку післяопераційних ран та репаративного остеогенезу у вигляді затримки консолидації та не консолидації переломів змусив науковців до перегляду раніше домінуючої механічної концепції остеосинтезу. Останнім часом все більше уваги приділяється біологічним аспектам остеосинтезу. Тому в практиці хірурга використовуються різні методи фіксації уламків, а також поєднання методів, що залежить від різноманітних факторів.

**Мета роботи.** Аналіз результатів лікування діафізарних переломів в/гомілкової кістки з використанням різноманітних методів фіксації.

**Матеріали і методи дослідження.** В травматологічному відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака за період з 2016 по 2017 роки було проліковано 14 хворих з діафізарними переломами кісток гомілки. В доопераційному періоді проводилась оцінка стану м'яких тканин (наявність фліктен та набряку) та планування етапів оперативного втручання на основі даних рентгенограм та комп'ютерної томографії. Оперативні втручання проводились під провідниковою анестезією (спинномозкова, рідше епідуральна). Всі оперативні втручання проводились під контролем електронно-оптичного перетворювача. Основним завданням остеосинтезу була стабілізація кісткових відламків в анатомічно правильному положенні в максимально ранні терміни після надходження хворих у стаціонар з подальшою активізацією їх у післяопераційному періоді. Відсутність гіпсової іммобілізації в післяопераційному періоді дозволила проводити ранню розробку рухів в суміжних суглобах.

**Результати.** Відмінний результат лікування у вигляді повного зрощення перелому та відновлення працездатності було отримано у 8 хворих, у 4 хворих отримано добрі результати та у 2 хворих задовільний результат лікування у зв'язку з сповільненою консолидацією перелому.

**Висновки.** Враховуючи наявність великої кількості різного типу фіксаторів, остеосинтез є методом вибору хірурга та пацієнта. Використання інтрамедулярного та накісткового остеосинтезу, дозволяє провести ранню іммобілізацію пацієнтів та розробку рухів у суміжних суглобах, за рахунок відсутності гіпсової іммобілізації в післяопераційний період. Використання поза вогнищевого остеосинтезу (АЗФ) показано при відкритих переломах, а також закритих переломах, як етап підготовки до подальшого інтрамедулярного або накісткового остеосинтезу, і все рідше як кінцевий метод фіксації переломів.

## **8. ПРОГНОЗУВАННЯ ВИЖИВАНOSTІ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛІОБЛАСТОМ** FORECASTING SURVIVAL IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT WITH GLIOBLASTOM

*Митрик І.І., Попович К.В., Машіка Ю.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Смоланка В.І., к.мед.н. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра нейрохірургії, неврології і психіатрії м. Ужгород, Україна.*

**Вступ.** Серед усіх новоутворень пухлини головного мозку становлять близько 10%. Частка гліальних пухлин складає близько 45%. Найбільш часто діагностуються пухлини великих гемісфер – 70% випадків. Вони, в більшості випадків, виникають в дорослих у віці 45–65 років, в чоловіків частіше, ніж у жінок. Гліобластоми можуть поширюватися в інші частини мозку, однак вони дуже рідко дають метастази в інші органи. Можуть бути первинними чи вторинними. Первинні гліобластоми – найбільш агресивна форма, яка дуже швидко проявляється клінічно. Вторинні гліобластоми виникають з гліом нижчої стадії, генетично запрограмованих на подальше перетворення у більш агресивну пухлину. Хірургічне втручання при гліальних пухлинах головного мозку (ГПГМ) спрямовано на максимально безпечне видалення з метою збільшення тривалості життя пацієнтів при збереженні бажаної якості життя.

**Мета роботи.** Встановити тривалість, клінічні та когнітивно-психологічні аспекти якості життя при прогнозуванні виживаності у пацієнтів після хірургічного лікування гліальних пухлин головного мозку.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проведено обстеження хворих із злоякісними гліальними пухлинами головного мозку, яким було проведено хірургічне лікування в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (ОКЦНН) м. Ужгорода. За період 2017–2018 років проаналізовано 20 випадків. Серед них з Grade III було 5%, з Grade IV 95%. Групу спостереження склали 45% чоловіків та 55% жінок у віці від 13 до 76 років. Для оцінки когнітивно-психологічних функцій використано шкали: MMSE, HDRS. Для оцінки загально-клінічного стану: Karnofsky scale. Проаналізовано катамнез кожного із пацієнтів та побудовано криву Каплана-Меєра.

**Результати.** При оцінці результатів прогнозування тривалості життя було встановлено, що середня ймовірність виживання чоловіків становить 4 міс., а жінок – 5,5 міс., при тому, що середній вік померлих чоловіків 57 р., а померлих жінок – 64,7 р. Наразі тривалість життя прооперованих становить для чоловіків 8,5 міс., жінок – 6 міс., а середній вік чоловіків 63,5 р., жінок – 49,5 р. та за оцінкою загальноклінічного стану "Karnofsky scale", показники чоловіків становлять – 77,5%, а жінок – 72,5%.

**Висновок.** Прогнозування виживаності пацієнтів з гліобластомами після операції дозволяє оптимізувати тактику хірургічного лікування конкретного пацієнта для подовження тривалості та збереження прийнятної якості життя. Використання з цією метою кривої Каплана-Меєра є на наш погляд найбільш ефективним способом.

## **9. БАКТЕРІАЛЬНА ФЛОРА КОН'ЮНКТИВАЛЬНОГО МІШКА У ПАЦІЄНТІВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНИМ ВТРУЧАННЯМ З ПРИВОДУ КАТАРАКТИ** **CONJUNCTIVAL SAC BACTERIAL FLORA ISOLATED PRIOR TO CATARACT SURGERY**

*Поп Е.В., Гриб І.А., Кантор А.Й., Петах П.В., Філін В.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Бора К.В., асист. Стойка А.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Поява резистентних штамів значною мірою обмежує можливості лікарських засобів та відповідно якісної терапії. Тому необхідна оцінка можливого спектру бактеріальних збудників та їх чутливості до антибактеріальних препаратів.

**Мета роботи.** Встановити чутливість до антибіотиків клінічних ізолятів виділених з кон'юнктивального мішка у клінічно здорових пацієнтів перед оперативним втручанням з приводу катаракти.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 75 пацієнтів на базі поліклініки КЗ «Ужгородська районна лікарня», з них у 22 було виділено патогенні мікроорганізми та відповідно поставлена чутливість до антибактеріальних препаратів. Дослідження чутливості до антибіотиків проводили згідно наказу МОЗ № 167 (від 05.04.2007).

**Результати.** З клінічного матеріалу було виділено: *S.haemolyticus* (73%), *S.aureus* (9%), *S.epidermidis* (9%), *Pseudomonas.spp.* (9%). Встановлена резистентність до левоміцетину у всіх клінічних ізолятах; до ципрофлоксацину та гентаміцину виявились резистентними відповідно 27% та 9% мікроорганізмів. Всі штами виявились чутливими до тетрацикліну.

**Висновки.** З кон'юнктивального мішка найбільш часто виділялись бактерії роду *Staphylococcus*.

Отримані в ході дослідження дані дозволяють лікареві визначитись з оптимальним антибіотиком в емпіричній терапії.

## **10. ГЛИБОКА СТИМУЛЯЦІЯ МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА** **DEEP BRAIN STIMULATION FOR PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE**

*Ряшко В.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомяк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Глибока стимуляція мозку – це нова технологія, яка дозволяє контролювати симптоми хвороби Паркінсона, а саме порушення рівноваги, мовлення, тремор та інші дискінезії. Пацієнту, шляхом хірургічних маніпуляцій, імплантують нейростимулятор (пристрій, подібний до кардіостимулятора, що відправляє імпульс через ізольований дріт до електродів, що містяться на кінці кожного проводу). Розташують ці електроди за допомогою МРТ або КТ-сканування. Стимуляція постійна, при цьому рівень стимуляції піддається індивідуальній необхідності.

**Мета роботи.** Оцінити стан пацієнтів до та після DBS.

**Матеріали і методи дослідження.** Було проведено статистичний аналіз 10 медичних карт пацієнтів з діагнозом хвороба Паркінсона, яким була проведена глибока стимуляція мозку.

**Результати.** Всім пацієнтам, медичні картки яких було опрацьовано, було запропоновано виконати дві вправи (хлопання руками та прогулянка) до глибокої стимуляції мозку, через один рік після вживлення нейростимулятора, та через 5 років відповідно (5-и річного терміну досягло поки що тільки четверо пацієнтів). Істотний ефект від стимулювання спостерігався в повній групі відносно обох вправ, які потрібно було виконати. Відзначалися загальні поліпшення рухів приблизно на 25%, тремор зменшувався на 85%. У пацієнтів, які проходили обстеження на 5-ому році після

глибокої стимуляції мозку, не було виявлено значних змін, порівняно з обстеженням через 1 рік після операції. Однак, одна людина з даної групи, якій дане оперативне втручання було виконано 6 років тому, відмічає, що ефективність стимуляції в останній рік почала падати, з'явилися певні проблеми з мовленням, частіше почали з'являтися дискінезії в повсякденному житті.

Після виконання стимуляції пацієнти поступово могли зменшувати дозу Леводопи, в середньому на 50%, на відміну від пацієнтів, яким DBS не виконувалося.

Ускладнення із-за стимулювання були незначні.

**Висновки.** Для глибокої стимуляції мозку застосовується прилад, що посилає електричні імпульси, які стимулюють ділянки мозку, що відповідають за контроль рухів. Дані імпульси блокують аномальні сигнали, які викликають симптоми хвороби Паркінсона, такі як дрібний тремор, сповільненість рухів, скутість і утруднене мовлення.

Навіть через 5 років після процедури DBS, доповнюючи ефект лікування Леводопою, пацієнти відзначали загальні поліпшення рухів, тремор зменшувався, а мовлення покращувалось, в порівнянні з пацієнтами без DBS.

Як показує статистика, після 10 року починає спостерігатись регресія, симптоми починають з'являтися знову, пацієнти навіть почуваються гірше, ніж до імплантації нейростимулятора.

## **11. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСУ**

### **ESTIMATION OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL VOICE AFFECTION**

*Святун Ю., Гльків І.*

*Науковий керівник: доц. Москалик О.Є.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра оториноларингології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Голос у вигляді мови є одним із найважливіших видів комунікації. Сучасна отоларингологія ставить «голосову проблему» на одне із перших місць в рейтингу патологій свого профілю, які впливають на якість життя. Особливо гостро це стосується осіб, для яких голос – частина селф-брендингу та ресурс заробітку. Звісно, мова йде про співаків, дикторів, учителів, вихователів, у кого втрата голосу веде до зниження, а то і повної втрати працездатності.

**Мета.** Оцінити якість життя хворих з функціональним порушенням голосу.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 50 людей з функціональним порушенням голосу віком від 35 до 45 років, з яких 18 осіб чоловічої статі та 32 – жіночої. Для визначення впливу порушень голосоутворення на якість життя використовували опитувальник Voice Handicap Index (VHI). Кожному учаснику запропоновано анкету, що містила 30 запитань з 5-ти бальною шкалою (0 – ніколи, 4 – завжди). Статистичний аналіз результатів здійснювали з використанням програми MS Excel.

**Результати.** Аналіз отриманих даних показує, що у зв'язку з дисфонією 34% опитаних мають значний ступінь зниження якості життя, а середній і низький – 41% та 25% відповідно. Серед осіб чоловічої статі 11,1% зазначило високий, 36% – середній і 52,9% – низький ступінь погіршення якості життя. Картина у жінок дещо відмінна: у 46,8% спостерігали високий ступінь, у 40,7% – середній та в 12,5% – низький.

**Висновок.** На основі проведеного дослідження встановлено, що значна кількість опитуваних має порушення якості життя у зв'язку з функціональним порушенням голосу, переважна більшість опитаних, які скаржились на значний ступінь зниження були жіночої статі. Дані опитування досить чітко вказують на те, що людям з порушенням функцій голосового апарату потрібна психоемоційна підтримка та підвищення гігієни праці, яка може призводити до функціональних порушень, задля збереження адекватної якості життя та рівня працездатності.

## 12. ЕПІЛЕПСІЯ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ EPILEPSY WITH DIFFERENT TYPES OF BRAIN TUMORS

*Сливка Е.Ю., Сорока В.О.*

*Науковий керівник: к.м.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Епілепсія є розповсюдженим проявом первинних пухлин головного мозку. Епілептичний напад, а також прийом протиепілептичних засобів, нерідко мають негативний вплив на перебіг основного захворювання і призводять до порушення когнітивних функцій.

**Мета.** Встановлення прогностичних факторів епілептогенності пухлини, що дозволило б оптимізувати ведення периопераційного періоду. Дослідження особливостей клінічних проявів і протікання епінападів у нейроонкологічних хворих, з врахуванням даних МРТ, гістологічної структури пухлини.

**Матеріали і методи.** Було проведено аналіз 58 історій хвороб пацієнтів з пухлинами головного мозку і епінападами в анамнезі, що проходили хірургічне лікування на базі Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології м. Ужгород. В даній групі пацієнтів брались до уваги епінапади на різних стадіях новоутворень. Критеріями включення були: супратенторіальна локалізація, тотальне або субтотальне видалення, потенційна епілептогенність пухлини. Критерії виключення: субтенторіальна локалізація, продовжений ріст або рецидив пухлини.

Проводилося порівняння по віку та статті, розподіл по ураженню півкуль головного мозку, досліджувався взаємозв'язок між гістологічним типом пухлини та частотою виникнення судом. залежність між віком пацієнта і частотою виникнення менінгіом.

**Результати.** В ряді випадків напади були одиничні, але в більшості носили повторний характер і продовжувались після оперативного лікування.

Серед досліджуваних переважають пацієнти віком від 41–60 років (54,5%), друге місце займають від 0–40 років (33,3%), третє місце 60 і більше (16,7%).

Стосовно порівняння по статті, жінки (51,5%), чоловіки (48,5%).

Ураження півкуль головного мозку: права гемісфера (48,5%), ліва (47%), обидві (4,5%).

Дослідження стосовно частоти розвитку судом при тих чи інших гістологічних пухлинах головного мозку: менінгіома – 39%, астроцитома – 18%, гліобластома – 12%, олігодендрогліома – 12%, інші – 11%, МТС – 6%, епиндимома – 2%.

Частота виникнення менінгіоми у хворих 41–60 років (61,5%), 60 років і старше (26%).

**Висновки.** Найчастіше виникнення судом є прогностичним фактором для виявлення в пацієнта менінгіоми, яка характерна для хворих 41–60 років, на другому місці астроцитоми.

В основному, пухлини з епінападами спостерігаються у пацієнтів віком від 41–60 років.

Виникнення епілепсії при пухлинах не залежить від статевої приналежності.

Права і ліва гемісфера уражується без статистично достовірної різниці.

Прослідковується залежність між локалізацією пухлини у лобно-тім'яній ділянці та нападами, які продовжувались у післяопераційному періоді. Проте кількість пацієнтів з даними ознаками не є достатньою, тому це ствердження потребує подальшого дослідження.

## 13. КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІНСУЛЬТОМ COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH STROKE

*Філін В.В., Петах П.В., Гриб І.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чомоляк Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Серцево-судинні та зокрема цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) посідають одне з перших місць за розповсюдженістю, смертністю і частотою інвалідизації в Україні та світі. Щорічно більше ніж 15 млн. людей хворіють на інсульт, з них 5 мільйонів – гине. Експерти ВООЗ вважають що до 2025 року кількість хворих зросте ще на третину. Досить частим проявом даного захворювання є когнітивні розлади. Когнітивні порушення істотно впливають на якість життя хворого, спричинюючи його професійну та соціальну дезадаптацію, уповільнюють процес функціонального відновлення і можуть бути поганим прогностичним чинником.

**Мета роботи.** Дослідити частоту та рівень когнітивних порушень у пацієнтів з інсультом.

**Матеріали і методи дослідження.** Дане дослідження проводилось серед хворих на ішемічний та геморагічний інсульт КЗ «УРЛ», УЦМКЛ, ОКЦНН з допомогою тесту MMSE, також було використано шкалу ком Глазго для оцінки порушення свідомості. Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програми Microsoft Excel.

**Результати.** Когнітивні порушення відзначались у всіх пацієнтів. Легка та помірна деменція спостерігалася відповідно у 12% та 88% пацієнтів. Середній бал по шкалі MMSE становить  $19 \pm 4$  бали. Встановлено кореляційні зв'язки між результатами тесту MMSE та тривалістю перебування пацієнтів у стаціонарі (0,92).

**Висновки.** Таким чином, порушення когнітивних функцій є невіддільною складовою частиною клінічної картини наслідків ГПМК. Когнітивні порушення характеризуються закономірною динамікою та залежністю від давності перенесеного інсульту. Важливим на нашу думку є оцінювати динаміку розвитку цих порушень, для можливої в подальшому корекції лікувальних заходів.

#### **14. УСКЛАДНЕННЯ ВНАСЛІДОК СУБКОН'ЮНКТИВАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ФАРБУЮЧОГО ПІГМЕНТУ З МЕТОЮ ТАТУЮВАННЯ ОЧНОГО ЯБЛУКА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

#### **COMPLICATIONS AFTER THE EYEBALL TATTOOING (CLINICAL CASE)**

*Біскуп О.В., Химич М.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бора К.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** На сьогоднішній день диковинні нашкірні малюнки не тільки стали буденною справою, але й набули широкої популярності, особливо серед молоді від 18 до 30 років. По даним літератури до 15% всього населення мають, як мінімум, одне татуювання. Для створення екстремальних образів татуювання наносять не тільки на шкіру, але і на слизові оболонки, зуби і в останній час в мережі з'явилися дані про зміну кольору склери очного яблука. В деяких статтях автори навіть описують алгоритм проведення процедури татуювання склери.

**Мета роботи.** Дослідити вплив фарбуючого пігменту на орган зору при введенні самим пацієнтом в нестерильних умовах.

**Матеріали і методи дослідження.** Візометрія, рефрактометрія, тонометрія, біомікроскопія.

**Результати.** Після проведеного лікування явища запалення, пов'язані з ін'єкцією пігменту, повністю пройшли. Кількість введеного пігменту залишилась незмінною.

**Висновки.** Процедура введення фарбуючих пігментів під кон'юнктиву з метою татуювання склери є небезпечною і може привести до важких наслідків. Бажаючим змінити колір очних яблук необхідно надавати повну інформацію про можливі важкі ускладнення даної процедури.



**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1**  
**(КАРДІОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ,**  
**ГЕМАТОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ)**

**SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 1**  
**(CARDIOLOGY, PULMONOLOGY, RHEUMATOLOGY,**  
**HEMATOLOGY AND PHTISIOLOGY)**

Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки

**Голова секції:** Бедевельський М.С.

Head of the section: M. Bedevelskiy

**Секретар секції:** Бедевельський А.С.

Secretary of the section: A. Bedevelskiy

---

**1. RISK FACTORS FOR ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

*George E. Kuodza*

*Supervisors: T.M. Ternushchak, M.I. Tovt-Korshynska*

*Uzhhorod National University*

*Medical faculty 2, Internal Diseases Department*

*Uzhhorod, Ukraine*

**Background.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major and growing cause of morbidity and mortality, especially cardiovascular-related mortality, in countries at all levels of economic development, killing nearly 3 million people worldwide annually.

Smoking is a well-described risk factor for both COPD and cardiovascular disease (CVD), mainly atherosclerosis, but CVD in patients with COPD is likely to be due to other factors in addition to smoking. Systemic inflammation may be an important common etiological cause between COPD and CVD.

Nowadays the common pathogenesis, includes the relation between cardiovascular comorbidities and pulmonary function parameters, the treatment of pulmonary and systemic inflammation, the role of medications in the treatment of both disorders, the effect of cardiovascular comorbidities on the prognosis of COPD and prediction of mortality are being discussed.

**Aim.** To investigate the predictor role of the plasma levels of lipid parameters, atherogenic indices and systemic inflammatory markers on development of atherosclerosis in subjects with COPD.

**Methods.** We conducted a longitudinal study of patients with COPD compared with healthy control group. A total of 43 subjects diagnosed with COPD and 41 matched controls, the same gender and age categories, were followed-up for about 5.8 years. The primary outcome was the development of cardiovascular events. Subjects with exacerbation, with known CVDs and other chronic diseases, receiving anti-hyperlipidemic treatment, without sufficient past medical history, and lacking needed laboratory data were excluded. Thereafter, blood tests with determination of different parameters such as lipid profiles, systemic inflammatory markers were conducted in remaining patients who fulfilled inclusion criteria of the study. Atherogenic indices (atherogenic index of plasma, cardiogenic risk ratio and atherogenic coefficient) were calculated.

**Results.** Triglyceride, atherogenic index of plasma, cardiogenic risk ratio and atherogenic coefficient values were significantly higher, but high-density lipoprotein cholesterol levels were significantly lower in patients with stable COPD compared with controls ( $P < 0.05$ ). As expected, serum high sensitive C-reactive protein (hsCRP) levels in patient group were significantly higher than in controls. HsCRP and lipid profiles were similar in lower-risk (stage A and B) and higher-risk (stage C and D) patients with COPD. Atherogenic indices and hsCRP were negatively correlated with FEV<sub>1</sub> in all stable subjects with COPD ( $r = -0.35$ ,  $P < 0.05$  and  $r = -0.28$ ,  $P < 0.05$ , respectively).

**Conclusions.** Atherogenic indices and hsCRP can be considered as a useful biochemical markers to predict the early stage of atherosclerosis and CVD in stable COPD patients. Nevertheless, further prospective investigations on this issue are required.

## 2. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ RIGHT VENTRICULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

*Бедевельський А.С., Гафенко М.М., Біскуб В.І.*

*Наукові керівники: к. мед. н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. Рішко М.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Мала кількість робіт присвячена вивченню стану правого шлуночка (ПШ) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), що пояснюється значними труднощами в неінвазивній оцінці скоротливої функції ПШ. Але в останні роки було показано, що некротичні зміни в стінці ПШ розвиваються приблизно у 15% хворих на ГІМ. Постінфарктна дисфункція ПШ вважається одним з основних факторів несприятливого прогнозу у хворих, що перенесли ГІМ. Залучення у патологічний процес ПШ підвищує показник смертності.

**Мета роботи.** Оцінити показники ПШ та встановити клініко-інструментальні асоціації з функцією ПШ у хворих з ГІМ.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 124 історій пацієнтів з ГІМ, які знаходилися на лікуванні у Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері. ГІМ діагностували згідно протоколу. Дисфункцію ПШ визначали за одним із критеріїв – дилатацією ПШ ( $\geq 3,0$  см) та зниженою екскурсією трикуспідального клапана (TAPSE).

Проведено дослідження типу випадок-контроль, у якому до кожного випадку ГІМ з дисфункцією ПШ (31 пацієнт) добирали контрольний випадок з аналогічними статтю та віком і нормальною функцією ПШ. Дані вносилися в табличний редактор Microsoft Excel. Проведено аналіз функції ПШ і наступних показників: креатиніну, креатинфосфокінази МВ (КФК-МВ), гематокриту (Ht), гемоглобіну (Hb), сечовини, азоту сечовини, протеїнурії, фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), розміру лівого передсердя (ЛП), відношення Е/А, часу прискорення кровотоку у легеневій артерії (Тас) і градієнту тиску

у легеневій артерії (Др). Статистичне опрацювання даних проводилося за допомогою програми SPSS.

**Результати.** Серед оброблених історій хвороби дисфункція ПШ зустрічалася у 45,0% пацієнтів. Середній вік групи з дисфункцією ПШ становив  $62,2 \pm 10,2$  роки, а контрольної –  $60,4 \pm 13,2$ . Статевий склад по групах становив 82,6% чоловіків і 17,4% жінок та 63,2% чоловіків і 36,8% жінок відповідно ( $p=0,046$ ). У групи з дисфункцією ПШ спостерігається достовірне збільшення рівнів сечовини ( $p=0,0001$ ) та азоту сечовини ( $p=0,001$ ) сироватки крові, межово-достовірне збільшення рівня креатиніну ( $p=0,068$ ), а також частіша протеїнурія (93,5% проти 54,8% у контрольної групи,  $p=0,0001$ ). Показник Е/А також був достовірно вищий у досліджуваної групи ( $p=0,025$ ). Частіше також зустрічався ГІМ в басейні ПКА (29% проти 9,7% у контрольної групи,  $p=0,075$ ). За показниками КФК-МВ, Нt, Нb креатинін, ФВ ЛШ, розмір ЛП, Тас і Др достовірно значущої різниці не виявлено.

**Висновки.** Дисфункція ПШ зустрічалася у 45,0% пацієнтів. Збільшення відношення Е/А, у хворих з дисфункцією ПШ, вказує на підвищений кінцевий діастолічний тиск (КДТ) у ЛШ, що є наслідком глибших змін систолічної функції ЛШ у цих пацієнтів. Ті ж глибші зміни у ЛШ можуть зумовлювати преренальну азотемію.

Враховуючи вищевказане, є доцільним використання показників функції ПШ у прогнозуванні перебігу ГІМ та виборі лікування, спрямованого також на профілактику та усунення порушень з боку нирок та функції ЛШ.

### **3. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: ТЕОРІЯ І РЕАЛІЇ** **HEALTHY LIFESTYLE: THEORY AND REALITY**

*Безверхий А.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Малахова С.М.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я м. Запоріжжя, Україна*

**Вступ.** Збереження здоров'я населення країни – одно з пріоритетних завдань держави. На першому місці стоїть здоровий спосіб життя, що включає раціональне збалансоване харчування, регулярні фізичні навантаження, загартовування, повноцінний відпочинок, дотримання гігієнічних правил, відмову від шкідливих звичок, культуру праці, відпочинку, сну, харчування, фізичної і духовного життя. Цей комплекс в цілому становить певний кодекс здоров'я, слідувати якому повинен кожна сучасна людина. Вельми важливий здоровий спосіб життя для студентської молоді, що визначається особливими умовами і факторами життя.

Шкідливі звички, як то вживання алкоголю та тютюнопаління, залишаються невідпущеною проблемою, незважаючи на державні програми, до яких входить заборона вживання алкоголю та тютюнопаління в громадських місцях, обмеження часу продажу та підвищення їх вартості. Нажаль, з кожним роком кількість студентів, що мають шкідливі звички зростає, що в свою чергу призводить до збільшення показників захворюваності серед осіб репродуктивного віку.

**Мета роботи** – встановити дотримання правил здорового способу життя та поширеність шкідливих звичок серед студентів.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено анкетування 300 студентів (193 дівчини, 107 юнаків) 1–2-го курсу ЗДМУ, середній вік  $17,4 \pm 1,5$  років. Анкета включала питання щодо дотримання правил здорового способу життя та наявності шкідливих звичок.

**Отримані результати.** За результатами анкетування встановлено, що кількість першкурсників, які розуміють необхідність регулярних фізичних навантажень, досить велика: 89,5%. Однак ранкову гігієнічну гімнастику роблять лише 10,5% опитаних. У той же час збільшилась кількість студентів, які проводять більше 5-ти годин біля комп'ютера або телевізора, 61,2%.

Встановлено, що палять 25,4% анкетованих дівчат та 42,1% юнаків. Початок тютюнопаління у юнаків – 12–14 років, у дівчат – 15–17 років. Алкоголь вживають 42,5%

дівчат та 64,5% юнаків. Розпочали приймати алкогольні напої юнаки в віці 14–15 років, дівчата – в віці 15–17 років.

**Висновки.** Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що студентська молодь достатньо інформована щодо правил та необхідності дотримання здорового способу життя. Але, не зважаючи на чисельні заходи, шкідливі звички залишаються достатньо розповсюдженими. На нашу думку це свідчить про низький рівень внутрішньої мотивації підлітків і вимагає подальших, можливо більш активних, заходів не тільки щодо пропаганди здорового способу життя, але й найближчих і віддалених наслідків зловживання токсичними речовинами.

#### **4. ЗНАЧЕННЯ КОРОНАРОГРАФІ ТА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ВИЗНАЧЕННІ ПАТОЛОГІЇ СУДИН**

##### **MEANING OF CORONAROGRAPHY AND LIPID PROFILE OF BLOOD IN THE DEFINITION OF VASCULAR PATHOLOGY**

*Біскуб В.І., Біскуб О.В.*

*Науковий керівник: асист. Лях О.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Високий рівень холестерину, який сприяє утворенню атеросклеротичних бляшок є фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця та її основних проявів :стенокардії та інфаркту міокарда. Проте вплив цього фактора не є самостійним. Відоме таке поняття як «поганий холестерин», під яким мається на увазі рівень бета ліпопротеїдів крові які переносять холестерин від печінки до органів і тканин. Тому доцільно провести аналіз взаємоз'язку між рівнем загального холестерину та бета ліпопротеїдів крові та ступенем ураження вільцевих судин серця. Це зумовлено потребою в оптимізації відбору пацієнтів на коронарографії, виявленні факторів ризику та її впливу на ураження коронарних судин.

**Мета роботи.** Визначення взаємоз'язку між рівнем загального холестерину, бета ліпопротеїдів крові та ступенем ураження коронарних судин.

**Матеріали і методи дослідження.** Всього дослідженням охоплено 300 пацієнтів , яким визначався рівень загального холестерину та бета ліпопротеїдів ферментативним методом. Всім пацієнтам проводилась селективна коронарографія на рентгенівському ангиографічному апараті Toshiba у відділенні інтервенційної кардіології Волинської обласної клінічно лікарні. Усі досліджувані були поділені нами на три групи: група осіб без судинного ураження, група осіб з одностудинним ураженням, група осіб із багато судинним ураженням. Статистична обробка здійснювалась із використанням програми Statgrafics Centurion.

**Висновки.** За даними статистичного аналізу не було встановлено достовірних відмінностей між групами обстежених за досліджуваними показниками. Таким чином було спростовано досить поширену на сьогоднішній день гіпотезу про те, що чим вищий рівень холестерину та бета ліпопротеїдів крові, тим значніше ураження вільцевих судин. Це дасть змогу скоротити витрати пацієнтів і держави в галузі охорони здоров'я на необхідне проведення коронарографії.

#### **5. ОЦІНКА РИЗИКУ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

##### **EVALUATION OF THE RISK OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION**

*Верстюк О.О., Бедевельський М.С., Вус Н.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. Рішко М.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Фібриляція передсердь (ФП), на яку у популяції страждають 2,2% чоловіків і 1,7% жінок, є найпоширенішим видом аритмії. Окрім високої частоти, ФП створює значні труднощі в лікуванні і займає перше місце серед усіх порушень ритму серця за частотою поступлення у стаціонар, крім того, ФП у 5 разів збільшує ризик розвитку інсульту, чим пояснюється важливість правильного та своєчасного лікування хворих з даною патологією.

**Мета роботи.** Оцінити ризик розвитку та проаналізувати стан медикаментозної профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих з різними формами ФП, використовуючи шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.

**Матеріали і методи досліджень.** Проведено ретроспективний огляд історій пацієнтів з діагнозом «фібриляція передсердь». В дослідження був відібраний 121 пацієнт з діагнозом ФП (74 чоловіків та 47 жінок). Усі хворі були поділені на три групи, в залежності від форми (постійна – 72 хворих, пароксизмальна та персистуюча – 38 та 11 відповідно). Дані вносилися в графічний редактор Microsoft Excel. Було проведено оцінку лікування згідно шкали CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, а також таких показників як креатинін, сечовина, азот сечовини, глюкоза крові, кінцевий діастолічний розмір ЛШ (КДР), фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП). Статистичне опрацювання даних здійснено за допомогою програми SPSS.

**Результати.** Основна частина пацієнтів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc набрала 3 (35,8%) та 4 (27,4%) бали, причому 99,2% пацієнтів мали серцеву недостатність, 83,5% – артеріальну гіпертензію. Лікування, рекомендоване протоколом, отримали 51,2% пацієнтів. У залежності від форми ФП, цей показник становив 21,1% для пароксизмальної, 54,5% для персистуючої та 66,7% для постійної ( $p < 0,001$ ). Провівши аналіз між групами, відмічаємо достовірно знижену ФВ ЛШ у пацієнтів з постійною формою ФП у порівнянні з пароксизмальною ( $46,8 \pm 12,2$  проти  $55,1 \pm 13,3$ ,  $p = 0,05$ ). Група з постійною ФП мала також достовірно більші розміри ЛП –  $5,1 \pm 0,9$  проти  $4,3 \pm 0,5$  у групи з пароксизмальною ФП ( $p < 0,001$ ). Знайдена слабка зворотня кореляція між показниками пацієнтів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc і КДР ( $r = -0,2$ ,  $p = 0,051$ ). Визначення балів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc було здійснено лише в 9 випадках.

**Висновки.** Основними супутніми патологіями, які зустрічаються у хворих на ФП і впливають на розвиток тромбоемболічних ускладнень, є серцева недостатність та артеріальна гіпертензія. Лише 51,2% хворих отримали лікування, яке відповідає стандартам для запобігання виникненню вищезгаданих ускладнень, що є недостатньо, враховуючи можливі наслідки. Ризик тромбоемболічних ускладнень не залежить від форми ФП, проте лікарі цим нехтують, на що вказує значно вищий відсоток правильного лікування у групи з постійною формою ФП у порівнянні з пароксизмальною. Дані результати пов'язані з надзвичайно низьким використанням шкали CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc під час лікування хворих з фібриляцією передсердь.

## **6. ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧНОЇ ПОЛІМІАЛГІЇ DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF RHEUMATIC POLYMYALGIA**

*Корнієнко В.*

*Науковий керівник: завідувач кафедри, к.т.н., проф. Князькова І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Ревматична поліміалгія – це системне запальне захворювання опорно-рухового апарату, що має незрозумілу етіологію, яка розвивається зазвичай у старшому віці (старше 50 років). Хворі характеризують це захворювання інтенсивним болем м'язів плеча та/або тазового поясу, шиї, а також настанням ремісії через введення глюкокортикоїдів у малих дозах.

**Ціль.** Цей приклад діагностики ревматичної поліміалгії може ознайомити з клінічними ознаками цієї рідкісної хвороби в Україні та допомогти лікарям у правильному встановленні діагнозу.

**Опис спостереження.** Пацієнт Т., 62-річний пенсіонер, який був доставлений до ревматологічного відділу з підвищенням температури до 38,6° С, біль у суглобах та верхніх кінцівок, обмеження руху, дуже поганий сон через біль та загальну слабкість. Данні об'єктивного дослідження: загальний стан середньої тяжкості обумовлений загальним статусом. Слід зазначити, що чутливість під час пальпації плечових суглобів та м'язів плеча викликає занепокоєння, оскільки жінка з важкістю підіймає руки до горизонтального рівня, також вона не може завести їх за голову.

**Результати.** Пацієнт пройшов повне і всебічне лабораторне дослідження. Дані додаткових тестів: в крові (у динаміці лікування): еритроцити 4,4 × 10<sup>12</sup> / л, гемоглобін 129, лейкоцити 8,1 × 10<sup>9</sup> / л, еозинофіли 3%, базальні клітини 1%, сегментовані 50%, лімфоцити 38 %, моноцити 8%, ШОЕ 50 і 30 мм / год, С-реактивний білок 24 мг / л (нормальний діапазон до 6), ревматоїдний фактор 12 МО / мл (нормальний діапазон до 14), загальний білок 76 г / л, сіалові кислоти 3,18 ммоль / л (нормальний діапазон 1,8-2,7 ммоль/л). Кінцевий клінічний діагноз був встановлений таким чином: ревматична поліміалгія, третя стадія, з ураженням суглобів та верхніх кінцівок, функціональна недостатність I–III стадія. Впроваджене лікування: метилпреднізолон від 16 мг / добу. При лікуванні зменшився біль у м'язах та суглобах, збільшився об'єм рухів та знизилася активність процесу. Таким чином ми можемо підтвердити діагноз, наданий раніше.

**Висновок.** Оскільки кількість людей похилого віку в світі продовжує зростати, поширеність цього захворювання буде збільшуватися в найближчі роки. Через незрозумілу етіологію це захворювання може бути дуже цікавим для молодого вченого.

## 7. РОЛЬ ВТОРИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА THE ROLE OF SECONDARY ANTIFOSPHOLIPID SYNDROME IN THE CLINICAL COURSE OF THE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

*Корнійчук В.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** Антифосфоліпідний синдром (АФС) – клініко-лабораторний симптомокомплекс, обумовлений синтезом антифосфоліпідних антитіл (аФЛ), що включає венозні та/або артеріальні тромбози, тромбоцитопенію. Найчастіше вторинний АФС зустрічається при системному червоному вовчаку (СЧВ). Актуальність проблеми обумовлена тим, що через низьку розповсюдженість цього синдрому, існує недостатня настороженість лікарів стосовно цього стану, водночас він суттєво підвищує ризик серцево-судинних катастроф: тромбоемболії легеневої артерії, інфаркту міокарду, ішемічного інсульту, сприяє ранньому розвитку поліорганных уражень та підвищує вірогідність спонтанних абортів.

**Мета роботи.** На прикладі реального клінічного випадку довести необхідність своєчасної діагностики АФС.

**Клінічний випадок.** У відділення артеріальної гіпертензії та захворювання нирок ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» надійшла хвора зі скаргами на головні болі, запаморочення і хиткість при ходьбі періодично, погіршення пам'яті та концентрації уваги, постійну слабкість, нездужання, біль в м'язах і суглобах; висипання на шкірі долонь і підшов, болі в епігастрії, по ходу кишечника, нудоту іноді.

Вважає себе хворою близько 3–4 років. Первинними проявами захворювання були тромбози глибоких вен ніг, нижньої порожнистої вени і підключичної вени; потім виявлено ураження нирок з початковими проявами ниркової недостатності. Останнім часом прогресують явища енцефалопатії, почав підвищуватися артеріальний тиск.

Хвора обстежена: клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи: протеїнограма, ліпідний профіль, функціональні проби печінки, нирок, коагулограма, гострофазові показники, ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД ЧП, нирок та дуплексне сканування вен нижніх кінцівок.

Діагноз підтверджений визначенням специфічних маркерів СЧВ (LE-клітини, антитіла до нативної та денатурованої ДНК) та АФС (аФЛ: IgG і IgM, ввчачочний антикоагулянт).

Хворий був встановлений діагноз: **Системний червоний вовчак, підгострий перебіг, активність І ст. ХХН II ст. Люпус-нефрит. Вторинний антифосфоліпідний синдром. Симптоматична артеріальна гіпертензія 3 ступеню, дуже високий ризик.**

Проведене лікування: метіпред, циклофосфамід, пантопразол; ацетилсаліцилова кислота; ривароксабан; телмісартан; амлодипін. В результаті терапії зменшилися болі у м'язах, головні болі, запаморочення, стабілізувався АТ в межах 140–160/70–90 мм рт.ст.

**Висновки.** Рання діагностика системного червоного вовчака та антифосфоліпідного синдрому надасть змогу своєчасно призначити терапію та розробити алгоритм спостереження за хворими із даною патологією. Це дозволить попередити ранній розвиток поліорганных уражень, суттєво знизити ризик серцево-судинних катастроф, знизити ймовірність спонтанних абортів.

## **8. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА** RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

*Лавер К.О., Дурневич Р.В., Декет М. М., Глатвських Н.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Чендей Т.В., д.мед.н., проф. Рішко М.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Щорічно в Україні реєструється 50 тисяч випадків інфаркту міокарда. Незважаючи на значні досягнення у лікуванні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, гострий інфаркт міокарда (ГІМ) залишається однією з найважливіших проблем кардіології. Порухення функції нирок є інтегруючим несприятливим прогностичним фактором у хворих на ГІМ, оскільки може погіршувати прогноз для пацієнта. Дисфункція нирок у пацієнтів з ГІМ також підвищує рівень смертності упродовж року після перенесеного ГІМ.

**Мета роботи.** Встановлення асоціацій між порушенням функції нирок та клініко-інструментальними характеристиками пацієнтів з ГІМ.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 124 історій пацієнтів із ГІМ, які перебували на лікуванні у Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері. ГІМ діагностували згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів.

В табличний редактор Microsoft Excel було внесено такі показники, як: рівень креатиніну на 1-шу добу, креатинфосфокіназа МВ (КФК-МВ), гематокрит (Ht), гемоглобін (Hb), сечовина, азот сечовини, протеїнурія, фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП), відношення Е/А, час прискорення кровотоку у легеневій артерії (Тас) і градієнт тиску у легеневій артерії (Др).

Порушення функції нирок визначали за показником швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) (за формулою MDRD). Відтак провели дослідження типу випадок-контроль, у якому до кожного випадку ГІМ з дисфункцією нирок – ШКФ < 60 мл/хв (25 пацієнтів) добирали контрольний випадок з аналогічними статтю та віком і нормальною функцією нирок (ШКФ ≥ 60 мл/хв). Статистичний аналіз проводився за допомогою t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок і точного критерію Фішера.

**Результати дослідження.** Серед проаналізованих історій хвороби дисфункція нирок зустрічалася у 65% пацієнтів. Середній вік хворих з і без дисфункції нирок становив 66,2±11,5 та 57,0±11,5 років відповідно. Статевий розподіл групи з та без дисфункції нирок склав 50% чоловіків і 50% жінок та 90,9% чоловіків і 8,1% жінок відповідно (p < 0,001). У досліджуваній групі достовірно частіше визначалася протеїнурія (100% проти 67,7% у контрольній, p = 0,004) та зміни осаду сечі (91,7% проти 62,5% відповідно, p = 0,036). Оскільки причиною погіршення функції нирок при ГІМ може бути зниження серцевого викиду, проведено аналіз основних гемодинамічних показників, де було вияв-

лено що у досліджуваної групи достовірно знижена фракція викиду, порівнюючи з контролем ( $p=0,025$ ). та підвищений показник Тас ( $p=0,025$ ).

**Висновки.** Дисфункція нирок у хорих на ГМ асоціюється зі зниженою ФВ ЛШ, частішими протеїнурією, змінами осаду сечі та підвищеним Тас. Отримані дані демонструють необхідність постійного динамічного контролю функції нирок і врахуванні її під час ведення пацієнтів з ГМ.

## **9. ЧАСТОТА І СТРУКТУРА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2012–2017 рр.**

TUBERCULOSIS PRIMARY DISEASE. FREQUENCY AND STRUCTURE IN CONNECTION WITH HIV-INFECTION IN IVANO-FRANKIVSK REGION IN PERIOD OF 2012-2017

*Скрипник Т.І., Стахів О.О.*

*Науковий керівник: ас. Лобанова О.О.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Метою** роботи є аналіз частоти і структури захворюваності у вперше виявлених хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію в Івано-Франківській області за 2012–2017рр.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективне медико-статистичне дослідження 94 пацієнтів з туберкульозом і ВІЛ-інфекцією за період з 2012 – по 2017 рік у віділенні бактеріовиділювачів обласного фтизіо-пульмонологічного центру Івано-Франківської області.

**Результати та обговорення.** Проблема ВІЛ-асоційованого туберкульозу для України є вельми актуальною. Останнє десятиріччя характеризувалось щорічним ростом кількості пацієнтів, які виявлялись з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, хоча захворюваність на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію дорослого населення Івано-Франківської області має тенденцію до стабілізації порівняно з попередніми роками, та є ще багато питань у плані раннього виявлення, лікування і профілактики. Аналіз соціальної структури дорослого населення, які захворіли на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію, свідчить, що в містах проживає більше, ніж у селах, відповідно 54 (57,5%) та 40 (42,5%). По віковій структурі пацієнтів з ВІЛ-інфекцією переважали чоловіки 78 (83%) у віці 25 – 34 (42,7%) і 35 – 44(42,7%) у порівнянні з жінками відповідно 39,5% і 32,6%. Найбільш частими клінічними формами ВІЛ-асоційованого туберкульозу органів дихання були дисеміновані 41 (43,6%) та інфільтративні 38 (37,2%) і тільки 18 (19,4%) припало на позалеганеві форми туберкульозу(туберкульоз кишечника і мезентеріальних лімфовузлів, внутрішньогрудних лімфовузлів, туберкульозний менінгіт, також поєднана локалізація). Ще особливисто туберкульоз з ВІЛ-інфекцією є те, що деструктивними формами хворіли тільки 25 (26,5%), а бактеріовиділення встановлено у 46 (48,9%),у тому числі 38 (41,1%) методом бактеріоскопії. З дослідженої групи 2 пацієнта померло (0,02%).

**Висновки.** більшість хворих з комбінованою патологією виявляють на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції з глибоким імунodefіцитом, у 1/3 пацієнтів обидві інфекції діагностувались одночасно. Кількість летальних випадків обумовлена прогресуючим протіканням несвоєчасно виявленого туберкульозу на фоні глибокого імунodefіциту без антиретровірусної терапії. Результати клініко-епідеміологічного аналізу у хворих з вперше виявленим туберкульозом і ВІЛ-інфекцією свідчить про те, що потрібно тісно координувати роботу загальної лікувальної мережі, обласного центру СНІДу і протитуберкульозної служби.

## **10. ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЇ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

FEATURES OF PNEUMONIA WITH LEUKEMIA

*Стасшин Л., Стецюк І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Боб А.О.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*Медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини № 1*

*м. Тернопіль, Україна*

**Актуальність теми.** Інфекційні ускладнення при лейкозі спостерігаються досить часто і є однією з основних причин смерті хворих. Згідно з даними деяких дослідників, частота вторинних захворювань при гострих лейкозах становить 79%, при хронічному мієлолейкозі – 41% і у хворих на хронічний лімфолейкоз – 48%, а тому вивчення цього питання є актуальним і потребує подальшого дослідження.

**Мета:** дослідження частоти виникнення пневмоній на фоні онкологічних захворювань крові та особливості їх виникнення.

**Матеріали та методи дослідження.** Протягом 2016–2018 років на базі КЗ «Тернопільська університетська лікарня» було обстежено 124 пацієнти хворих на пневмонію на фоні онкологічних захворювань крові. Вік пацієнтів становив 32–76 років (середній вік – 51,3 роки). Серед досліджуваних 52 жінки (42%) та 72 чоловіки (58%). Використовували мокротиння, отримане методом індукції мокротиння, та рідину бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ), отриману при фібробронхоскопії (ФБС). Дослідження матеріалу відбувалося бактеріоскопічним та бактеріологічним методами.

**Результати дослідження:** Розподіл хворих у групі дослідження за нозологічними формами онкологічних захворювань був таким: у 28 (22,6%) хворих групи дослідження пневмонія виникла на фоні гострого лімфобластного лейкозу, у 6 (4,8%) хворих – промієлоцитарного лейкозу, у 36 (29%) – гострого мієлобластного лейкозу, у 14 (11,3%) – хронічного мієлолейкозу, у 32 (25,8%) – хронічного лімфолейкозу; у 8 (6,5%) хворих на фоні інших онкологічних захворювань крові.

Всього в групі дослідження патологічні мікроорганізми в діагностично значущій концентрації були визначені у 86 хворих, що становило 69,4%. Грамнегативні збудники відмічались у 68,6% обстежуваних, грампозитивні – 26,7%, у 59,3% – асоціації збудників. Основними представниками грибової флори в асоціаціях були роди *Candida* spp. і *Aspergillus* spp. – 8,2% хворих. Типові збудники пневмонії – *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *K. pneumoniae* були визначені в 19,8% хворих. Збудники пневмонії, що є провідними серед патогенів нозокоміальної інфекції, такі як *P. aeruginosa*, *S. pyogenes*, *S. aureus* – у 30,2% хворих. Родина *Enterobacteriaceae* – у 22,1% хворих. Грамнегативні неферментуючі бактерії – у 8,1% хворих. Значну частку (12,9%) в групі дослідження склали *Serratiamarcescens*, *Streptococcus viridans*, *Shewanellaputrefaciens*, *Acinetobactersp.* Практично у 30,6% випадків пневмоній досліджуваних цієї категорії хворих залишилися етіологічно не визначеними.

**Висновки.** 1. Серед усіх 124 обстежених збудника вдалось виявити у 69,4% випадків.

2. Згідно з результатами досліджень у 43,6% була виділена грамнегативна флора, у 19,4% – грампозитивна, у 37% – асоціації збудників.

3. Для правильної діагностики та ефективного лікування необхідно використовувати методи етіологічної ідентифікації збудника.

## 11. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ТЕЛА

### A CASE REPORT OF RECURRENT PULMONARY EMBOLISM

*Сушецька Д.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**Вступ:** Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є одним з найпоширеніших ускладнень багатьох захворювань, смертність від якого за даними авторів США складає близько 30%. Масивна ТЕЛА в 70 % випадків закінчується летально протягом перших 2-х годин, а у 10% пацієнтів можливий розвиток рецидиву.

**Мета роботи:** клінічний розгляд випадку пацієнта з рецидивуючим перебігом ТЕЛА.

**Матеріали і методи дослідження:** Пацієнт Н., 49 років, поступив в ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» у січні 2015 року зі скаргами на раптово слабкість та запаморочення. Вважає себе хворим з червня 2014 року, коли вперше був встановлений діагноз: ТЭЛА, субмасивна форма. Тромбоз

глибоких вен правої гомілки. Ехо КГ: підвищення систолічного тиску в правому шлуночку через тристулковий клапан до 65 мм.рт.ст. Тиск в легеневій артерії 35 мм.рт.ст. На КТ легеневій ангиографії була виявлена оклюзія основної та сегментарної гілок правої та лівої легеневої артерії з частково збереженим кровотоком. Лікування: стрептокіназа 1.5 млн ОД в/в, ривароксабан 20 мг/добу впродовж 3-х міс.

Стан пацієнта погіршився близько тижня потому, коли після стресу з'явився головний біль, дзвін у вухах, підвищення артеріального тиску до 175/100 мм.рт.ст., у зв'язку з чим він був госпіталізований у клініку. При об'єктивному обстеженні: стан середньої важкості, свідомість ясна. Межі серця розширені вліво на 1 см. Тони ритмічні, перший тон ослаблений на верхівці, акцент другого тону над легеневою артерією. АТ 170/100 мм.рт.ст. Пульс 104 уд/хв. Дані додаткових обстежень. Ехо КГ: гіпертрофія лівого шлуночка, помірна дилатація правого передсердя та шлуночка. Тиск в легеневій артерії 34 мм.рт.ст. Систолічний тиск в правому шлуночку 52 мм.рт.ст. ФВ лівого шлуночка 65%. Діастолічна дисфункція 1 ст. Рентген ОГК – норма. ЕКГ: синусова тахікардія. Клінічний діагноз: ТЕЛА, субмасивна форма, середнього ступеню тяжкості, рецидивуючий перебіг (ТЕЛА 06.2014). Гостре легеневе серце. Легенева недостатність 2 ст. Гіпертонічна хвороба II стадії, 2 ступеню. Гіпертензивне серце. Високий ризик. Серцева недостатність I ст, I ФК по NYHA зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, (ФВ 52%).

**Результати:** Лікування: альтеплаза 100 мг в/в, еноксіпарин за схемою. Контроль Ехо КГ – тиск в легеневій артерії 25 мм.рт.ст. Ривароксабан 20 мг/добу мінімум 6 міс.

**Висновки:** Настороженість лікаря і пацієнта, а також використання шкали для оцінки ризику смерті дозволить покращити діагностику ТЕЛА та знизити смертність у даної групи хворих.

## **12. АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ТА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ОДНІЙ ІЗ ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2014 ТА 2017 РОКИ**

ANALYSIS OF THE STATUS OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ONE OF THE CENTRAL DISTRICT HOSPITALS OF THE KHARKOV REGION FOR 2014 AND 2017

*Чумакова К.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Князькова І.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** Серцево-судинна патологія займає перше місце в загальній структурі хронічних захворювань і є причиною передчасної смерті серед населення України більше як у 60% випадків. Захворювання серця особливо небезпечно через гострий несподіваний початок, часто з розвитком життєво небезпечних ускладнень, тому слід негайно починати висококваліфіковане лікування, оскільки найбільші втрати припадають саме на перші години захворювання. Це головним чином стосується нестабільної стенокардії та інфаркту міокарда, що є наслідком патологічного процесу, який називають гострим коронарним синдромом.

**Метою** цього дослідження була порівняльна оцінка якості виконання рекомендацій з ведення хворих з гострим коронарним синдромом (далі – ГКС) та гострим інфарктом міокарда (далі – ГІМ) з елевацією сегмента ST за 2014 та 2017 роки.

**Матеріали і методи.** Нами проведено аналіз надання медичної допомоги 13 пацієнтам у 2014 році та 9 пацієнтам у 2017 році, які звернулись за медичною допомогою з приводу ГКС чи ГІМ та яким надавалася допомога з урахуванням Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST.

При аналізі медичної документації оцінювали час проведення ЕКГ-дослідження після першого контакту з медичним працівником; використання подвійної антитромбоцитарної терапії; застосування статинів; дотримання рекомендацій по тромболітичній, антитромбоцитарній і антикоагулянтній терапії; застосування бета-блокаторів.

**Результати.** Аналіз обсягу надання допомоги хворим на ГІМ з підйомом ST свідчить, що час проведення ЕКГ-дослідження після першого контакту з медичним працівником у середньому склав 14 хвилин в 2014 році та 15-20 хвилин у 2017 році

Подвійна антитромбоцитарна терапія із 10 осіб у 2014 році не призначалась жодному хворому. У 2017 році із 7 хворих було призначено лише одному.

Антитромбоцитарна терапія одним препаратом в 2014 році призначалася 5 особам, а саме: клопідогрель – 0, аспірин – 5, у 2017 році – 3 особам: клопідогрель – 0, аспірин – 3, та зовсім не призначалася 5 пацієнтам у 2014 році та 3 пацієнтам у 2017 році.

Лікарські засоби із групи статинів у 2014 році призначалися в 1 випадку (10%), а в 2017 році у 4 випадках (57,1%).

Під час надання допомоги у 2014 році бета-блокатори не застосовувались, а у 2017 році призначалися у 3 випадках (42,9%).

**Висновки.** Встановлено, що ведення хворих з ГІМ з підйомом ST характеризується множинними відхиленнями від відповідних рекомендацій більш ніж у половини хворих.

Таким чином, незважаючи на існування Рекомендацій і доступність окремих препаратів, зокрема шляхом отримання безкоштовно або з незначною доплатою ліків за Урядовою програмою «Доступні ліки», в лікуванні хворих на ГІМ зустрічаються множинні відхилення.



**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2  
(НЕФРОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)**

**СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2  
(НЕФРОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)**

**SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 2  
(NEPHROLOGY, GASTROENTEROLOGY, ENDOCRINOLOGY)**

Медичний факультет, ауд. 490

**Голова секції:** Шушман Л.В.  
Head of the section: L. Shushman  
**Секретар секції:** Стебляк К.М.  
Secretary of the section: K. Steblak

---

**1. ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОЖИРІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ  
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2 УЖНУ ТА СТУПІНЬ ЇХ МОТИВАЦІЇ  
ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**  
PREVALENCE OF RISK FACTORS OF OBESITY IN STUDENTS OF MEDICAL  
FACULTY № 2 OF UZHNU AND LEVEL OF THEIR MOTIVATION TO HEALTHY  
LIFESTYLE

*Каур Н., Мохілла Р.*

*Науковий керівник: асист. Шушман Л.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Ожиріння підвищує ризик різних захворювань, у тому числі цукрового діабету, хвороб серця і раку. За останніми оцінками ВООЗ, надмірною вагою в сучасному світі страждають приблизно 1,5 мільярда дорослих людей і актуальність цієї проблеми посилюється через значне поширення ожиріння серед дітей та молоді, в т.ч. студентської.

**Мета.** оцінка поширеності факторів ризику ожиріння серед студентів-іноземців медичного факультету №2 та ступінь їх мотивації до здорового способу життя.

**Матеріали та методи.** Еама було опитано 153 студенти III, IV та V курсу медичного факультету № 2, яким було запропоновано пройти коротке опитування стосовно їхнього харчування, фізичної активності та шкідливих звичок, а також рівня мотивації до здорового способу життя за розробленою та валідизованою нами анкетною. Рівень мотивації сумарно оцінювався в 25 балів (1–10 балів низький рівень мотивації, 11–20 – середній, 21 і більше – високий рівень мотивації). Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2007.

**Результати.** Середній вік студентів становив  $22,6 \pm 1,7$  роки, середній ІМТ –  $23,4 \pm 1,4$  кг/м<sup>2</sup>. Рівень мотивації до здорового способу життя серед студентів III курсу становив  $16,7 \pm 4,8$ , IV курсу –  $20,8 \pm 2,8$ , V курсу –  $20,7 \pm 2,7$ , тобто був середнім і вірогідно не відрізнявся.

Переважну більшість серед опитаних становили студенти-індуси 73 %, 9% – африканці, 6% ізраїльтяни, 12% – студенти інших національностей.

76% студентів та 53% студенток III курсу вважають, що ведуть здоровий спосіб життя. Натомість, лише 37% із них вживають 5 овочів/фруктів за день, 51,5% мають 30-хвилинну фізичну активність 5 разів на тиждень, 20% палять та 23% вживають алкоголь (<5 порцій на тиждень).

Щодо IV курсу, то 68% студентів та 29% студенток вважають, що ведуть здоровий спосіб життя. 66% із них вживають 5 овочів/фруктів за день, адекватну фізичну активність мають лише 28,5%, 57% хлопців палять, вживають алкоголь (<5 порцій на тиждень) 43% хлопців та 14% дівчат.

На V курсі 23% студентів і 70% студенток вважають, що ведуть здоровий спосіб життя. 67% із них вживають 5 овочів/фруктів за день, адекватну фізичну активність мають 47,5%, 20% хлопців палять та 9,5% вживають алкоголь (<5 порцій на тиждень).

Основним бар'єром у веденні здорового способу життя для більше як 50% студентів III, IV та V курсу є щільний розклад занять.

**Висновки:** найпоширенішими факторами ризику ожиріння серед студентів медичного факультету № 2 УжНУ є недостатнє вживання овочів та фруктів, а також недостатня фізична активність. Рівень мотивації до здорового способу життя серед студентів старших курсів мав тенденцію до збільшення у порівнянні зі студентами молодших курсів.

## **2. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ ДИСПЕПТИЧНИХ ПРОЯВІВ У УКРАЇНСЬКИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП** **COMPARATIVE EVALUATION OF DISPEPTIC MANIFESTATIONS IN UKRAINIAN AND FOREIGN STUDENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS**

*Логай І.В., Турок Ю.Ю., Турок Я.Ю., Pradip R. Gangani, Anago-Amanze Victor*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Москаль О.М., д.мед.н., проф. Архії Е.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб;*

*Медичний факультет № 2*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ:** явища шлункової диспепсії розвиваються внаслідок недостатнього вироблення травних ферментів або в результаті неправильного харчування. Вони супроводжуються непримними клінічними проявами з боку ШКТ. Найчастіше диспептичні розлади шлунка діагностуються в ранньому віці або у осіб з хронічними захворюваннями органів травлення. Привести до розладів може стрес, постійне відволікання на сторонні дії під час їжі. Причини функціональних явищ пов'язані з неузгодженістю центральних механізмів регуляції. Актуальність досліджуваних питань обумовлена, насамперед, значним поширенням досліджуваної патології серед молоді всього світу і її ростом, що спостерігається в останні роки, і порівняно пізною в багатьох випадках діагностикою.

**Мета:** провести порівняльну оцінку вираженості диспептичних проявів у українських та іноземних студентів різних вікових груп, а також оцінити залежність даних проявів від нервового напруження в екзаменаційно-сесійний час.

**Матеріали та методи дослідження:** проводили оцінку 50-ти українських студентів віком від 17 до 25 років, яких було поділено на дві групи залежно від статі, до I групи ввійшли дівчата (27 осіб), до II групи ввійшло 23 хлопців, а також 50-ти студентів-іноземців, віком від 19 до 28 років, яких також було розділено на дві досліджувані групи: до III групи ввійшли дівчата (20 осіб), IV групу склали 30 хлопців. Порівняльну оцінку вираженості диспептичних проявів та їх залежність від нервового напруження в екзаменаційно-сесійний період у досліджуваних груп, провели за допомогою власного тестувальника, до якого ввійшли 20 питань, що дають змогу у повному обсягу досягнути поставлених цілей.

**Результати дослідження:** під час даного статистичного дослідження було встановлено, що частота диспептичних проявів у I досліджуваної групи порівняно з II групою була вищою у 4 рази (18,5% та 4,3% відповідно), а частота вираженості даних проявів у студентів III та IV груп була рівною (40% в обох групах). При порівнянні між собою I і III груп виявлено, що частота шлункової диспепсії у I групи проявлялась у 2 рази рідше, а також було виявлено, що частота диспептичних проявів у IV груп у 10 разів перевищувала такі показники II групи досліджуваних. Оцінивши частоту проявів диспепсії у досліджуваних групах під час екзаменаційно-сесійного періоду було виявлено підвищення результатів в порівнянні з вихідними на: I група (25,9%), II група (8,7%), III група (15%), IV група (10%).

**Висновки:** виявлено, що частота диспептичних проявів у студентів досліджуваних груп є високою, особливо у студентів-іноземців, а найнижчою частота вираженості даних проявів була в українських хлопців. Підвищення частоти диспептичних проявів прямо пропорційно залежить від екзаменаційно-сесійного часу, особливо в українських студентів (збільшення показників у 2 рази порівняно з вихідними).

### **3. КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

#### **COMORBID CONDITIONS IN DIFFERENT VARIANTS OF CHRONIC PANCREATITIS AND CHARACTERISTICS OF BLOOD BIOCHEMICAL PARAMETERS IN THE TRANSCARPATIAN REGION**

*Вус Н.І., Верстюк О.О.*

*Наукові керівники: д.н.м. проф. Архій Е.Й., доц. Москаль О.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** За останні роки в Україні, зокрема і в Закарпатті, спостерігається зростання захворювання на хронічний панкреатит у поєднанні з різними патологіями внутрішніх органів, зокрема гастродуоденальної трубки, гепатобіліарних шляхів та серцево-судинної системи.

**Мета роботи.** Виявлення найбільш частих і поширених поєднань хронічного панкреатиту з іншими патологіями в Закарпатській області, для швидкої та достовірної діагностики коморбідних патологій.

**Методи дослідження.** Було використано архівні дані ЗОКЛ ім. Новака за 2016–2017 рр., а саме історії хвороб гастроентерологічного та ендокринологічного відділень, хворих з хронічним панкреатитом. Для статистичного оброблення матеріалу було застосовано Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** На основі статистичної обробки даних 220 історій хвороби, хворих на хронічний панкреатит, що лікувалися у гастроентерологічному та ендокринологічному відділеннях ЗОКЛ ім. Новака, найчастіше хронічний панкреатит виникав на основі уже сформованого протягом багатьох років цукрового діабету, як першого, так і другого типу, це 61,4%, із яких інсулінонезалежний цукровий діабет – 63,7%, інсулінозалежний цукровий діабет – 36,3%. У всіх даних хворих було достовірно підвищені відносно референтних величин як глюкоза крові (11,59±0,109), так і глікозильований гемоглобін (10,01±0,074). Достовірно підвищеними виявилися також показники холестер-

рину (8,4+0,08)  $P < 0,05$  та бета-ліпопротеїдів (62,6+0,4)  $P < 0,05$ , що підтверджувалося при порівнянні з контрольною групою (холестерин – 7,1+0,01; бета-ліпопротеїди – 8,9+0,05). Часто хронічний панкреатит поєднувався з хворобами гастродуоденальної трубки – 30,9%, із них GERX – 84,6%, виразкова хвороба – 10,2% та інші патології – 5,2%. Крім того на фоні хронічного панкреатиту виявлялася патологія печінки, а саме – стеатогепатит у 7,7%, з достовірними змінами білірубину як загального (33,7+1,1), так і прямого (15,8+1,8), ALT (43,8+0,9), ГГТ (60,73+1,9), лужної фосфатази (285,9+1,12).

**Висновки.** 1. Хронічний панкреатит найчастіше поєднується з цукровим діабетом 2 типу, зокрема він виявлений у 63,7% хворих на цукровий діабет;

2. При хронічному панкреатиті поєднаному з цукровим діабетом, дані біохімічного аналізу вказують на високий ризик виникнення коморбідної серцево-судинної патології;

3. У 7,7% хронічний панкреатит поєднується зі стеатогепатитом з достовірним підвищенням загального і прямого білірубину, лужної фосфатази, ALT.

#### **4. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНОЇ ФОРМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2**

##### **DIFFERENTIAL TREATMENT OF THE EROSION FORM OF GASTROESOPHAGEAL REFLEX DISEASE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2**

*Коханюк Ю.В., Гончар Р.І., Драпак Х.В., Урсаки А.З.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Коханюк Ю.В.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Основним напрямком у лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (GERX) є кислосупресивна терапія, а саме використання інгібіторів протонної помпи (ІПП). При лікуванні ерозивної форми GERX (ЕGERX) стандартні дози ІПП призводять до загосення ерозій і виразок стравоходу. Водночас, ІПП не допомагають хворим із слабкокислої, лужним, газовим та змішаним рефлюксами. Тому до лікування таких хворих потрібно підходити диференційовано. Одним із напрямів є призначення лікарських засобів із протизапальною, антисептичною, регенеруючою діями та здатністю зменшувати піно- та газоутворення. До таких препаратів відносять «Пепсан» та «Кверцетин».

**Мета роботи.** Оцінити ефективність додавання в стандартну схему лікування ЕGERX препаратів «Пепсан» та «Кверцетин».

**Матеріали і методи.** Обстежено 29 хворих на ЕGERX, у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) типу 2 (30 жінок та 27 чоловіків, середній вік – 54,09±5,04) та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Залежно від лікування пацієнтів розподілено на наступні групи: 1-а група – 7 хворих на ЕGERX, яким призначали базисну терапію (ІПП – омепразол у дозі 20 мг/добу); 2-а група – 13 хворих на ЕGERX, які на тлі базисної терапії отримували «Пепсан» у дозі 10 г тричі на добу; 3-я група – 9 хворих на ЕGERX, які додатково до стандартного лікування отримували пепсан у дозі 10 г тричі на добу та «Кверцетин» по 0,04 г на ½ склянки води 2 рази на добу за 30 хвилин до їди упродовж 28 днів. ПЗО склали 4-у (контрольну) групу.

**Результати дослідження.** Встановлено, що у всіх хворих спостерігалася суттєва позитивна динаміка клінічних проявів захворювання вже через декілька днів лікування, зокрема зниження частоти і ступеня вираженості печії і диспепсичних розладів та усунення больового синдрому. Однак, у хворих 1-ї групи термін зникнення цих клінічних симптомів в середньому був статистично достовірно більш тривалим порівняно з пацієнтами 2-ї та 3-ї груп ( $p < 0,05$ ), а у хворих 2-ї групи – порівняно з пацієнтами 3-ї групи ( $p < 0,05$ ). Скарги на печію, дисфагію і відрижку кислим зберігалися лише у 1-ї групі хворих, а у всіх решта пацієнтів – з 21 дня зникли.

Аналіз впливу терапії на ендоскопічні зміни слизової оболонки стравоходу (СОС) вказує на те, що через місяць після початку лікування, при значному поліпшенні якості життя і виразному клінічному ефекті, загосення ерозій стравоходу відмічено у 76,9% хворих (10 осіб),

які застосовували базисну терапію і «Пепсан», та у 88,9% пацієнтів (8 осіб), які використовували стандартне лікування з додаванням «Пепсану» та «Кверцетину». Слід зазначити, що у обстежених 1-ї групи, епітелізація СОС наступила лише у 57,1% хворих (4 особи).

**Висновок.** Отже, додавання «Пепсану» та «Кверцетину» до базисної терапії у хворих на ЕГЕРХ, поєднану з ЦД типу 2 дозволяє досягнути більш ефективних результатів, і можуть бути рекомендовані до впровадження в клінічну практику.

## **5. ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРОКСИМАЛЬНИХ НИРКОВИХ КАНАЛЬЦІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ І СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ АТОРВАСТАТИНУ** THE FUNCTIONAL STATE CHANGING OF INDICATORS OF PROXIMAL KIDNEY CHANNELS IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY AND OBESEITY UNDER THE INFLUENCE OF ATORVASTATINE

*Грицюк О.А., Березова М.С., Петроченков Г.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Зуб Л.О.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Діабетична нефропатія (ДН), як найскладніше мікровазкулярне ускладнення цукрового діабету, характеризується постійним розвитком і призводить до розвитку ниркової недостатності. Постійна гіперглікемія основна пошкоджуюча патологічна ланка, що впливає на нирки при цукровому діабеті. Негативним фактором у патогенезі ураження нирок також виступає ожиріння. На сьогоднішній день близько вісімдесяти відсотків пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу характеризуються надмірною масою тіла або ожирінням.

**Мета.** Визначити ефективність впливу аторвастатину на рівень  $\beta_2$ -мікроглобуліну ( $\beta_2$ -МГ) крові і сечі у хворих з діабетичною нефропатією і супутнім ожирінням.

**Матеріали та методи.** Обстежено 56 хворих на діабетичну нефропатію з цукровим діабетом 2-го типу з і без супутнього ожиріння. Пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні обласної клінічної лікарні та ендокринологічному диспансері міста Чернівці, у віці від 39 до 67 років з тривалістю захворювання не менше 12 років. Крім загальноклінічних методів обстеження пацієнтам визначали вміст  $\beta_2$  – МГ крові і сечі до і після включення в лікування аторвастатину. Залежно від ступеня діабетичної нефропатії і наявного ожиріння пацієнти були розділені на 4 групи.

**Результати.** Аналіз клініко-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав значне підвищення  $\beta_2$ -МГ крові і сечі. Особливо це спостерігалось в групі з ДН ІV ст і ожирінням 2ст, в порівнянні з пацієнтами з ДН ІІІ ст. і ожирінням 1 ст ( $p < 0,05$ ). Після включення в лікування аторвастатин виявлено вагоме зниження вмісту  $\beta_2$ -МГ крові і сечі у пацієнтів в порівнянні з показниками до лікування ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що у всіх хворих спостерігалася суттєва позитивна динаміка клінічних проявів захворювання вже через декілька днів лікування, зокрема зниження частоти і ступеня вираженості печії і диспепсичних розладів та усунення больового синдрому. Однак, у хворих 1-ї групи термін зникнення цих клінічних симптомів в середньому був статистично достовірно більш тривалим порівняно з пацієнтами 2-ї та 3-ї груп ( $p < 0,05$ ), а у хворих 2-ї групи – порівняно з пацієнтами 3-ї групи ( $p < 0,05$ ). Скарги на печію, дисфагію і відрижку кислим зберігалися лише у 1-ї групі хворих, а у всіх решта пацієнтів – з 21 дня зникли.

Аналіз впливу терапії на ендоскопічні зміни слизової оболонки стравоходу (СОС) вказує на те, що через місяць після початку лікування, при значному поліпшенні якості життя і виразному клінічному ефекті, загосня ерозій стравоходу відмічено у 76,9% хворих (10 осіб), які застосовували базисну терапію і «Пепсан», та у 88,9% пацієнтів (8 осіб), які використовували стандартне лікування з додаванням «Пепсану» та «Кверцетину». Слід зазначити, що у обстежених 1-ї групи, епітелізація СОС наступила лише у 57,1% хворих (4 особи).

**Висновок.** Отже, додавання «Пепсану» та «Кверцетину» до базисної терапії у хворих на ЕГЕРХ, поєднану з ЦД типу 2 дозволяє досягнути більш ефективних результатів, і можуть бути рекомендовані до впровадження в клінічну практику.

## **6. КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ** CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

*Дмитренко Я.В., Фабриці О.М, Химич В.В.*

*Наукові керівники: к.н.м., доц., засл. винахідник України Лазорик М.І., проф. Ганич Т.М.  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Хронічний панкреатит – це хронічний запальний стан, що зумовлює прогресуючі, незворотні зміни в паренхімі підшлункової залози (атрофію, фіброз) та поступовий розвиток екзокринної та ендокринної недостатності підшлункової залози.

**Актуальність.** В останні десятиліття в зв'язку з урбанізацією, погіршенням якості продуктів харчування, популяризацією фаст-фуду та напівфабрикатів, підвищенням нервово-психічної напруги і збільшенням рівня алкоголізації серед населення зростає кількість хворих на хронічний панкреатит. Темп з яким зростає кількість хворих на хронічний панкреатит, перевищує загальну розповсюдженість хвороб органів травлення.

**Мета роботи.** На основі аналізу історій хвороб пацієнтів ЦМКЛ м. Ужгород встановити ефективні методи лікування хронічного панкреатиту.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося на основі історій хвороб пацієнтів УЦМКЛ.

**Висновки.** Таким чином, провівши дослідження встановлено що дотримання стандартів лікування залежить від того, що саме домінує у конкретного пацієнта больовий синдром чи недостатність функції підшлункової залози. Відповідно до цього в першу чергу потрібно ліквідувати те, що найбільше турбує пацієнта. В більшості випадків пацієнтам необхідна замінна терапія (пероральна чи парентеральна), знеболення, дієта (дробне харчування 5–6 раз на день). Після закінчення гострої фази пацієнтам рекомендується фітотерапія та санаторно-курортне лікування.

## **7. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ** SPECIFICS OF CLINICAL COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN TYPE II DIABETES

*Зейкан М.О., Зейкан О.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра госпітальної терапії  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Незважаючи на достатній прогрес у вивченні, ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається найпоширенішим тяжким серцево-судинним захворюванням із численними ускладненнями в усьому світі. На теперішній час все частіше констатується поєднання порушень ІХС з ендокринними розладами. Зокрема, ІХС зустрічається у 50–70% хворих на цукровий діабет (ЦД).

**Мета.** Дослідження особливостей клінічного перебігу ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет II типу.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено порівняння та аналіз історій хвороб 20 пацієнтів чоловічої та жіночої статі, що перебували на стаціонарному лікуванні в Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері (10 пацієнтів) та в ендокринологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака (10 пацієнтів). У процесі дослідження ми використовували статистичну обробку отриманих даних з застосуванням комп'ютерної програми «Statistica for Windows».

**Висновки.** При вивченні даних, отриманих при дослідженні історій хвороб і статистично оброблених, виявлено, що з групи хворих на цукровий діабет II типу з ішемічною

хворобою серця, що склали 20 осіб (11 чоловіків і 9 жінок), вік обстежених становив: 1 людина – 40 років, від 50 до 59 років – 12 осіб, від 60 до 69 років і старше – 7 осіб. Тривалість захворювання на ІХС склали від 6 до 15 років, середня тяжкість встановлена у 14 (70%) осіб, у 6 (30%) – тяжка.

При аналізі клінічних даних у хворих на цукровий діабет II типу з ішемічною хворобою серця було виявлено, що середня тяжкість захворювання у чоловіків спостерігалася в 45% випадків, тоді як у жінок – у 35%. Тяжка форма захворювання відзначалася як у чоловіків, так і у жінок в 30% випадках, в основному у пацієнтів віком від 60 років до 69 років і старше.

Таким чином, можемо зробити висновок, що за результатами нашого дослідження у хворих на цукровий діабет II типу з ішемічною хворобою серця було виявлено те, що у чоловіків відзначається частіше декомпенсація захворювання, причому у людей похилого віку (від 60 до 69 років і старше) у порівнянні з жінками.

## **8. ГОСТРІ УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГАХ**

### **ACUTE COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS IN PREGNANCY AND ACCOUCHEMENT**

*Іванько В.В., Желізняк А.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Цукровий діабет – це одна з найгостріших і найважливіших медико-соціальних проблем ХХІ століття. За даними Міжнародної діабетичної федерації (iDF) на тепер у світі налічується більше 250 млн. хворих на діабет, а до 2025 року їхня кількість може сягнути 330 млн.

Близько 6% населення розвинених країн страждає на цукровий діабет. У вагітних жінок зазвичай трапляється діабет 1-го і 2-го типу, вторинний – набагато рідше. В Україні серед вагітних з передгестаційним діабетом значно переважають хворі на 1 тип (співвідношення приблизно 85% і 15%), водночас у США навпаки (на 100 пологів у хворих з діабетом 2 типу припадає близько 3 пологів у жінок з 1 типом).

Хворі на цукровий діабет у період вагітності є групою високого ризику щодо перинатальної і материнської патології. Вагітність є діабетогенним чинником і спричинює прогресування захворювання. Цукровий діабет ускладнює перебіг вагітності та пологів, впливає на розвиток плода, призводить до тяжких ускладнень у вагітних, а також до високої частоти вад розвитку плода, захворюваності та смертності новонароджених.

У класифікації цукрового діабету, запропонованій ВООЗ (1985), виділено інсулін-залежний цукровий діабет (ІЗЦД; тип I), інсуліннезалежний цукровий діабет (ІНЦД; тип II), гестаційний цукровий діабет (ГЦД).

**Метою роботи** стало вивчення гострих ускладнень викликаних цукровим діабетом і оцінка медико-соціального значення цієї патології у вагітних.

**Матеріали і методи дослідження.** Було статистично оброблено дані з жіночих консультацій м.Ужгород та пологового будинку в динаміці за 5 років.

**Висновки.** Згідно результатів досліджень частота захворюваності на ЦД з 2013 р. (5,5%) зростає до 7,8% за 2017 рік. Найчастішими гострими ускладненнями були кетоацидоз – 60%, гіпоглікемія – 30%, гіперосмолярна кома – 3%, гіпоглікемічна кома – 1%.

## **9. ХВОРОБИ ШКТ ПРИ ВАГІТНОСТІ В ДИНАМІЦІ**

### **GASTROINTESTINAL DISEASES IN DYNAMIC DURING THE PREGNANCY**

*Іванько В.В., Левкулич Ю.Ю.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М., к.мед.н., доц. Свистак В.В., ас. Бляшинцев В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Медична статистика відмічає, що в останні десятиліття патології шлунково-кишкового тракту зайняли в списку захворювань провідне місце. Сучасний ритм життя, насичений постійними стресами, погана екологія, неправильне і нерациональне харчування ведуть до того, що до 30-ти років кожна четверта людина має у своєму анамнезі одно із захворювань ШКТ.

Непримні відчуття з боку органів травного тракту під час вагітності явище, яке прийнято характеризувати як цілком нормальне і чи не природне. Однак, фахівці-гастроентерологи закликають всіх вагітних жінок уважно прислухатися до тих сигналів, які їм подає сам організм.

Досить часто печія, відрижка і блювання є свідченням не перебудови організму вагітної, а загостренням хронічних захворювань органів травної системи. За даними медичної статистики останніх років хвороб шлунково-кишкового тракту схильні до 50% жінок дітородного віку в нашій країні.

Фахівці виділяють найпоширеніші захворювання – це гастроєзофагеальна рефлюкс-на хвороба (ГЕРХ), гастрит, виразкова хвороба, неспецифічний виразковий коліт, гострий апендицит, холестатичний гепатоз вагітних.

Які з них найбільш поширені, в чому причина патологічних станів і як боротися з хворобами травного тракту?

**Мета роботи** стало вивчення трендів захворюваності хворобами ШКТ на сучасному етапі і оцінка медико-соціального значення цієї патології у вагітних.

**Матеріали і методи дослідження.** Було статистично оброблено дані з жіночих консультацій м. Ужгород в динаміці за 5 років.

**Висновки.** Згідно результатів досліджень частота захворюваності хворобами ШКТ з 2013 р. (5,5%) зросла до 7,8% за 2017 рік. Найчастішими захворюваннями були ГЕРХ – 42%, гастрит – 21%, виразкова хвороба – 26%, гострий апендицит – 5%, неспецифічний виразковий коліт і холестатичний гепатоз вагітних – 3%.

## **10. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ ЛІКУВАННЯ** **THE PECULIARITIES FOR PHYSICAL REHABILITATION OF OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL SPINE IN OUTPATIENT TREATMENT CONDITIONS**

*Іванюк В.І., Фегер О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Свистак В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Остеохондроз хребта – це поліетіологічне захворювання, основними причинами якого є спадкова схильність, фізіологічні нейроендокринні інволютивні процеси чи старіння організму, тяжкі фізичні навантаження на хребет, травми, вродженні вади хребетного стовпа, м'язове перенапруження відповідних груп м'язів при тривалій робочій фіксаційній позі.

**Мета роботи.** Розробка алгоритму, який вдосконалив процес фізичної реабілітації пацієнтів із остеохондрозом шийного відділу хребта в залежності від перебігу хвороби і рухового режиму пацієнта на основі вивчення та аналізу джерел літератури, задля відновлення працездатності та покращення якості життя хворого.

**Матеріали і методи дослідження.** Під час дослідження ми використовували такі методи, як: аналіз науково-медичної літератури, метод порівняння та узагальнення.

**Результати.** У протіканні остеохондрозу шийного відділу хребта виділяють 4 стадії неврологічних проявів і 3 періоди (гострий, підгострий і період ремісії). Найбільш частими клінічними синдромами шийного остеохондрозу є синдром хребтової артерії, корінцевий синдром і синдром плечолопаткового періартрити. Від стадійності протікання остеохондрозу і його клінічних проявів залежить поєднаність і послідовність комплексу засобів фізичної реабілітації. В гострому періоді шийного остеохондрозу хворим призначають лікуванням положенням, ортопедичним виробом-шийно-марлевим комірцем Шанца, медикаментозну терапію (НПЗП + міорелаксанти + хондропротектори), лікува-

льний масаж за щадною методикою, фізіотерапевтична терапія та мануальна терапія за окремими показами. Фізична реабілітація в гострому періоді протипоказана. В підгострому періоді захворювання використовують лікувальний масаж, фізіотерапія за двома руховими режимами – щадним та відновлювальним, а в період ремісії – щадно-тренуючим та тренуючим. При проведенні фізичної реабілітації застосовують вправи для розслаблення м'язів шиї, плечового поясу, верхніх кінцівок, статичні та динамічні дихальні вправи, вправи на координацію рухів, динамічні вправи для верхніх кінцівок з поступовим збільшенням амплітуди рухів, махові рухи, вправи для зміцнення м'язів шиї, плечового поясу і верхніх кінцівок – з протидією. В гострий та підгострий період застосовують класичний сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у поєднанні з синусоїдально-модульованими та динамічними струмами, УВЧ-терапією, ультрафіолетовим опроміненням, електрофорез та форез з гідрокортизоном. В період санаторного лікування показано озокерито-парафіно-грязеве лікування, родонової та хлорно-натрієві ванни.

**Висновки.** Зважаючи на те, що механізм дії засобів фізичної реабілітації на організм пацієнта – нейрорефлекторногуморальний, ми можемо розраховувати на сприятливий вплив запропонованих нами рекомендацій для лікування пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта.

## 11. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ ВЕРТЕБРОГЕННГО ПОХОДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ FEATURES OF VERTEBROGENIC ABDOMINAL PAIN AND WAYS OF ITS CORRECTION

*Ізюменко О.П.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц, Гонко О.Ф.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Медичний факультет № 1, кафедра внутрішньої медицини № 1*

*м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** При остеохондрозі і деформаціях хребтового стовпа можливе подразнення нервових корінців, що в подальшому стає джерелом патологічної імпульсації і розвитку вегетативних реперкурсивних синдромів, які часто проявляють симптоматику органічної абдомінальної патології, однак не мають ні достньої ефективності від стандартного гастроентерологічного або хірургічного лікування, ні відповідності результатів додаткових методів обстежень до наявної клінічної симптоматики.

**Метою** даної роботи стало удосконалення алгоритмів діагностики реперкурсивних вегетативних синдромів і перевірки ефективності мануальної терапії для лікування гастроентерологічних хворих з абдомінальними болями вертеброгенного походження.

**Матеріали і методи дослідження.** Була проведена мануальна терапія за модифікованим нами способом М.А. Касьяна та розтягування м'язів живота і спини за Єпіфановим В.О. у 9 пацієнтів зі скаргами на абдомінальний біль. Критеріями відбору пацієнтів були: наявність скарг на ниючий біль в правому підребер'ї (2), епігастральній ділянці (3), пупковій ділянці (1), правій (2) і лівій (1) клубовій ділянках, що триває більше 3 місяців; відсутність органічної вісцеральної патології; супутні скарги на біль або дискомфорт в спині, низька ефективність від симптоматичного лікування абдомінального болю і рентгенологічно підтверджена наявність у пацієнтів остеохондрозу хребта (2 чи 3 стадії). Для визначення абдомінальних больових відчуттів пацієнтам було запропоновано охарактеризувати їх за 10-бальною шкалою. За згоди пацієнтів, при дослідженні медикаментозне симптоматичне лікування не застосовувалося. Вік пацієнтів – від 21 до 46 років.

**Результати дослідження.** До проведених маніпуляцій середньою оцінкою абдомінального болю в пацієнтів була оцінка в  $5,5 \pm 0,36$  балів. Після проведення 4 сеансів мануальної терапії з інтервалами в 3–4 дні 3 пацієнтів відмітили зникнення болю, 2 – не відчули різниці, решта оцінювала абдомінальні больові відчуття, в середньому, в  $3,1 \pm 0,12$  бали. Також, всі пацієнти відмічали покращення самопочуття, за рахунок більшої амплітуди рухів і значне зниження дискомфорту в спині.

**Висновки:** застосування мануальної терапії є досить ефективним методом лікування абдомінального болю вертеброгенного походження, тому доцільно в подальшому вдосконалювати дану методику і дослідити її ефективність в комбінації з медикаментозним лікуванням.

## 12. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

### CHARACTERISTIC OF THE PEPTIC ULCER DISEASE IN PATIENTS WITH THYROID DYSFUNCTION

*Кантор А.Й., Петах П.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М., асист. Бляшинець В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Стан ендокринних залоз при виразковій хворобі, участь їх в складних механізмах виразкоутворення є складовою проблеми генезу та протікання виразкової хвороби. Досить часто у хворих з патологією щитоподібної залози діагностують такі розлади органів травлення, як хронічний гастрит, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки. Проблемою залишається своєчасна діагностика змін гормонального статусу щитоподібної залози, оскільки не завжди вдається провести необхідні аналізи всім хворим, що їх потребують.

**Мета роботи.** Вивчити клінічні особливості перебігу виразкової хвороби (ВХ) у пацієнтів з порушеною функцією щитоподібної залози (ЩЗ).

**Матеріали і методи дослідження.** Дана робота є фрагментом наукової роботи, яка проводилась на кафедрі факультетської терапії на протязі 5 років. У дослідження було включено 130 хворих на виразкову хворобу, які лікувались у стаціонарі Ужгородської ЦМКЛІ. Хворих з виразковою хворобою шлунку та ДПК було поділено на 3 групи: 1 і 2 група – хворі з, відповідно, підвищеною або зниженою функцією щитоподібної залози ( $n_1 = 50, n_2 = 30$ ), 3 група – контрольна ( $n_3 = 50$ ) (відсутня патологія щитоподібної залози, наявна виразкова хвороба).

**Результати.** При зверненні до лікаря найбільш частими скаргами були біль в епігастральній ділянці, нудота, блювота, неприємний присмак у роті, метеоризм, втрата апетиту. Особливістю клінічних проявів виразкової хвороби у пацієнтів першої групи є вірогідно вища частота появи у хворих болю в епігастральній ділянці практично постійного характеру (30.7%), тоді як у другій групі лише 10 % пацієнтів відчували постійний біль в епігастрії, частіше спостерігався біль періодичного характеру після їжі, малої інтенсивності. Для виразкової хвороби дванадцятипалої кишки без патології щитоподібної залози (3-я група) характерні голодний, пізній та нічний біль в епігастрії, порівняно часта печія, що пов'язана з регургітацією шлункового вмісту в стравохід і приєднанням явищ рефлюкс-езофагіту. Аналіз диспептичного синдрому виявив наявність його у пацієнтів всіх трьох груп, однак у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у поєднанні з тиреотоксикозом, на відміну від пацієнтів з еутиреозом, достовірно частіше виявлялися метеоризм, нудота, схильність до проносів, відрижка кислим, а також печія. При гіпофункції ЩЗ при ВХ, окрім, зменшення інтенсивності болю, частіше спостерігались відчуття переповнення в епігастрії після їжі і відрижка їжею та неприємний запах з рота, схильність до закрепів.

**Висновки.** В результаті нашого дослідження встановлено, що у пацієнтів з порушеною функцією ЩЗ на фоні активної виразки гастродуоденальної зони частіше виявлявся біль в надчерев'ї більш постійного характеру. Больовий синдром у хворих з ВХ з гіпертиреозом залишається одним з основних проявів клініки виразкової хвороби. У хворих на гіпертиреоз частіше прослідковувались диспептичні явища і важкість в епігастрії.

## 13. ЗМІНИ ІМУНОЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ І ДИСБІОЗУ У ДИНАМІЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

### CHANGES TO IMMUNOAL PROCESS AND DYSBIOSIS IN DYNAMICS OF PROGRESSING OF CHRONIC PANCREATITIS

*Лавер К.О., Ледней Д.Е.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Москаль О.М., д.мед.н., проф. Архій Е.Й.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Хронічний панкреатит – це прогресуюче запально – деструктивне захворювання, що характеризується прогресуючою втратою функціональної тканини підшлункової залози (ПЗ), заміщенням її фіброзною тканиною. Імунна відповідь, асоційована з хронічним панкреатитом (ХП), є все більш актуальним питанням патогенезу ХП. Ураження панкреатичної ацинарної клітини детермінує синтез і виділення прозапальних цитокінів. Клінічна значущість цих подій підкреслює доцільність значення цитокінів для прогнозування перебігу захворювання, оскільки і це питання є недостатньо вивченим. Зовнішньосекреторна недостатність веде до розвитку кишкового дисбактеріозу, порушення засвоєння поживних речовин, вітамінів та мікроелементів, що в свою чергу веде до їх дефіциту.

**Мета роботи.** Визначення вираженості запальної реакції організму за показниками прозапальних та протизапальних інтерлейкінів при ХП в динаміці розвитку зовнішньо – (ЗСНПЗ) та прихованої внутрішньосекреторної недостатності ПЗ (ВСНПЗ) та при ХП поєднаному з цукровим діабетом II типу. Вивчити залежність впливу функціональної недостатності ПЗ та вираженості дисбіозу і мікроелементозів.

**Висновки.** Вивчення прозапальних інтерлейкінів дає можливість рекомендувати ІЛ – 1, ФНП –  $\alpha$ , ІЛ – 8 як такі, що найповніше відтворюють динаміку запально – деструктивних змін в ПЗ, що не спостерігалось відносно вивчених протизапальних ІЛ-4, ІЛ-10 .

ЗСНПЗ при ХП веде до виникнення синдрому дисбіозу, а саме: 60% хворих мали дисбіоз II ст., а 24% – III ст.

Хворих на ХП, особливо при розвитку у них ЗСН та ВСН ПЗ необхідно обстежувати на наявність дисбіозу і проводити його корекцію.

#### **14. ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНО ЗМІНЕНИХ ЯЄЧНИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**

##### **THE TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME DEPENDING ON PHENOTYPICAL SPECIALIZES**

*Левко Н., Яцунда Л.*

*Науковий керівник: ас. Суслик Г.І.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра ендокринології (завідувач кафедри: доц. Урбанович А.М.)*

**Актуальність.** Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є одним з найпоширеніших ендокринних захворювань серед жінок репродуктивного віку, частота виникнення якого становить 5–10%. У 1935 році Штейном і Левенталем була описана класична форма СПКЯ, яка характеризувалась як синдром аменореї і збільшених яєчників, проте у подальших дослідженнях було виявлено існування кількох фенотипових форм захворювання. Незважаючи на багаторічну історію вивчення СПКЯ, проблеми етіології, патогенезу та лікування синдрому до кінця не вирішені.

**Мета дослідження.** дослідити та порівняти ефективність різних методів лікування синдрому полікістозних яєчників залежно від фенотипових проявів.

**Методи.** Обстежено 27 жінок зі СПКЯ та ожирінням (середній вік  $42 \pm 3,6$ ) років, індекс маси тіла (ІМТ) =  $34 \pm 3,7$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ); 14 пацієнток зі СПКЯ без ожиріння (середній вік  $40 \pm 6,1$ ), індекс маси тіла (ІМТ) =  $23,8 \pm 1,2$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Контрольну групу становили 10 практично здорових жінок. Для верифікації ожиріння розраховували ІМТ. Усі жінки зі СПКЯ були розподілені на 4 різні групи за фенотипами: I – гіперандрогенія (ГА) (клінічна та біохімічна) і хронічна ановуляція; II – ГА і полікістоз яєчників за даними УЗД, але з овуляторним циклом; III – хронічна ановуляція і полікістоз яєчників без ГА; IV – ГА, хронічна ановуляція і полікістоз яєчників [на основі Роттердамських вимог (2003), модифікованих рекомендаціями американської експертної групи NIH (2012)]. Усім пацієнткам була призначена різна медикаментозна терапія залежно від фенотипу СПКЯ та наявності ожиріння. Показники оцінювали за критерієм Стьюдента з доведеною достовірністю за  $p < 0,05$ .

**Результати.** Проведеним дослідженням було встановлено, що ГА при СПКЯ становила 74,1%, субнормальний рівень вільного тестостерону був виявлений у 59,4% пацієнток, загальний тестостерон – у 34,3%, а ДЕАС – у 34,6%, підвищення всіх трьох гормо-

нів виявлялося у 16,5% хворих. Найбільш типовим клінічним проявом для жінок з СПКЯ виявилось поєднання порушення овуляції та ГА: оліго-/аменорея – у всіх хворих (100,0%), гірсутизм – у 75,1%, безпліддя – у 56,7%. Залежно від фенотипового прояву синдрому пацієнткам з СПКЯ було запропоновано персоналізоване лікування у такому порядку: пацієнтки I групи отримували флутамід та Белара; II групи – Флутамід та Міоксин; III групи – Белара та Міоксин, а IV–Флутамід, Белара та Міоксин. Як результат лікування у 63,9% пацієнток зі СПКЯ відбулося врегулювання менструального циклу ( $p < 0,05$ ), 32,6% жінки повідомили про зменшення проявів гіперандрогенної дермопатії.

**Висновки.** У ході дослідження було встановлено, що досягнення позитивних результатів лікування жінок з СПКЯ можливе лише у разі індивідуального підходу та вибору терапії відповідно до кожного фенотипу.

## **15. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ПРОЯВАМИ ЕКЗОКРИННОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

### **THE PECULIARITIES OF THE CHRONIC PANCREATITIS WITH THE MANIFESTATIONS OF EXOCRINE AND ENDOCRINE INSUFFICIENCY**

*Литчій І.І., Пуржаш ІІ.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Хронічний панкреатит – захворювання, яке характеризує хронічне (тривалістю понад 6 місяців) запальне пошкодження підшлункової залози з деструкцією екзокринної паренхіми, фіброзом і на пізніх стадіях – деструкцією ендокринної паренхіми. Хронічний панкреатит має фазово-прогресуючий перебіг з періодичними нападами гострого панкреатиту, що характеризується вираженим больовим синдромом. Пізніше у клінічній картині домінує не стільки біль, скільки стеаторея, розвивається цукровий діабет.

**Мета роботи.** Провести аналіз історій хвороб пацієнтів, яких розподілено на дві групи: I – хронічний панкреатит з цукровим діабетом; II – хронічний панкреатит без цукрового діабету; визначити особливості перебігу захворювання з урахуванням фіброгастроуденоскопії.

**Матеріали і методи дослідження.** Під час виконання дослідження було проведено аналіз 97 історій хвороб пацієнтів, які лікувались в гастроентерологічному та ендокринологічному відділеннях на базі Закарпатської обласної лікарні ім. Андрія Новака. Усі хворі були розподілені на дві групи: I – хронічний панкреатит з проявами цукрового діабету; II – хронічний панкреатит без проявів цукрового діабету.

**Результати.** I групу склали 50 пацієнтів, із яких чоловіків 68% та жінок 32%; II групу склали 47 пацієнтів: чоловіків 62% та жінок 38%. В обох групах переважали пацієнти у вікових категоріях 30-59 років: у I групі 80% та у II групі 74%. Серед обстежених пацієнтів в обох групах жителі сільської місцевості: у I групі – 68%, у II групі – 76%. Больовий синдром різної інтенсивності виявляли в обох групах у 100% пацієнтів. Сухість у роті виявляли у 64% хворих I групи та 8% у II групі. Зниження апетиту та схуднення однаково зустрічалося в обох групах: 36%. Біль у правому підребер'ї виявляли у 68% у I групі та 64% у II групі хворих. Загальна слабкість зустрічалась у 74% хворих на хронічний панкреатит у I групі проти 70% у II групі. Нудота та вздуття черева виявлено у 94% хворих II групи проти 86% у I групі. У клінічному перебігу у хворих I групи переважали: печія у 34% порівняно з II групою – 21%, головний біль та головокружіння у 34% порівняно з II групою – 19%. У хворих на хронічний панкреатит без цукрового діабету переважали закрепи: 29% проти 22% у I групі. При фіброгастроуденоскопії у I групі хворих у 60% виявлено ерозивну гастропатію та у 40% еритематозну. У II групі хворих ерозивну гастропатію виявлено у 42% та еритематозну гастропатію у 58%.

**Висновки.** I. У хворих на хронічний панкреатит з проявами цукрового діабету у клінічному перебігу переважають сухість у роті, головокружіння та головний біль і

печія. При хронічному панкреатиті без проявів цукрового діабету частіше спостерігаються нудота, вздуття черева та закрепи.

2. Ерозивна гастродуоденопатія частіше зустрічається у хворих хронічним панкреатитом I групи.

## **16. ДО ПИТАННЯ ПРО РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ СТУДЕНТІВ** **TO THE PROBLEM OF RATIONAL FEEDINGS AND PHYSICAL ACTIVITY OF STUDENTS**

*Максимів М.Я.*

*Науковий керівник: проф. Лемко О.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Загальновідомо, що здоровий спосіб життя є на сьогодні обов'язковою умовою, яка дозволяє людині зберегти основи здоров'я до глибокої старості. Принципи здорового способу життя мають витримуватись з перших років, а свідоме їх дотримання в юнацькому віці є особливо важливим.

**Мета дослідницької роботи.** Вивчити особливості харчування і фізичної активності студенток дівчат та розробити рекомендації щодо корекції виявлених відхилень.

**Методи дослідження.** Анкетування за допомогою спеціально розроблених анкет, антропометричні дослідження, методи статистичного аналізу. Достовірність різниці середніх величин визначали за допомогою t-критерія Стьюдента.

**Результати дослідження.** Дослідження проведено у 25 дівчат студенток віком 18–25 років шляхом анкетування, антропометричних замірів з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ) та з детальним аналізом характеру харчування і фізичної активності. У більшість обстежених (17 осіб – 68%) ІМТ відповідав нормі. У 8 дівчат (32%) він досягав 25–30,1, що відповідає передожирінню. Всі дівчата незалежно від величини ІМТ вважали, що вони мають зайву вагу і це створювало для них певний психологічний дискомфорт.

При аналізі характеру харчування виявлено, що 7 обстежених (28%) взагалі не вживали м'ясо, оскільки вважали, що даний харчовий продукт сприяє збільшенню ваги. В той же час тільки 1 студентка (4%) не вживала солодоші щодня. Слід відмітити, що 15 дівчат (60%) вживали підвищену кількість цукру (3-4 ложки цукру на одну склянку чаю). Більшість студенток (84%) їли до відчуття повної ситості і тільки 4 дівчат (16%) закінчували прийом їжі за відчуття незначного голоду.

Рухливий спосіб життя вели тільки 3-є дівчат (12%), а незначну фізичну активність («сидячий спосіб життя») відмічали у 88% обстежених.

Після первинного анкетування прийняти участь у експерименті погодились 15 дівчат. Вони були розділені на три групи по 5 осіб в кожній. Перша група студенток займалась спортом і отримувала раціональне комплексне харчування; друга – займалась спортом та харчувалась як зазвичай, а третя – тільки коректувала харчування, але не займалась спортом. Режим харчування і тренувань був складений тренером Шелеховою Т.В. Заняття спортом проводились 3 рази на тиждень. Даних рекомендацій дівчата дотримувались протягом одного місяця.

У всіх студенток першої групи, які дотримувались режиму харчування і займались спортом, відмічалось зниження маси тіла в середньому на  $2,65 \pm 0,70$  кг. У другій групі зниження маси тіла відмічалось тільки у 3-ох з 5-и учасниць в середньому на  $0,70 \pm 0,22$  кг, що достовірно менше ніж у першій групі ( $p < 0,05$ ). У третій групі, зниження ваги склало в середньому  $0,66 \pm 0,14$  кг, що є достовірно менше ніж у першій групі ( $p < 0,02$ ) і не відрізняється від результатів другої групи.

**Висновки.** Таким чином, для забезпечення оптимальної корекції ваги та попередження небажаних метаболічних порушень необхідне раціональне поєднання відповідного харчування і фізичної активності. Результати дослідження можуть бути використані при викладанні курсу валеології у студентів різних спеціальностей.

## 17. ГОРМОНАЛЬНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВОЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

HORMONAL AND METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

*Маркевич М., Журавльова А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Журавльова Л.В.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра внутрішньої медицини №3*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** В основі патогенезу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) лежить інсулінорезистентність (ІР) на тлі абдомінального ожиріння (АО), яке є ключовим фактором розвитку дисбалансу адипоцитокінів, що, в свою чергу, провокує порушення ліпідного та вуглеводного обміну. Саме тому дослідження гормональних та метаболічних розладів у хворих на НАЖХП є необхідним для детального вивчення цієї проблеми.

**Мета роботи.** Вивчення особливостей змін рівня адипонектину (АН) в залежності від функціональних показників печінки та індексу ІР у пацієнтів з НАЖХП і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Матеріали і методи дослідження.** В ході роботи було досліджено 25 пацієнтів (10 чоловіків та 15 жінок) з НАЖХП (верифікація за допомогою УЗД та Фібротесту, Стеатотесту) та ЦД 2 типу (HbA1c <7,5%). Контрольну групу склали 12 практично здорових волонтерів. Клінічне дослідження включало оцінку антропометричних показників (індекс маси тіла (ІМТ) та окружності талії (ОТ)), функціональних параметрів печінки (АЛТ, АСТ) та індексу НОМА-ІР. АН визначали методом ІФА з набором реагентів “DRG” (США).

**Результати.** Зміни ІМТ були виявлені у 96% пацієнтів: 56% мали ожиріння I ступеня, 36% – ожиріння II ступеня та 4% страждали від ожиріння III ступеня. Рівень АН у досліджуваних пацієнтів був нижчим у порівнянні з контрольною групою ( $8,7 \pm 2,4$  нг/мл проти  $15,4 \pm 2,1$  нг/мл,  $p < 0,05$ ), причому наявна його кореляція зі ступенем ожиріння –  $6,5 \pm 2,1$  нг/мл у пацієнтів з ожирінням III ступеня ( $p < 0,05$ ). Виявлені негативні кореляційні зв'язки між рівнями АН та ІМТ ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ), ОТ ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ). Крім того, рівень АН достовірно знижувався у випадках підвищення рівня АЛТ ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,001$ ) і АСТ ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ). Негативна кореляція також спостерігається між рівнем АН та індексом НОМА-ІР ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Гіпоадипонектиемія у пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 типу асоціюється з ожирінням, погіршенням функціональних показників печінки та ІР.

## 18. ВПЛИВ HELICOBACTER PYLORI НА ПЕРЕБІГ ХОЗЛ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

INFLUENS OF HELICOBACTER PYLORI ON COPD AND BRONCHIAL ASTHMA

*Мартинюк Т.С., Човбан К.Е.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** З кожним роком в Україні підвищується захворюваність на гастрит і не рідко це поєднується з іншими нозологіями, зокрема ХОЗЛ та БА. Найчастіше зустрічається гастрит типу В, який викликає Helicobacter Pylori. Збудник гастриту призводить до появи симптомів не характерних для основного захворювання і може ускладнювати діагностику та вимагає удосконалення схеми лікування.

**Мета.** Визначити частоту виявлення і особливості перебігу ХОЗЛ та БА при наявності у пацієнтів Helicobacter Pylori.

**Матеріали і методи дослідження.** Історії хвороби 30 пацієнтів з ХОЗЛ та 15 пацієнтів з БА обласної клінічної лікарні ім. А. Новака.

**Результати досліджень.** Серед досліджуваних пацієнтів з ХОЗЛ 60% становили жінки, а 40% – чоловіки. З них 76,6% хворих отримали позитивний результат на антигени *Helicobacter Pylori*, у 23,4% тест був негативним. За віковими групами найбільша захворюваність спостерігалась у 40–60 років – 60%, пацієнтів від 20 до 40 років – 27% і найменшої відсоток хворих виявлено у 60–80 років – 13%. При проведенні ФГДС у 67% виявлено еритематозну гастропатію, а у 33% – ерозивна гастропатія. Відсоток пацієнтів з БА які отримали позитивні результати стул-тесту дорівнює 73,3%, відсутність антигенів *Helicobacter Pylori* в калі виявлено в 26,7% хворих. З досліджуваних пацієнтів 60% складають чоловіки, 40% – жінки. Найбільша захворюваність виявлена серед хворих від 40 до 60 років – 46%, однаковий відсоток захворюваності спостерігається у віці 20–40 та 60–80 років – по 27%. За результатами ФГДС у 47% виявлено еритематозну гастропатію, а у 53% визначається ерозивна гастропатія. Перебіг захворювань ускладнюється симптомами шлункової диспепсії: печією, нудотою, вздуттям черева та закрепамі. Це значно погіршує стан пацієнтів, тому до лікування необхідно додати не тільки симптоматичну, а й антихелікобактерну терапію.

**Висновки.** У результаті проведених досліджень у 33% хворих ХОЗЛ та 47% хворих на БА виявлено ерозивну гастропатію. Інфікованість *Helicobacter Pylori* складає 76,6% при ХОЗЛ та 73,3% при БА.

## **19. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТА ІІ ТИПУ** **CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF TYPES 1 AND 2 DIABETES MELLITUS**

*Мучичка І.М., Бойсак М.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Коваль В.Ю., д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В Україні налічується близько 2 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). Найчастішою причиною смертності хворих на ЦД-I типу є діабетичний кетоацидоз. Пізня діагностика ЦД-II типу призводить до розвитку важких діабетичних ускладнень, що стають причиною інвалідності (діабетична стопа, ниркова недостатність, сліпота та ін.) або смерті через інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу тощо.

**Мета роботи.** Провести порівняння перебігу ЦД I-го типу та ЦД II-го типу.

**Матеріали й методи дослідження.** Нами було проаналізовано архівні дані ендокринологічного та гастроентерологічного відділень ЗОКЛ ім. А.Новака, а саме 60 історій хвороб хворих на ЦД, по 30 історій кожного типу відповідно. Для статистичної обробки даних було використано Microsoft Excel.

**Результати досліджень.** У дослідженні порівнювалися 2 групи хворих з ЦД I та II типу за такими показниками: стать, місце проживання, тривалість хвороби, зміни за результатами досліджень ФГДС, зміни за результатами УЗД печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, маркери на наявність вірусних гепатитів та оцінювалися скарги хворих. В ході дослідження було виявлено, що в обох групах переважала кількість чоловіків (53% – з ЦД I типу, 57% – з ЦД II типу), більшість хворих проживає в сільській місцевості (60% з ЦД I типу та 67% з ЦД II типу). Тривалість хвороби у хворих з ЦД I типу – до 5 років та від 6 років до 10 років – мали по 33% хворих, від 11 до 15 років та більше 15 років – мали по 17% хворих. Тривалість хвороби у групі хворих з ЦД II сягала – до 5 років – 27%, від 6 до 10 років – 37%, від 11 до 15 років – 13% та більше 15 років – 23%. За результатами УЗД печінки у групі хворих з ЦД I типу печінка не збільшена у 47%, збільшена гомогенна – у 10% хворих та у 43% хворих печінка збільшена і виявлено дифузне ущільнення. Натомість, у групі хворих з ЦД II типу у 100% хворих при УЗД печінки виявлено дифузне ущільнення та збільшення печінки. За результатами УЗД підшлункової залози (ПШЗ) у 60% хворих ПШЗ була зниженої ехогенності, ущільнена та витончена, у 27% обстежуваних ПШЗ була непотовчена, підвищеної ехогенності, у 10% ПШЗ була витончена, середньої ехогенності, у 3% ПШЗ була ущільнена і зниженої ехогенності. У другій групі 100% обстежуваних мали ПШЗ з підвищеною ехогенністю,

з них 63% – грубозернисту, а 37% неоднорідну. При ФГДС відсутність патології спостерігалася у 43% у першій групі та у 34% у другій групі хворих, еритематозна гастропатія була виявлена у 37% пацієнтів першої групи та 13% другої, ерозивна гастропатія діагностована у 20% першої групи та 50% другої. У 3% відсотків хворих другої групи було виявлено папульозну гастропатію.

**Висновок.** За результатами обстежень, ми дослідили, що перебіг ЦД II типу є важчим, ніж ЦД I типу, через високий ризик розвитку ускладнень з важчим перебігом та наявністю коморбідних станів, що негативно впливають на якість життя хворих.

## **20. ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ $\beta_2$ -МІКРОГЛОБУЛІНУ В КРОВІ ТА СЕЧІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З УРАЖЕННЯМ НИРОК**

FEATURES AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANT OF  $\beta_2$ -MICROGLOBULIN IN THE BLOOD AND URINE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS COMPLICATED BY RENAL INVOLVEMENT

*Пасайлюк С., Кулачек Я., Руснак І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кулачек В.Т.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра внутрішніх медицини та інфекційних захворювань м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Протеїнурія є одним із суттєвих факторів прогресування хвороб нирок, частим, а іноді єдиним симптомом захворювання нирок. Одним з діагностичних досліджень патологічних станів, особливо в уронефрології, є визначення рівня низькомолекулярного білка  $\beta_2$ -мікроглобуліну ( $\beta_2$ -МГ) організмі людини.

**Мета роботи.** Визначити особливості вмісту показників  $\beta_2$ -МГ крові і сечі на різних етапах еволюції ХХН у хворих на РА.

**Матеріали і методи.** Обстежено 109 хворих на РА. Середня тривалість захворювання  $10,59 \pm 4,17$  р. Обстежені хворі на РА були розподілені за наявністю ХХН та її стадією: I група – РА без ХХН ( $n=20$ ), II групу –РА та ХХН I ст. ( $n=31$ ), III групу –РА та ХХН II ст. ( $n=30$ ), IV група –РА та ХХН III ст. ( $n=28$ ). Групу порівняння склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та гендерного співвідношення. Крім загальноклінічних методів обстеження було визначено вміст  $\beta_2$ -МГ у крові та сечі за допомогою імуноферментного аналізу. Всі дослідження виконані з дотриманням основних положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини.

**Результати.** Виявлено достовірне підвищення вмісту  $\beta_2$ -МГ в крові у хворих на РА ( $1,39 \pm 0,01$  мкг/мл) у порівнянні з показниками групи практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ). За наявності ознак ХХН рівень  $\beta_2$ -МГ в крові хворих II групи та III груп вірогідно зростає. В крові IV групи досліджуваних виявлено достовірно збільшений вміст  $\beta_2$ -МГ ( $2,99 \pm 0,31$  мкг/мл) у порівнянні з його вмістом у групі практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ), I групи ( $p < 0,05$ ), II групи ( $p < 0,05$ ) та III групи хворих ( $p < 0,05$ ).

$\beta_2$ -МГ сечі хворих III групи є вірогідно збільшеним ( $1,12 \pm 0,08$  мкг/мл) у порівнянні з результатами дослідження даного протеїну у групі практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ), хворих I групи ( $p < 0,05$ ) та хворих II групи ( $p < 0,05$ ). Показники вмісту  $\beta_2$ -МГ в сечі у пацієнтів IV групи ( $1,99 \pm 0,14$  мкг/мл) достовірно збільшені у порівнянні з  $\beta_2$ -МГ сечі практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ), I групи ( $p < 0,05$ ), II групи ( $p < 0,05$ ), III групи досліджуваних ( $p < 0,05$ ).

Виявлено сильний зворотний кореляційний зв'язок між  $\beta_2$ -МГ крові та ШКФ ( $r = -0,67$ ) ( $p < 0,05$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між  $\beta_2$ -МГ крові та добовою протеїнурією ( $r = 0,56$ ) ( $p < 0,05$ ), та сильний зв'язок між вмістом  $\beta_2$ -МГ крові та показниками  $\beta_2$ -МГ сечі ( $r = 0,73$ ) ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отже, відповідно до прогресування ХХН та зниженням функціональної здатності нирок рівні  $\beta_2$ -МГ зростають. Концентрації  $\beta_2$ -МГ в крові та сечі є чутливими параметрами для виявлення залучення нирок у патологічний процес при РА, що може використовуватись для ранньої діагностики ХХН у хворих на РА, а також з метою визначення ознак прогресування ХХН.

## 21. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ MODERN DIRECTIONS IN DIAGNOSTICS OF AGGRAVATION CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*Петроченко Г.П., к.мед.н., ас. Кулачек Я.В., к.мед.н., лікар нефролог. від. Мороз Т.П.  
Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кулачек В.Т.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний факультет № 2, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Ураження нирок при ревматоїдному артриті (РА) виникає в 70-80% випадках. При чому частка виявлених патологічних змін серед хворих на РА за клінічними ознаками до смерті складає 52%, решта виявляється при секційному обстеженні. На сьогодні чільне місце в діагностиці захворювань як ревматичних, так і нефрологічних захворювань посідають методи імунодіагностики, які є досить доступними та швидкими.

**Матеріали і методи.** Обстежено 113 пацієнтів. Середній вік пацієнтів  $46,92 \pm 7,13$  роки. Гендерний розподіл: чоловіки склали 28,3%, жінки – 71,7%. Середня тривалість захворювання  $10,59 \pm 4,17$ р. Обстежені хворі на РА були розподілені за наявністю ХХН та її стадією: I група – хворі на РА без ХХН ( $n=20$ ), II групу – хворі на РА та ХХН I ст. ( $n=34$ ), III групу – хворі на РА та ХХН II ст. ( $n=31$ ), IV група – хворі на РА та ХХН III ст. ( $n=28$ ). Групу порівняння склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та гендерного співвідношення. Крім загальноклінічних методів обстеження хворим було визначено рівень ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-10, ТФР- $\beta_1$ , ФНП- $\alpha$  за допомогою імуноферментного аналізу. Дослідження були виконані з дотриманням основних положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини.

**Результати дослідження:** Отримано показники про- та протизапальних цитокінів у сироватці крові хворих досліджуваних груп (пг/мл): вміст ІЛ-1 $\beta$  : I –  $83,93 \pm 2,03$ ; II –  $124,04 \pm 2,06$ ; III –  $143,06 \pm 2,03$ ; IV –  $169,31 \pm 3,58$ ; вміст ФНП- $\alpha$ : I –  $74,25 \pm 6,23$ ; II –  $74,25 \pm 6,23$ ; III –  $111,25 \pm 5,35$ ; IV –  $129,35 \pm 3,26$ ; вміст ІЛ-10: I –  $127,89 \pm 3,02$ ; II –  $93,09 \pm 2,88$ ; III –  $81,33 \pm 3,08$ ; IV –  $63,52 \pm 4,48$ . Вміст ТФР- $\beta_1$  для відповідних груп складає: I –  $72,18 \pm 1,99$ ; II –  $98,82 \pm 2,31$ ; III –  $111,03 \pm 3,29$ ; IV –  $141,12 \pm 7,21$ .

У хворих на РА із залученням в патологічний процес нирок відбувається істотне зниження ІЛ-10 та зростання вмісту в крові ІЛ-1 $\beta$  та ТФР- $\beta_1$ , що вірогідно відрізняється від відповідних даних у пацієнтів з РА без уражень нирок. Найбільш вираженими були зміни показників ТФР- $\beta_1$  крові у хворих на ХХН III стадії: хронічний гломерулонефрит.

**Висновки:** Отже, результати досліджень виявили активну участь прозапальних та протизапальних цитокінів у розвитку імунного запалення у хворих на РА, а також велике прогностичне значення зростання рівня ТФР- $\beta_1$ , у прогресуванні уражень нирок у хворих на РА. При ранньому виявленні вищевказаних порушень можливим стане попередження виникнення грізних ускладнень у хворих на РА з ураженням нирок.

## 22. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕМАТУРІЇ МОЛОДОГО ЧОЛОВІКА З КАМІНЦЯМИ У ПРОСТАТІ CLINICAL CASE OF HEMATURIA IN A YOUNG MAN WITH STONES IN THE PROSTATE

*Younes Barakat, Писаренко І.В., Рудик І.Ю., Сембер А.М., Пьєсс Сароуф  
Наукові керівники: засл. винахідник України, к.мед.н., доц. Лазорик М.І., ас. Бляшинець В.В.*

*ВДНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гематурія є частим симптомом при наявності патологічних змін в організмі людини. Найчастіше гематурію зв'язують з ураженням сечостатевої системи і запаленням органів сечовидільної системи або солей і камінців у нирках.

Клінічний випадок Наводимо вартий уваги випадок гематурії при ураженні простати камінцями в уретрі.

Хворий С. 20 років, звернувся зі скаргами на болі в верхній частині черева, які віддавали вниз до лобка, поганий апетит, зниження ваги тіла, втому.

Для виключення причини болі з боку шлунку було проведено ФГДС і виявлено виразку на 12 палій кишці розміром 5 мм без ознак кровоточення.

Було взято загальний аналіз крові та сечі як обов'язкових при обстеженні хворого.

Аналіз крові не виявив анемії, а в аналізі сечі виявлено білок, 30–50 свіжих еритроцитів в полі зору, урати в значній кількості та 3-5 лейкоцитів.

При УЗД у лівій нирці виявили сольові кристали, а в простаті 3 камінці діаметром 0,1–0,2 мм.

Причину гематурії було зв'язано з наявністю камінців у простаті, які при фізичному навантаженні викликали подразнення слизової і гематурію.

Хворому проведено лікування виразкової хвороби згідно протоколу.

Він був рекомендований урологом і рекомендоване лікування в амбулаторних умовах, зокрема пиття мінеральної води та контроль за камінцями в уретрі.

Через місяць камінці в уретрі під час УЗД контролю не виявлені, білок та еритроцити у сечі зникли. При ФГДС дефектів слизової шлунку і 12-палі кишки не виявлено.

**Висновок.** Рекомендовано при наявності гематурії обов'язково проводити УЗД простати для виключення в ній камінців як імовірної її причини.

### 23. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕДИФЕРЕНЦЬОВАНОГО КОЛІТУ KLINICAL CASE OF INDETERMINATE COLITIS

*Покришко А.О.*

*Науковий керівник: ас. Дмитрякова Г.М.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра дитячих хвороб*

*м. Запоріжжя, Україна*

**Актуальність.** Недиференційований коліт – це захворювання, що об'єднує ознаки неспецифічного виразкового коліту (НВК) і хвороби Крона (ХК). Не існує чіткої межі між цими двома хворобами, й тактика лікування залежить від чутливості організму на той чи інший препарат.

**Клінічний випадок:** Пацієнт Л., 15 р., хворіє з серпня 2016 р., коли з'явилися скарги на слабкість, зупинку приросту маси тіла, діарею до 12 разів на добу з домішками свіжої крові. За результатами обстеження (прискорення ШОЕ до 23 мм; підвищення рівня фекального кальпротектину; даних колоноскопії: слизова товстої кишки гіперемована, набрякла, виразкові дефекти з фібринозними нашаруваннями; даних патогістологічного дослідження: морфологічна картина НВК) виставлено діагноз: *НВК*. Було призначено Салофальк, Модулен, Креон, Ентерол. Стан залишався нестабільним. У січні 2017 р. у хворого стався рецидив гемоколіту. Відзначалися лабораторні ознаки активності процесу (прискорення ШОЕ – 24 мм/год.; СРБ ++; підвищення рівня  $\gamma$ -глобулінів до 26,2%). Дані ректороманоскопії: слизова сигмовидної кишки гіперемована, набрякла з глибокими щілиноподібними виразками, грануляціями по типу псевдополіпів більше відповідали *ХК* ніж *НВК*. На тлі лікування (Салофальк, Гідрокортизон, Модулен) відмічали клінічну ремісію протягом 2 місяці. У травні 2017 р. переніс МКІ неуточненої етіології, після якої виникло загострення: кашкоподібний стілець з кров'ю 2–3 рази в день, болі в суглобах; ШОЕ 29 мм/год, СРБ 13,66 мг/л,  $\gamma$ -глобуліни 23 %; фекальний кальпротектин 573,87 мг/кг. Призначено Салофальк, Азатіопрін, Метипред. Повної ремісії не було досягнуто, тому хворий був направлений в лікарню ОХМАТДИТ, де він перебував за діагнозом: *НВК (з найбільшою ймовірністю ХК)*. *Хр. ерозивний гастродуоденіт*. Ендоскопічні і морфологічні дані були характерні як для НВК, так і для БК. Після проведеної терапії Адалімумабом зазначалося зменшення активності процесу. Протягом 4 місяців отримував Метипред, Азатіопрін, Адалімумаб, Салофальк, Модулен. При зниженні дози Метипреда і заміні його на Буденофальк знову зазначалося загострення. Тому 15.11 –

20.11.17 р. хворий знову перебував в лікарні ОХМАТДИТ з діагнозом: *Хронічний НВК (НВК? ХК?) рецидивуючий перебіг, акт. II, період загострення* – для проведення повторної індукційної терапії Адалімумабом. Але ремісія знову досягнута не була. Проведена 3.01.18 р. колоноскопія з гістологічним дослідженням біоптатів показала високу активність процесу і знову не дозволила чітко визначити діагноз: НВК або БК. З огляду на відсутність досягнення ремісії (гемоколіт, прискорене ШОЕ, анемія, гіпергамаглобулінемія, підвищення рівня СРБ, ендоскопічні та гістологічні дані), був призначений Мети-пред. Клінічна ремісія була досягнута після лікування протягом 2,5 місяців.

**Висновок.** Запальне захворювання кишечника у дитини має недиференційований характер: клінічні прояви більш схожі з *НВК*, а ендоскопічна картина – з *ХК*. Морфологічно провести чітку диференціальну діагностику не вдається. Особливістю терапевтичного відповіді є недостатній ефект від Адалімумабу, місцевих глюкокортикоїдів (ГК) і позитивна відповідь на системні ГК. З огляду на те, що індукція ремісії системними ГК проведена двічі за рік, існує небезпека розвитку стероїдозалежності.

## **24. УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ**

### **DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE II**

*Рего О.Ю.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сірчак Є.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД) – одна з основних медичних проблем сучасного суспільства на фоні якого в останні роки відзначається зростання коморбідних патологій. При даному захворюванні порушуються всі види обміну речовин, в результаті чого уражуються всі органи і системи організму, в тому числі і система органів травлення (ОТ).

**Мета роботи.** Визначити частоту та особливості ураження ОТ у хворих на ЦД II типу.

**Матеріали і методи.** На базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» нами було обстежено 80 хворих на ЦД II типу. Серед хворих було 33 чоловіків (41,25%) та 47 жінок (58,75%). Середній вік обстежуваних склав 52,4±5,8 років та тривалість їхнього захворювання (ЦД II типу) 6,25±4,26 років.

У ході дослідження ми провели антропометричні, загальноклінічні, лабораторні та інструментальні дослідження. Для верифікації діагнозу звертали увагу на характер скарг, анамнез захворювання.

Діагноз ЦД II типу встановлено згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF, 2005 р.). Визначення рівня глюкози у сироватці крові натщесерце і через 2 години після прийому їжі проводили глюкозооксидантним методом. Ступінь важкості захворювання оцінювали за рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c, %). За допомогою комп'ютерної програми STATISTICA (фірми StatSoft Inc, USA) здійснювався аналіз і обробка результатів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Групу обстежених склали пацієнти на ЦД II типу середньої ступені важкості, що характеризувалося наявністю відносно хорошого самопочуття, відсутністю гіпоглікемічних реакцій, рівнем глюкози в крові натще до 8,5 ммоль/л, після їжі – до 10 ммоль/л, HbA1c – не вище 9%.

У всіх обстежених була виявлена надмірна маса тіла або ожиріння різного ступеня, що в свою чергу проявлялось збільшенням ІМТ, ПС, а також від 2 до 4 супутніх захворювань. У першу чергу, це ураження серцево-судинної, сечовидільної, ендокринної системи, а також ОТ. У 40 (50,0%) на момент обстеження, в клінічній картині ураження ОТ домінували симптоми біліарної диспепсії. У 29 (37,1%) був виставлений діагноз дискінезії жовчновивідних шляхів (ДЖВШ), у а 11 (13,75%) пацієнтів – хронічний безкам'яний холецистит (ХХ) або жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Також, однією з основних скарг були прояви шлункової диспепсії – у 29 (23,75%) хворих. При цьому, у

11 (13,75%) хворих діагностованих хронічний гастрит (ХГ), у 10 (12,5%) – гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), а у 8 (10,0%) пацієнтів – функціональна диспепсія (ФД). У 12 (15,9%) хворих встановлено діагноз хронічного панкреатиту (ХП) із порушенням екзокринної функції підшлункової залози. Ураження печінки по типу неалкогольного стеатогепатиту (НСГ) діагностовано у 32 (40,0%) хворих. Схильність до порушення акту дефекації мали місце у 43 (53,75%) хворих. Слід зазначити, що у хворих на ЦД II типу спостерігали не «ізолзоване» ураження ОТ, а частіше визначали поєднання декількох патологічних станів, а саме: поєднання ДЖВШ та НСГ, ДЖВШ та закрепи, ХП та ХГ і ГЕРХ.

**Висновки.** У хворих на ЦД II типу встановлена висока частота ураження ОТ, як функціонального (ДЖВШ, ФД) так і органічного характеру (НСГ, ХП, ХГ, ХХ, ЖКХ).

## **25. ЦИРКАДНИЙ РИТМ ПОКАЗНИКІВ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ЗОБ ТА СТУДЕНТІВ-ВОЛОНТЕРІВ (КОНТРОЛЬ)**

CIRCULADIAN RHYTHM OF THYROID GORMONES INDICES IN PATIENTS WITH GOITER AND VOLONTEER STUDENTS (CONTROL GROUP)

*Богдан О.В., Будай Д.О., Ваи І.В., Дору А.В., Жупанин О.В., Козак М.М., Ковтун С.С., Логойда А.О., Олашин В.В., Петах П.В., Писаренко І.В., Рошинець Ю.В., Рудик І.Ю., Самсончик Е., Сембер А.М., Тисовський Б.О., Тях С.Ю., Тях В.Ю., Феделеш В.В., Фероіананд М.М., Цогла С.С., Караслай С.С., Попович Ю.І.*

*Наукові керівники: засл. винахідник України, к.мед.н., доц. Лазорик М.І., д.мед.н., доц. Дербак М.А., к.мед.н., доц. Мелега К.П., к.мед.н., доц. Савистак В.В., ас. Бляшинець В.В., Паук А.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра факультетської терапії;*

*Факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В організмі людини величини окремих показників гормонів змінюються в часі – це так звані добові, місячні, річні циркадні ритми, за розкриття механізмів яких на клітинному рівні японським вченим була присуджена Нобелівська премія 2017 року.

На кафедрі раніше було проведено дослідження динаміки показників гормонів щитоподібної залози Т3, Т4, ТТГ під час забору крові з 7 до 8 годин та о 12 годині поясного часу в момент максимальної активності меридіана серця результати яких захищені патентом України на винахід № 99393 С2.

**Мета роботи.** Було поставлено завдання вивчити динаміку показників вказаних вище гормонів щитоподібної залози у осіб молодого віку, скільки у проведених раніше дослідженнях контроль включав різні вікові категорії, переважно середнього і старшого віку.

**Матеріали і методи.** До роботи були залучені студенти-волонтери, які згодні здавати кров та обстежити щитоподібну залозу, печінку, жовчевий міхур та шляхи, селезінку, нирки та простату у чоловіків.

Кров забирали з 7 до 8 години та о 12 годині за місцевим поясным часом.

Рівень гормонів визначався методом імуноферментного аналізу у сертифікованій лабораторії.

Було обстежено 30 осіб. У 21 особи контрольної групи патології не виявили.

**Одержані результати.** Виявлено коливання окремих показників у контрольній групі у межах норми, а показники у хворих з патологією щитоподібної залози були суттєвими.

Усіх осіб зі зміненими величинами показників консультували ендокринологи.

Для молодих осіб розроблено нормативи, враховуючи місцевий поясный час та особливості регіону.

Обстежені студенти щиро вдячні колишньому гуртківцю кафедри, лікарю з Польщі А.А. Пауку за фінансову підтримку проведених досліджень.

## **26. ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ – ЗВ’ЯЗОК, ЗАЛИШЕНИЙ ПОЗА УВАГОЮ**

DIABETES MELLITUS AND CANCER – CONNECTION LEFT OUT OF ATTENTION

*Росоха І.І., Ряшко В.І.*

*Науковий керівник: доц. Пічкарь Й.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра госпітальної терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Метаболічний синдром та цукровий діабет II типу, які характеризуються інсулінорезистентністю та гіперінсулінемією, являються фактором ризику розвитку раку. Встановлено, що інсулін і інсуліноподібний фактор росту – 1 (ІФР-1) грають ключову роль в стимуляції росту та розвитку ракових клітин, яка здійснюється через мітогенну і антиапоптогенну дію.

**Мета роботи.** Довести позитивну кореляцію цукрового діабету з онкологічними захворюваннями, а також виділити основні механізми ракового переродження тканин у пацієнтів з ЦД II типу та розробити шляхи медикаментозної профілактики цього патологічного процесу.

**Матеріали і методи дослідження.** Було проведено статистичний аналіз 50 медичних карт пацієнтів з діагнозом ЦД II типу, 25 з яких в якості лікування приймають Метформін.

**Результати.** При ЦД II типу підвищується активність інсуліну, який стимулює переродження здорових тканин в ракові та їх ріст. Крім того, інсулін знижує вироблення печінкою білка, який зв’язує ІФР-1, це призводить до збільшення кількості вільного, біологічно активного ІФР-1 в організмі, який має більш сильні мітогенні та антиапоптогенні дії, ніж інсулін. Також пацієнти з ЦД II типу мають надлишок жирової тканини, яка є активним ендокринним органом, який продукує вільні жирні кислоти, ІЛ-6, лептин, фактор некрозу пухлин- $\alpha$ , сприяє зниженню адипонектину. Кожен з цих факторів грає епідеміологічну роль у злоякісній трансформації та прогресії раку.

Інсулінотерапія потенційно може бути пов’язана з підвищенням ризику появи онкологічних захворювань, оскільки екзогенне введення інсуліну створює більш високу концентрацію гормону в периферичній тканині і може посилювати там ріст ракових клітин. Однак, Метформін, який сприяє зниженню інсулінорезистентності, відповідно знижується кількість інсуліну в організмі. Паралельно Метформін сприяє активації АМФ-кінази, яка пригнічує клітинну проліферацію, що призводить до інгібування росту ракових клітин. Також даний препарат знижує апоптоз лімфоцитів та попереджує розвиток окисного стресу з подальшим ураженням ДНК.

**Висновки.** 1. На сьогоднішній день визнана роль інсулінорезистентності та гіперінсулінемії в схильності до розвитку деяких онкологічних захворювань.

2. Регулярний і тривалий прийом Метформіну сприяє профілактиці онкопатології у пацієнтів з ЦД II типу.

## **27. ОЖИРНІННЯ ТА СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ДО ЦЬОЇ ПРОБЛЕМИ**

OBESITY AND THE ATTITUDE OF DOCTORS OF DIFFERENT SPECIALTIES TO THIS PROBLEM

*Сисосва Ю.В., Єчин С.О., Тищенко І.В., Бондарева О.О.*

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров’я України»*

*Кафедра ендокринології*

*м. Дніпро, Україна*

Кількість людей на планеті, які страждають від ожиріння, стрімко зростає, і до 2025 року може досягти одного мільярда. Згідно з сучасними статистичними даними, за останні чотири роки кількість людей з ожирінням підвищилась з 11,5% (565 мільйонів чоловік) до 13% (670 мільйонів). Колишній заступник міністра охорони здоров’я України Віктор Шафранський під час засідання, присвяченого проблемам здорового

харчування, повідомив, що зайву вагу в Україні мають 26% жінок і 16% чоловіків (<http://moz.gov.ua/>).

**Мета дослідження:** проаналізувати знання лікарів різних спеціальностей щодо синдрому ожиріння, та зробити висновок з приводу ставлення до цієї проблеми.

**Матеріали та методи:** було опитано 39 лікарів (4 анестезіологи, 6 терапевтів, 3 ендокринологи, 2 невропатологи, 9 гінекологів, 1 офтальмолог, 1 онколог, 1 інфекціоніст, 1 хірург, 2 кардіолог, 9 сімейних лікарів), які працюють у Обласній клінічній лікарні ім. І.І. Мечникова, Дніпропетровській міській клінічній лікарні № 9 та Амбулаторії ЗПСМ № 1. Їм було запропоновано заповнити, за їх згодою, оригінальну анкету з питаннями щодо віку, статі, стажу роботи лікаря, визначення «ожиріння» та його ролі як фактора ризику захворювань (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, остеоартроз, цукровий діабет, міома матки, патологія яєчників, беспліддя), класифікації, методів діагностики та варіантів лікування. Середній вік лікарів, які заповнили анкету 39,1 років; Ч – 10, Ж – 25, без зазначення статі – 4.

**Результати:** термін «ожиріння» вважають нозологічною одиницею 100% опитаних. Визначення терміну «морбідне ожиріння» можуть дати 61,5% опитаних (24 лікарі). Знають класифікацію за етіологією 53,8% опитаних (21 лікар), з урахуванням ІМТ 91,9% опитаних (34 лікарі), за відношенням окружність талії/окружність стегон 33,3% опитаних (13 лікарів). Вважають ожиріння як фактор ризику захворювань 79,5% опитаних (31 лікар). Найбільш об'єктивний спосіб діагностики ожиріння 100% опитаних (39 лікарів) вважають визначення ІМТ. 100% опитаних (39 лікарів) правильно накладають сантиметрову стрічку при визначенні окружностей талії та стегон. З усіма можливими варіантами лікування ожиріння знайомі 74,5% опитаних (29 лікарів), морбідного ожиріння – 64,1% опитаних (25 лікарів). Найбільшу кількість помилок при заповненні анкети зробили гінекологи – 23 помилки (24,2%); терапевти – 15 помилок (15,7%); сімейні лікарі – 13 помилок (13,7%); ендокринологи та кардіологи – 10 помилок (10,5%); анестезіологи та офтальмолог – 7 помилок (7,4%); інфекціоніст – 4 помилки (4,2%); невропатологи – 3 помилки (3,2%); хірург – 2 помилки (2,1%); онколог – 1 помилка (1,1%).

**Висновки:** отримані результати демонструють недостатню кількість знань лікарів різних спеціальностей щодо синдрому ожиріння, а це в свою чергу призводить до ігнорування цієї проблеми, та сповільнення темпів лікування та профілактики багатьох захворювань. Дефіцит знань призводить до порушення комплаєнсу пацієнтів та погіршенню якості їх життя.

## **28. ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ВРАХОВУЮЧИ ВІДМІННОСТІ В РАЦІОНІ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ТА СТУДЕНТІВ-УКРАЇНЦІВ**

### **THE IMPACT OF FOOD ON THE PSYCHOLOGICAL HEALTH CONSIDERING DIFFERENCES IN THE DIET FOREIGN STUDENTS AND UKRAINIAN STUDENTS**

*Староста Т.М., Стебляк К.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Студенти – особлива категорія населення, яка відноситься до групи підвищеного ризику щодо порушення стану здоров'я, так як вони в період навчання відчувають вплив цілого комплексу чинників, що негативно впливають на стан як психологічного, так і фізичного здоров'я. Серед цих чинників значну роль відіграють порушення структури та режиму харчування, особливо в період підвищеного навантаження.

**Мета.** Дослідження наявності порушень психологічного здоров'я, пов'язаного з впливом харчування, враховуючи відмінності в раціоні у студентів-іноземців та студентів-українців.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено опитування 40 студентів-українців (група 1) та 40 іноземних студентів (група 2) чоловічої та жіночої статі 1, 2,

5 курсів медичного факультету УжНУ. У процесі дослідження використовували індивідуально розроблену шкалу (ІРШ) з використанням методу анкетування.

**Результати.** При вивченні даних опитування виявлено відмінності в харчуванні студентів-українців (група I) та студентів-іноземців (група II), зокрема, при порівнянні частоти прийомів їжі. Більша частина групи студентів-іноземців харчуються 1–2 рази на день (53% опитуваних), а серед студентів-українців основна частина харчується 2–3 і більше разів на день (92%), основний прийом їжі у студентів-іноземців припадає на вечір (47%), на відміну від студентів-українців, у яких основний прийом їжі припадає на обід (58%), 20 % опитаних із групи II **завжди** вживають гостру, жирну і копчену їжу, тоді як з студентів-українців – лише 2%. 80% студентів-іноземців **завжди** досолоють і додають спеції до страви, тоді як з студентів-українців – тільки 16%.

Аналізуючи дані тестування, виявили, що у 61% студентів-іноземців спостерігається підвищена тривожність, тоді як у українців – 42%, у групі II 60% студентів вважають себе щасливими, тоді як у групі I – 42%. У 20% студентів-іноземців відзначається **завжди** важке засинання та неспокійний сон, тоді як серед українців – лише 2%.

**Висновки.** У групі студентів-українців відзначається більш якісно та кількісно збалансоване харчування і відповідно менш виражені тривожно-астенічні прояви. Оцінивши результати нашого дослідження, вважаємо, що однією з причин розвитку в групі іноземних студентів підвищеної тривожності, неспокійного сну, швидкої втомлюваності, поряд з психологічними моментами перебування в чужій країні в чужому мовному середовищі, є порушення режиму та структури харчування. Обидві групи потребують рекомендацій щодо правильного харчування та режиму дня.

## **29. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ДВНЗ «УЖНУ»**

THE IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY AND WAY OF LIFE ON THE PREVALENCE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE STUDENTS OF THE MEDICAL FACULTY AND THE FACULTY OF HUMAN HEALTH

*Стебляк К.М., Староста Т.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) на сьогодні вважається однією з найактуальніших медичних проблем у зв'язку зі значною поширеністю і впливом на якість життя людей. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба є поліетіологічним захворюванням. Фактори, що впливають на розвиток захворювання різноманітні: вік, стать, фізична активність, маса тіла, особливості харчування, професійні фактори, шкідливі звички, прийом ряду медикаментів, певні захворювання, вагітність, деякі хірургічні втручання, психологічні особливості тощо.

**Мета.** Дослідити поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у студентів медичного факультету та факультету здоров'я людини ДВНЗ «УжНУ» із врахуванням стилю життя та фізичної активності.

**Матеріали і методи дослідження.** Було проведено опитування 90 студентів 1–4 курсів навчання: 45 студентів-медиків, які не займаються професійно спортом (група I) та 45 студентів факультету здоров'я людини, які мають регулярні тренування та активно займаються спортом (група II), чоловічої та жіночої статі. У процесі дослідження використовували індивідуально розроблену шкалу (ІРШ) з використанням методу анкетування. Критеріями ГЕРХ були такі: печія, зригування кислим, дисфагія.

**Результати й обговорення.** У групі опитаних студентів медичного факультету основним чинником, що зумовлював виникнення печії, було приймання їжі – 83% спостережень. У той час як у студентів факультету здоров'я людини печія з'являлася після приймання їжі у 48% осіб, і 67% студентів-спортсменів вказали на причину виникнення

печії – зміну положення тіла. Слід відзначити і той факт, що студенти-медики, на відміну від студентів-спортсменів серед причин печії значно частіше вказували на вживання алкоголю та куріння відповідно в 21% та 14% випадках.

12% студентів-спортсменів скаржились на щоденну печію, 23 % – на її виникнення раз на тиждень. Так, серед студентів медичного факультету скаржаться на щоденну печію 21% осіб. Печію раз на тиждень виявлено у 32% студентів.

Як видно з вищесказаного, причини виникнення печії у студентів різної спеціалізації достовірно відрізнялися.

**Висновки.** 1. Симптом печії був основним у 35,0% студентів-медиків та у 18,2% студентів факультету здоров'я людини.

2. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба рідше виникає у молодих осіб, чий стиль життя пов'язаний із достатнім (але не надмірним) фізичним навантаженням.

3. При проведенні анкетувань, а також профілактичних і лікувальних заходів для студентів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою та для її попередження необхідно враховувати вплив способу життя та рівень фізичної активності.

### **30. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

#### **FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS IN COMBINATION WITH CORONARY HEART DISEASE**

*Шушман Л.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ганич Т.М.; д.мед.н., проф. Фатула М.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Хронічний панкреатит займає особливе місце серед проблем гастроентерології. Захворювання характеризується прогресуючим перебігом та наростанням функціональної недостатності підшлункової залози. ХП рідко є ізольованим захворюванням. Досить частим є поєднання ХП з ІХС, яке негативно відзначається на клініці обох захворювань.

**Мета роботи.** Дослідити особливості клінічної картини ХП у поєднанні з ІХС, зміни показників лабораторних досліджень, роль антиоксидантного захисту, імунної відповіді організму на хронічний запальний процес.

**Матеріали і методи досліджень.** Діагноз ХП та ІХС встановлювали згідно з клінічними протоколами відповідних наказів МОЗ України, обґрунтовували на підставі даних анамнезу і результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень. У дослідженні прийняло участь 60 пацієнтів, 20 з яких страждали на ХП без супутніх захворювань (I група), 20 пацієнтів, які мали ІХС (II група) та 20 осіб, які страждали на ХП із супутньою ІХС (III група).

**Результати.** У ході дослідження доведено, що трюноопаління, алкогольна інтоксикація, психоемоційні перенавантаження є основними факторами прогресування коморбідності ХП із ІХС. Найвісність супутньої ІХС при ХП змінює клінічну картину, згладжує інтенсивність абдомінального болю (у 17,5% пацієнтів), змінюючи його іррадіацію і надаючи перевагу диспептичному синдрому (у 77,5% пацієнтів). Встановлено, що у хворих на ХП із ІХС підвищується рівень прозапальних цитокінів – інтерлейкіну-1 $\beta$  у 3,7 разів, фактору некрозу пухлин- $\alpha$  в 1,21 разів, зростає рівень CRP в 6,5 разів. Дані показники можуть бути використаними як критерії кардіоваскулярного ризику в даній групі осіб. Коморбідний перебіг ХП з ІХС супроводжується неконтрольованістю процесів пероксидації ліпідів і білків (зростанням малонового альдегіду з ініціацією в 1,39 разів), вираженням зниження активності глутатіонової ланки антиоксидантного захисту. Також у хворих виявлений атерогенний характер дисліпідемії – підвищення вмісту загальних ліпідів, ХС, ЛПНЩ, атерогенного індексу, а також тригліцеролів. У хворих на ХП з ІХС підвищуються показники глюкози (в 1,4 разів), глікозильованого гемоглобіну (в 1,5 разів), імунореактивного інсуліну (в 2,9 разів) порівняно з групою практично здорових осіб.

**Висновки.** ХП та ІХС вражають різні органи, проте впливають на перебіг один одного. У комплекс обстеження хворих на ХП в поєднанні з ІХС доцільно досліджувати показники CRP, інтерлейкіну-1 $\beta$ , фактору некрозу пухлин- $\alpha$ , глюкози, глікозильованого гемоглобіну, ліпидограми. Наявність загальних ланок патогенезу розвитку й прогресування ХП із ІХС потребує призначення комплексної терапії для нормалізації метаболізму, ендотеліальної дисфункції, ступеню активності хронічної запальної відповіді, гіперліпідемічного синдрому та інсулінорезистентності, а також профілактики ускладнень.



**СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН**  
**(НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОЛОГІЯ)**

**SECTION OF NEUROLOGIC DISCIPLINES**  
**(NEUROLOGY, PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY)**

Медичний факультет, ауд. 562

**Голова секції:** Алфелдїй Б.С.  
Head of the section: B. Alfeldiy  
**Секретарсекції:** Попович В.В.  
Secretary of the section: V. Popovych

---

**1. ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЛІКАРІВ**  
**AGGRESSION BEHAVIOR AMONG MILITARY AND DOCTORS**

*Ангельська В.Ю., Шемет В.С., Юрчишина І.В.*

*Наукові керівники: к.психол.н., доц. Корольова Н.Д., к.мед.н., доц. Матвійчук М.В.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра медицини катастроф та військової медицини*

*м. Вінниця, Україна*

**Актуальність:**Однією з характерних особливостей взаємодії людей у сучасному суспільстві є підвищена конфліктність та агресивність. Це пов'язано з впливом цілого ряду факторів що ускладнюють життєдіяльність і є джерелом роздратування, та виникнення психічної напруги Особливо практичну значимість це має у дослідженні військовослужбовців та лікарів. Агресивність займає важливе місце, яке може виступати дестабілізуючим фактором у роботі впливає на здатність контролювати і регулювати власні поведінкові реакції, які потрібні для забезпечення виконання своїх завдань.

**Мета дослідження:** Визначити домінуючий вид агресивності у військовослужбовців та лікарів, що перебували у зоні АТО.

**Матеріали і методи:** Дослідження проводилось на базі ВМКЦ Центрального регіону та Вінницькому обласному клінічному госпіталі ветеранів війни. Загальна кількість досліджуваних – 100 осіб. Під час визначення агресивності було сформовано дві групи з однаковою кількістю респондентів, а саме: перша група лікарі – 50, друга –

військовослужбовці – 50. Для дослідження прояву агресивності ми використали методіку діагностики форм агресії А. Басса й А. Дарки, методіку діагностики А. Ассінгера, що досліджує рівень агресивності.

**Результати.** Агресія – це поведінка, яка спричинює шкоду іншим людям. Агресія проявляється у побитті інших людей, у вербальних образах, погрозах, ворожих насмішках, жортах, а також містить непрямі форми фізичної та вербальної агресії (бойкот, ворожа міміка та жестикуляція). На основі отриманих даних ми здійснили якісний аналіз результатів дослідження рівня прояву основних форм агресії і ворожих реакцій лікарів. В процесі інтерпретації результатів нами було виявлено, що фізична агресія притаманна –  $16 \pm 10,42\%$ , непряма агресія –  $8 \pm 7,71\%$ , дратівливість –  $26 \pm 12,47\%$ , негативізм –  $10 \pm 8,53\%$ , образа –  $2 \pm 3,98\%$ , підозрілість –  $6 \pm 6,75\%$ , вербальна агресія –  $30 \pm 13,02\%$ , почуття провини –  $2 \pm 3,98\%$ .

Прояви у військових: фізична агресія притаманна –  $20 \pm 11,37\%$ , непряма агресія –  $4 \pm 7,57\%$ , дратівливість –  $16 \pm 10,42\%$ , негативізм –  $10 \pm 8,53\%$ , образа –  $10 \pm 8,53\%$ , підозрілість –  $14 \pm 9,86\%$ , вербальна агресія –  $20 \pm 11,37\%$ , почуття провини –  $6 \pm 6,75\%$ . За методікою А. Ассінгера отримані такі дані: лікарі:  $6 \pm 6,75\%$  35 та менше балів,  $84 \pm 10,42\%$  36-44 бали,  $10 \pm 8,53\%$  45 і більше балів; військові:  $2 \pm 3,98\%$  35 та менше балів,  $24 \pm 9,86\%$  36-44 бали,  $14 \pm 12,14\%$  45 і більше.

**Висновок.** Таким чином, за даними проведеного обстеження, встановлено, щоза діагностикою форм агресії А. Басса й А. Дарки лікарі користуються механізмом захисту агресії, переважала вербальна агресія –  $30 \pm 13,02\%$ , та дратівливість –  $26 \pm 12,47\%$ , у військовослужбовців переважала фізична агресія –  $20 \pm 11,37\%$ , вербальна агресія –  $20 \pm 11,37\%$ . Домінуючі показники за методікою А. Ассінгера в межах 36-44 бали, що вказують на помірний рівень агресивності, який не впливає на якість життя та здатність комунікації.

## 2. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ PECULIARITIES OF COGNITIVE FUNCTIONS DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*Аравицкая Дж.Н.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Дарий В.И.*

*Запорожский государственный медицинский университет*

*г. Запорожье, Украина*

**Актуальность.** Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание ЦНС, наиболее часто поражающее активно работающих людей в возрасте от 15 до 50 лет и приводящее к инвалидизации. Когнитивные нарушения сопровождают от 45% до 70% случаев РС.

**Цель исследования.** Изучить особенности познавательных процессов когнитивных функций у больных с рецидивирующе-ремиттирующим течением рассеянного склероза.

**Материалы и методы.** Обследовано 17 пациентов с диагнозом рассеянный склероз. Программа обследования включала: сбор анамнеза, неврологический осмотр, нейропсихологическое обследование и методы нейровизуализации. Когнитивные функции исследовались при помощи теста Векслера. Выраженность неврологических нарушений оценивалась по расширенной шкале инвалидизации EDSS. В группу контрольных пациентов включено 8 человек.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 9 женщин и 8 мужчин. Возраст пациентов составлял от 18 до 47 лет. Средний возраст составил  $38,9 \pm 10,5$  лет, средний возраст дебюта  $30,6 \pm 11,4$  лет, длительность заболевания составляла от 3 до 13 лет, средний балл по EDSS  $4,0 \pm 1,86$ . Анализ клинико-анамнестических данных пациентов выявил, что степень когнитивных нарушений зависит больше от выраженности неврологических нарушений по шкале EDSS ( $p < 0,05$ ) и длительности заболевания, чем от возраста и дебюта заболевания.

Результаты IQ по общей шкале Векслера в группе больных составляют  $102 \pm 8,8$  баллов (средний IQ), что достоверно ниже, чем показатели в группе контрольных больных –  $125 \pm 11,3$  баллов (высокий IQ).

По результатам тестирования по общей шкале Векслера в группе больных рассеянным склерозом выявлены следующие результаты: 18,2% больных имеют «высокий нормальный IQ», 72,7% – «средний нормальный IQ» и 9,1% – «низкий нормальный IQ».

В группе контрольных больных получены следующие результаты: 68,3% – «средний нормальный IQ», 16,7% – «высокий нормальный IQ» и 15,1% имеют «высокий IQ».

Примечательно, что у двоих пациентов был выявлен низкий нормальный IQ. У обоих пациентов определен высокий балл по расширенной шкале инвалидизации EDSS – 6,5 и 7 баллов соответственно. Длительность заболевания – более 7 лет. Оба пациента были в фазе обострения рассеянного склероза с преимущественным нарушением экстрапирамидной системы и мозжечковыми нарушениями. По данным МРТ-исследования, у обоих пациентов выявлены множественные очаги демиелинизации в областях субкортикально лобным и височным областям, в мозолистом теле и перивентрикулярно боковым желудочкам, а также в шейном и поясничном отделах спинного мозга.

**Выводы:** 1) При сравнении когнитивных нарушений по общей шкале Векслера оказалось, что группа больных с рассеянным склерозом имеет незначительные расхождения с показателями группы контрольных пациентов, однако в группе пациентов с РС часть больных имеет «низкий нормальный IQ», в то время как в группе контрольных больных таковые отсутствовали. Данный факт может свидетельствовать о том, несмотря на то, что в целом, у больных РС показатели не выходят за границы нормы, однако они являются достоверно более низкими, чем в группе контрольных больных.

2) У больных с результатами тестирования «ниже среднего IQ» отмечались: А) длительное течение рассеянного склероза (более 7 лет), Б) корреляция с тяжестью объективных неврологических нарушений, В) зависимость от фазы течения рассеянного склероза.

### **3. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ ANALYSING THE MEDICAL STUDENTS' LEVELS OF ALEXITHYMYA WITH THE ROLE OF SOCIAL FACTORS**

*Аскеров Р.Н.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** Алекситимією називають психологічний феномен, що асоціюється зі складнощами з розумінням власних емоцій та почуттів; з описом почуттів власних та інших людей; відсутність творчого мислення, фантазій; перевага орієнтування на зовнішні події. Ці ознаки ускладнюють життя, нівелюють продуктивність контакту «людина-людина», що є неприпустимодля лікаря та можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань.

**Мета роботи.** Дослідити рівні алекситимічних ознак у студентів з урахуванням соціальних факторів.

**Матеріали і методи дослідження.** Було опитано 74 студента (I–VI курсів, обох статей, віком 21±4 роки) за допомогою анкетування у вигляді тесту Toronto Alexithymia Scale (TAS-20-R) (20 питань). Також було додано питання, що стосуються особливостей студентського соціального життя. Результат тесту має 4 компоненти: середній бал – основний (СБ), складнощі з ідентифікацією почуттів (СПП), складнощі з описом почуттів (СОП), зовнішньо-орієнтоване мислення (ЗОМ).

**Результати.** Підвищення СБ зафіксовано у 14,86%, зниження СБ – у 21,62%. 35,1% має хоча б один алекситимічний розлад. Підвищені СПП – 16,21%, СОП – 27,02%, ЗОМ – 5,4%. Мають 2 алекситимічних розлади 13,51% (підвищені СПП/СОП – 10,81%, СОП/ЗОМ – 2,7%, СПП/ЗОМ – 1,35%). Згідно з факторами підвищення СБ реєструється

частіше у дівчат; трієчників; першокурсників; працюючих; віком 23-25 років; які мешкають самі/в гуртожитку. Зниження СБ реєструється частіше у хлопців; відмінників; III, VI курсів; працюючих; віком 20–22; які мешкають з друзями та батьками. Підвищення СП частіше у хлопців; трієчників; I курсу; працюючих; віком 23-25; які мешкають з чоловіком/жінкою та ті, що знімають житло самі. Підвищення СОП частіше у хлопців; відмінників; I курсу; працюючих; віком 23–25; які мешкають у гуртожитку та з батьками. Підвищення ЗОМ частіше у дівчат; трієчників; III, VI курсів; непрацюючих; віком 23–25; ті, що самі знімають житло. Зниження СП частіше у дівчат; відмінників; VI, V курсів; працюючих; віком 20–22; які живуть з чоловіком/жінкою. Зниження СОП частіше у дівчат; відмінників; II курсу; працюючих; віком 20–22; які живуть з друзями. Зниження ЗОМ частіше у хлопців; відмінників; IV курсу; працюючих; віком 20–22; які мешкають з батьками та у гуртожитку.

**Висновки.** Завдяки анкетуванню було виявлено наявність алекситимічних ознак у студентів-медиків. Враховуючи вищенаведені результати, студентам рекомендується звернути увагу на стан свого психічного здоров'я, звернутися за консультацією до психотерапевта, пройти курс занять, спрямованих на усвідомлення і корекцію свого стану.

#### **4. АНАЛІЗ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ З ПОВНИХ ТА НЕПОВНИХ СІМЕЙ**

ANALYSIS AND SPECIAL ASPECTS IN FORMATION OF DEPENDENCE AMONG STUDENTS FROM TWO-PARENT AND INCOMPLETE FAMILIES

*Битлянин М.В., Битлянин К.В., Попруженко Е.Р.*

*Науковий керівник: доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії з курсом медичної психології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** За даними ВООЗ, здоров'я людини та тривалість її життя тільки на 10% визначаються станом охорони здоров'я і якістю медичної допомоги, що надається, на 10% зв'язані з генетичними факторами, на 20% зі станом навколишнього середовища і природно-кліматичними факторами. Максимальний вплив на здоров'я людини – до 60% виявляє стиль життя, прихильність до здорового способу життя, чи, навпаки, наявність деструктивних саморуйнуючих форм поведінки. Причини та умови, що знижують вірогідність у індивіда чи групи осіб стати споживачем алкоголю, ПАР, називаються факторами захисту і створюють шляхи формування здорового способу життя. Однією з цілей формування здорового способу життя є привертання уваги до необхідності профілактики формування адикцій.

**Мета роботи.** Проаналізувати вікові рамки досвіду вживання алкоголю, тютюну, ПАР серед різних груп студентської молоді. Зробити кореляційний аналіз первинної ознайомленості з вживанням тютюну, алкоголю, ПАР серед студентів, що виховувались в неповних сім'ях (КГ) по відношенню до всіх респондентів. На основі отриманих даних розробити інформаційно-рекомендаційну літературу для ранньої профілактики формування адикцій.

**Матеріали та методи дослідження.** За допомогою оригінально розроблена анкети та новітньою методикою комунікації з використанням соціальних мереж, що показала високу ефективність та результат в максимально короткий час із залученням максимальної кількості респондентів, було досліджено 500 студентів: чоловіки – 109 (21,8%), жінки – 391 (78,2%), середній вік опитаних – 20 років. Знайома залежність від: тютюну – 107 (21,4%), алкоголю – 45 (9%), ПАР – 38 (7,6%). У контрольну групу (КГ) увійшло 46 респондентів (9,2%), серед них чоловіків – 10 (21,7%), жінок – 36 (78,3%). Знайома залежність від: тютюну – 13 (28,2%), алкоголю – 6 (13%), ПАР – 3 (6,5%).

Вперше більшість спробували алкоголь у віці 12–15 років (41,4%), палити у віці  $\geq 16$  років (31,4%), ПАР –  $\geq 16$  – (8,8%), а у КГ: алкоголь у віці 12–15 (45,6%), палити – 12–15 (39,1%), ПАР –  $\geq 16$  (4,3%).

**Висновки.** На основі проведеного кореляційного аналізу можна дійти таких висновків:

1. Тютюнова залежність посідає перше місце серед молоді і поширена більше серед чоловіків.

2. На раннє формування адикцій не впливає виховання в неповній сім'ї.

3. Частота адикцій у студентів, що виховувались в неповній сім'ї не значно відрізняється від частоти у осіб з повних сімей

Ми рекомендуємо створення інформаційно-просвітницьких матеріалів у вигляді брошури чи буклету, а також залучення сучасних технологій для попередження раннього споживання алкоголю, тютюну, ПАР серед дітей та молоді з орієнтацією на відповідні вікові групи: тютюнопаління та алкоголь 12–15 років, ПАР  $\geq$ 16 років.

## 5. ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ХОДИ СПИНОЮ ВПЕРЕД У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ PARAMETER ESTIMATION IN BACKWARD LOCOMOTION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

*Білий С.В., Будолак А.Ю.*

*Науковий керівник: ас. Лета І.І.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нервових хвороб*

*м. Вінниця, Україна*

**Актуальність теми:** ішемічний інсульт розповсюджене неврологічне захворювання і є провідною причиною інвалідизації в Україні та світі. Основними факторами інвалідизації є втрата мобільності та когнітивні порушення.

**Мета роботи:** дослідити параметри ходи спиною вперед у осіб, що перенесли ішемічний інсульт та їх зв'язок з важкістю інсульту, локалізацією та когнітивними змінами.

**Матеріали і методи дослідження:** обстежено 30 пацієнтів хворих на підтверджений ішемічний півкульний інсульт легкої та середньої важкості. Проведена стандартизована оцінка за шкалами NIHSS, Bartel, mRS, MMSE, MOCA, SDMT, PHQ-9, NIH Toolbox Four-Meter Walk Gait Speed Test, Timed Up and Go test. Оцінка параметрів ходи проводилась на системі GAITRite.

**Результати:** розподіл по статі склав 19 чоловіків та 11 жінок. Середній вік склав 56,75 р. (медіана 57 р., s. d. 10,26). Розподіл по враженій півкулі: права 13, ліва 17 випадків. Середній бал за NIHSS 4,03 (медіана 4 s. d. 1,61). За шкалою Bartel 90,96 (медіана 90 s. d. 6,79). За шкалою mRS 1,81 (медіана 2 s. d. 0,85). Середній бал по MMSE склав 26,44 (медіана 27 s. d. 2,88). За шкалою MOCA 21,53 (медіана 21,5 s. d. 5,25). PHQ-9 10,03 (медіана 9,5 s. d. 5,06). NIH Toolbox Four-Meter Walk Gait Speed Test 5,12 (медіана 5,0 s. d. 1,70). Timed Up and Go test 11,25 (медіана 10,0 s. d. 2,84). Параметри ходи обличчям та спиною вперед відповідно: середня швидкість ходи склала 84,02 см/с (s. d. 21,81) та 45,1 см/с (s. d. 15,95); каданс 95 (s. d. 11,88) кроків/хв та 84,9 (s. d. 15,9) кроків на хвилину; довжина кроку лівою ногою 52,0 см та 32,69 см, правою ногою 52,6 см та 31,55 см. Не було виявлено статистичної різниці між враженою півкулею. Довжина циклу кроку лівою ногою склала 105,4 та 64,28 см; правою 104, 88 та 64,52 см. Також не було виявлено статистичної різниці в залежності від враженої півкулі. Виявлено достовірну різницю в часі опору на одну ногу при ході спиною вперед у пацієнтів з інсультом в лівій півкулі – опір на ліву ногу 40,5% (s. d. 3, 54) на праву 37,64% (s. d. 4,11)  $p=0,033$ , при ході обличчям вперед достовірної різниці не виявлено. Виявлено достовірну помірну кореляційну залежність між шириною бази опору та MMSE  $r=0,409$ ,  $p=0,45$ .

**Висновок:** в групі пацієнтів з ішемічним інсультом легкого ступеня важкості не виявлено достовірної різниці в параметрах ходи в порівнянні з ураженою та не ураженою стороною. При ході спиною вперед змінюються окремі параметри, але їх аналіз потребує подальшого вивчення та більшої вибірки спостережень. Планується подальше вивчення цієї проблеми.

## **6. ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО ТЕСТУВАННЯ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ.**

PREDICTION OF THE PROGRESS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN THE APPLICATIONAL TESTING ON PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPOTHYROIDISM.

*Герот М.І., Кіра Т.Ю., Ковач Е.А., Козут Ю.І.*

*Науковий керівник: асист. Лесів М.І.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра неврології та нейрохірургії*

*м. Івано-Франківськ, Україна.*

**Вступ:** на сьогоднішній день однією з вагомих проблем клінічної неврології являється розробка нових наукових підходів до визначення когнітивних порушень у людей, які страждають на гіпертонічну хворобу та гіпотиреозне захворювання. Діагностика когнітивних порушень у хворих на ранніх стадіях розвитку тяжка у зв'язку з необізнаністю лікарів терапевтичного профілю про особливості перебігів та темпи прогресування даних розумових порушень, особливості їх ведення та необхідності нейропсихологічного тестування, що не викликає сумнівів в актуальності нашої роботи.

**Метою** наукової роботи було проаналізувати когнітивні порушення у хворих на гіпертонічну хворобу та у пацієнтів із гіпотиреозом за допомогою короткої шкали оцінки психічного статусу(MMSE), шкали МоСА та Когнітивного Тесту Аденбрука – КТА-III (українська версія 2017р.)

**Матеріали і методи:** дослідження проводилося за участі 22-ох хворих віком від 40 до 60 р., які були поділені на дві дослідні групи. I – 11 пацієнтів із гіпертонічною хворобою, які отримують антигіпертензивну терапію (50%); II – 11 пацієнтів із гіпотиреозом, які отримують відповідне лікування. Контрольна група – 10 здорових осіб. Тестування проводилося в умовах стаціонару, затрачаючи 30 хв. на кожного пацієнта. Використовувались: Mini-Mental State Examination(MMSE), МоСА та The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (українська версія 2017 р.)

**Результати:** в результаті статистичного аналізу отриманих даних виявлена різниця між результатами обстеження за шкалами MMSE, МоСА та Аденбрука як першої, так і другої групи у порівнянні з контролем. Проте у дослідженні достовірна різниця між результатами першої і другої дослідницької групи відсутня. Було визначено, що існує прямий сильний зв'язок між результатами тестування MMSE, МоСА та Аденбрука I групи та результатами тестування MMSE, МоСА та Аденбрука II групи пацієнтів. Чутливість тесту MMSE є недостатньою, як скринінг когнітивних розладів застосовували шкалу МоСА. Шкала Аденбрука виявилась найчутливішою до виявлення зниження когнітивних функцій.

**Висновок:** виходячи з вищесказаного можна зробити заключення, що використання даних тестів для визначення когнітивних порушень є певною мірою ефективними у попередженні ранніх етапів зниження розумової активності. Що дає поштовх до пошуків специфічних комплексних досліджень до широкого спектру порушень. У даному вибраному науковому напрямку будуть продовжені дослідження.

## **7. АНАЛІЗ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПЕРЕНЕСЕНИМ КАРДІОЕМБОЛІЧНИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ҐРУНТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

ANALYSIS OF SECONDARY PROPHYLAXIS OF CARDIOVASCULAR EVENTS IN VINNYTSIA REGION PATIENTS WHO HAD CARDIOEMBOLIC ISCHEMIC STROKE AS A RESULT OF NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION

*Динис Т.В., Кириченко Т.В., Лета І. І., Масловський В. Ю.*

*Науковий керівник: ас. Лета І.І.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра нервових хвороб*

*м. Вінниця, Україна*

**Актуальність.** Ішемічний інсульт – важке неврологічне гетерогенне мультифакторне захворювання, яке проявляється раптовою стійкою неврологічною симптоматикою та є ведучою причиною інвалідизації населення в Україні та світі. Неклапанний кардіоемболічний ішемічний інсульт (КІ) обумовлений фібриляцією передсердь (ФП) є причиною 50% всіх КІ відповідно до критеріїв TOAST. За даними Aguilar M I, Hart R, Pearce L A. за своєчасного призначення пероральних антикоагулянтів можна запобігти до 70% КІ. Також важливе значення має вторинна профілактика КІ, тому що мінімальний ризик повторних кардіоемболій становить 2,2 % на рік (Swedish Atrial Fibrillation Cohort Study).

**Мета.** Оцінити медикаментозну вторинну профілактику жителів Вінницької області, що перенесли підтверджений не клапанний ішемічний інсульт на ґрунті фібриляції передсердь.

**Матеріали та методи.** Аналіз виписок з історій хвороб неврологічного відділення №5 Вінницької обласної психо-неврологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко. Дослідження проведено в дизайні вибіркового кількісного опису серії ІІ з 2009 по 2016 рік, які були рандомізовані з архіву з допомогою генератора випадкових чисел. Критерієм включення був заключний діагноз відповідний до МКБ-10 І63.4, ФП та відсутні інші причини для кардіоемболії. Аналіз проводився в програмі Dell Statistica.

**Результати.** Розподіл по статі складав чол. 68, жін. 52 (n=120). Медіана віку складала 69 р. (s.d. 9,09), серед чоловіків 67,5 (s.d. 9,36), жінок 70,5 (s.d. 8,42). Різнити у віці достовірно значима  $p=0,038$ . Медіана важкості інсульту по шкалі NIHSS складала 6 (s.d. 3,1), достовірно важкість не відрізнялась між чоловіками та жінками. Медіана СНА<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc складала 4 (s.d. 1,63). Для вторинної профілактики було призначено: клопідогрель в 35% випадків (42), аспірин 20,83% (25), антагоністи вітаміну К 22,5% (27), сучасні пероральні антикоагулянти – рівароксабан 6,6% (8) та дабігатран 15% (18). Загалом співвідношення пероральних антикоагулянтів (ПАКГ) до антиагрегантів (АнтАГР) складо 44,16% (53) до 55,83% (67). В 2009 р. призначено АнтАГР 13, ПАКГ 0, в 2010 р. АнтАГР 11, ПАКГ 2; в 2011 р. АнтАГР 9, ПАКГ 6; в 2012 р. АнтАГР 9, ПАКГ 10; в 2013 р. АнтАГР 6, ПАКГ 8; в 2014 р. АнтАГР 11, ПАКГ 6; в 2015 р. АнтАГР 5, ПАКГ 10; та в 2016 р. АнтАГР 3, ПАКГ 11. Аторвастатин призначений в 92 випадках, розувастатин у 8. Також в 103 випадках були призначені гіпотензивні засоби (бета-блокатори, іАПФ, блокатори кальційових рецепторів, БРА-2, сечогінні). В середньому пацієнту на амбулаторний прийом рекомендовано 4 лікарських засоби (s.d.0.93).

**Висновки.** Вторинна профілактика КІ в 55,83% з 2009 по 2016 рр. не відповідала світовим стандартам. З 2012 року (опублікований наказ МОЗ 03.08.2012 № 602) є позитивна тенденція в призначенні ПАКГ. Низький рівень призначення ПАКГ ймовірно пов'язаний з соціально-економічними чинниками та особливостями місця проживання в сільській місцевості та доступу до клінічних лабораторій і потребує подальшого вивчення.

## **8. ВИВЧЕННЯ ВІДПОВІДІ НА ПРЕПАРАТИ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РОЛАНДИЧНОЮ ЕПІЛЕПСІЮ.**

### **THE STUDY OF THE RESPONSE ON FIRST-LINE DRUGS IN PATIENTS WITH ROLANDIC EPILEPSY.**

*Жорник В.В., Пантьо А.В.*

*Науковий керівник : Студеняк Т.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра неврології та нейрохірургії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Роландична епілепсія – одна із найчастіших форм епілепсії дитячого віку. Поширеність її складає 21 на 100 тис. здорового дитячого населення. Хоча не виключено, що істинна частота роландичної епілепсії значно вища, оскільки у багатьох хворих відмічаються одиничні нічні напади, які залишаються непоміченими. Дана форма захворювання вирізняється доброякісним перебігом, тенденцією до самовилікування,

характерними ЕЕГ-проявами (поліфазні спайки з чіткою локалізацією в центральній та середній скроневій частках), а також відсутністю ознак органічного ураження центральної нервової системи.

**Мета роботи.** Вивчення відповіді на лікування препаратами першої лінії та визначення когнітивних порушень (складності в навчанні, порушення уваги, пам'яті та гіперактивність) у пацієнтів, хворих на роландичну епілепсію.

**Матеріали та методи дослідження.** В дослідження взяли участь 36 пацієнтів віком від 4-ох до 19-ти років. Батькам дітей з діагнозом «роландична епілепсія» було запропоновано анонімно відповісти на запитання розробленої нами анкети, що охоплює такі аспекти захворювання як вік дебюту, типова клінічна картина нападів, наявність когнітивних порушень (пам'яті, уваги і т.д.), ефективність призначеного лікування, а також наявність обтяженого спадкового анамнезу. В залежності від препарату, прийомом якого було досягнуто терапевтичного ефекту (CBZ, VPA, LEV, LTG), респондентів було розподілено на 4 групи.

В дослідження було використано бібліосемантичний та статистичний методи.

**Результати.** До першої групи було віднесено 7 пацієнтів, що приймали препарати, діючою речовиною яких був карбамазепін (Карбамазепін, Карбалекс, Фінлепсин); до другої – 18 пацієнтів, які приймали препарати вальпрової кислоти (Вальпроком, Депакін, Конвулекс); до третьої – 7 пацієнтів, які приймали препарати леветірацетаму, а до четвертої – 4 пацієнти, які приймали препарати, діючою речовиною яких був ламотриджин. Ефективність лікування у першій групі становила 71,5%, у другій – 77,8%, у третій – 85,7%, а препарати четвертої групи мали терапевтичний ефект у всіх пацієнтів. Скарги на когнітивні порушення було виявлено у 66,5% досліджуваних. При цьому порушення пам'яті відзначалось у 22%, порушення уваги – у 33%, гіперактивність – у 39%, а складності у навчанні у 33% пацієнтів.

**Висновки.** Ефективність лікування препаратами всіх чотирьох груп, була достатньо високою. Найнижча ефективність була у препаратів карбамазепіну, а найвища – у ламотриджину. Когнітивні порушення було виявлено більше ніж у половини пацієнтів (найчастіший прояв – гіперактивність).

## **9. ОЦІНКА СТУПЕНЮ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ: ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МОНРЕАЛЬСЬКОЇ ШКАЛИ ТА MINI MENTAL STATE EXAMINATION ESTIMATION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS II TYPE: COMPARISON OF THE EFFICIENCY OF MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT AND MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

*Ніколаєнко С.І., Павленко Р.О.*

*Науковий керівник: ас. Антоненко А.В.<sup>1</sup>, доц. Михальчишин Г.В.<sup>2</sup>*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*<sup>1</sup>Кафедра внутрішньої медицини № 3 (зав. каф. проф. Яременко О.Б.)*

*<sup>2</sup>Кафедра ендокринології (зав. каф. проф. Комісаренко Ю.І.)*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Цукровий діабет (ЦД) – одне із найпоширеніших неінфекційних захворювань у світі. За оцінками ВООЗ від нього страждають понад 150 млн людей на планеті, а до 2025 року ця кількість може подвоїтися. Одним із ускладнень ЦД обох типів є розвиток когнітивних відхилень легкого ступеню (КВЛС), що було доведено у дослідження ACCORD-MIND. Даний стан призводить до зниження якості життя пацієнтів із ЦД навіть за наявності найменших відхилень, а також чинить негативний економічний вплив. *Об'єктивна діагностика* КВЛС завжди пов'язана із певними труднощами. Так, золотим стандартом у визначенні ступеню КВ є спеціальні опитники, зокрема Mini Mental State Examination (MMSE). Проте чутливість даної методики при оцінці КВЛС є недостатньою, тому необхідне дослідження ефективності інших стандартизованих шкал.

**Мета роботи.** Порівняти чутливість Montreal Cognitive Assessment (MCA) та MMSE при оцінці КВЛС у пацієнтів із ЦД II типу.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного ендокринологічного центру та Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 3 протягом 5 місяців. У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів із ЦД II типу. Всі пацієнти були ознайомлені із метою та ходом проведення опитування та надали інформовану згоду на участь. Опитування проводилося двома дослідниками за типовим алгоритмом згідно до інструкцій MMSE та MCA. Результати оцінювалися за кількістю набраних балів. Статистична обробка даних проводилася із використання програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 23.

**Результати.** Статевий розподіл – 23 жінки (57,5%) та 17 чоловіків (42,5%) віком від 55 до 72 років (95% ДІ 57–63 роки). Індекс маси тіла становив 31,17 кг/м<sup>2</sup> (95% ДІ 27,4–34,6), рівень глікованого гемоглобіну – 7,8% (95% ДІ 7,8–11,7%). За шкалою MMSE у жодного з пацієнтів не було діагностовано КВЛС, при цьому у 30 із 40 пацієнтів за MCA було зареєстровано наявність КВЛС. Кількість балів за шкалою MMSE становила 27 (95% ДІ 26–28 балів, від 24 до 30 балів), за шкалою MCA 24 бали (95% ДІ 23–25 балів, від 18 до 28 балів). Не виявлено достовірної кореляції за коефіцієнтами Кендела ( $p=0,215$ ), Спірмана ( $p=0,244$ ) між шкалами MCA та MMSE. Виявлено відмінність в значеннях MMSE, пов'язані зі статтю ( $R=0,408$ ,  $p=0,049$ ).

**Висновки.** Незважаючи на невелику вибірку, дане дослідження доводить повну непридатність шкали MMSE для визначення когнітивного дефіциту у пацієнтів з цукровим діабетом II ступеня. Необхідно розширювати дослідження для визначення впливу інших факторів, таких як вік, рівень глікованого гемоглобіну, наявність/відсутність вищої освіти тощо.

## 10. ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РОЛАНДИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ THE STUDY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ROLANDIC EPILEPSY

*Пантьо А., Жорник В.В.*

*Науковий керівник: Студеняк Т.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології та нейрохірургії  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Роландична епілепсія – це доброякісна форма епілепсії у дітей, яка характеризується короткими судомними нападами однієї половини обличчя, язика, глотки, пов'язана з характерною ЕЕГ картиною (центротемпоральні спайки). Напади спостерігаються в нічний час, тому часто ця форма епілепсії залишається непоміченою. Захворювання має сприятливий прогноз. Розвиток роландичної епілепсії у 20–60% випадків пов'язаний з спадковими факторами в поєднанні з незрілістю нервових клітин дитини з формуванням зони судомної готовності в ділянці Роландової борозни. Тому, в процесі росту дитини відзначається зменшення кількості епінападів і тенденція до самовидужання.

**Мета роботи.** Вивчення особливостей клініки епілептичних нападів у пацієнтів, хворих на роландичну епілепсію (простих парціальних – у вигляді нетривалих односторонніх посмикувань м'язів обличчя, губ, язика, глотки; та складних парціальних – у вигляді моторних та вторинно-генералізованих нападів), оцінка тривалості нападів. Респондентів було розподілено на групи, в залежності від клініки, тривалості нападів та наявності фебрильних судом у віці до 3-х років, як статистично достовірного фактора ризику розвитку роландичної епілепсії.

**Матеріали та методи дослідження.** В дослідженні взяли участь 36 пацієнтів віком від 4-ох до 19-ти років. Батькам дітей з діагнозом «роландична епілепсія» було запропоновано анонімно відповісти на запитання розробленої нами анкети, що охоплює такі аспекти захворювання як вік дебюту, типова клінічна картина нападів, наявність когнітивних порушень (пам'яті, уваги і т.д.), ефективність призначеного лікування, а також наявність обтяженого спадкового анамнезу.

В дослідженні було використано бібліосемантичний та статистичний методи.

**Результати.** У 14 пацієнтів (39%) спостерігалися вторинно-генералізовані напади, у 22 пацієнтів (61%) в були наявні брахіоцефальні напади. В 3 пацієнтів (8%) в анамнезі

відмічалась наявність фебрильних судом у віці до 3-х років. Тривалість нападів у 28 пацієнтів (78%) сягає до 5 хвилин, у 8 пацієнтів (22%) наявні триваліші напади.

**Висновки.** Клінічно роландична епілепсія у більшості пацієнтів проявлялася простими парціальними (брахіоцефальними) нападами, при цьому тривалість нападів зазвичай не перевищувала 5 хвилин. Анамнестичні дані щодо проявів фебрильних судом у віці до 3-х років наявні у 8% пацієнтів.

## **11. ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО ПРЕСИНГУ НА РОЗВИТОК ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ**

### **THE INFLUENCE OF INFORMATION PRESSURE ON THE DEVELOPMENT OF HYPERTENSIVE CRISIS**

*Перець Е.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н. доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Серцево-судинна система як ефектор більшості адаптаційних реакцій організму частіше інших відчуває шкідливу дію дистресу. Зокрема, основне значення у виникненні гіпертонічної хвороби надається перенапруженню ЦНС, викликаному тривалими і сильними хвилюваннями, надмірним розумовим навантаженням та емоційним потрясінням. Для гіпертонічної хвороби характерні періодичні короткочасні підйоми артеріального тиску – гіпертонічні кризи, появі яких також сприяє нервово перенапруження. В сучасному світі основним фактором його розвитку є науково-технічний прогрес, який включає в себе надлишок негативної інформації, що надходить до пацієнтів.

**Мета роботи.** Дослідити вплив інформаційного пресингу на виникнення гіпертонічних криз у пацієнтів кардіологічного профілю.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження проводилося на базі кардіологічних відділень Іршавської ЦРЛ та Ужгородської центральної клінічної міської лікарні з використанням індивідуально сформованого опитувальника з 12 питань

**Результати.** Тестованих – 50 пацієнтів віком 53–79 років. 38% чоловіки і 62% жінки. З них: 100% відслідковують засоби масової інформації; 75% робить це щоденно; 88% надають перевагу новинам; 100% вважають, що на теренах ЗМІ переважає політична інформація; 94% вважають, що інформація подається в негативному тоні; 94% не довіряють інформації, яку отримують; 56% не змінюють свою думку під впливом ЗМІ; 69% відчувають тиск зі сторони ЗМІ; у 82% змінюється психоемоційний стан; у 75% погіршується стан здоров'я після перегляду новин; 32% пов'язують поступлення в стаціонар з нервовим перенапруженням; 82% пов'язують погіршення стану здоров'я з іншими стресогенними факторами.

**Висновки.** Всі респонденти використовують засоби масової інформації щоденно з метою перегляду новин, тому більшість вважає, що в ЗМІ переважає негативна інформація. Більшість свідомо відчувають тиск і навіювання зі сторони ЗМІ, відмічають зміну власного психоемоційного стану, зокрема хвилювання і тривогу за теперішнє і майбутнє, відчувають фрагментарні фрустрації після перегляду новин. Проте, згідно власних спостережень самих опитуваних, негативна інформація складається з переважно недостовірних фактів. Більше половини опитаних не змінюють свою думку під впливом ЗМІ і вважають, що кожен повинен мати власну точку зору. До того ж, більше 80% не пов'язують поступлення в стаціонар (тобто виникнення гіпертонічних кризів) з нервовим перенапруженням на фоні інформаційного пресингу. Пацієнти вважають, що гіпертонічна хвороба розвивалася у них протягом життя і є наслідком сукупності стресогенних факторів. Отже, встановлено, що інформаційний пресинг в даній віковій групі не є визначальним фактором у виникненні чи посиленні гіпертонічних кризів. Рекомендовано не обмежувати інформаційне забезпечення стаціонарних пацієнтів даної вікової групи.

## 12. ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА

### ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE

*Попович В.В., Ходанич М.Б., Данів М.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** У хворих з остеохондрозом хребта часто зустрічається неврологічна біль. Хронічна біль нижньої частини спини залишається однією з найважливіших причин втрати працездатності. Больові відчуття супроводжуються різними розладами, включаючи і тривожні та депресивні.

**Мета роботи:** дослідити, як часто спостерігаються тривожні розлади у хворих з остеохондрозом хребта, ускладненим больовим синдромом нижньої частини спини.

**Матеріали і методи обстеження:** було обстежено 23 хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта з переважними проявами кили та протрузій міжхребцевих дисків на рівні L3-4, L4-5, L5-S1. У хворих проведено опитування за спеціальною шкалою Гамільтона для визначення ступеня важкості тривожних розладів.

**Результати дослідження:** серед психічних розладів найчастіше спостерігалися очікування найгіршого, напруга, нездатність розслабитися, страх самотності, безсоння, неспокій. А серед соматичних – болі в м'язах, дзвін у вухах, підвищене потовиділення, тахікардія, відчуття припливів жару або холоду. Серед обстежуваних – чоловіки і жінки з чи без клімактеричного синдрому віком від 20 до 64 років з переважними дегенеративними процесами в поперековому відділі хребта. Більшість пацієнтів вважали, що довготривале захворювання супроводжувалося підвищенням невротичності і тривожності, зневірою і одужанні. Легкий ступінь (11–21 бал) ми спостерігали у 7 досліджуваних, з яких 2 жінок і 5 чоловіків. Прояви середнього ступеня (22–33 бали) у 9 учасників, серед яких 1 жінка з клімактеричним синдромом, 3 жінки без і 5 чоловіків. Важкий ступінь (34–45 балів) виявили у 3 учасників – 1 жінка з проявами клімактеричного синдрому і 2 жінки без цих проявів. Дуже важкий ступінь (46–56 балів) виявили у 4 обстежуваних, серед яких 3 жінки з клімактеричним синдромом і 1 жінка без. У жінок молодого віку найбільш характерний легкий та середній ступені, середнього і старшого віку – важкий. У жінок з клімактеричним синдромом молодого віку характерні середній і важкий рівні, а середнього віку – важкий і дуже важкий. У чоловіків молодого віку найбільш характерний легкий ступінь тривоги, середнього і похилого віку – середній ступінь.

**Висновок:** виявлені статеві відмінності у перебігу захворювання у наших хворих. Згідно результатів дослідження, у жінок з клімактеричним синдромом тривожні розлади важче виражені, ніж у жінок без проявів даного синдрому. У чоловіків спостерігається найлегший перебіг тривоги у порівнянні з жінками з/без клімактеричного синдрому.

## 13. АНАЛІЗ ПЕРЕНЕСЕНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

### ANALYSIS OF THE SUFFERED VIRAL INFECTIONS BY PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*Попруженко Е.Р., Петров Ю.Ю.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії  
м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Розсіяний склероз відноситься до демієлінізуючих захворювань нервової системи із утворенням множинних вогнищ (бляшок) у речовині головного та спинного мозку. Ця патологія часто зустрічається на територіях із вологим кліматом. У Закарпатській області проживають 460 хворих, взятих на диспансерний облік, що складає близько 0,03% від загальної кількості населення області.

Етіологія та патогенез розсіяного склерозу є недостатньо вивченими. На сьогодні жодна з теорій про виникнення даного захворювання не є остаточно доведеною, але існують результати досліджень, що вказують на комбінацію природних факторів, таких як генетика, кліматичні умови та збудники інфекцій (віруси). На користь останньої теорії свідчать дані про наявність олігоклональних груп у мозку і спинномозковій рідині у більшості пацієнтів з РС. Тому дослідження етіології та патогенезу розсіяного склерозу в даний час є актуальним.

**Мета роботи.** Уточнити, які вірусні інфекції спостерігались у пацієнтів із розсіяним склерозом. Проаналізувати, який відсоток із досліджених хворих мав дані вірусні інфекції.

**Матеріали та методи дослідження.** Було опитано 32 хворих з розсіяним склерозом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака у період з вересня 2017 року по лютий 2018 року, з них 13 чоловіків та 19 жінок віком від 22 до 60 років (середній вік хворих – 39 років). Середня тривалість захворювання складає 6 років і 2 місяці. У 87,5% пацієнтів наявна цереброспинальна форма РС, у 12,5% – церебральна форма РС; обидві форми підтверджені МРТ-дослідженням.

У досліджуваних пацієнтів збирався анамнез щодо перенесених вірусних інфекцій.

**Результати.** Було виявлено, що у 19 хворих в анамнезі спостерігався простий герпес (лабіальна форма), що складає 59,4% від загальної кількості досліджуваних. Також в у пацієнтів були наявні гепатит А (у 34,4%), епідемічний паротит (25%), вітряна віспа (21,8%), кір (15,6%), грип з неврологічними ускладненнями (грипозний менінгіт та менінгоенцефаліт) (9,37%), а також краснуха (6,25%), В одного пацієнта було виявлено вірус гепатиту В (HBV), що складає 3,1% від загальної кількості пацієнтів.

**Висновки.** 1. Таким чином, ми можемо попередньо говорити, що вірусні інфекції можуть брати участь у етіопатогенезі розсіяного склерозу.

2. У пацієнтів з РС в анамнезі частіше спостерігалися простий герпес, гепатит А, епідемічний паротит та вітряна віспа.

#### **14. ВПЛИВ «КРОКУ 1» НА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

##### **THE INFLUENCE OF "STEP 1" ON THE EMOTIONAL-WELD OF THE MEDICAL STUDENTS PERSONALITY**

*Попрущенко Е.Р., Битлянин М.В., Битлянин К.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Студенти медичного факультету під час навчання зустрічаються із різноманітними стресовими чинниками: заліками, іспитами, змістовими модулями, ПМК, відробками тощо. Особливе місце серед них займає загальнодержавний тестовий екзамен «Крок-1», складання якого є своєрідним подоланням межі між вивченням фундаментальних та клінічних дисциплін. Тому «Крок 1» варто розглядати як психотравмуючу ситуацію для всіх студентів-медиків.

**Мета роботи.** Дослідити, наскільки «Крок 1» впливає на афективну (емоційно-вольову) сферу особистості студентів медичного факультету. Визначити наявність або відсутність флешбеків у студентів після написання «Кроку». Проаналізувати, що відчувають студенти-медики під час кожного етапу складання «Кроку».

**Матеріали і методи дослідження.** Було проведено анкетування студентів 4 курсу медичного факультету (n=51, з них 19 чоловіків і 32 жінки). Під час дослідження враховувалась наявність флешбеків у студентів після складання «Кроку 1», а також найяскравіші спогади із самого тесту. Також був проведений аналіз емоційних станів стосовно кожного етапу складання «Кроку».

**Результати дослідження.** Нами було встановлено, що після складання тесту у 31,7% опитаних студентів трапилися флешбеки, найчастіше спровоковані вирішу-

ванням тестових завдань на 4 курсі. На даний час повторні переживання виникають лише у 4% студентів. Із всіх етапів студенти найбільше пам'ятають підготовку до «Кроку» (43,9%), на другому місці – очікування результатів тестового іспиту (22% респондентів). Власне складання тесту та оголошення його результатів пам'ятають 14,6% та 19,5% відповідно.

На етапі підготовки до «Кроку» у більшості студентів спостерігалася втома (65,8%), гостра нестача часу (63,5%), тривога (53,6%) та роздратованість (51,2%). На етапі складання тесту учасники опитування відчували страх (60,5%), тривогу (53,6%) та втому (34,1%). Під час очікування результатів більшість респондентів відчували тривогу (62,9%), багатьох також мучив страх (33,3%) та втома (29,6%). Після оголошення результатів левова частка студентів відчувала радість (74%), у багатьох спостерігалися емоційне спустошення (22,2%) та втрата інтересів (18,5%).

**Висновки.** «Крок 1» має значний вплив на емоційно-вольову сферу студентів-медиків, викликаючи такі негативні емоції, як страх, тривогу, роздратованість та гнів. Крім того, він викликає втому, виснаження та втрату інтересів у значній частині студентів, а також залишає після себе повторні переживання (флешбеки). Зважаючи на отримані результати, необхідно створити програму психологічної підтримки студентів 3 курсу перед проведенням іспиту «Крок 1» та після оголошення його результатів.

## **15. ФЕМІННІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОГО ВИБОРУ** **FEMININITY AS FACTOR OF PROFESSIONAL CHOICE**

*Теличко Ю.М., Чоней А.В.*

*Науковий керівник: доц. Бучок Ю.С.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ:** В медичних колах здавна існує умовний поділ медичних спеціальностей на «чоловічі» та «жіночі». До «мужніх» відносять анестезіологію та реаніматологію, хірургічні спеціальності, тактичну медицину, тоді як для жіночої статі найбільш адекватними вважаються терапевтичні спеціальності, педіатрія та акушерство-гінекологія. Останнім же часом спостерігається певна трансформація вибору жінками так званих екстремальних спеціальностей. Саме тому нами вважається актуальним визначення ролі фемінності у професійному виборі медика.

**Мета:** Виявити вплив рівня фемінності (гормональний статус, поведінкові особливості, фактор виховання та самоусвідомлення) на професійний вибір студенток медичного факультету УжНУ.

**Матеріали і методи:** Було проведено опитування 90 студенток 4, 5, 6 років навчання за допомогою розробленої нами оригінальної анкети.

**Результати:** Фізіологічні особливості, емоційні реакції, самооцінка, соціальне вираження – всі основні критерії жіночності оцінювались при обробці відповідей. Основним фактором професійного вибору виявився власний хворобливий досвід. Пріоритетними спеціальностями виявилися акушерство-гінекологія, неврологія, педіатрія, кардіологія, ендокринологія. При цьому 30% 4-курсниць, 24% 5-курсниць, 28% 6-курсниць все ж хотіли би працювати в екстремальних спеціальностях: хірургія (загальна, нейрохірургія), анестезіологія-реаніматологія, судова медицина.

**Висновки:** Необхідно враховувати фемінність при проведенні професійної орієнтації.

## **16. КІБЕРБУЛІНГ – ВОРОГ, ЩО ПРИЙШОВ З МЕРЕЖИ** **CYBERBULLYING – THE ENEMY FROM THE INTERNET**

*Феделеш В.В., Калабішка Б.М., Белей Я.І.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Бучок Ю.С., асист. Бучок С.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії з курсом медичної психології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку ІТ-технологій, поширеності та відносній доступності інтернет-ресурсів, спостерігається тенденція до все більшого занурення у віртуальний простір дітей та підлітків. Це призводить до того, що прогресивно обмежується зв'язок дітей з родиною, друзями та соціумом загалом. Збільшення часу, що проводиться за комп'ютером, технічно веде до збільшення можливостей застосування булінгу у всіх його формах: вербальний (словесний), фізичний та соціальний булінг, а також кібербулінг. Кібербулінг – це новітня форма агресії, що передбачає жорстокі дії з метою дошкулити, нашкодити, принизити людину за допомогою інформаційно-комунікаційних засобів: мобільних телефонів, електронної пошти, соціальних мереж тощо. Виділяють декілька типів поведінки, які характерні для кібербулінгу і відображають переважну більшість різновидів негативного впливу в інтернет-просторі: суперечки, або флеймінг; тролінг – провокація; секстинг – розповсюдження фото і (або) відео сексуального змісту; харасмент – нападки, постійні виснажливі атаки; денігрейшн – обмовлення, зведення наклепів; самозванство – втілення в певну особу; ошукаństwo – видурювання конфіденційної інформації та її розповсюдження; відчуження – ізоляція; кіберпереслідування; хеппіслепінг – щасливе ляскання.

**Мета.** Проаналізувати поширеність кібербулінгу серед дітей шкільного віку. Визначити рівень їх обізнаності з питань насильства в мережі Internet. Створити інформаційну брошуру для педагогічно організованої молоді та їх батьків. Надати рекомендації щодо методів запобігання та протистояння кібербулінгу.

**Матеріали та методи дослідження.** До обстеження було залучено дітей двох загальноосвітніх шкіл, Мукачівського та Хустського районів, отримавши усвідомлену згоду самих дітей, їх батьків та адміністрації шкіл. Проведено анкетування та довільне інтерв'ю дітей шкільного віку (n=117, питома вага дівчат – 53,8%, хлопців – 46,2%) різних класів навчання (5, 9 та 11 класи) для визначення рівня їх обізнаності з питань кібербулінгу та його поширеності серед респондентів. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням критерію  $\chi^2$ -Пірсона.

**Результати дослідження.** Обізнаність щодо поняття кібербулінг серед дітей становила: для всієї вибірки – 74,3%, дівчата – 83,3%, хлопці – 66,6%, учні 5 класу – 52%, 9 – 93,5%, 11 – 89,7%. Частота випадків насильства в інтернеті серед опитаних становила 46,1% (хлопці – 57,4%, дівчата – 36,5%, 5 клас – 23,4%, 9 клас – 67,7%, 11 клас – 56,4%). Знайдено статистично вірогідний взаємозв'язок між віком респондентів, їх рівнем обізнаності та частотою випадків кібербулінгу ( $p < 0.01$ ). Загальна структура щодо частоти конкретного виду кібербулінгу: тролінг – 23%, нападки – 19%, флеймінг – 16%, телефонні дзвінки, SMS – 15%, ізоляція – 14%, секстинг – 7%, перегляд жорстоких відео – 5%, хеппіслепінг – 1%.

**Висновки.** На основі отриманих результатів встановлено високий рівень обізнаності та негативного досвіду серед школярів щодо поняття кібербулінгу. Наявна негативна динаміка наростання кібернасильства в усіх його формах.

## 17. ОСОБЛИВОСТІ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ FEATURES OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN MEDICAL STUDENTS

*Шаповал В.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Проблема аддиктивної поведінки в Україні стає все більш нагальною і підіймається до обговорення психіатрами-наркологами все частіше. За останніми даними ВОЗ близько 5% населення землі вживають психоактивні речовини. Щорічно вживання алкоголю призводить до 2,5 мільйонів летальних випадків, з них 320 тисяч становить смерті молодих людей віком 15–29 років. Україна займає 5 місце зі зловживання алкоголем та 2 по смертності від алкоголізму. (ВОЗ 2012 рік). В Україні за

даними вітчизняної статистики становить близько 2-х мільйонів чоловік працездатного віку вживають вироби з марихуани.

**Мета.** З'ясувати особливості аддиктивної поведінки студентів медиків ХНМУ, вплив соціальних чинників на зловживання психоактивними речовинами та скласти типаж студента найбільш схильного до зловживання та залежності.

**Матеріали та методи.** В опитуванні прийняли участь 91 студент, які відповідали на питання тестів Alcohol Use Disorder Indification Test (AUDIT), Tabacco Use Disorder Indification Test (TUDIT), Cannabis Use Disorder Indification Test (CUDIT), а також на питання, що стосуються особливостей студентського мікросоціуму.

**Результати.** Отримані дані ми проаналізували і сформувавши показники згідно запропонованих тестами груп, а саме: ніколи не вживали алкоголь, або вживали в незначній кількості – 75,9%, мають схильність до розвитку залежності – 20,8%, група зі зловживанням – 3,3%, та група залежних – 0%. Відносно канабіоїдів тенденція дещо інакша: не вживають або вживали марихуану 1–2 рази (перший рівень) – 90,3% до другого рівня відносять тих, хто зловживає марихуаною – 7,6%, на третьому рівні знаходяться ті, хто зловживають і знаходяться на шляху формування залежності – 2,1%, четверту групу, групу залежних склало 0% респондентів. А за тестом TUDIT опитувані отримали наступні показники: ніколи не палили або палили достатньо рідко – 53,8%, час від часу зловживають – 8,8%, знаходяться на етапі формування залежності – 5,6%, залежні від тютюну – 31,8%.

**Висновки.** Отже, ми можемо підсумувати, що студенти-медики, схильні до вживання психоактивних речовин так само, а місцями навіть більше ніж інші групи в популяції. Цьому сприяють безліч аспектів соціальної сторони життя студентів, а саме молодий вік не досконалість захисних механізмів, пристосування до нових умов життя (що до студентів проживаючих у гуртожитках), а також до нових колективів. Більший об'єм вимог і інформації для запам'ятовування, особисті стреси. Виходячи з перерахованого вище, можна сформувати типаж студента найбільш схильного до виникнення аддикції, а саме це: хлопці віком 20 років, які проживають самотійно або у гуртожитку, не задіяні у різноманітних гуртках чи секціях, тощо та не зацікавлені у навчанні.

## 18. ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ FORECAST OF THE PREVENTION OF NEUROLOGICAL DISEASES

*Шундерюк І.Е.*

*Науковий керівник: проф. Булеца Б.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра нейрохірургії, неврології та психіатрії*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Такі неврологічні захворювання як розсіяний склероз, ішемічний інсульт та остеохондроз, призводять до не поворотних наслідків зі сторони здоров'я хворого. Їх частота постійно зростає, що вимагає поглибленішого вивчення та контролю. Неefективність лікування негативно відмічається на психіці хворих, погіршується якість життя.

**Мета роботи.** Дослідити перебіг основних неврологічних захворювань, та виявити самотійну ініціативу у хворих до вилужання.

**Матеріали і методи дослідження.** Клініко-статистичний метод. **40** хворих: **13** – о/х, **10** – РС, **4** – ГПМК, **4** – менінгіт, **3** – неврити, **2** – цефалгічний с-м, **1** – невроз, **1** – тривожний розлад, **1** – насл.ЗЧМТ, **1** – ДЕ.

**Результати.**

- 1) **27** із **40** пацієнтів не вірять в своє выздоровлення;
- 2) **29** із **40** нічого не роблять щоб почувати себе краще;
- 3) жінки налаштовані більш песимістично до своєї хвороби – **45%** ніж чоловіки – **35%**;
- 4) тільки **25%** чоловіків готові змінити стиль життя в кращу сторону від початку хвороби, жінки – **20%**;

5) у віковій групі **20-35 р.** коефіцієнт виконання профілактики рецидивів захворювання – **0,8**, що значно вище ніж у вікових групах **35–55 р.** – **0,2**, та **56–70 р.** де коефіцієнт зведений практично до нуля.

**Висновки.** Ми бачимо, що 67% пацієнтів після встановлення діагнозу не займаються ніякою позитивною діяльністю по відношенню до свого здоров'я. Окрім медикаментозної симптоматичної терапії не готові змінювати стиль життя та займатися профілактикою захворювання. 73% пацієнтів не виявляють індивідуальної ініціативи для видужання. Тож з такими пацієнтами потрібно проводити психотерапевтичні бесіди щоб повернути їх прагнення до здоров'я, таким пацієнтам для покращення перебігу захворювань та зменшенню рецидивів потрібно давати чіткі настанови та контролювати їх виконання, чим молодше пацієнт тим краще він учитьс<sup>я</sup> справлятися з симптомами хвороби.



**СЕКЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕДІАТРІЇ  
(АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ, ГЕНЕТИКА)**

**СЕКЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕДІАТРІЇ  
(АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ, ГЕНЕТИКА)**

**SECTION OF NEONATAL MEDICINE AND PEDIATRICS  
(OBSTETRICS, GYNECOLOGY, PEDIATRICS AND GENETICS)**

Ужгородський міський пологовий будинок, конференц-зал

**Голова секції:** Криванич Н.В.  
Head of the section: N. Kryvanych  
**Секретар секції:** Жила М.М.  
Secretary of the section: M. Zhyla

---

## **1. ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКТ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ FEATURES OF ENTANGLEMENT OF GIT IN SCHOOLCHILDREN**

*Білий С.В., Будолак А.Ю.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Коноплицька А.П.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра педіатрії № 1*

*м. Вінниця, Україна*

**Актуальність теми:** В останнє десятиріччя поширеність захворювань органів травлення в Україні, за даними МОЗ, становить 140–150% і не має тенденції до зменшення. Провідне місце в структурі цих захворювань у дітей різного віку належить функціональним захворюванням (ФЗ), в основі яких лежать порушення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

**Мета:** оцінити клінічні особливості враження ШКТ у дітей шкільного віку, що навчаються в школі №16, та тих, які знаходились на лікування у ВОДКЛ.

**Матеріали та методи:** Нами було обстежено 71 дитину віком 12–14 років. Дослідження базувалось на проведенні анонімного тестування дітей в школі № 16 м. Вінниці: учні отримували анкету – опитувальник з 25 запитань, на які разом з батьками вдома давали відповідь. Дане тестування проведено двічі у одних і тих самих учнів з різницею в один рік (2016–2017 рр.). Для порівняння такі ж анкети були роздані

дітям, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні № 2 ВОДКЛ з підтвердженими враженнями ШКТ. Нами було вивчено особливості харчування дітей, фізичне навантаження, клінічні прояви та спадкові фактори ризику розвитку захворювань ШКТ.

**Результати:** Було обстежено 41 учня в школі № 16– основна група та 30 дітей, які знаходилися на лікуванні в педіатричному відділенні № 2 ВОДКЛ–що стали групою порівняння. Групи дітей були співставлені за віком та статтю. Проаналізувавши особливості харчування дітей, можна стверджувати, що як в основній, так і в групі порівняння, не всі діти снідають: 7 (18%) і 9 дітей (30%), тривалий проміжок без їжі (більше 6 год), має 21 дитина (51%) та 9 (30%), вживають їже безпосередньо перед сном 26 (63,4%) та 15 (50%) відповідно. З'ясували, що серед школярів 30 дітей (27%) вживають постійно фастфуд та газовані напої; 18 (46%) дітей не вживають в своєму раціоні фрукти та овочі, та 6 (15%) кисломолочні продукти, зокрема всі 100% дітей споживають в їжу не менше двох разів на тиждень м'ясо та рибу. Заняття спортом є присутнє лише у 18 (43,9%) школярів. Серед скарг переважали – наявність болю в животі – 11 (27%), відрижка та печія – 3 (7,3%), нудота у 2 (4,9%).

**Висновки:** 1. В клінічній картині серед учнів переважав біль в животі – 11 (27%), відрижка та печія – 3 (7,3%), нудота у 2 (4,9%).

2. Серед школярів було виявлено тенденцію до порушення режиму та якості харчування на тлі гіподинамічного способу життя, що в подальшому призводить до можливих органічних уражень ШКТ.

3. Та бля 32% школярів не бажають змінювати спосіб життя та якість харчування.

## 2. ВПЛИВ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА РОЗВИТОК ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ МАТЕРІ І ПЛОДУ

### THE IMPACT OF EPIDURAL ANESTHESIA ON THE DEVELOPMENT OF POSTPARTUM COMPLICATIONS OF THE MOTHER AND THE FETUS

*Вальчак Д.О., співавтор – Беляк А.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Кучерова М.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства і гінекології*

*м. Львів, Україна*

**Актуальність.** В житті практично кожної жінки настає момент, коли вона готова народити дитину. Цей процес супроводжується сильним болем для жінки, що змушує нас, медиків, шукати способи максимально полегшити больові відчуття і при цьому звести до нуля або мінімізувати негативний вплив на організм жінки та плоду. Одним із найактуальніших способів на сьогодні є епідуральна анестезія. На жаль, зафіксовано багато випадків післяпологових ускладнень після її використання, таких як біль у попереку, часті головні болі, мігрень, біль в ділянці шиї, поколювання в руках і пальцях.

**Мета:** вивчити негативні наслідки епідуральної анестезії на організм жінки та плоду, а також перевірити, чи післяпологові ускладнення спричинені використанням ЕПА, чи вони спостерігаються і після пологів, які проходили без використання анестезії. Дослідити чинники, які викликають післяпологові ускладнення у жінок, що використовували епідуральну анестезію.

**Матеріали та методи:** було проведено анкетування 170 жінок, які народжували в період з жовтня 2017 року по березень 2018 року. Анкети містили загальні запитання про те, чи знають жінки що таке ЕПА і чи використовували цю методику під час пологів. Також в анкеті був даний перелік післяпологових ускладнень з наступними варіантами відповідей: “відсутні”, “слабо виражені” та “сильно виражені”. Для дослідження чинників, які впливають на післяпологові ускладнення у жінок використовувалися наукові статті американських вчених.

**Результати дослідження** показали, що порівнюючи 115 жінок, які народжували без анестезії, та 55 жінок, які застосували ЕПА: 10 жінок з 55 (18,1%) частіше відчували біль у попереку проти 12 жінок зі 115 (10,4%); часті головні болі відчували 6 жінок з 55 (10,9%) проти 3 жінок зі 115 (2,6%); мігрень була у 4 жінок з 55 (7,3%) проти 3 жінок

зі 115 (2,6%); біль в ділянці шиї відчували 2 жінки з 55 (3,6%) проти 2 жінок зі 115 (1,7%); поколювання в руках і пальцях відчували 2 жінки з 55 (3,6%) проти 2 жінок зі 115 (1,7%).

**Висновки:** Результати досліджень показали, що епідуральна анестезія збільшує кількість випадків післяпологових ускладнень, таких як біль у попереку, головний біль, мігрень, біль в ділянці шиї, поколювання в руках і пальцях. Також під час досліджень я з'ясувала, що частота випадків ускладнень залежить від якості голки, яка застосовувалася при ЕПА і використання анестетиків, які не призначені для епідурального введення. Іншим фактором є неправильне введення препарату під час епідуральної анестезії.

### **3. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НЕДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК**

#### **CLINICAL MANAGEMENT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES**

*Демид Л.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Попович А.І.*

*«Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства і гінекології*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** У сучасній перинатології проблема передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) і передчасних пологів посідає одне з провідних місць. 30–56% випадків передчасних пологів супроводжується допологовим вилиттям навколоплідних вод. Причина розриву плодових оболонок у більшості випадків залишається нез'ясованою, проте основною передумовою вважаються безсимптомні запальні процеси статевих органів.

**Мета роботи.** Визначення оптимальної тактики ведення вагітності при ПРПО.

**Матеріали та методи дослідження.** Групу спостереження склали 36 вагітних з ПРПО: 3 (8,3%) у терміні до 28 тиж. (глибока недоношеність); 5 (13,9%) – на 28–31 тижні (тяжка недоношеність); 5 (13,9%) на 32–33 тижні (недоношеність середнього ступеня); 23 (63,9 %) на 34–36-му тижні вагітності (близько до строку). Діагноз ПРПО виставляли на основі візуального виявлення навколоплідних вод в задньому склепінні або зовнішньому вічку цервікального каналу при огляді шийки матки і піхви в дзеркала; симптомі «папороті» та проведення тесту Actim PROM. Маловоддя, діагностоване при ультразвуковому дослідженні, використовувалось в якості додаткового критерію. Ступінь готовності до пологів оцінювали за довжиною шийки матки, виміряною при ехографії.

**Результати.** Згідно наказу МОЗ України №782 ми обрали консервативно-очікувальну тактику ведення пологів у 83,3% вагітних. Перинатальні наслідки оцінювали у 35 дітей, які народилися у матерів з ПРПО у термінах 24–36 тижнів. Вік вагітних коливався від 19 до 38 років. Ускладнений перебіг гестаційного процесу мав місце у всіх проаналізованих випадках: загроза переривання вагітності (77,8%); ГРВІ (38,9%); непліддя (13,9%), з них у 3-х випадках вагітність наступила внаслідок ДРТ, конізація шийки матки наслідок дисплазії у 5,6%; гестаційний пієлонефрит (13,9%), багатоводдя (6%). Тривалість безводного проміжку коливалася в межах: у терміні гестації до 28 тиж. 12–407 год; 28–31 тиж. 9–199 год; 32–33 тиж. – 8–724 год; 34–36 тиж. 10–215 год. У вагітних з довжиною шийки матки < 25 мм плодова діяльність у 66,7% випадків розвивалась через 24–48 год, з довжиною шийки матки >30 мм у 77,8% впродовж 7 днів. Хоріоамніоніт діагностовано в одному випадку. Профілактика синдрому дихальних розладів у плода проведена у 66,7% жінок, антибіотикопрофілактика застосована у 100,0%. Проведення лікувального (агресивного) токолізу з метою застосування кортикостероїдів не застосовувалось. Оперативним розродженням завершено 6 вагітностей. Показаннями до кесаревого розтину були: дистрес плода (25,0%); рубець на матці (12,5%); ніжне передлежання (12,5%); передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (50,0%). Народжено 35 дітей з середньою масою 1920±145 г, з оцінкою за шкалою Апгар 5,6±0,4/6,7±0,7 бали. Постнатальні наслідки народження

недоношених дітей, матері яких мали ПРПО, були наступними: гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – 61,1%; респіраторний диетрес-синдром – 66,7%; вроджена пневмонія – 16,7%. 26 немовлят переведено на II етап виходжування.

**Висновки.** Для поліпшення перинатальних наслідків акушерська тактика у разі ПРПО при недоношеній вагітності обирається індивідуально з врахуванням гестаційного терміну, репродуктивного анамнезу, готовності пологових шляхів за даними ехографії, клінічних ознак інфікування.

#### **4. НАДАННЯ ДОПОМОГИ РОДІЛЛЯМ ПРИ ПОЛОГАХ У ПОЗА ЛІКАРНЯНИХ УМОВАХ**

##### **ASSISTANCE TO MATERNITY WARDS DURING CHILDBIRTH IN COMMUNITY-BASED SETTINGS**

*Дмитренко Я.В., Фабриці О.М., Химич В. В.*

*Науковий керівник: Бисага Н.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет Кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Останнім часом частіше зустрічаються випадки не просто домашніх пологів, які були свідомо обрані майбутніми батьками, а пологів, які можна назвати екстремальними. За статичними даними в лікарняних умовах відбувається 70% пологів, а інші – 30% за межами лікувальних закладів. Із них :авіакатастрофи – 1%, потяги – 3%, автокатастрофи – 5%, затори – 15%, внаслідок несприятливих погодних умов – 5%, інші причини – 1%.

**Мета роботи.** Знайти оптимальний метод надання допомоги роділлям при поза лікарняних пологах, яким змогли б оволодіти пересічні громадяни.

**Матеріали.** Архівні дані Ужгородського пологового будинку та пологових будинків інших міст Закарпаття, протоколи надання допомоги при пологах, матеріали ЗМІ.

**Висновки.** Ніколи не можна залишатися байдужими! Жінки у момент пологів є найбеззахиснішими і від ваших дій може залежати життя та здоров'я майбутньої мами та малюка. Головне не боятися, зберігати спокій та дотримуватися елементарних правил гігієни.

#### **5. ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ГЕСТАЦІЙНИМ ДІАБЕТОМ**

##### **PECULIARITIES OF THERAPY OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES**

*Льків І., Святун Ю.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кучерова М.М.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Близько 1% жінок дитородного віку страждають на діабет, а у 2–17% жінок розвивається протягом вагітності. Гестаційний діабет (ГД) – захворювання, що характеризується появою симптомів, характерних для діабету, прояви якого зникають після пологів. Дана патологія підвищує ймовірність виникнення прееклампсії та розвитку депресії у вагітної. ГД може призвести до укладення перебігу вагітності та виникнення патологій плода, у тому числі спричиняє надмірну масу та вроджені вади (3,5–8% серед усіх ускладнень в ембріональному періоді), що і виникає у 80–93% нелікованих пацієнток.

**Мета роботи.** Проаналізувати та оцінити основні принципи лікування ГД. Обрати найбільш безпечні та ефективні методи для використання у клінічній практиці.

**Матеріали і методи дослідження.** Ретроспективний клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних, які проходили лікування у гінекологічному відділенні першої міської клінічної лікарні м. Львова ім. князя Лева.

**Результати.** Під час проведення аналізу індивідуальних карт вагітних встановлено, що при гестаційному діабеті у 86% вагітних нормоглікемії вдається досягнути шляхом

дотримання дієти та дозованого фізичного навантаження у міру можливостей жінки. Дієта хворих передбачала виключення швидких вуглеводів з одночасним збільшенням вживання продуктів багатих клітковиною. Завдяки дотриманню дієти у більшості (ті ж 86%) хворих глікемія натщесерце становила  $< 5,1$  ммоль/л, а через 1 годину після прийому їжі  $< 7,8$  ммоль/л. У 14% – інсулінотерапія є стандартом медикаментозної цукрознижувальної терапії під час вагітності, в основному у відділенні практикують застосування рекомбінантного людського інсуліну, а також аналогів інсуліну ультракороткої й пролонгованої дії у базис-болусному режимі (інсулін гларгін, інсулін глулізін, інсулін аспарт, актрапід). Усім вагітним рекомендували самоконтроль глікемії за допомогою глюкометра.

**Висновок.** Гестаційний діабет потребує спостереження вагітної спільно акушер-гінекологом і ендокринологом з моніторингом стану плода. Основними методами терапії гестаційного діабету є дієта, дозоване фізичне навантаження та інсулінотерапія. При дотриманні дієти та контролю глюкози визначали задовільну компенсацію ГД, в іншому випадку проводили цукрознижувачу терапію інсуліном. Своєчасна діагностика хвороби, компенсація порушень вуглеводного обміну дотримання хворою рекомендацій – запорука сприятливого закінчення вагітності.

## **6. КЛІНІКО-АМНЕСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ** **CLINICAL AND AMNESTIC CHARACTERISTICS OF THE RISK OF PRENATAL INFECTION IN CHILDREN**

*Ковач В. П., Довганич Д. І.*

*Науковий керівник: асист. Чухран Ю.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Відповідно до загальносвітових даних, не менше ніж у 10% новонароджених можна за допомогою мікробіологічних, вірусологічних та імунологічних досліджень довести наявність інфікування або під час вагітності, або при проходженні по родових шляхах матері. В той же час з числа інфікованих близько 10% хворіють в періоді новонародженості, що пояснює високу захворюваність і смертність у грудному віці, ризик розвитку тяжкої хронічної патології, проблеми онкогенезу. ВУІ – це інфекційні процеси, спричинені збудниками, які проникли до дитини від матері до пологів або при народженні.

**Мета роботи.** Оцінка анамнестичних, клінічних даних та перебігу захворювання ВУІ у пацієнтів які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Ужгородському міському пологовому будинку (відділення інтенсивної терапії новонароджених) за 2016–2017 рр.

**Матеріали і методи дослідження.** Був проведений аналіз історій хвороб 40-ка дітей, які проходили лікування з приводу ВУІ впродовж 2016-2017рр. Всім дітям, які взяли участь у дослідженні були проведенні загальноклінічні, біохімічні та інструментальні методи дослідження.

**Результати.** Дані дослідження проводилось на основі клінічного протоколу (сепсис новонароджених), яке показало наступні результати: що у 37 дітей із 40 досліджуваних, застосування антибактеріальної терапії призвело до позитивного ефекту. При цьому було застосовано такі групи препаратів: аміноглікозиди, пеніциліни захищені, карбонепеними та глікопептиди, а також було проведена систематична терапія у вигляді інфузійної терапії (р-ни глюкози і водно-сольові, антигеморагічні), седативні анальгетики, пресорні аміни. Комбінації даних груп проводилися в залежності від ступеня тяжкості стану дитини. При цьому здійснювалося дослідження гематокритного числа, а саме: коливання показників еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів. Кількість формених елементів крові коливалася впродовж місяця у межах таких показників : еритроцити  $3,14-6,04 \cdot 10^9/\text{л}$ , тромбоцити  $144-524 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоцити  $17,1-34 \cdot 10^9/\text{л}$ . На протязі 1 місяця життя показники нормалізувалися. Також були проведенні такі скринінг-дослідження: нейросонограма, Ехо, УЗД. За даними УЗД закінчення було

виявлено: вентрикулодилатация (I-III ст.), ПВЛ, ВШК (I-III ст.), потовщення стінок нирок, ехоознаки незрілості структур ГМ.

**Висновки.** На основі отриманих даних ми дійшли висновку, що внутрішньоутробні інфекції у вагітних жінок небезпечні на будь-якому терміні. Певні інфекції становлять велику загрозу для здоров'я та життя у I триместрі вагітності, однак є й інші захворювання зараження якими за кілька днів до пологів буде дуже небезпечним. Зараження на ранньому терміні часто тягне за собою негативні наслідки (тяжкі порушення розвитку плода, викидень). Зараження в третьому триместрі свідчить про бурхливий перебіг інфекційного захворювання у новонародженого.

## **7. ЗАВЧАСНА УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ЕКСУДАТИВНИХ ПЛЕВРИТІВ У ДІТЕЙ**

### *EARLY ULTRASOUND DIAGNOSIS OF EXUDATIVE PLEURISIES IN CHILDREN*

*Козар М.І., Гриб І.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Машіка В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Плеврити як деструктивні процеси значно обтяжують перебіг пневмонії у дітей, тому завчасна діагностика дає можливість підібрати правильну тактику лікування та полегшити стан пацієнта.

**Мета роботи.** Оцінити результати анамнестичного, рентгенологічного досліджень та даних УЗД косто-діафрагмального кута у дітей хворих на пневропневмонію з метою завчасного виявлення емпієми плеври та проведення адекватної терапії.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведена статистична обробка 31 історії хвороб дітей (вибірка з 2012–2017 років), в анамнезі яких була пневмонія з реакцією плеври, які проходили лікування на базі МДКЛ м.Ужгород.

**Результати обстеження та їх обговорення.** У 31 з досліджуваних був діагностований парапневмонічний плеврит, що підтвердилось клінічними даними: біль в області ураженої плеври, сухий кашель, щадіння та відставання однієї половини грудної клітки в акті дихання. Специфічний туберкульозний сухий плеврит діагностовано у 2 дітей, неспецифічний фібринозний – 17, ексудативний – 8, міжчастковий – 4. Описано два клінічні випадки при яких проводилися щоденні УЗД дослідження косто-діафрагмального кута(КДК): у першому, 6-ти місячна дитина, діагностовано ексудативний плеврит на фоні atopічного дерматиту, емпієма плеври набула осумкованого характеру, спостерігалися 3 спайкові кишенів в області діафрагмальної плеври, стан покращився після термінових плевральних пункцій; другий – у 2,5 річної дитини був діагностований ексудативний плеврит із перикардитом, рентгенографія ОГК, УЗД перикарду та біохімія крові виключили діагноз ревматичного плевриту, але УЗД КДК виявило незначну кількість ексудату, що дозволило провести антибіотикотерапію та отримати позитивний результат, без плевральної пункції. У 3-х дітей старшого віку кількість ексудату не перевищувала 20–30 мл за даними динаміко щоденного УЗД КДК протягом 5 днів, хоча рентгенограма в 2-х проекціях вказувала на наявність значної кількості рідини в плеврі. Щоденне УЗД спостереження в даному випадку дало можливість провести консервативне лікування антибіотиками. У інших 3-х дітей старшого віку із крупозною правобічною зливною пневмонією через масивність вогнища рівень рідини на рентгенограмі не виявлявся, проте УЗД КДК виявило значну кількість ексудату, тому вдалося завчасно провести плевральну пункцію, забезпечуючи важкохвору дитину адекватною терапією.

### **Висновки.**

1. Серед плевритів сухий зустрічався найбільш часто – 54,8%, ексудативний – 25,8%, міжчастковий – 12,9%, фібринозний специфічний – 6,5%.

2. Рентгенографія ОГК є інформативним і широкоживаним методом діагностики плевритів, проте не дає можливість виявити точну кількість рідини. Натомість УЗД КДК виявляє незначну кількість ексудату, є найкращим методом діагностики осумкованих

випотів, а також є безпечним методом, що дозволяє проводити щоденний моніторинг кількісного вмісту ексудату плевральної порожнини.

3. За масивними крупозними пневмоніями може приховуватися ексудативний плеврит, який, як правило, не діагностується при рентгенограмі ОГК, але добре прослідковується за даними УЗД КДК в динаміці та дає можливість вчасно провести плевральну пункцію.

## **8. КАРДИОМІОПАТІЇ У ВАГІТНИХ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ** **CARDIOMYOPATHY IN PREGNANT WOMEN: FEATURES OF COURSE, DIAGNOSIS AND TREATMENT**

*Копач М., Клюс Т., Чумак І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шахова О.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** В структурі серцево-судинних захворювань, які впливають на показники материнської захворюваності та смертності, кардіоміопатії займають одне з провідних місць. Проте відносно невелика частота даної патології серед усіх вагітних спричиняє невисоку обізнаність про особливості клінічної картини, терапевтичну та акушерську тактику при різних варіантах кардіоміопатій та відповідних ступенях важкості даної патології.

**Мета роботи.** Розглянути варіанти кардіоміопатій, які можуть спостерігатися у вагітних; вивчити діагностичні можливості, терапевтичну тактику та варіанти родорозрішення для уникнення ймовірного ризику зі сторони матері та плода.

**Матеріали і методи дослідження.** Застосовано метод інформаційного пошуку, проведено аналіз опрацьованих даних.

**Результати.** До ризиків, пов'язаних із гіпертрофічною кардіоміопатією належить розвиток та прогресування серцевої недостатності (СН) за діастолічним типом внаслідок зниження судинного опору, що призводить до зуження висхідного тракту лівого шлуночка та збільшення частоти серцевих скорочень, що спостерігається при вагітності. При дилатаційній кардіоміопатії збільшення об'єму циркулюючої крові у вагітної призводить до збільшення систолічного навантаження на лівий шлуночок, відбувається зниження його насосної функції, що сприяє прогресуванню СН за систолічним типом. Особливої уваги заслуговує перипартальна кардіоміопатія, яка, по суті, є діагнозом виключення: за відсутності у анамнезі серцево-судинних захворювань з'являються клінічні ознаки СН; згідно з даними ехокардіографії відбувається дилатація порожнин серця, наявні ознаки систолічної дисфункції лівого шлуночка. Головним завданням медикаментозної терапії при кардіоміопатії є зменшення проявів серцевої недостатності за допомогою дозволених при вагітності лікарських засобів. Акушерська тактика залежить від приналежності вагітної до відповідної групи ризику і здійснюється згідно із національним клінічним протоколом «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця».

**Висновки.** Гестаційні зміни гемодинаміки обтяжують перебіг кардіоміопатій та можуть спричинити ускладнення, які загрожують здоров'ю і життю матері та плода. Існуючі труднощі у діагностиці та обмеження у використанні лікарських засобів при вагітності вимагають особливої обережності у веденні пацієнток із кардіоміопатією, та, у залежності від важкості перебігу, відповідної акушерської тактики.

## **9. АНАЛІЗ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ ЗМІНАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ** **ANALYSIS OF THE MOTOR FUNCTION OF GALLBLADDER IN CHILDREN WITH REACTIVE CHANGES OF THE PANCREAS**

*Костур К.П., Криванич Н.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Горленко О.М., ас. Ленченко А.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Важливе місце у структурі патології органів травлення займають функціональні захворювання органів шлунково-кишкового тракту. За даними літератури, 65–80% становить дисфункція жовчного міхура. У дитячому віці на фоні патології органів травлення часто виникає реактивний панкреатит, що потребує особливої уваги з боку педіатрів щодо діагностики та лікування, для запобігання його переходу у гостру стадію.

**Мета роботи.** Оцінити стан моторної функції жовчного міхура у дітей м. Ужгород з реактивними змінами підшлункової залози на фоні функціонального розладу шлунку (ФРШ).

**Матеріали і методи.** Нами було проаналізовано 4504 історій хвороб дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні в МДКЛ м. Ужгород (2016-2017р.р.), з яких відібрано 86 пацієнтів, у яких на фоні основного захворювання були наявні реактивні зміни підшлункової залози (ПЗ). Групі з 16 пацієнтів додатково проведено детальнізовану динамічну ультразвукову холецистографію (УЗХГ) з використанням холекінетичного сніданку. Статистичний аналіз здійснено з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7.0 ( $p < 0,05$ ).

**Результати.** Середній вік пацієнтів складав  $4,69 \pm 0,5$ , за гендерною ознакою переважали хлопчики – 54,7%. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила –  $8,29 \pm 0,75$  ліжко-днів. У 100% випадків госпіталізації попереднім діагнозом був ФРШ. Щодо заключних діагнозів картина наступна: первинний (ідіопатичний) синдром циклічного блювоти – 37,1%, функціональний розлад шлунку – 34,9%, дисфункція жовчного міхура (ДЖМ) – 14%, ГРВІ – 14%. Щодо клінічного перебігу, то відмічалися наступні скарги: блювання – 87,2%, загальна слабкість – 58%, нудота – 55,8%, больовий синдром – 52,3%, підвищення температури тіла – 22%, втрата апетиту – 9,3%. Щодо даних УЗД, результати наступні: збільшення ПЗ спостерігалось у 100% випадків, жовчного міхура – у 27,9%, печінки у 24,4%. Деформований жовчний міхур мали 50% дітей.

Окрему вибірку становили 16 досліджуваних осіб, для проведення динамічної УЗХГ, з метою оцінки стану та виявлення порушень моторної функції жовчного міхура. В ході дослідження було виявлено, що у 56,25% дітей об'єм жовчного міхура натще перевищував вікові норми. У 100% обстежених було виявлено моторні порушення жовчного міхура: за гіперкінетичним типом – у 75%, за гіпокінетичним – у 25%.

**Висновки.** 1. У всіх обстежених нами дітей з УЗ-ознаками реактивних змін підшлункової залози на фоні основного захворювання відмічалися порушення моторики жовчного міхура, з перевагою гіперкінетичного типу.

2. Різні за етіопатогенезом захворювання шлунково-кишкового тракту у дітей можуть супроводжуватися подібною клінічною картиною, що потребує застосування додаткових методів обстеження для верифікації діагнозу.

3. Висока частота реактивних змін ПЗ на фоні функціональних змін органів травлення, що співзвучне з даними літератури, потребує лікувально-профілактичної корекції для попередження розвитку та хронізації патології ПЗ.

## **10. АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ АНОМАЛЬНОГО ПРИКРІПЛЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ м. УЖГОРОД ЗА ПЕРІОД 2016 р.** OBSTETRICS AND PERINATAL ASPECTS OF ABNORMAL ATTACHMENT AND PLACENTA PREVIA IN PREGNANT WOMEN IN UZHGOROD DURING THE PERIOD OF 2016

*Мазур Б.Ф., Криванич Н.В., Костур К.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра акушерства і гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Аномалії прикріплення та передлежання плаценти зустрічаються з досить високою частотою, і за даними літератури на даний час ця цифра досягає 15–20%. Передлежання та щільне прикріплення плаценти вважаються досить серйозними видами

акушерської патології, так як нерідко призводить до розвитку кровотеч, передчасних пологів, затримки тканини у матці, що у свою чергу потребує ручного відділення.

**Мета роботи.** Оцінити частоту та особливості перебігу вагітності при аномальному прикріпленні та передлежанні плаценти у вагітних та породіль у м.Ужгород за період 2016 р.

**Матеріали і методи.** За період 2016 року з архіву Ужгородського міського пологового будинку було проаналізовано амбулаторні та обмінні карти породіль, з яких відібрано 28 випадків з діагнозами – аномальне прикріплення та передлежання плаценти. Статистичний аналіз проведено з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7.0 ( $p < 0,05$ ).

**Результати.** У результаті дослідження виявлено: середній вік обстежених –  $28,7 \pm 2,4$ , у стаціонарі було проведено –  $13,3 \pm 4,2$  ліжко-днів. У 42,86% породіль пологи були передчасними, з терміном госпіталізації в межах 30-37 тижнів. У 64,3% випадків був обтяжений акушерський анамнез, а саме: самовільний аборт – у 33,4% випадків, рубець на матці та міома матки – по 22,2%, порушення матково-плацентарного кровообігу – 11,1%, оперативне втручання з приводу спайкової хвороби – 11,1%. З приводу гінекологічного анамнезу, то у 10,7% були наявні фолікулярні кісти в анамнезі, у 3,6% – ендометрит. Щодо перебігу даної вагітності, то загроза передчасних пологів спостерігалася у 14,3% випадків, загроза викидня у 7,14% вагітних, а у 3,57% була наявна ЗВУР плода. Кесарів розтин проводився у 42,85% випадків, ручне відділення плаценти – у 28,57%. Кровотеча під час пологів: до 500 мл – у 67,85%, більше 500 мл – мали 32,15% породіль. Ускладнення під час пологів були наступними: щільне прикріплення плаценти – у 28,6%, низьке розташування плаценти – у 21,4%, крайове передлежання плаценти – у 7,1%. За даними УЗД у 10,7% було виявлено низьке прикріплення плаценти, а у 3,6% крайове прикріплення, що залишилося без змін до пологів. Щодо шкали АПГАР, то отримали наступні результати: (8-9) – у 39,3%, (7-8)-у 32,1%, (6-7)- у 14,3%, (5-6) – у 14,3%.

**Висновки.** 1. Аномалії прикріплення та передлежання плаценти зустрічаються з досить високою частотою, і, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом (самовільні аборти, рубці на матці, міоми матки, попередні оперативні втручання на матці).

2. Разом з цим порушення розміщення плаценти тягнуть за собою важкі ускладнення у породіль, у вигляді кровотеч та передчасних пологів, зокрема. Щодо плода, то особливого впливу даних аномалій на його розвиток не виявлено, але передчасні пологи і внаслідок цього незрілість плода, тягнуть за собою цілу низку соціально-економічних проблем.

3. Також важливо відмітити особливу роль аномалії прикріплення та передлежання плаценти у причинах материнсько-перинатальних втрат.

4. Тому при наявності даної патології потребується особливе спостереження за вагітною, особливо, при наявності обтяженого акушерського та гінекологічного анамнезу та вибір оптимальної акушерської тактики, для попередження виникнення різного роду ускладнень.

## **11. ПАТОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В СТРУКТУРІ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

### **THE PATHOLOGY OF THYROID IN THE STRUCTURE OF ENDOCRINOLOGICAL DISEASES OF CHILDREN**

*Купар Т.В., Купар В.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Томей А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Патологія щитоподібної залози (ЩЗ) традиційно займає провідне місце серед ендокринних захворювань у дітей. Насторожує висока поширеність патології ЩЗ у дитячій віковій групі та відсутність тенденції до зниження, особливо враховуючи вплив її гормонів на всі процеси росту, інтелектуальний розвиток та репродуктивне здоров'я.

**Мета роботи.** Визначити місце патології ЩЗ в структурі ендокринних захворювань у дітей.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено аналіз захворюваності та поширеності патології ЩЗ у дітей Закарпатської області на основі статистичних показників ендокринологічної служби області.

**Результати.** Показник поширеності ендокринної патології у дітей від 0 до 18 років на 2017 рік становив 28169 (показник – 96,44 на тис. дитячого населення). Захворюваність – 6896 (показник – 23,61 на тис. дитячого населення). Основну частину захворювань займав дифузний ендемічний зоб І ступеня. Поширеність його складала – 15149, що становить 51,87 на тис. дитячого населення. Захворюваність – 3308 (показник – 11,32). Поширеність ендемічного зобу ІІ ступені складала – 1367 (показник – 4,6), захворюваність – 343, показник 1,2 на тис. дит. населення. За кількістю захворювань також заслуговує на увагу така патологія ЩЗ, як вузловий нетоксичний зоб з поширеністю 7,19 на 100 тис. та захворюваністю 1,71 на 100 тис. дитячого населення.

**Висновки.** Захворювання щитоподібної залози посідають 2 місце у структурі загальної захворюваності дитячого населення регіону. Лідируюче місце в структурі тиреоїдної патології (за рахунок гірських районів регіону) займають дифузні зміни ЩЗ. Виявлена тенденція до росту вузлових форм зобу у віці від 15 до 18 р.

## 12. СИНДРОМ ПАТАУ

### PATAU SYNDROME

*Лямцева О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Тарасевич Т.В.*

*Запорізький державний медичний університет*

*ІІ медичний факультет, кафедра факультетської педіатрії*

*м. Запоріжжя, Україна*

**Вступ.** У новонароджених зміни числа хромосом або значних хромосомних аберацій становить 0,5%.

Синдром Патау зустрічається 1 : 6000–7000 новонароджених.

Ця патологія поєднується з важкими множинними каліцтвами, що приводять до високої ранньої смертності.

**Мета роботи.** Ознайомлення з відносно рідкісною вродженою патологією.

Аналіз вроджених вад розвитку.

Ознайомлення з можливими хірургічними методами корекції наявних вад розвитку при синдромі Патау.

**Матеріали і методи дослідження.** Загальноклінічні, лабораторні, цитологічні, інструментальні.

**Результати.** Оперативне втручання з приводу пластичної корекції зовнішніх вад розвитку.

**Висновки.** Корекція зовнішніх вад розвитку.

## 13. АЦЕТОНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

### ACETONEMIC SYNDROME AND THE EFFECTIVENESS OF ITS TREATMENT

*Масляник І.І., Мучичка І.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н. доц. Машика В.Ю.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Ацетонемічний синдром (АС) виникає у 4–8% дітей, переважно віком від 2-х до 10-и років та проявляється гіперурикемією, періодичними ацетонемічними кризами з розвитком гіперкетонемії, ацетонурії та ацидозу, може призводити до гіпохлоркето-ацетонемічної коми, а завчасна комплексна терапія запобігає виникненню цього надзвичайно важкого стану у дітей.

**Мета.** Виявити прововуючі фактори виникнення вторинного ацетонемічного синдрому у дітей та оцінити ефективність лікування бетаргіном та біогасю OPC із сметкою.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведена статистична обробка 34 історій хвороб дітей з АС, які проходили лікування на базі МДКЛ м. Ужгорода з урахуванням біохімічного аналізу крові, діастази та ацетону сечі, УЗД ОЧП. Досліджувалась ефективність лікування бетаргіном та біогаєю ОРС із смектою.

**Результати дослідження.** Вторинний ацетонемічний синдром був виявлений у 85% дітей. Провокуючими факторами АС були такі: погіршеності в годуванні дітей, тобто велика кількість жирів, кетогенної їжі: мяса, шоколаду, какао та консервантів в раціоні харчування – 26 д. – 77%, інтеркурентні респіраторні захворювання (ГРВІ – 4 д., г. бронхіт – 3 д., пневмонія – 1 д.) – 23%. АС супроводжувався реактивним панкреатитом у всіх 34 д. – 100%, ДЖВШ у 3 д. – 9%, дисметаболічною нефропатією (солі в сечі) у 5 д. – 15%, гіпоглікемією – у 3 д. – 8%. Із 29 дітей з АС у 28 хворих ефективним було лікування бетаргіном та у всіх 5 дітей молодшого віку біогаєю ОРС разом із смектою.

**Висновки.** 1) Вторинний ацетонемічний синдром зустрічається у 85% випадків та був спровокований пневмоніями у 3% дітей, бронхітами у 8% хворих, ГРВІ у 12% дітей, який протікав разом із супутнім реактивним панкреатитом – 100% хворих, ДЖВШ – у 9% дітей, дисметаболічною нефропатією – у 15% хворих, на фоні гіпоглікемії у 8% випадків.

2) У 77% хворих на АС основною причиною його виникнення були погіршеності в годуванні дітей з наявністю великого вмісту жирної та кетогенної їжі, консервантів.

3) Завчасне лікування дітей бетаргіном з перших днів захворювання на АС було ефективним у 96,5% дітей та у всіх 5 дітей (100%) молодшого віку з абдомінальним синдромом, які лікувалися біогаєю ОРС разом із смектою.

#### **14. «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ПРОВІДНІЙ КЛІНІЦІ НІМЕЧЧИНИ THE GOLD-STANDART OF THE PELVIC ORGAN PROLAPSE SURGERY IN THE GERMAN LEADING CLINIC**

*Мельник Н. В.*

*Науковий керівник: к.мед.н, доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** Проплапс тазових органів зустрічається у мільйона жінок по всьому світу, і є значущою проблемою для 50% жінок вікової групи 50 і більше. Опущення і випадіння статевих органів спричиняє такі наслідки як нетримання сечі, затримка дефекації, порушення сексуальних функцій, що погіршує якість життя жінки. Враховуючи важливість проблеми, зростає і кількість різновидів хірургічних втручань, пов'язаних із корекцією пролапса.

«Золотим стандартом» у корекції опущення тазових органів вважається пектопексія. Пектопексія – лапароскопічний метод хірургії пролапса, що дедалі більше демонструє багатообіцяючі результати в малоінвазивній хірургії саме в гінекології. Суть лапароскопічної пектопексії у використанні поліпропіленової сітки розмірами 3×15 см, без перетину сечоводу або кишечника. Дана операція має переваги зменшення тривалості операційного часу, меншої крововтрати, зменшення захворюваності та скорочення терміну перебування в стаціонарі.

**Мета роботи.** Ознайомлення із методом лапароскопічної корекції пролапса органів малого тазу, як золотого стандарту надання допомоги у провідній клініці Німеччини, що має високу ефективність та безпечність.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-статистичну обробку історій хвороб 16 пацієнток, які поступали протягом 2017 року, із діагнозом опущення стінок піхви, і яким було проведено лапароскопічну пектопексію. Вік пацієнток коливався від 39 до 67 років, із надлишковим індексом маси тіла. З них жительки села і міста розподілялись майже порівну. Діагноз було поставлено на основі скарг, гінекологічного обстеження, клінічних даних. В середньому операційний час складав 50 хвилин.

Методом спостереження вдалося виявити частоту виникнення інтраопераційних та постопераційних ускладнень.

**Результати.** 16 пацієнок перенесли процедуру лапароскопічної пектопексії. В усіх 16 випадках операція була проведена успішно без будь-яких інтра чи постопераційних ускладнень. Пацієнтки залишалися в стаціонарі не більше 24 год, після чого були виписаними. Оглянуті на 1 тиждень після операції, а також через 6 місяців – ускладнень не виявлено, нетримання сечі усунуено, сексуальна функція відновлена повним чином.

**Висновки.** Лапароскопічна пектопексія є безпечною та ефективною процедурою в хірургії пролапсу верхніх відділів піхви та матки. Високоєфективна в плані усунення таких проявів як нетримання сечі та сексуальних розладів. Її можна вважати альтернативою іншим методам корекції опущення статевих органів.

## 15. ПРОБЛЕМА ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

### MODERN PROBLEMS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN

*Михалина С.Я., Гасинець А.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Лук'яненко Н.С.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Ознаки дисплазії сполучної тканини все частіше зустрічаються серед хворих нефрологічної групи та істотно впливають на характер і перебіг захворювання, що спричиняє виникнення, хронізацію та його стійкість до терапії. Найбільш важливим є інфекційно-запальні захворювання сечових шляхів у дітей, особливо асоційовані з дисплазією сполучної тканини, що вимагає проведення наукових досліджень, оскільки залишаються недостатньо вивченими питання ролі дисплазії сполучної тканини у розвитку інфекцій сечових шляхів у дітей.

**Мета роботи.** Зростання частоти недиференційованої дисплазії сполучної тканини серед дітей, що призводить до інвалідизації, відкриває перед медичною наукою новий пріоритетний напрямок – вивчення диспластикозалежної патології у дітей. Визначення рівня оксипроліну, як продукту розпаду колагену, в крові та сечі, стало особливо актуальним сьогодні також у зв'язку з погіршенням екологічної ситуації та виникненням мутацій та збільшенням частоти вроджених аномалій сечовивідної системи у дітей старшого віку.

**Матеріали і методи дослідження.** При поступленні дітей проводилось:

- ретельне опитування дітей та їх батьків за спеціально розробленою анкетой для уточнення необхідних анамнестичних даних;
- проводився ретельний клінічний огляд дітей та антропологічні вимірювання;
- визначались необхідні клінічні, лабораторні показники (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові) та інструментальні методи обстеження.

**Результати.** Наведений аналіз частоти клінічного обстеження на предмет виявлення фенотипових проявів дисплазії у обстежених дітей вказує на те, що у дітей І групи відстовірно частіше відмічались фенотипові ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини, такі як гіпермобільність суглобів (у 52,0% дітей проти 5,4% у групі порівняння), астенична тілобудова 59,0% проти 26,78%), порушення зору (84,8% проти 32,14%), деформація грудної клітки (42,4% проти 8,9%), сколіотична постава (52,17% проти 10,7%), арахнодактилія та схильність до кровотеч відмічались лише у дітей І групи (22,5% та 4,34% відповідно).

**Висновки.** Проведений клінічний аналіз стану здоров'я дітей з пієлонефритом, асоційованим з недиференційованою дисплазією сполучної тканини та диференційованою дисплазією сполучної тканини, які знаходились на стаціонарному лікуванні в І педіатричному відділенні КЗ ЛОР ЛОДЖЛ «ОХМАТДИТ» переконливо свідчить про значні відхилення у стані здоров'я дітей з пієлонефритом, асоційованим з порушенням фібрилогенезу порівнянні з даними дітей групи порівняння без ознак порушення фібрилогенезу.

## 16. ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ВАГІТНИХ THE PROBLEM OF DIAGNOSING DIABETES IN PREGNANT WOMEN

*Мицак Х.В.*

*Науковий керівник: проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблема цукрового діабету(ЦД) і вагітності знаходиться в центрі уваги акушерів, ендокринологів і неонатологів, так як ця патологія пов'язана з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю і смертністю, несприятливими наслідками для здоров'я матері і дитини. За даними МОЗ України на частку ендокринної патології припадає 6% від загальної екстрагенітальної патології жінок дітородного віку. У свою чергу в структурі ендокринної патології ЦД складає 31,9%, близько 1% жінок дітородного віку страждають на ЦД ще до вагітності, і у 2–5% він розвивається під час вагітності (гестаційний діабет), прогнозується, що до 2030 р. гестаційний діабет буде спостерігатися у 49,3% жінок.

**Мета роботи.** Шляхом аналізу статистичних даних виявити рівень діагностованості гестаційного цукрового діабету у вагітних жінок та своєчасність діагностування у жінок дітородного віку, які страждали ЦД ще до настання вагітності.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено статистичний аналіз кількості випадків захворювань ендокринної патології та рівень захворюваності ЦД серед жінок дітородного віку Ужгородського району, випадки ЦД у вагітних Ужгородського міського пологового будинку за 2016 р. Опрацьовано історії пологів жінок, які хворіли ЦД до настання вагітності, та вивчалась частота і своєчасність виявлення гестаційного цукрового діабету.

**Результати.** Виявлено, що серед 3277 вагітних жінок Ужгородського міського пологового будинку, у 2 було діагностовано ЦД до настання вагітності та у 2 вагітних – гестаційний діабет. Згідно статистичних даних Ужгородського району, при показнику захворюваності ЦД – 207, мали бути виявлені 4 жінок із захворюванням на ЦД, ще до настання вагітності, та 10 із гестаційним діабетом, що свідчить про недостатнє обстеження та діагностику вагітних.

**Висновки.** Оскільки захворювання на ЦД має поганий вплив на перебіг вагітності, пов'язане з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю і смертністю, а також несприятливими наслідками для здоров'я матері і дитини, то його діагностика має вкрай важливе значення, зважаючи на тенденцію до збільшення рівня захворюваності на ЦД. Згідно отриманих даних, обстеження та діагностика вагітних на ЦД не є достатньою, тому слід ретельно дотримуватись клінічних протоколів щодо діагностики ЦД та виконувати обов'язковий контроль рівня глікемії у вагітних.

## 17. ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ: ICSI АБО IVF? ASSISTIVE REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES: ICSI OR IVF?

*Мокра Х.*

*Науковий керівник: доц. Коритко О.О., Дорофєєва У.С.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології (завідувач кафедри – проф. Маркін Л.Б.)*

**Актуальність.** Допоміжні репродуктивні технології в даний час є одним з найбільш афективних методів боротьби з безпліддям. Хоча це не метод лікування, але часто це єдиний спосіб досягти вагітності. На сьогодні в Україні близько 1,5 мільйонів безплідних пар.

**Мета.** Метою цієї роботи було дослідження ефективності запліднення ооцитів спермою за допомогою різних методів допоміжних репродуктивних технологій.

**Матеріали та методи.** Були проаналізовані 916 циклів допоміжних репродуктивних технологій, які були проведені в 2015–2016 роках в клініці «Intersono. Medicover group».

**Результати.** У 2015 р. було проведено 427 циклів запліднення, використовуючи ICSI (з 4368 ооцитів були запліднені 3368), 80 – циклів використовуючи IVF (з 734 ооцитів – 470). У 2016 році було проведено 341 цикл запліднення за допомогою ICSI (з 3660 ооцитів були запліднені 2958), за допомогою IVF – 67 циклів (з 827 ооцитів були запліднені 583). Були враховані лише ембріони із морфологією 2PN.

**Висновок.** Ефективність запліднення за допомогою методу ICSI становить 79%, при використанні IVF – 67,5%. Ми можемо зробити висновок, що ефективно метод ICSI є найвищим, тому він використовується в більшості випадків.

## **18. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ МІОМИ** THE EVALUATION OF UTERINE ARTERIES EMBOLIZATION EFFICIENCY AS AN ALTERNATIVE METHOD IN THE CASES OF UTERINE MYOMA TREATMENT

*Ніколайчук С.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Літвінов С.К., ас. Маркевич Б.О.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра акушерства та гінекології № 1*

*м. Вінниця, Україна*

**Актуальність.** На сьогодні найпоширенішою доброякісною пухлиною у жінок залишається міома матки. Останні дослідження свідчать про «омолодження» даної патології серед жінок з нереалізованими репродуктивними планами (20–40% випадків від загальної захворюваності, середній вік виявлення патології складає 32–33 роки). Саме тому зростає необхідність в оптимізації органозберігаючої лікувальної тактики. Альтернативою оперативному лікуванню може стати емболізація маткових артерій (ЕМА) – сучасний метод, в основі якого – припинення кровопостачання міоматозного вузла, що призводить до зменшення розмірів міоми та клінічних проявів відповідно.

**Мета.** Дослідити ефективність застосування ЕМА як альтернативи оперативному втручанню при лікуванні міоми матки та оцінити показники якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку після емболізації.

**Матеріали та методи.** Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 105 пацієнток, віком від 24 до 56 років (середній вік  $39,2 \pm 0,3$ ), яким була виконана ЕМА у якості монотерапії або у складі комбінованого лікування міоми матки у ВОКЛ імені М.І. Пирогова за період з березня 2011 р. до жовтня 2017 р. Досліджувані були розподілені на 2 групи: I група – 75 жінок репродуктивного віку (вік  $34,7 \pm 0,6$ ), II група – 30 жінок у перименопаузальному періоді (вік  $48,05 \pm 0,7$ ). А також проведено опитування 30 жінок, яким було проведено ЕМА (вік  $34,1 \pm 0,6$ ), та 30 пацієнток (вік  $38,2 \pm 0,5$ ) після видалення матки з придатками та без за самостійно розробленою анкетною для дослідження показників якості життя після втручання з приводу міоми.

**Результати.** При ретроспективному аналізі встановлено: об'єм матки та міоматозних вузлів після ЕМА достовірно зменшився у пацієнток обох груп (за 3 міс. регресія відбулася в середньому на 22,5%, через 6 міс. – на 37,5%), враховуючи, що початковий розмір збільшеної матки становив у I групі –  $12,1 \pm 0,4$  тижнів, у II групі –  $13,3 \pm 0,3$  тижнів; відновлення менструальної функції настало у 47,6% загалом. У результаті опитування виявлено вищі показники якості життя у жінок після ЕМА: 68% відмітили покращення психо-емоційного стану та статевого життя (натомість – лише 22,3% жінок після видалення матки), у 92% зменшились симптоматичні прояви міоми, 4 пацієнтки завагітніли. Водночас, усі пацієнтки після тотальної екстирпації матки вказали на наявність вазомоторних порушень та загальну задоволеність обраним методом лікування лише на 41,3%.

**Висновки.** Отже, результати ретроспективного дослідження та анкетування дозволяють стверджувати, що ЕМА як перспективний, високоефективний, малоінвазивний метод лікування міоми матки може стати альтернативою оперативному втручанню та дати жінкам можливість реалізації репродуктивної функції у майбутньому.

## **19. РОЛЬ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ВИНИКНЕННІ ТА РЕЦИДИВІ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ** **THE ROLE OF DYSBIOTIC DISORDERS OF THE LOWER SECTION OF THE GENITAL TRACT IN THE OCCURRENCE AND RELAPSE OF CERVICAL DYSPLASIA**

*Палагонич Е.С.*

*Науковий керівник: д-р мед.н., проф. Корчинська О.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Захворювання сечостатевих органів, спричинені патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами, що призводять до дисбіозу сечостатевих органів, залишаються нагальною проблемою сучасних гінекологів. Значною мірою вони пов'язані з певними труднощами діагностики, резистентністю до лікування, надзвичайно високою поширеністю та можливістю розвитку тяжких ускладнень, особливо тих, що впливають на репродуктивну функцію людини. Збереження значної поширеності патології шийки матки, схильність до тривалого, рецидивного перебігу, можливість злоякісної трансформації зумовлюють актуальність пошуку ефективних методів лікування.

**Мета дослідження.** Оцінити мікробний пейзаж піхви та роль його порушень у рецидиві дисплазій ШМ.

**Матеріали і методи дослідження.** Протягом 2017 року на базі Жіночої консультації №1 було проведено наукове дослідження на тему: «Роль дисбіотичних порушень нижнього відділу статевих шляхів у виникненні рецидиві дисплазій шийки матки». Для дослідження було використано медичні картки пацієнток із вперше діагностованою та рецидивуючою дисплазією ШМ. Статистична обробка даних досліджування проводилась з використанням спеціальних пакетів прикладних статистичних програм Microsoft Excel.

### **Результати дослідження.**

Нами було проведено комплексне обстеження 68 пацієнток у віці 18–45 років, які звернулись на консультацію у кабінет «Патології шийки матки» із різними скаргами. Жінки були відібрані за такими критеріями як:

- скарги на виділення з неприємним запахом;
- зміна консистенції виділень;
- болі підчас статевого акту;
- неприємні відчуття у ділянці статевих органів;
- міжменструальні кровотечі (яких раніше небуло).

Цим жінкам було проведено такі додаткові дослідження:

- 1) цитологічне та гістологічне обстеження;
- 2) мікробіологічне дослідження методом ПЛР;
- 3) кольпоскопія із проведення діагностичних тестів;
- 4) ПАП-тест.

Підчас дослідження ми отримали такі результати: У всіх жінок було виявлено баквагіноз, цитологічне дослідження показало CIN II /III . У 15 % жінок було виявлено ВПЛІ, а у 74% спостерігається уреоплазмоз та мікоплазмоз .Після курсу системної і місцевої терапії, спостерігаємо підвищення частоти нормоценозу піхви до 80% з нормалізацією цитологічної картини – збільшення кількості I типу мазка за Папаніколау до 35%.

**Висновок.** Проведені дослідження показали, що виникнення рецидиву та дисплазій ШМ не завжди пов'язані із порушенням мікрофлори статевих шляхів та наявності ВПЛІ, але завжди із хронічним запальним процесом. Комплексна терапія у пацієнток дозволяє досягти стійкої корекції дисбіотичних порушень та збільшення кількості I типу мазка.

## **20. БЕЗПЛІДІЯ ТА ВІТАМІН Д – ЗМІНА АКЦЕНТІВ** **INFLAMMATION AND VITAMIN D – CHANGE OF ACCESSORIES**

*Петров Ю.Ю., Гриб І.А.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність:** Традиційними є погляди на значення вітаміну Д, як регулятора мінерального обміну в організмі людини та формування кісткової системи спільно з паразитовидними залозами. Однак, протягом останніх років з'явилися нові дані, які суттєво розширюють наші уявлення про фізіологічну роль вітаміна Д, як вітамін-гормона. Активні метаболіти вітаміна Д регулюють проліферацію та диференціацію клітин, синтез ліпідів, білків, ензимів, роботу органів і систем, забезпечують захисту та репродуктивну функцію.

Участь вітаміна Д у регуляції репродуктивної функції підтверджується сучасними даними про наявність гена VDR вітаміна Д гідроксильних ензимів в яєчниках та особливо в гранульозних клітинах, ендометрії та в гіпофізі молочних залоз та плаценті, що підтверджує локальний синтез метаболітів вітаміна Д.

Згідно даних ВООЗ відсоток жінок, що мають безпліддя, коливається в межах 8–30% і не має тенденції до зниження. Важливою проблемою безпліддя залишається синдром полікістозу яєчників – комплексне порушення обміну речовин залишається у 10% жінок репродуктивного віку і супроводжується порушення функції яєчників при чому роль вітаміну Д в цих процесах має надзвичайно велике значення. Дефіцит мікронутрієнтів, а саме вітаміну Д, різко знижують ефективність терапії та успішні наслідки лікування безпліддя.

**Мета роботи:** Виявити насиченість вітаміну Д організму жінок з первинним безпліддям та СПКЯ. Оцінити ефективність корекції дефіциту вітаміну Д для терепії та профілактики жіночого безпліддя на фоні СПКЯ.

**Матеріали та методи дослідження:** Проведено клініко-статистичний аналіз 24 амбулаторних карт жінок з порушення репродуктивної функції на фоні СПКЯ, які проходили обстеження та лікування в медичному центрі ДРТ «Інтерсоно», які склали I «основну» групу. До II групи «порівняння» включено 20 амбулаторних карт жінок з виконаною репродуктивною функцією (1–3 пологи в анамнезі).

**Результати:** У жінок I групи середня тривалість безпліддя складала 3 роки. СПКЯ підтверджено лабораторною та ультразвуковою діагностикою. Рівень вітаміну Д в цій групі складав в середньому до 15,05 нг/мл, в осіб II групи без СПКЯ середній показник складав 54 нг/мл. Після корекції дефіциту вітаміну Д у жінок I групи у 3 випадках вагітність наступила без застосування ДРТ, а в 9 випадках вагітність настала із застосуванням ДРТ при цьому рівень вітаміну Д зріс до показника 58 нг/мл.

**Висновки:** Доведено, що у жінок з порушенням репродуктивної функції існує виражений дефіцит вітаміну Д. Корекція дефіциту вітаміну Д для терапії і профілактики безпліддя дає позитивний результат і можливість відновити репродуктивну функцію у жінок.

## **21. ПАПІЛОМОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ**

### **PAPILOMOVIRUS INFECTION AND CERVICAL PATIOLOGY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

*Плехова О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Диннік О.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра акушерства та гінекології № 1*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** Рак шийки матки відноситься до найпоширеніших злоякісних пухлин у жінок. У всьому світі рак цієї локалізації за частотою знаходиться на другому місці після раку молочної залози. Дана жіноча патологія зустрічається в наші дні досить часто і вимагає негайного лікування. В Україні частота захворюваності на сьогоднішній день складає приблизно 9 тисяч випадків на 100 тисяч населення. У світі щороку виявляють близько п'ятисот тисяч нових випадків раку шийки матки, у більшій частини пацієнток дане злоякісне новоутворення в зв'язку з несвоєчасною діагностикою, виявляється вже на пізній стадії. Рак шийки матки – це захворювання, розвиток якого цілком можливо

попередити, тому що в більшості випадків, хвороба розвивається на тлі тривало існуючих фонових патологій.

**Мета роботи.** З'ясувати частоту папіломовірусної інфекції при дисплазії шийки матки.

**Матеріали та методи дослідження.** Ретроспективне аналітичне дослідження амбулаторних карт 50 пацієнток, яким було проведено цитологічне дослідження шийки матки. Усім пацієнткам проведено ПЛІР на вірус папіломи людини (ВПЛ).

**Результати.** Найбільш поширеними причинами звернення хворих до гінеколога були – патологічні виділення та кровотечі з піхви, біль в ділянці тазу. Середній вік пацієнток становив  $32,2 \pm 3,7$  роки. Патологічні зміни за результатами цитологічного дослідження були виявлені у 42 випадках (84%). Було використано систему оцінки теста Папаніколау – Bethesda system. ASCUS було виявлено у 32 випадках (64%), дисплазія шийки матки – 7 (14%) випадків: LSIL – 4 (8%) випадки; HSIL – 3(6%) випадки. Інвазивний рак шийки матки був виявлений у 3 (6%) випадках. У ході дослідження було встановлено наявність ВПЛ (генотипи 16, 35 і 53) у 16 пацієнток(6 – без клінічних проявів, 7 – з дисплазією шийки матки, 3 – з інвазивним раком шийки матки).

**Висновки.** Встановлено, що дисплазія та інвазивний рак шийки матки у обстежених жінок репродуктивного віку асоціювався з папіломо вірусною інфекцією. Гінекологічне обстеження жінок фертильного віку повинно включати скринінг на папіломовірусну інфекцію для раннього виявлення вірусної природи початкових порушень епітелію шийки матки і санації.

## **22. СТАН ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

### **CONDITION OF THE FUNCTION OF EXTERNAL EXPIRATION IN CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA**

*Лютянська А.Я., Радь М.Д., Цулик А.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Білак В.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Бронхіальна астма (БА), як хронічне алергічне запалення характеризується зворотньою обструкцією бронхів, що спостерігається на всьому протязі хвороби. Разом з тим, функціональні зміни бронхолегеневої системи можуть мати різну клінічну значимість, в залежності від ступеня функціональних змін та рівня ураження бронхів.

**Мета роботи.** Дослідити функцію зовнішнього дихання у дітей хворих на бронхіальну астму на різних рівнях бронхів з різною ступінню вираженості.

**Матеріали і методи.** Функцію зовнішнього дихання досліджували у 60 дітей хворих БА 6–17 років. Визначали бронхіальну прохідність на різних рівнях бронхів проводили шляхом комп'ютерної флоуметрії апаратом «SpirolabIII» (Італія). Дослідження проводилось в міжрецидивний період БА. Легкий перистуючий перебіг спостерігався у 40% (24) дітей, середньоважкий у 60% (36) хворих. Контрольну групу склали 10 здорових дітей.

**Результати дослідження.** Проведено дослідження стану функції зовнішнього дихання у дітей з БА виявлено у 32% (18) хворих відсутність порушень бронхіальної прохідності на всіх рівнях бронхів. У 69% (42) дітей виявились порушення бронхіальної прохідності на різних рівнях бронхів. Серед 42 дітей з порушення функції зовнішнього дихання вентиляційна недостатність по обструктивному типу спостерігалось у 30 (71,4%) хворих, по змішаному обструктивно-рестриктивному типу виявилась у 11 (26,2%) дітей, рестриктивний тип у 1 (2,4%). Проведеними дослідженнями встановлено, що зниження повітрепровідності на рівні центральних бронхів спостерігалась у 14(32,3%), на рівні середніх- у 21 (50%) хворих та на рівні дрібних у 25 (59,5%). Всі показники, які характеризують бронхіальну прохідність на рівні великих, середніх та дрібних бронхів були достовірно ( $p < 0,05-0,001$ ) знижені в 1,3–1,8 разів в порівнянні з відповідними показниками контрольної групи дітей.

**Висновки.** Дослідженнями встановлено, що переважна більшість дітей – 97,6% мали обструктивний та обструктивно рестриктивний типи вентиляційних порушень в міжрецидивний період захворювання. Доведено, що ступінь вираженості вентиляційних змін зростає при зменшенні діаметру бронхів з 1,3 до 1,8 ( $p < 0,05-0,001$ ).

### **23. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК – ПРОГРЕСУЮЧА М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ У БЛИЗНЮКІВ**

#### **CLINICAL CASE – PROGRESSIVE MUSCLE DISTROPHY IN TWINS**

*Сирбу О.С.*

*Науковий керівник: ас. Великанова Т.В.*

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра дитячих хвороб*

*м. Запоріжжя, Україна*

**Вступ.** Прогресуючі м'язові дистрофії (ПМД) – збірна група захворювань з прогресуючим порушенням функції скелетних м'язів незапального характеру, що відрізняються типами успадкування, варіабельністю строків початку і темпу наростання симптомів, різною первинною топографією ураження м'язів, а також іншими ознаками.

**Мета роботи.** Проаналізувати клінічний випадок ПМД Беккера та Дюшена та зробити висновок, щодо перебігу захворювань у хлопчиків близнюків четвертого року життя.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження було проведено у 2 хлопчиків близнюків народжених 02.10.2014 року в наслідок четвертої доношеної вагітності (стрімке розродження). Пацієнти Є. та А. хворіють з січня 2015 року, коли з'явилися скарги на адинамію та слабкість.

**Результати дослідження.** Зі спадкового анамнезу відомо, що батько дітей страждав на порушення роботи серця – прогресуюча кардіоміопатія від якої помер в віці 37 років. Після планової вакцинації АКДС в 3-х місячному віці на 2 добу мати помітила порушення загального самопочуття малюків, що проявлялось млявістю, адинамією, погано беруть груди, а на 3 день зв'явся закреп у пацієнта Є. Біохімічний аналіз крові – пацієнт Є.: АЛТ 195 од/л, АСТ 291 од/л; пацієнт А.: АЛТ 142 од/л, АСТ 211 од/л. Педіатром були направлені до інфекціоніста, який виявив збільшення печінки у обох малюків, але біохімічні аналізи на гепатит – негативні. Від госпіталізації та подальших обстежень мати відмовилась.

В 4-х місячному віці у малюків залишаються підвищеними показники печінкових проб – пацієнт Є.: АЛТ 221 од/л, АСТ 310 од/л, вперше з'являються скарги на закреп; пацієнт А.: АЛТ 157 од/л, АСТ 205 од/л, КФК 335 од/л. Етіологію захворювання, виявлено не було через скрутне матеріальне становище матері пацієнтів. Надалі мати погодилась проводити щомісячний моніторинг біохімічних показників крові. Протягом 24 місяців біохімічні показники крові залишалися стабільно підвищеними.

В 30 місяців коли у А. відмічалась псевдогіпертрофія литкових м'язів, підвищувальна стомлюваність при незначних фізичних навантаженнях, слабкість в ногах, а у Є. з'явилась псевдогіпертрофія литкових та сідничних при зниженому об'ємі стенових м'язів, порушення ходи та вставання, сколіоз– стаціонарне лікування (08.04.17) в відділенні дитячої неврології Запорізької міської дитячої багатопрофільної лікарні № 5. Був виставлений діагноз ПМД Дюшена (клінічна картина, спадковий анамнез, результатів біохімічних аналізів крові та рентгену: звуження кістково-мозкового каналу, потоншення кортикального слою кісток нижніх кінцівок) у пацієнта Є. та ранній дебют ПМД Беккера у А. (на основі клінічної картини, спадкового анамнезу, підтвердженого діагнозу у брата близнюка, результатів біохімічних аналізів крові та ЕКГ: патологічний Q в II, III, aVF, V6; підвищення амплітуди R в V1 > 4 мм).

Було проведено стаціонарне лікування, що призвело до поліпшення стану хворих – у Є. зникли закрепи, зменшились прояви контрактур суглобів нижніх кінцівок, в А. – покращення результатів біохімічних аналізів крові.

**Висновок.** В ході аналізу клінічного випадку ми дійшли висновку, що при ПМД Дюшена (пацієнт Є.) характерний ранній дебют, стрімкий та більш ускладнений перебіг, а для ПМД Беккера навпаки маніфестація пізніше та латентний перебіг.

## **24. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ВАГІТНИХ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

### **PREVALENCE OF HIV AMONG PREGNANT WOMEN IN CHERNIVTSI REGION**

*Сопрович Т.Я.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бирчак І.В.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний факультет № 1, кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*м. Чернівці, Україна*

**Актуальність.** Проблема ВІЛ у всьому світі, так і в Україні, залишається надзвичайно актуальною і гострою. Наша країна займає одне з перших місць за темпами поширення цієї інфекції. На сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції Чернівецька область відноситься до регіонів з низьким рівнем захворюваності на ВІЛ та низьким рівнем смертності, від захворювань, обумовлених СНІДом. ВІЛ продовжує вражати найбільш працездатну і репродуктивну частину населення, у віковій структурі нових випадків інфікування в Чернівецькій області за 2016 рік переважають особи у віці 25–49 років (58%), що в найближчий час може призвести до загострення негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій.

**Мета роботи.** Визначення рівня інфікованості ВІЛ серед вагітних Чернівецької області та вивчення особливостей перебігу їхньої вагітності.

**Матеріали і методи дослідження.** Дані інформаційних бюлетенів Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України, статистичні дані Чернівецького обласного центру з профілактики та боротьби з ВІЛ за 2014–2016 роки та ретроспективний аналіз амбулаторних карт ВІЛ-інфікованих вагітних, що перебували на диспансерному обліку в Чернівецькому обласному центрі з профілактики та боротьби з СНІДом (ЧОЦПБС).

**Результати.** Проаналізувавши дані, було виявлено, що станом на 01.01.2017 року у ЧОЦПБС на диспансерному обліку перебуває 870 осіб, із них – 135 дітей: 99 дітей – з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, та 36 дітей – в стадії підтвердження діагнозу (діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, віком до 18 місяців).

Інфікування ВІЛ серед вагітних, обстежених первинно, за 2014 рік становило 0,1% (0,36% – по Україні), 2015 – 0,03% (0,33% – по Україні), 2016 – 0,02% відповідно. Цей показник достатньо точно відображає інфікування загального населення, і є значно нижчий за національний. А показник інфікування ВІЛ серед вагітних, обстежених повторно, становить – 0% (за 2014 – 2016 роки). Це свідчить про повільні темпи поширення інфекції серед населення області.

Проаналізувавши перебіг вагітності, встановлено, що з 23 ВІЛ-інфікованих жінок, у яких вагітність завершилася пологами у 2016 році, 16 мали загрозу переривання вагітності за рахунок наявності у них супутніх патологій, найбільш поширеними серед них є: гінекологічні захворювання, TORCH-інфекція та екстрагенітальна патологія.

**Висновки.** Отже, розвиток епідемії ВІЛ-інфекції серед вагітних в Чернівецькій області на протязі 2014–2016 років залишається повільним і навіть падає в порівнянні з загальнонаціональними показниками. Однак, в більшості ВІЛ-інфікованих вагітних виявлено супутні патології, які можуть нести в майбутньому загрозу переривання вагітності.

## **25. ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПЕРВИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ**

### **INFLUENCE ON THE CORSE OF PREGNANCY PRIMARY ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME**

*Терлецька М.В., Шваліковська Х.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Ельяшевська І.І.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Кафедра акушерства та гінекології (завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Маркін Л.Б.)*

*м. Львів, Україна*

**Вступ:** антифосфоліпідний синдром належить до групи автоімунних тромбофілій і проявляється симптомокомплексом, асоційованим з вмістом у крові антифосфоліпідних антитіл, а також характеризується рецидивними артеріальними та/або венозними тромбозами різної локалізації, звично втратою плода (2 і більше випадків невиношування вагітності), тромбозитопенією й іншими неврологічними, серцево-судинними та гематологічними порушеннями. Вважається, що це захворювання поліетіологічне, тобто його розвиток залежить від генетичних чинників та чинників навколишнього середовища. До них належать також Т-клітиннозалежне запалення у тканинах і аутоантитіла. Антифосфоліпідний синдром також характеризується широким спектром тромботичних подій і продукцією надзвичайно різноманітної групи антитіл. Ці аутоантитіла зв'язують фосфоліпіди за наявності або відсутності кофакторів, особливо  $\beta$ 2-GP-1, до якого також утворюються аутоантитіла. aPL належать до сімейства Ig G, Ig M, Ig A або комбінують ці ізотипи. У клінічній практиці обидва Ig G- і M-aCL та LAC становлять стабільний та стандартизований тест для діагностики антифосфоліпідного синдрому.

**Мета роботи:** метою даного дослідження є оцінити рівні домінуючих антифосфоліпідних антитіл у кожної вагітної та ризик акушерських ускладнень при первинному антифосфоліпідному синдромі, який пов'язаний із специфічним профілем антитіл.

**Матеріали і методи дослідження:** робота виконувалась на базі гінекологічного відділення 3-ї міської клінічної лікарні Львова з динамічним спостереженням за вагітними, проведенням клініко-лабораторного обстеження та опрацюванням даних з архіву.

**Результати:** під час нашого дослідження було опрацьовано історії хвороби 20-ти вагітних (від 28 до 34 роки), що поступили до 3-ї міської клінічної лікарні Львова з загрозою переривання вагітності впродовж 2017 року, з двома або більше викиднями у перші 6 тижнів в анамнезі, яким проводилось визначення переважаючого типу антифосфоліпідних антитіл, це були імуноглобуліни G кардіоліпіну, фосфатидилсерину чи B-2 глікопротеїду у лабораторних дослідженнях.

**Висновки:** Автоімунні захворювання можуть впливати на репродуктивне здоров'я жінки, та, власне, вагітність також може спровокувати розвиток аутоімунної хвороби. Тому стверджувати, що було етіологічно первинним складно. Після опрацювання історій виявилось, що у всіх жінок було мінімум 2 викидні в анамнезі, наявність Ig G кардіоліпіну, фосфатидилсерину чи B-2 глікопротеїду у крові, проте у кожній переважали різні антитіла, вік жінок був від 28 до 34 роки. В даному випадку ми досліджували первинний антифосфоліпідний синдром, що зумовлений специфічними антитілами, власне Ig G, та причини його виникнення з урахуванням всіх ризиків та ускладнень.

## 26. ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ ТА РИЗИК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ З РАС NUTRITIONAL DISORDERS AND THE RISK OF OBESITY IN CHILDREN WITH ASD

*Тимофіїв Н.М*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пакулова-Троцька Ю.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра педіатрії №1*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** РАС (розлади аутистичного спектра) – це порушення психічного розвитку, яке проявляється труднощами у побудові соціальних стосунків, вербальному і невербальному спілкуванні та особливо стереотипністю поведінки. За даними Autism Europe поширеність РАС становить 1:68 осіб. За останні 30 років кількість зареєстрованих випадків РАС різко зростає. У дітей з аутизмом супутні захворювання більше розповсюджені, ніж у загальній популяції, зокрема діти з РАС мають схильність до надлишкової ваги в 2 рази частіше, ніж їх однолітки і страждають ожирінням у 5 разів частіше. Це пов'язано з порушеннями роботи шлунково-кишкового тракту, ендокринними розладами, порушенням харчової поведінки, генетичною схильністю, побічною дією ліків і меншою активністю дітей через проблеми з крупною моторикою і комунікацією. Діагностика супутньої патології ускладнюється недостатністю комунікації і уявленням, що аномальна форма поведінки є тільки проявом РАС і не пов'язана з погіршенням самопочуття особи.

**Мета роботи.** Оцінити схильність до ожиріння і наявність супутньої соматичної патології в групі дітей з РАС.

**Матеріали та методи.** Для дослідження відібрано групу 30 дітей віком від 3 до 11 років з РАС, оцінено харчовий статус, індекс маси тіла, частоту супутньої соматичної патології.

**Результати.** Серед досліджуваної групи порушення харчової поведінки спостерігалось у 73% (22) дітей. Було проведено розрахунок індексу маси тіла: у 10% (3) дітей він нижче вікової норми, у 10% (3) – вище. Непереносимість молочних продуктів було виявлено у 50% (15), закрепи у 40% (12) алергічні прояви при вживанні певної їжі та напоїв – у 60% (18) дітей. Також було виявлено у 50% (15) дітей 5–8 випадків захворювань з переважанням патологій дихальної системи протягом року.

**Висновки.** Висока частота супутніх соматичних проблем: алергічних проявів і захворювань шлунково-кишкового тракту. З віком соматичні проблеми виявляються частіше. Так, в групі дітей старшого віку (шкільного) частота соматичної патології та випадків ожиріння була вищою, ніж в групі дітей молодшого віку (дошкільного). Наші дані узгоджуються з даними інших авторів, які вказують, що супутня соматична патологія у дітей з РАС виявляється частіше, ніж в популяції, проте залишається без належного лікування і негативно впливає на поведінку, соціалізацію, комунікацію, когнітивні функції дітей, тому вчасна діагностика супутніх захворювань і лікування дітей з РАС є дуже важливими.

## **27. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ТЛІ ВРОДЖЕНОЇ АНОМАЛІЇ БУДОВИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДИТИНИ**

CLINICAL OBSERVATION IN CASE OF BRONCHIAL ASTHMA FOR A REASON OF CONGENITAL ANOMALY OF THE STRUCTURE OF THE GASTROINTESTINAL TRACT OF A CHILD

*Малець О.С., Цісельський Т.Р*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Уривасва М.К.*

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра педіатрії № 1 та неонатології*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Бронхіальна астма (БА) серед захворювань органів дихання у дітей посідає провідне місце. Тяжкий неконтрольований перебіг має місце в 23%, з них, за даними Richard Overholt, у 30% дітей виявлені діафрагмальні кили та інші аномалії будови шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

**Мета роботи.** Розглянути клінічний випадок та проаналізувати особливості диференційної діагностики неконтрольованого перебігу БА у дитини, на фоні вродженої аномалії будови ШКТ.

**Матеріали і методи дослідження.** Аналіз історії хвороби дитини Н., 7 років.

**Результати.** При надходженні до стаціонару скарги на задишку експіраторного характеру, дистанційні хрипи, нав'язливий кашель без виділення мокротиння. У анамнезі: дитина від I вагітності, I пологів, з масою при народженні 3500 г. Перебував на обліку у невролога з приводу синдрому лікворної гіпертензії. На грудному вигодовуванні до 5 місяців, в подальшому страждав на харчову алергію, алергічний риніт, ларинготрахеїт. В 3 роки – аденотонзилектомія; з 4 років – прояви обструктивного синдрому до 3 разів на рік; в 5 років – два епізоди пневмонії з атипичним перебігом, відсутністю кашльового рефлексу, швидкою зворотною обструкцією; в 6 років – пневмонія обтяжена обструктивним синдром, встановлено діагноз БА нечутливої до препаратів базисної терапії. При об'єктивному обстеженні виявлені постійний сухий кашель, ознаки дихальної недостатності у вигляді диспноє з експіраторним компонентом, ЧД 27 у хвилину, участь міжреберних м'язів в акті дихання. Перкуторно звук

з коробковим відтінком, різко ослаблене дихання в нижніх відділах легень, сухі та вологі свистячі хрипи з обох боків. Дитина підвищеного харчування (ІМТ 19,8>97%). Шкіра блідо-рожева. З боку інших органів і систем патології не виявлено. Відхилення виявлені при обстеженні: клінічний аналіз крові: гіпохромна анемія І ст., підвищення ШОЕ; імунограма: підвищення IgE (3N); Ro-графія ОГК: бронхіт з ознаками обструкції; ФЗД: обструктивні порушення І ступеня.

Дитині проведена терапія відповідно протоколу лікування БА, корекція обструктивного синдрому, однак вказані скарги та об'єктивні симптоми не були куповані. Дитину з метою дообстеження переведено до хірургічної клініки. Проведені додаткові обстеження: рентгенографія з контрастуванням: патології не виявлено; добова рН-метрія, ФГДС: ознаки гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. За даними КТ встановлена наявність кили стравохідного отвору діафрагми і вкорочення стравоходу. Проведено оперативне втручання в ході якого була виконана гастропластика з пластикою гризових воріт. Діагноз БА переглянут. Призначена терапія прокінетиками.

**Висновки.** БА з неконтрольованим перебігом потребує виключення патології ШКТ, а саме рефлюксної хвороби, діафрагмальної кили та аномалії будови стравоходу.

## **28. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ З АЛІМЕНТАРНОЮ ГІПОТРОФІЄЮ** **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MEASLES IN CHILDREN WITH ALIMENTARY HYPOTROPHY**

*Човбан К.Е., Мартинюк Т.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Гема-Багіна Н.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Актуальність.** В останні роки в Україні зросла кількість дітей з гіпотрофією різного ступеню. Це зумовлює важчий перебіг різних нозологій, зокрема хвороб дитячого віку. Особливу увагу варто приділити перебігу кору у дітей з гіпотрофією через високу імовірність виникнення ускладнень.

**Мета.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу кору у дітей з аліментарною гіпотрофією.

**Матеріали і методи досліджень.** Було оброблено 30 історій хвороб пацієнтів ОКІЛ дитячого відділення.

**Результати.** В ході досліджень дітей було розділено на 2 вікові групи: 1 група – від 1 року до 3 років, це складало 63% пацієнтів, 2 група – старше 3 років (37%). Серед досліджуваних 66% становили хлопчики, 34% – дівчата. 23% дітей проживало у місті, 77% – жителі села. Під час дослідження було виявлено, що всі пацієнти мали різний ступінь вираженості аліментарної гіпотрофії. 1 ступінь гіпотрофії (дефіцит маси тіла складає 11–20%) спостерігався у 4% дітей, 2 ступінь гіпотрофії (дефіцит маси тіла 21–30%) у 47% обстежуваних, 3 ступінь гіпотрофії (дефіцит маси тіла більше 31% маси тіла) наявний у 13%. Найчастішими супутніми патологіями при кору у дітей є анемія І ступеню, афтозний стоматит, пліснявка, носійство *St.pneumoniae*, *St.pyogenes* у зіві. Серед усіх пацієнтів у 47% спостерігалася глистяна інвазія. Термін перебування дітей з гіпотрофією хворих на кір у стаціонарі довший: до 5 днів стаціонарне лікування проводилось у 30% дітей, 5–10 днів 60%, 10–15 днів у 10%.

**Висновки.** У дітей з гіпотрофією відмічається високий відсоток розвитку ускладнень, тобто важчий перебіг кору. У всіх пацієнтів було виявлено велику кількість ускладнень, таких як простий бронхіт, обструктивний бронхіт, пневмонія, гострий ларинготрахеїт, гіпертермічний синдром, катаральний кон'юнктивіт та кишковий синдром. Тому згідно клінічних протоколів крім симптоматичного лікування необхідно проводити антибіотикотерапію, для запобігання розвитку несприятливих наслідків.

## **29. ОЦІНКА ВДОСКОНАЛЕНОЇ ТЕРАПІЇ СУПРОВОДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ЛЕЙКЕМІЮ ДІТЕЙ**

EVALUATION OF ADVANCED MAINTENANCE THERAPY IN CHILDREN SUFFERING FROM ACUTE LEUKEMIA

*Шубіна М.В., Світлична К.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Губар С.О.*

*Харківський національний медичний університет*

*II медичний факультет, кафедра педіатрії № 2*

*м. Харків, Україна*

**Вступ.** Надання невідкладної допомоги при критичних станах у дітей з гострою лейкемією є одним з найактуальніших завдань дитячої гематології. Ускладнення хіміо-терапії лейкозу погіршують перебіг захворювання, знижують ефективність лікування.

**Мета роботи.** Оцінка алгоритму призначення антибіотиків, імунно- та гемостатичної терапії при критичних станах у дітей з гострою лейкемією.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено аналіз результатів клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження 86 дітей віком від 1 місяця до 18 років, які перебували на лікуванні в відділенні ІТАР міської дитячої клінічної лікарні № 16 міста Харкова з діагнозом гостра лейкемія.

**Результати.** У 86 хворих на гостру лімфобластну і мієлобластну лейкемію виявлено ускладнення поліхіміотерапії (ПХТ) з розвитком нозокоміальної інфекції, кровотечі, ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та інших. Терапія септичних ускладнень включала такі компоненти: пригнічення збудника і відновлення імунітету. В останні роки змінилася чутливість мікроорганізмів до антибіотиків, тому в алгоритм призначення препаратів введені зміни. При розвитку інфекційно-токсичного шоку (ІТШ) застосовували карбопеніми, фторхінолони і антимікотики, або поєднання цефалоспоринів IV покоління з аміноглікозидами і антимікотиками. Ефективним засобом імунновідновлювальної терапії сепсису є внутрішньовенна інфузія імуноглобулінів в дозі 2 г/кг маси тіла а перспективним засобом – рекомбінантний інтерлейкін-2. При розвитку тромбоцитопенії і геморагічних ускладнень з замісною метою нами застосовувалася тактика лікування високодозним донорським тромбоконцентратом у хворих з мієло-депресією після ПХТ. Порівняння результатів лікування хворих на гостру лейкемію, які отримували тромбоконцентрат (44) і не отримували такий (42), з'ясувало, що ризик ускладнень у останніх статистично значно вищий, а саме для кровотечі в 5,6 разів [OR=5,56 (CI 95% 1,66; 18,56) p<0,029], для пневмонії – в 3,7 рази [OR=3,71 (CI 95% 1,39; 9,88) p<0,05], для уражень ШКТ в 2,4 рази [OR=2,44 (CI95%1,16; 6,56) p<0,05].

Перспективною є стимуляція тромбоцитарного паростка гемопоезу застосуванням рекомбінантного інтерлейкіну-11 у хворих, які отримували хіміотерапію, супроводжується дозозалежним збільшенням кількості мегакаріоцитів в кістковому мозку, тромбоцитів в крові і зменшенням тяжкості і тривалості тромбоцитопенії. Також виключається можливість передачі трансмісивних інфекцій і сенсibilізації хворих препаратами донорської крові.

**Висновки.** Рання і цілеспрямована антибіотикотерапія у хворих на гострий лейкоз дозволяє попередити або ліквідувати важкі інфекційні ускладнення. Своєчасна імуноре-кція та корекція гемостазу з використанням сучасних рекомбінантних препаратів сприяє зниженню кількості і тяжкості інфекційних ускладнень.

## **30. ЗНАЧЕННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ В ОЦІНЦІ ВАЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ**

THE IMPORTANCE OF INTEGRAL LEUKOCYTAL INDICES IN THE ESTIMATION OF THE SEVERITY AND PROGNOSIS FOR THE COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

*Яремчук І.І., Журавель І.М.*

*Науковий керівник: доц. Томей А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дитячих хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гостра негоспітальна пневмонія (НП) є одним із найпоширеніших захворювань дітей. В останні десятиріччя активно вивчається можливість використання різноманітних лабораторних показників для об'єктивної оцінки важкості стану та розвитку ендотоксикозу у дітей при інфекційно-запальних захворюваннях. Застосування індексів, як додаткових критеріїв діагностики, обумовлено їх нескладністю та більшою змістовністю в порівнянні з розрізненими оцінками складових елементів лейкоцитарної формули.

**Мета дослідження.** Визначити рівень інформативності інтегральних лейкоцитарних індексів для оцінки рівня ендогенної інтоксикації у дітей з НП у дітей.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний порівняльний аналіз 84 випадків хвороби дітей у віці від 6 місяців до 14 років з патологією бронхо-легеневої системи, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Ужгородській МДКЛ. Достовірних відмінностей за віком і статтю не отримано, що дозволило нам розглядати групи об'єднаними. Пацієнти були розділені на 3 групи в залежності від локалізації та поширеності процесу: група 1–16 пацієнтів з ГРВІ; група 2–13 пацієнтів з гострим бронхітом; група 3–55 пацієнтів з НП.

Стан ендогенної інтоксикації визначали обчисленням та оцінкою гематологічних лейкоцитарних індексів (ГЛІ): індексу зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я.Я. Кальф-Каліфом (ЛІІ) та представлений Д.О. Івановим, Н.П. Шабаловим та співавторами індекс імунореактивності (ІІР).

**Результати дослідження.** Показники ІЗЛК при НП були найбільш високими ( $3,1 \pm 0,64$  ум.од., в порівнянні з  $2,44 \pm 0,56$  ум.од. при гострому бронхіті та  $2,01 \pm 0,44$  ум.од. при ГРВІ).

Така ж тенденція спостерігалась і при дослідженні ІІР ( $26,35 \pm 2,83$  ум.од. при НП,  $23,28 \pm 3,35$  ум.од. при гострому бронхіті та  $19,86 \pm 2,48$  ум.од. при ГРВІ), і при визначенні ЛІІ ( $2,01 \pm 0,07$  ум.од. при НП,  $1,33 \pm 0,13$  ум.од. при гострому бронхіті та  $1,05 \pm 0,09$  ум.од.).

Динаміка змін лейкоцитарних показників (ЛП) у дітей з НП може свідчити про розвиток вираженої загальної запальної реакції організму і значної інтоксикації вже на ранніх стадіях захворювання. На момент завершення антибіотикотерапії у пацієнтів із НП показники ІЗЛК та ЛІІ знижувалися, (ІЗЛК –  $2,18 \pm 0,55$  ум.од.; ЛІІ –  $1,7 \pm 0,04$  ум.од.), але не нормалізувалися, що може бути свідченням незавершеного процесу в легенях. Водночас, ІІР збільшився до  $34,8 \pm 1,83$  ум.од., що дозволяє зробити припущення про підвищення імунологічної реактивності організму дітей.

**Висновки.** Підвищення інтегральних лейкоцитарних показників спостерігались або внаслідок нейтрофілозу, особливо із зсувом формули вліво, або при розвитку лімфопенії, моноцитопенії та анеозінофілії. Рівні ЛП достовірно відрізнялися від локалізації інфекційно-запального процесу (більш високі показники відмічались при НП). Досліджувані ЛП досить інформативні, мають чітку динаміку та можуть бути використані для оцінки виразності інтоксикації, стану реактивності та ефективності терапії у дітей з НП.

### **31. ПЕРЕВ'ЯЗКА МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН МАТКИ ЯК ВАРІАНТ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ХІРУРГІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ BANDAGING OF THE MAJOR VESSELS OF THE UTERUS AS AN OPTION FOR ORGAN-RETAINING HEMOSTASIS**

*Гельбич О.Ю., Варга О.Й.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Цмур О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра акушерства та гінекології*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** У структурі причин материнської смертності в усіх країнах світу акушерські кровотечі займають одне з провідних місць, становлячи в середньому (як основна причина) 20–25%, як конкуруюча причина – 42% і як фонові – до 78%. Найбільш поширеним є визначення запропоноване ВООЗ у 1990 р.: рання післяпологова кровотеча – клінічно значуща кровотеча, яка перевищує 500 мл у пологах через природні

родові шляхи і 1000 мл – при операції кесарського розтину (КР). Отже кесарів розтин є одним з чинників ризику розвитку кровотечі. Частота кесаревого розтину значно зросла протягом останніх десятиріч, як в наслідок розширення показань до операції з боку плода так і зменшення протипоказань до неї, і складає в Україні 20–25% від загальної кількості пологів.

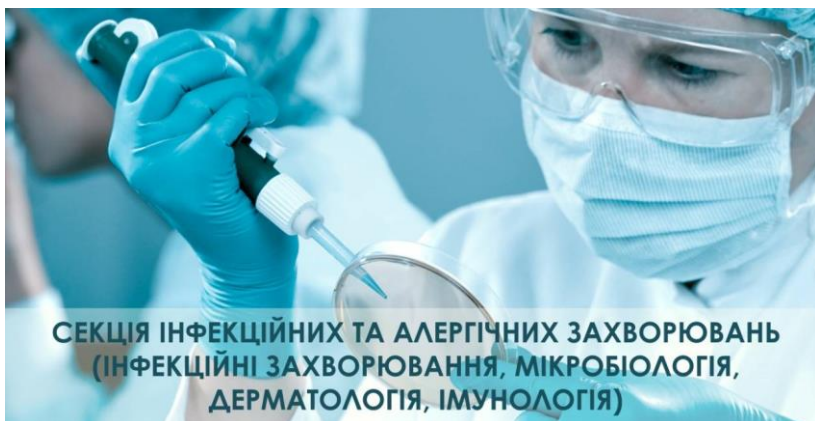
Хірургічні методи зупинки кровотечі застосовують у разі розриву матки, передлежання плаценти, передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти, неефективності консервативних методів лікування ППК. Проведення гістеректомії для зупинення масивної ППК призводить не лише до втрати репродуктивної і менструальної функцій, але й супроводжується значними порушеннями функцій гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, несприятливо впливає на кровопостачання, іннервацію, лімфатичну систему малого тазу. Тому проблема ефективного гемостазу в акушерській клініці залишається актуальною.

**Мета.** Визначення ефективності використання новітніх хірургічних методик при акушерських кровотечах, їхня роль для зменшення кількості гістеректомій.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-статичний аналіз історій пологів з акушерськими кровотечами за 2015–2017 роки на базі УМПБ. При аналізі історій пологів визначали наступні показники: загальну кількість пологів по роках, кількість післяпологових та масивних післяпологових кровотеч, кількість виконаних органозберігаючих операцій з перев'язуванням магістральних судин матки за запропонованою сучасною методикою та проведених гістеректомій; також аналізували загальну крововтрату після розродження через природні пологові шляхи та під час операції кесаревого розтину.

При проведенні кесарських розтинів які були ускладнені акушерськими кровотечами використовували сучасні методи перев'язки магістральних судин матки: а. uterina та а. ovarica, дана методика в порівнянні з іншими хірургічними методами (компресійні шви на матку) дає значно менше ускладнень.

**Висновки:** Отже, перев'язка магістральних судин матки дає зменшення кількості крововтрати, що в свою чергу знижує ризик виникнення перинатальних ускладнень; зменшується кількість екстирпацій, що дає змогу покращити якість життя жінок. Також зменшується кількість ліжко-днів, що позитивно впливає на психологічний та матеріальний стан породіль.



**СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
(ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ,  
ДЕРМАТОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ)**

**СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
(ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ,  
ДЕРМАТОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ)**

**SECTION OF INFECTIOUS DISEASES AND ALERGOLOGY  
(INFECTION, MICROBIOLOGY, DERMATOLOGY AND  
IMMUNOLOGY)**

Медичний факультет, ауд. 555

**Голова секції:** Раммаль А.А.

Head of the section: A. Rammal.

**Секретар секції:** Матвій Г.Р.

Secretary of the section: H. Matviyiv

---

## **1. ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF MANDRIN AND LEMON RELATIVELY OPPORTUNISTIC MICROORGANISMS**

**АНТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ МАНДАРИНУ ТА ЛИМОНУ СТОСОВНО  
ОПОРТУНІСТИЧНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ**

*Choukade P.*

*Scientific supervisor: as. Viktoria Bati*

*Medical Faculty of the State Higher Educational Institution «Uzhgorod National University»*

*Department of the Microbiology, virology, epidemiology with the course of infectious disease*

*Uzhgorod, Ukraine*

Opportunistic infections caused by non-pathogenic bacteria are an unresolved problem of infectious and non-infectious medical practice, since it is precisely they that determine the vast majority of complexity of major diseases of patients. In recent years, the resistance of opportunistic microorganisms to antibiotics has been observed. Therefore, the synthesis of new antimicrobial compounds is still urgent. Fruits consumed by our population has many biologically active substances (BAS).

The spectrum of antimicrobial activity of some fruits (kiwi, mandarin, lemon) towards various types of bacteria was researched of nosocomial infections (*P. mirabilis*, *S. aureus* and *MRSA*, *S. pneumoniae*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *P. aeruginosa*, *C. albicans*), food poisonings (*S. enterica*, *S. flexneri*, *L. monocytogenes*, *EPEC E. coli*). Fruits were homogenized using Grindomix™ blender, sterility was ensured by using nylon microfilters with 44 μm apertures (BD Falcon, USA). For collateral cultivation of test-bacteria 1 ml of fresh juice and 1 ml of growth medium with consequent addition of 100 μl of bacterial suspension (0,5 MacFarland, 10<sup>8</sup> CFU/ml) were used. After 24 hours, 48 hours, and 72 hours The incubation titers of bacteria were determined by direct sowing.

We have used some fresh fruit juices like kiwi, mandarin, lemon, banana, etc. For research, we took freshly prepared juices, as the juices from the package may differ in composition of biologically active substances. Due to the temperature processing, various stabilizing agents are introduced, concentrates can be used. All these factors can negatively affect the outcome of the investigation.

After 24 hours of compatible cultivation the best antibacterial activity is inserted into lemon juice and mandarin juice to almost all microorganisms that have been used *in vitro* studies. In particular on *S. aureus* and *MRSA*, *S. pneumoniae*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *P. aeruginosa*, *C. albicans*, *S. enterica*, *S. flexneri*, *EPEC E. coli*. And reduction of concentration *P. mirabilis*, *P. aeruginosa* in titres (1,2±0,1)·10<sup>2</sup> CFU/ml. But after 48 hours of co-cultivation, complete inhibition of bacterial growth was observed. Kiwi juice showed inhibitory effect relation to *C. albicans*, *S. aureus*, *S. enterica*, *S. flexneri*, *EPEC E. coli*. Banana juice – not revealed antimicrobial activity.

Lemon and mandarin – are representative of citrus has a set of beneficial properties, rich in phytoncides, vitamins, especially vitamin C, essential oils, flavonoids, pectin, organic acids, and others [1].

The results obtained are relevant because they enable the use of these juices as natural biological disinfectants that can prevent the generation of biofilms by opportunistic microorganisms and their distribution. As well as use in the pharmaceutical industry as components of medical products.

[1] Nagy S. Vitamin C contents of citrus fruit and their products: a review // J. Agric. Food Chem., 1980, 28 (1), pp 8–18.

## **2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ НЕКРОВСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА APRI**

**DETERMINATION OF THE STAGE OF THE NECROINFLAMMATORY PROCESS IN THE LIVER IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C USING THE APRI INDEX**

*Бойчук В.В., Винокурова О.Н.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Козько В.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет,*

*Кафедра инфекционных болезней*

*г. Харьков, Украина*

**Введение.** Около 170 млн. человек в мире и более 12 млн. в Украине инфицировано вирусом гепатита С. Определяющим фактором в патогенезе хронической патологии печени различной этиологии является прогрессирование воспалительных и фибротичных процессов с формированием цирроза печени. Оценка некрвоспалительного процесса позволяет судить о прогрессировании течения заболевания. Имеются данные о целесообразности использования индекса APRI для мониторинга прогрессирования болезни.

**Цель работы.** Установление у больных хроническим гепатитом С (ХГС) возможности использования индекса APRI для определения активности некрвоспалительного процесса в печени.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 79 больных ХГС. Всем пациентам проводился GenoFibroTest. Для оценки вирусной некротически-воспалительной активности использовался ActiTest (шкала METAVIR) – в соответствии

с ней выделяют 4 стадии активности: активность отсутствует (A0), минимальная активность (A1), умеренная активность (A2), высокая активность (A3). Тест APRI рассчитывали по формуле  $APRI = \text{ACT (верхний предел нормы для ACT)} / \text{тромбоциты (10}^9/\text{л)} \times 100$ . Результаты. При F0 (отсутствие фиброза) стадия A0 выявлена у 32,4% больных, стадия A1 – у 37,8% пациентов, стадия A2 – у 16,2% обследованных, A3 – у 13,6% пациентов. При F1 (портальный и перипортальный фиброз без образования септ) стадия A0 выявлена у 22,3% больных, стадия A1 – у 33,3% пациентов, стадия A2 – у 11,1% обследованных, A3 – у 33,3% пациентов. При F2 (портальный и перипортальный фиброз с единичными септами) стадия A0 выявлена у 7,6% больных, стадия A1 – у 23,1% пациентов, стадия A2 – у 23,1% обследованных, A3 – у 46,2% пациентов. При F3 (портальный и перипортальный фиброз со множественными септами) и F4 (циррозе) у 100% пациентов выявлена высокая активность A3 некрвоспалительного процесса в печени.

Были проведены исследования на наличие зависимости между A и APRI. Коэффициент корреляции составил  $r=0,7896$ , что соответствует сильной прямой зависимости. Используя аппроксимирующие функции, построенные с помощью метода наименьших квадратов, выявлено, что если APRI принимает значение из интервала от 0 до 1, то активность некрвоспалительного процесса в печени соответствует A0–A1 (с вероятностью 73%), а если APRI принимает значение выше 1, то активность некрвоспалительного процесса в печени соответствует A2–A3 (с вероятностью 75%).

**Выводы.** Тест APRI может быть использован как дополнительный показатель для оценки стадии некрвоспалительного процесса в печени у больных ХГС: значение от 0 до 1 свидетельствует об отсутствии или минимальной активности (A0–A1), выше 1 – об умеренной (A2) и высокой (A3) активности.

### **3. KLEBSIELLA-YAK FAKTOR RYZYKY RANNYHO ROZVITKU RAKU TA METASTATYCHNYH SEPTYCHNYH USKLAHDNENH KLEBSIELLA SPP. AS A RISK FACTOR FOR EARLY CANCER AND SEPTIC METASTATIC COMPLICATION**

*Бонка О.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Лушнікова О.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Клебсієлизи відносять до ендемічних захворювань Західних регіонів України, в тому числі і Закарпаття. Не дивлячись на часту ізоляцію їх збудників із назальних тканин людей в нормі (особливо штам *Klebsiella pneumoniae*), обстеження хворих ЛОР відділень клінічних лікарень свідчить про незначну роль клебсієл в етіології інфекцій верхніх дихальних шляхів.

**Мета.** Дана робота присвячена вивченню етіологічної ролі клебсієл в інфекційній патології захворювань верхніх дихальних шляхів онкологічних пацієнтів.

**Матеріали та методи:** Бактеріологічний аналіз верхніх дихальних шляхів проводили у пацієнтів онкологічного диспансеру з такими діагнозами: рак ротоглотки (3 особи), рак гортані (5), рак слизової оболонки дна порожнини рота (5), рак кореня язика (2), рак гортані із ринофімою (1), рак лівих передносових пазух (1), пневмонія (3). Всього одномоментно обстежено 17 хворих. Вибір матеріалу залежав від локалізації процесу. Висів клінічного матеріалу (слиз носоглотки) задньої стінки гортані, харкотиння, гній) здійснювали на селективне середовище *Klebsiella 5-ACK*, урідоселект та кров'яний агар.

**Результати.** Від хворих з діагнозом рак ротоглотки, рак гортані, рак слизової оболонки дна порожнини рота, рак кореня язика, рак гортані із ринофімою виділено 5 штамів *Klebsiella rhinoscleromatis* та 2 штами *Klebsiella ozaenae* було виділено від пацієнта (після хіміотерапевтичного лікування) із слизу носової порожнини із

злюкисними новоутвореннями в лівих передносових пазухах. У харкотинні хворих на пневмонію знайдено виключно представників *Klebsiella pneumoniae*. Усі виділені штами *Klebsiella pneumoniae* характеризувались абсолютною стійкістю до кліндаміцину, тетрацикліну, ванкоміцину, оксациліну, левоміцетину, бензил-пеніциліну, карбеніциліну, однак були чутливими до цефатоксиму, сизоміцину, ципрофлоксацину, цефтазидиму, офлоксацину. У порівнянні з культурами *Klebsiella pneumoniae*, штами *Klebsiella rhinoscleromatis* виявляли більш суттєву резистентність, їх ріст пригнічували – офлоксацин, ципрофлоксацин та іміпенем. Ізоляти *Klebsiella ozaenae* за рівнем резистентності займали проміжне становище.

**Висновки.** Виявлено високий тропізм ізолятів клебсієл. Виділені бактерії роду *Klebsiella* є підтвердженням виникнення клебсієльозів переважно в умовах депресивних порушень і дисфункції імунної системи.

#### **4. ВПЛИВ МІКРООРГАНІЗМІВ НА ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ, УМОВИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА БЕЗПЛІДДЯ** **INFLUENCE OF MICROORGANISMS ON WOMEN'S HEALTH, REASONS OF MISCARRIAGE AND PROPHYLAXIS OF INFERTILITY**

*Вейкай Т.Ю., Прокоп М.О*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Бугина Л.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Поняття «безпліддя жінки» означає нездатність жінки репродуктивного періоду до зачаття. Тривалість репродуктивного періоду – близько 30 років: з 16- до 45-річного віку. В даний час можна говорити про безпліддя у разі, коли при систематичному статевому житті без оберігання вагітність не настає впродовж 1 року. Проблема безпліддя і самовільних абортів (викиднів) у жінок репродуктивного віку є актуальною і широко поширеною в усьому світі: кожна шоста жінка відчуває труднощі при спробах завагітніти і у кожній сотій відзначають повторні викидні.

**Мета роботи.** Виявити бактеріальні фактори ризику розвитку жіночого безпліддя і в перспективі розробити критерії його ранньої діагностики.

**Матеріали та методи дослідження.** У роботі використовували INTEGRAL SYSTEM GARDNERELLA, BAGPECT – занурені слайди для скринінгу на урогенітальні інфекції, класичні бактеріологічні методи.

**Результати.** Під спостереженням знаходилось 30 жінок віком від 16 до 45 років протягом 3 місяців з такими патологіями як: сальпінгоофорит (аднексит), міхурцевий занесок, фіброміома матки, ендометріоз, рак шийки матки. Жінки знаходилися на лікуванні на базі Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А Новака (ЗОКЛ) та Закарпатського клінічного обласного онкодиспансеру (ЗОКОД). Використані нами системи INTEGRAL SYSTEM GARDNERELLA та слайди «BAGPECT», це абсолютно нові тест-системи, які рідко застосовуються на Україні, вони дозволяють кількісно та якісно визначати хламідії, гемофілюс, лактобацили, *Gardnerella vaginalis* і патогенні нейсерії, мікоплазми та уреоплазми. Встановлено, що провідними етіологічними чинниками жіночої неплідності є хламідії, міко- та уреоплазми, гарднерели, патогенні *Klebsiellapneumonia*, *Enterobacter cloaceae*, *Proteusmorganie*, *E. coli*, *St. aureus*. У всіх жінок було відмічено відсутність росту лактобацил.

**Висновки.** Для покращення організації медичної допомоги сім'ям, що страждають на безпліддя, необхідне вивчення не тільки поширеності проблем репродуктивного здоров'я, але і взаємозв'язок його з комплексом факторів, умов життя, праці і побуту. На підставі отриманих даних в майбутньому доцільно розробити прогностичну карту з формуванням групи ризику для попередження жіночого безпліддя з урахуванням регіональних особливостей нашого краю.

## 5. ЕТИОЛОГІЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК

### ETIOLOGY OF TROPHIC [VENOUS STASIS] ULCER

Верстюк О.О.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., д.мед.н., проф. Русин В.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом

інфекційних хвороб, кафедра хірургічних хвороб

м. Ужгород, Україна.

**Вступ.** Трофічні виразки (ТВ) є найбільш частим ускладненням хронічної венозної недостатності (ХВН) і зустрічаються в 2% працездатного населення індустріально розвинених країн. В осіб похилого віку частота трофічних виразок досягає 4–5%. Можна із упевненістю говорити про те, що лікування трофічних виразок є важливою медико-соціальною проблемою сучасного суспільства.

**Мета.** Оскільки ТВ лікуються, як правило, шляхом оперативного втручання, а дані про роль аеробних мікроорганізмів в їх етіології несистематизовані, метою нашої роботи було з'ясування спектру збудників даної патології бактеріального і грибового походження.

**Матеріали і методи.** Для виділення бактеріальної мікрофлори використовували загальні (МПА) та селективні поживні середовища (жовтково-сольовий агар, Ендо і Сімонса). З метою ізоляції представників мікроскопічних грибів ексудат ТФ додатково висівали на агар Сабуро, Чапека-Докса та Громико (сусло-агар: м'ясо-пептонний агар = 1:1).

**Результати.** Спектр бактеріальної складової мікрофлори, що ініціює і ускладнює перебіг ТВ, характеризувався відносною різноманітністю. Серед числа усіх ізолятів переважали коагулазо-позитивні (*Staphylococcus aureus*) та епідермальні стафілококи (*Staphylococcus epidermidis*). Друге місце за чисельністю посідали штами стрептококів (*Streptococcus pyogenes*), зовсім незначною була кількість культур ентерококів (*Enterococcus faecalis*). Вище названі бактеріальні ізоляти належать до представників грам-позитивних бактерій, частка яких сумарно в етіологічній картині ТВ становила 66,1 відсоток. Що стосується спектру менш значної дольової участі грам-негативних бактерій в патогенезі ТВ, то він представлений перш за все такими видами: *Proteus vulgaris*, *Klebsiella oxytoca* і *Pseudomonas aeruginosa*, що розміщені тут у порядку зменшення кількості їх ізолятів.

Дослідження етіологічної ролі мікроскопічних грибів у виникненні і/чи ускладненні ТВ вказало на сумнівність їх причетності до даної патології. З усіх обстежених нами проб лише в одному випадку було ізольовано культуру *Candida albicans*.

Виділені нами штами *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis* не характеризувались множинною резистентністю до антибіотиків. Грам-негативні бактерії, не дивлячись на їх відносно меншу дольову участь в етіології ТВ, однак виявляли дуже значну стійкість до більшості тестованих антибіотиків. Так, штами *Pseudomonas aeruginosa* були чутливими лише до цефтріаксону і цефазоліну, *Proteus vulgaris* – до азлоциліну. Штам *Candida albicans* виявився стійким до дії усіх без винятку досліджуваних антибіотиків (доксидциліну, пefлоксацину, ломефлоксацину, гентаміцину, ципрофлоксацину, цефаклору, цефтріаксону, цефазоліну, азлоциліну, нетилміцину, рокситроміцину).

**Висновки.** Бактеріологічний аналіз та правильне й своєчасне застосування антибіотиків для профілактики й лікування такої патології дозволить знизити кількість гнійно-запальних ускладнень при ТВ. З іншого боку впровадження в клінічну практику нових не антибіотичних препаратів для місцевого лікування ТВ з врахуванням як стадії патологічного процесу, так і видового складу інфекційної мікрофлори забезпечило б високу ефективність терапії.

## **6. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ КОМБІНОВАНИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ЛЯМБЛІОЗУ ТА АСКАРИДОЗУ** **CURRENT STATE OF PROBLEMS OF COMBINED PARASITIC, LIAMBLIASIS AND ASCARIASIS**

*Давиденко О.В., Процик А.Л.*

*Науковий керівник: проф. Пришляк О.Я.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра інфекційних захворювань та епідеміології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** За даними ВООЗ паразитозами уражено близько 4,5 млн. осіб. Так, щорічно в Україні 52,9% (550–600 тис. людей) всієї інфекційної захворюваності (без грипу та ГРЗ) складають глистні інвазії, найчастіше реєструється аскаридоз. Серед випадків протозойних уражень найпоширеніший лямбліоз. Але останніми роками зустрічається велика кількість мікст-інвазій аскаридозу та лямбліозу.

**Мета.** Визначити особливості клінічної картини та деяких лабораторних показників у пацієнтів з мікст-інвазією аскаридозу та лямбліозу.

**Матеріали і методи дослідження.** Було зроблено аналіз медичних карт 30 пацієнтів з комбінованою інвазією аскаридозом та лямбліозом. 3-поміж хворих було 18 жінок і 12 чоловіків. В середньому вік коливався у межах 34,59±9,11 років. Ми брали до уваги скарги пацієнтів, особливості показників загального (ЗАК) та біохімічного (БАК) аналізів крові та результати ультразвукової діагностики органів черевної порожнини (УЗД ОЧП).

**Результати.** Було виявлено результати, які показали, що серед синдромів найчастіше переважали такі, як диспепсичний у 28 (93,3%) пацієнтів, інтоксикаційний у 16 (53,3%) пацієнтів, астеноневротичний у 9 (30%) пацієнтів та алергічний у 7 (23,3%) пацієнтів. За результатами лабораторних досліджень були виявлені такі патологічні зміни: у загальному аналізі крові – зменшення кількості гемоглобіну у 17 (62,9%) пацієнтів, лейкоцитоз у 6 (22,2%) пацієнтів, еозінофілія у 22 (79,2%) пацієнтів, збільшення кількості паличко ядерних нейтрофілів у 13 (48,2%) пацієнтів, пришвидшення ШОЕ у 7 (25,9%) пацієнтів. У змінах біохімічного аналізу крові, ми виявили збільшення показників АЛТ у 8 (26,7%), загального білірубіну у 13 (43,3%) та прямого білірубіну у 18 (60%) пацієнтів. На УЗД ОЧП визначили ознаки гепатомегалії у 12 (40%), зміну ехогенності печінки у 8 (26,7%) пацієнтів, ознаки холангіту у 4 (13,3%), холециститу у 23 (76,7%), а також панкреатиту у 12 (40%) та дискінезії жовчевивідних шляхів (ДЖВШ) у 9 (30%) пацієнтів.

**Висновки.** Отже, при комбінованій інвазії лямбліозу з аскаридозом зустрічається виражений поліморфізм клінічних проявів та тяжчий перебіг. Найчастіше зустрічалися такі синдроми: диспепсичний, астеноневротичний, алергічний та інтоксикаційний. Патологічні зміни у лабораторних показниках були такі: у ЗАК – зміни рівня гемоглобіну, еозінофілія, лейкоцитоз, паличкоядерний нейтрофіліоз, пришвидшення ШОЕ; у БАК – збільшення рівня АЛТ, загального та прямого білірубіну; на УЗД ОЧП – ознаки гепатомегалії, підвищення ехогенності печінкової тканини, ознаки холециститу, холангіту та панкреатиту, наявність ДЖВШ.

## **7. МЕХАНІЗМИ І ПРИЧИННИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В** **MECHANISMS AND CAUSES OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B**

*Дурунда М.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Козутич А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Захворювання печінки, пов'язане з інфікуванням вірусом гепатиту В (HBV), продовжує залишатися однією з головних проблем охорони здоров'я у глобальному сенсі. Незважаючи на наявність ефективної вакцини, щорічно приймають 240 мільйонів людей на

нашій планеті хворіють на хронічний гепатит В (ХГВ). Вони піддаються ризику розвитку цирозу печінки та печінково-клітинної карциноми. Причини, що визначають перехід у хронічні форми цієї інфекції є багатофакторними і не з'ясованими до кінця.

**Мета роботи.** Проаналізувати причини, які приводять до формування хронічного перебігу HBV-інфекції. Визначити частоту виявлення імуноглобулінів класу G до гепатиту A (IgG-anti HAV) у хворих на ХГВ.

**Матеріали і методи дослідження.** Ми опрацювали доступну нам сучасну наукову літературу та провели обстеження на наявність IgG-anti HAV у 188 пацієнтів, в тому числі 63 хворих на хронічний гепатит С (ХГС), 29 – на ХГВ, і 96 – осіб, пацієнтів Обласної клінічної інфекційної лікарні, які не хворіли на гепатити і не мали в анамнезі захворювання, яке протікало з ознаками жовтяниці.

**Результати.** Дані літератури свідчать про те, що серед дорослих гостра HBV-інфекція у 95% це самостійно минує захворювання, всього у 5% переходить у хронічну форму. У дитячому віці ХГВ формується значно частіше і може сягати 90% і більше при інфікуванні у перинатальному віці.

При проведенні аналізу частоти виявлення anti-HAV IgG нами встановлено, що вони присутні у 72,3% всіх обстежених, у тому числі серед хворих на ХГВ – 89,7%, хворих на ХГС – 73,0%, контрольній групі – 66,7%. При ХГВ вона була найбільшою і мала вірогідні відмінності у порівнянні з контрольною групою та всіма обстеженими ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Формування хронічного гепатиту В залежить від віку інфікування. Однією з причин формування хронічного перебігу HBV-інфекції може бути перенесений раніше гепатит А.

## **8. ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ MIR-BART13 І MIR-BART15 У ПАЦІЄНТІВ З ПИЛКОВОЮ АЛЕРГІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В СТАДІЇ РЕПЛІКАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ** FEATURES OF THE EXPRESSION OF MIR-BART13 AND MIR-BART15 IN PATIENTS WITH POLLEN ALLERGY AGAINST THE BACKGROUND OF CHRONIC EPSTEIN-BARR VIRAL INFECTION IN THE STAGE OF REPLICATIVE ACTIVITY

*Крута С.Р., Галуцак Ю.О., Сльоза Р.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асист. Зубченко С.О.*

*ЛНМУ ім. Данила Галицького*

*Медичний факультет № 1, кафедра клінічної імунології та алергології*

*м. Львів, Україна*

**Вступ.** Рівень інфікованості вірусом Епштейна-Барра (EBV) серед дитячого населення складає 50–80%, а дорослого – 90–100%. При генетичних дефектах імунної відповіді латентна EBV-інфекція може реактивуватися, викликаючи клінічні прояви, в. т.ч. алергопатологію. Одним із проявів алергопатології є пилкова алергія, на тлі якої часто формується бронхіальна астма (БА). МікроРНК(miRNA) – це група невеликих (18–25 нуклеотидів) некодируючих РНК, які являють собою інгібітори експресії генів. МікроРНК EBV репресують транскрипцію як клітини-хазяїна, так і самого вірусу. EBV налічує близько 44 miRNA. За сучасними даними потенційними маркерами тяжкості або прогнозу активної EBV-інфекції є рівень експресії вірусних miRNA – *ebv-mir-BART13* і *ebv-mir-BART15*.

**Мета роботи.** Дослідити рівні експресії вірусних *ebv-mir-BART13* і *ebv-mir-BART15* у пацієнтів з пилковою алергією/пилковою алергією+БА.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 50 осіб з клініко-лабораторними проявами пилкової алергії, вік  $22,6 \pm 2,4$  років, 28 (56,0%) жінок і 22 (44,0%) чоловіків. SPT виконували екстрактами суміші трав, бурянів, весняних дерев (Diater, Іспанія), загальний і специфічні IgE методом ІФА. ДНК EBV в крові, слині та зішкрібках слизової задньої стінки глотки – методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Виявлення *ebv-mir-BART13*, 15 проводили з використанням реагентів і протоколів для комплексу зворотньої транскрипції. На підставі проведених досліджень пацієнтів було розділено на 2 групи: 1-ша група – 25 осіб (з пилковою алергією – 18 осіб, в тому числі пилкова алергія+БА – 7 осіб) на тлі активної EBV (ПЛР «+» хоча б в одному середовищі); 2-а – 15 осіб з пилковою алергією без реплікації EBV. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб (3-я група).

**Результати.** Виявлено достовірне підвищення рівнів *ebv-mir-BART13* і *ebv-mir-BART15* у пацієнтів 1-ї групи ( $p < 0,05$ ) порівняно з 2-ю та контрольною групами дослідження. У більшості осіб 2-ї групи дослідження рівні експресії *miRNA* – *ebv-mir-BART13*, 15 не відрізнялись від контрольної групи, лише в 3-х пацієнтів показники були вищими, однак без достовірної різниці.

Зауважимо, що достовірне збільшення обох *miRNA* у пацієнтів 1-ї групи було за рахунок найвищих їх рівнів у 4-х хворих з пилковою алергією (22,2%) і в 5 хворих з пилковою алергією+БА (71,4%). Даний результат може вказувати на асоціативні зв'язки *miRNA* із алергічним запальним процесом при БА або як прогностичний маркер формування запального процесу в хворих з пилковою алергією. Однак, наше припущення потребує подальших досліджень.

**Висновки.** Підвищення рівнів *ebv-mir-BART13* і *ebv-mir-BART15* у пацієнтів з пилковою алергією на тлі активної EBV-інфекції може слугувати прогностичним маркером формування алергічного запалення з подальшим розвитком бронхіальної астми.

## 9. РОЛЬ БАКТЕРІАЛЬНОГО ФАКТОРУ В РОЗВИТКУ ПСОРИАЗУ THE ROLE OF BACTERIAL FACTOR IN DEVELOPMENT OF PSORIASIS

*Кушнір Е.В., Танчинець В.В.,*

*Наукові керівники: доц. Карбованець О.І., доц. Вайс В.В.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології  
з курсом інфекційних хвороб<sup>1</sup>, кафедра шкірних та венеричних хвороб<sup>2</sup>  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** До 5% населення земної кулі страждає на псоріаз, в середньому вік хворих коливається від 20 до 50 років. Повністю не доведена причина розвитку псоріазу, але існують декілька гіпотез, серед яких генетична схильність, бактеріальний чинник, вплив зовнішнього середовища, медикаменти є головними факторами. На сьогоднішній день у медицині немає способу і засобів позбавити від псоріазу раз і назавжди. Через природу самої хвороби – хронічної та рецидивуючої, схильної до прогресування, лікування псоріазу є серйозною медичною проблемою. До всього іншого, псоріаз має тенденцію до зростання захворюваності і збільшення кількості резистентних до лікування форм, що багато в чому ускладнює вибір раціональної та ефективної фармакотерапії.

**Мета.** Визначити роль бактеріального фактору в перебігу псоріатичних хворих.

**Методи дослідження.** Дослідження проводили бактеріологічним методом на видимо неушкодженій шкірі живота та зоні, що безпосередньо прилягала до ділянки із типово розташованими висипаннями, на початку стаціонарної стадії лікування, по її завершенні та через місяць подальшого амбулаторного спостереження. В ролі контролю використовували результати обстеження 5 практично здорових осіб.

**Результати.** Особливістю хворих на псоріаз можна вважати посилену бактеріальну колонізацію всього шкірного покриву. В обстежених хворих в ділянці неураженої шкіри густина заселення шкіри сапрофітною бактеріальною флорою зберігалась стабільною, незначною, протягом усього періоду спостереження. У псоріатичних хворих протягом всього періоду дослідження відмічено суцільний ріст патогенних мікроорганізмів в зоні висипань. Було ідентифіковано золотисті стафілококи, гемолітичні стрептококи, грамнегативну паличкову флору, дріжджеподібні гриби роду кандіда, маласессія.

**Висновки.** Оскільки стрептококи вважають транзитною мікрофлорою шкіри, а грам-негативні ентеробактерії, кандіди колонізують переважно зони складок шкіри, поява цих мікроорганізмів в дослідженій зоні висипів скоріш за все пов'язана із тривалими розчухами, недотриманням правил гігієни. Проведене стаціонарне лікування спричиняло суттєве зменшення випадків виявлення патогенних ізолятів, що сприяло значному покращенню якості життя хворих.

## **10. СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПІРОЗУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ** MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF LEPTOSPIROSIS IN THE TRANSCARPATHIAN REGION

*Ладані С.А.*

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Козутич А.І., зав. відділенням досліджень біологічних факторів ДУ «Закарпатський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України» Тимчик В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна.*

**Вступ.** Лептоспіроз за даними ВООЗ є одним з найпоширеніших зоонозних захворювань у світі. В Україні ензоотичні території по даному захворюванню виявлені в багатьох областях.

Закарпатська область є природним осередком лептоспірозу. За окремі роки захворюваність перевищує середньо-державні показники.

**Мета роботи.** Вивчити та проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості лептоспірозу в Закарпатській області.

**Матеріали та методи дослідження.** Дані Головного управління Держсанепідслужби у Закарпатській області за 2010–2017 рр., дані журналу «Ресстрації інфекційних хворих» Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКЛІ) м. Ужгород за останні 7 років та історії хвороб стаціонарних хворих за 2010–2017 рр.

**Результати** у Закарпатській області за період 2010–2017 рр. кількість зареєстрованих хворих на лептоспіроз складала 254 особи. В ОКЛІ м. Ужгород з даним діагнозом госпіталізовано і проліковано 86 (33,86%) хворих, серед яких 54 (62,79%) особи чоловічої статі і 28 (37,21%) – жіночої. Частіше за все у хворих на лептоспіроз спостерігався тяжкий та середній ступінь захворювання, відповідно 47,7% (41 особа) та 45,6% (39 осіб). З легким ступенем була зареєстрована лише 1 особа (6,7%). У той же час летальність становила 17,4% (15 осіб). Найбільша частка хворих, які лікувалися в стаціонарі ОКЛІ становили жителі м. Ужгород (10 осіб – 11,6%), Ужгородського та Мукачівського району по 8 осіб (9,3%). Серед збудників превалювали *L. icterohaemorrhagiae* (14 випадків зараження – 16,28%) та *L. grippotyrphosa* (16 випадків зараження – 18,6%), частка яких за останні роки зазнала суттєвих змін. У 2012 році було зареєстровано 4 випадки зараження *L. tarassovi*, а в 2014 – четверо хворих з виявленими *L. romona* та *L. otumnalis*. Захворювання виникало цілорічно, однак частіше наприкінці літа, восени і на початку зими (більше 60% випадків).

За даними Закарпатського обласного лабораторного центру Держсанепідслужби України за останні сім років найбільше хворих було зареєстровано у 2010 році – 77 осіб (6,24 на 100 тис. нас.), найменше у 2013 – 17 осіб (1,38 на 100 тис. нас.). Найбільше випадків зараження лептоспірозом по цій області з 2010 по 2017 роки було зафіксовано в м. Ужгород (135 осіб), Ужгородському (131 особа), Мукачівському (127 осіб), Іршавському (116 осіб) і Виноградівському (165 осіб) районах.

**Висновки.** Лептоспіроз продовжує залишатися актуальною інфекційною патологією для Закарпатської області. Частіше хворіють особи чоловічої статі. Лептоспіроз зазвичай виникає наприкінці літа, восени і на початку зими. Серед збудників превалювали *L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippotyrphosa*, *L. tarassovi* та *L. romona*, частка яких змінювалась в окремі роки.

## **11. СПАЛЯХ КОРУ, ЯК НАСЛІДОК ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ** A MEASLES OUTBREAK AS A RESULT OF THE PROBLEM OF VACCINATION IN UKRAINE

*Матвійів Г.Р.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Коваль Г.М., ас. Карабиньош С.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** *Morbillivirus* – вірус кору – надзвичайно контагіозний, він швидко передається від хворої людини до здорової повітряно-краплиним шляхом, тобто під час вдихання найдрібніших крапель слизу, які потрапили в повітря при чханні, кашлі або розмові хворого. Вірус кору персистує в повітрі та на поверхнях до двох годин після того, як хвора людина залишила приміщення. Ліків від кору не існує, єдиний надійний метод профілактики захворювання – вакцинація. Спалахи кору мають циклічний характер і відбуваються кожні 5–6 років. Головна причина спалахів – низьке охоплення щепленнями. 2016 року менше половини українських дітей отримали щеплення від кору за графіком, при тому, що кір – одна з головних причин дитячої смертності в світі.

**Мета.** Висвітлити проблему вакцинації проти інфекційних захворювань в Україні, а саме кору. Оцінити масштаби спалаху кору в Україні за останній рік та спрогнозувати подальші спалахи інфекції.

**Матеріали та методи.** Статистичні показники захворюваності на кір у більшості областей України за останній рік, а також показники вакцинавання дітей у даних областях на основі даних МОЗ України.

**Результати.** Аналізуючи дані захворюваності на кір в Україні за останній рік, встановлено, що за 11 місяців 2017 р. захворюваність на кір реєструвалася в 24 регіонах країни. Найбільша кількість хворих зареєстрована в Івано-Франківській – 645 випадків, в Одеській – 468 випадків, в Закарпатській – 460 випадків, в Чернівецькій – 363 випадки та Львівській областях – 237 випадків. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, всього від початку 2018 року зареєстровано 2933 випадки кору, з них 996 у дорослих і 1937 у дітей. Госпіталізовано 1966 людей, серед яких 1230 – це діти. Станом на 1 грудня 2017 року проти кору, паротиту та краснухи комбінованою вакциною КПК вакцинували 322,6 тис. дітей віком до одного року. Це 87,8% від запланованої кількості. Найнижчий рівень охоплення щепленням дітей річного віку у Львівській області – 86%, Запорізькій – 81% та Закарпатській – 71%, чим і зумовлений найвищий показник захворюваності на кір у даних областях.

**Висновок.** На основі оброблених даних, можна зробити висновок, що цюгорічний спалах кору в Україні напрума залежить від проблеми вакцинації минулих років і чим більше населення буде ігнорувати календар щеплень комбінованою вакциною КПК, тим більша ймовірність виникнення чергового спалаху інфекційного захворювання у ближчі 5-6 років.

## **12. АНТАГОНІСТИЧНА ДІЯ БАКТЕРІЙ РОДУ *BACILLUS SPP.* ПРОТИ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ НА ФОНІ ДИСБІОЗУ 3-4 СТУПЕНЮ ПРИ ГЕПАТИТІ А** ANTAGONISTIC ACTION OF THE BACTERIA GENUS *BACILLUS SPP.* AGAINST ENTEROBACTERIA ON THE BACKGROUND OF DYSBIOSIS 3RD-4TH STAGE DURING HEPATITIS A

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: к.мед.н. Козутич А.І., ас. Данканич С.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Успішний досвід заміни застосування антибіотиків на пробіотики при лікуванні синдрому подразненого кишечника при гепатиті А напрацьований багатьма дослідниками. Як альтернатива антибіотикотерапії вивчається можливість застосування пробіотиків для елімінації патогенної та умовно-патогенної мікрофлори. Субалін описаний як антивірусний, імуномодулюючий мікробний пробіотик, лікувальну дію якого визначають живі бактерії роду *Bacillus spp.*, що мають високу антагоністичну активність по відношенню до патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, та сприяють нормалізації якісного та кількісного складу кишкової мікрофлори, а також характеризуються антивірусною активністю внаслідок синтезу  $\alpha$ -2 інтерферону. В одній дозі препарату «субалін» міститься не менше  $1 \cdot 10^9$  живих мікробних клітин *Bacillus subtilis* УКМВ-5020.

**Мета роботи.** Вивчити особливості використання про біотичних штамів *Bacillus subtilis* з метою відновлення нормо ценозу у пацієнтів різного віку при гепатиті А з синдромом подразненого кишечника.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні застосовано класичний метод відтермінованого антагонізму. Визначення чутливості виділених від хворих пацієнтів клінічних штамів мікроорганізмів до пробіотичних штамів проводилось методом відстрочених посівів. Попередньо вирощували культуру про біотичного штаму із біопрепарату і за допомогою оптичного стандарту виготовляли з неї суспензію концентрації  $10^9$  КУО/мл. Антагоністичну активність *Bacillus subtilis* оцінювали за величиною зони затримки росту патогенних ізолятів. Оцінку достовірності відмінностей між порівнюваними величинами здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

**Результати.** Для всіх видів досліджених культур активність *Bacillus subtilis* була середньою або високою. Найвищу активність встановлено відносно *Enterococcus faecalis* ( $29,7 \pm 2,7$  мм), та *Staphylococcus aureus* ( $28,9 \pm 2,6$  мм). Проте високоактивним були виявлені і для всіх досліджених ентеробактерій: *Salmonella spp.* ( $25,7 \pm 1,2$  мм), *Klebsiella spp.* ( $19,7 \pm 2,1$  мм), ентеропатогенних *E. coli* ( $22,4 \pm 2,7$  мм), *Proteus spp.* ( $26,0 \pm 1,6$  мм), дріжджеподібних грибів роду *Candida* ( $22,7 \pm 1,62$  мм).

**Висновки:** При проведенні медикаментозного лікування гепатиту А з порушеним нормо ценозом ШКТ у пацієнтів найбільш доцільним є застосування пробіотиків, які містять бактерії роду *Bacillus spp.*, оскільки виділені нами сапрофітні бацили продукують високо-антагоністичні речовини відносно патогенів, що дозволить у найкоротші терміни досягти елімінації інфекційного чинника та попередити можливі ускладнення гепатиту.

### **13. ПОРІВНЯННЯ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІТРИНОЇ ВІСПИ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ І ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ**

#### **THE COMPARISON OF THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE COURSE OF CHICKENPOX BETWEEN THE FOREIGN STUDENTS AND THE ADULT POPULATION OF TRANS-CARPATIAN REGION**

*Мирошніченко О.П., Боришюк С.Ю.*

*Наукові керівники: к.мед. н., доц. Кіш П.П., асист. Карабінюк С.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології та курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання вірусної етіології, антропоноз із повітряно-краплинним механізмом передачі, яке щорічно вражає понад 10 млн. українців і мільйони людей у світі. Особливу зацікавленість науковців та практичних лікарів викликає вивчення клініко-епідеміологічних особливостей вітряної віспи у різних кутках країни, зокрема на Закарпатті.

**Мета роботи.** Дослідити динаміку та особливості клінічного перебігу вітряної віспи серед іноземних студентів і дорослого населення Закарпаття.

**Матеріал і методи дослідження:** Проаналізовано 20 медичних карт хворих іноземних студентів і 20 медичних карт хворих закарпатців, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Ужгород з листопада 2017 року по березень 2018 року, що включало в себе з'ясування скарг та даних епідеміологічного анамнезу пацієнтів, об'єктивне дослідження та дані лабораторних аналізів.

**Результати.** Всього обстежено 40 хворих, з них, серед іноземців, жінки становили 9 осіб, чоловіки – 11; серед українців, жінки – 11, чоловіки – 13 осіб. По віковому складу середній вік іноземців становив  $20 \pm 7$  років, українців  $25 \pm 4$  роки. Серед іноземних студентів середня тривалість перебування становила  $7 \pm 2$  ліжкодні. Звернення по медичну допомогу в основному здійснювалося в перші 2 доби розпаду хвороби. Основну частку (90%) становила вітряна віспа з середнім ступенем перебігу, з легким – 10%,

серед них, при поступленні, 45% мали субфебрильну температуру 37,5±0,5С, фебрильну 10% 38,6±0,5С, 45% поступали з нормальною температурою тіла 36,6±0,4С. Скарги на біль у горлі – 55%, нежить – 20%. У 30% хворих була виявлена енантема, гіперемія зіву – 65%, у 5% хворих розвинулись ускладнення, такі як склерит і кон'юнктивіт. З даних лабораторних досліджень при поступленні: гемоглобін, г/л 142,63±11, еритроцити x 10<sup>12</sup> 4,9±0,01, лейкоцити x 10<sup>9</sup> 5,32±0,01. Середня тривалість перебування українців у стаціонарі становила 9±3 ліжкодні. Звернення по медичну допомогу на 3 добу розпаду хвороби становила 55%, раннє звернення в 1 добу – 12%, великою є частка тих, хто звернувся по медичну допомогу на 2 добу – 20%, пізнє звернення, більше 3 діб, спостерігалось у 13% випадків. Вітряна віспа із середнім ступенем важкості становила 80%, тяжким – 20%, серед них, при поступленні, 53% скаржилися на субфебрилітет 37,5±0,5, фебрилітет 36% 38,6±0,5С, 11% – 36,6±0,4С. Скарги при поступленні на біль у горлі у 69%, нежить – 27%. У 31% хворих було виявлено везикули на м'якому піднебінні, гіперемія зіву – 63%, постінфекційні ураження, у вигляді стрептодермії і фурункульозу, спостерігались у половини чоловіків, у жінок ускладнень не виявлено. З даних лабораторних досліджень при поступленні: гемоглобін, г/л 129,2±31, еритроцити x 10<sup>12</sup> 4,46±0,01, лейкоцити x 10<sup>9</sup> 5,16±0,01.

**Висновки.** Таким чином, вітряна віспа серед іноземних студентів відзначається легко-середнім перебігом хвороби, а серед дорослого населення Закарпаття – середньо-тяжким перебігом хвороби, поширеною рясною висипкою, різноманітними ускладненнями. Зважаючи на зростання захворюваності на вітряну віспу загалом, дана проблема потребує подальшого вивчення.

#### **14. ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ НОЗОКОМІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

#### **PROSPECTS FOR TREATMENT OF NOSOCOMIAL INFECTION IN TRAUMATIC PATIENTS**

*Оленюк О.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г. М., к.мед.н., ас. Пушкаш І.І. ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб; кафедра загальної хірургії м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблема внутрішньо-лікарняних інфекцій (ВЛІ) останніми роками набула дуже великого значення у всіх країнах світу. Бурхливі темпи росту лікувальних установ, створення нового виду медичного устаткування, застосування ряду нових препаратів, що володіють імунодепресивними властивостями, і багато інших факторів підсилюють загрозу розповсюдження інфекцій серед хворих і персоналу лікувальних установ. ВЛІ ведуть до подовження термінів лікування, хронізації процесу, інвалідності, а в найбільш важких випадках – до смерті хворого. Все більший неспокій ця проблема викликає і у нас на Україні. До 30–35% хірургічних втручань ускладнюються ВЛІ; ці ж інфекції більш ніж в 40% випадків є причиною післяопераційної летальності. Актуальність даного питання зростає враховуючи, що 25–30% хворих які перебувають на стаціонарному лікуванні в сучасній клініці є інфікованими персистуючими у відділенні збудниками.

**Мета роботи:** Встановити спектр збудників нозокоміальної інфекції в травматологічному відділенні обласної лікарні м. Ужгород, проаналізувати етіологічну роль отриманих ізолятів, пошук альтернативних, ефективних методів профілактики госпітальної інфекції.

**Методи дослідження:** бактеріологічний, світлова мікроскопія, статистичний.

**Результати.** На основі кластерного аналізу до збудників нозокоміальної інфекції віднесено бактерії, які були виділені з ран післяопераційних хворих: *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus morgani*, *Proteus vulgaris*, *Acinetobacter spp.*, *St. aureus*. В результаті вивчення чутливості до антибіотиків досліджуваних штамів встановлено, що рівні їх стійкості до більшості антимікробних препаратів коливались

від 2,0 до 39,2%. Також аналіз антибіотикорезистентності показав, що, враховуючи нозологічну форму захворювання травматологічних хворих, антибіотиками вибору для лікування інфекцій, викликаних такими штамми, можуть бути фузидіва кислота, міноциклін, нітрофурантоїн та квінупрістін/дальфопрістін, які затримували ріст усіх досліджених штамів. Інші антибіотики були активними щодо 30–96% штамів, що вказує на можливість їх застосування з урахуванням даних антибіотикограми. Глікопептидні антибіотики слід застосовувати як препарати резерву.

**Висновки:** Аналіз етіологічної структури показав, що до провідних збудників інфекцій ран належать стафілококи (*St. aureus*), ентеробактерії та неферментуючі грамнегативні бактерії. Результати мікробіологічного моніторингу збудників в кожному конкретному стаціонарі нерозривно пов'язані з розробкою тактики раціональної антибіотикотерапії, а також із визначенням заходів, спрямованих на профілактику нозокоміальних інфекцій.

## **15. ВПЛИВ ПОЛЯРИЗОВАНОГО ТА НЕПОЛЯРИЗОВАНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ДЕЯКІ БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ** **INFLUENCE OF POLARIZED AND UNPOLARIZED RADIATION ON SOME BIOLOGICAL PROPERTIES OF CONDITIONALLY-PATHOGENIC MICROORGANISMS**

*Пантьо А.В.*

*Науковий керівник: к.біол.н. Пантьо В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*Ужгород, Україна*

**Вступ.** Поширення антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів є однією з головних проблем у галузі охорони здоров'я. Використання поляризованого та неполяризованого випромінювання як бактерицидного фактору, а також для підвищення чутливості до загальноживаних антибіотиків є одним з найбільш перспективних шляхів боротьби зі стійкими мікроорганізмами.

**Мета роботи.** Дослідити безпосередній вплив світлодіодного та PILER (Polarized Polychromatic Incoherent Low Energy Radiation) випромінювання на інтенсивність росту та антибіотикочутливість колекційних тест-штамів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 та *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853.

**Матеріали і методи досліджень.** Для дослідження впливу випромінювання на мікроорганізми брали чисті добові агарові культури мікроорганізмів, стандартизовані у рідкому поживному середовищі. Визначення антибіотикочутливості проводили диск-дифузійним методом (метод Кірбі-Бауера). При визначенні впливу випромінювання на інтенсивність росту бактерій, порівнювали кількість бактеріальних колоній після опромінення стандартизованого інокулому та контрольних (неопромінених) культур. Окремими серіями досліджено вплив випромінювання різних довжин хвиль, тривалостей експозицій та частот (для світлодіодного випромінювання).

**Результати.** Встановлено суттєвий вплив випромінювання на досліджені біологічні властивості мікроорганізмів. Оцінюючи результати дослідів впливу світла на ріст бактерій на твердих поживних середовищах, відмічали прямо-пропорційну залежність бактерицидного ефекту від тривалості експозиції: при тривалому опроміненні (20 хв) кількість бактеріальних колоній суттєво знижувалася, порівняно з контролем, тоді як експозиції 5–10 хв зумовлювали незначний стимулюючий ефект. Окрім того значний вплив на інтенсивність росту мала довжина хвилі випромінювання. Результати досліджень впливу світла на антибіотикочутливість досліджуваних об'єктів показали, що 5–10-хвилинні аплікації світлодіодним випромінюванням на стандартний завис *S. aureus* ATCC 25923, суттєво підвищує його чутливість до антибіотиків пеніцилінової групи, тетрацикліну та меропенему.

**Висновки.** Світлодіодне випромінювання червоно-інфрачервоного та синьо-інфрачервоного спектрів, а також PILER випромінювання різних довжин хвиль, володіють вираженою фотомодифікуючою дією на інтенсивність росту колекційних тест-штамів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 та *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, яка проявляється у певній стимуляції росту при 5–10 хвилинному опроміненні та у бактерицидному та бактериостатичному ефектах при експозиціях 20 хв. Безпосередня обробка світлодіодним випромінюванням стандартного завесу *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 суттєво підвищує його чутливість до більшості досліджених антибіотиків.

## **16. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИПОВИХ ПАРАЗИТОЗІВ В УЖГОРОДСЬКОМУ РАЙОНІ ЗА 2016–2017 РОКИ**

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TYPICAL PARASITOSESES IN UZHGOROD DISTRICT 2016–2017 YEARS

*Петак П.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології та імунології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В даний час паразити продовжують бути одними з основних інфекційних захворювань людини. Так, за даними ВООЗ близько чверті людей на земній кулі уражено гельмінтами, в тому числі близько 1,47 млрд. осіб хворі на аскаридоз. А серед протозойних захворювань актуальними є лямблії (*Giardaintestinalis*) особливо це стосується дитячого віку, оскільки інфікованість лямбліями є вища ніж в дорослих у декілька разів і може досягати 50–80 %.

Ріст захворюваності на паразитози зумовлений в першу чергу поліпшенням діагностики паразитозів, а також високим рівнем міграції населення України, що пов'язано з активним розвитком ділових і культурних зв'язків між країнами.

**Мета роботи.** Визначити поширеність типових паразитозів у різних вікових групах (діти та дорослі).

**Матеріали і методи дослідження.** Виявлення яєць гельмінтів та цист лямблій проводили за допомогою нативного мазка та мазка забарвленого розчином Люголя. Статистичні розрахунки проводили за допомогою програм Microsoft Excel 2013 та Origin 8.

**Результати.** Захворюваність на аскаридоз за 2016 рік в дітей в 10 разів перевищує показники дорослих, проте в 2017 році в дітей аскаридоз виявляли лише в 2,5 рази частіше ніж в дорослих. В обидвох вікових групах частота виявлення яєць аскарид в 2017 році була вищою за середньорічні показники в серпні-вересні та листопаді-грудні. Індекс сезонності по аскаридозу в дорослих за 2017 рік свідчить про підвищення захворюваності у 1,7 разів в сезонні місяці наведені вище, ніж в міжсезонні. Поширеність лямбліозу в 2017 році в дорослих складала 4,75, а в дитячій віковій групі 1,45 на 1000 населення. Індекс сезонності по лямбліозу свідчить про підвищення у 5 разів частоти виявлення цист лямблій в сезонні місяці (весняні та осінні), ніж в міжсезонні.

**Висновки.** Частота виявлення яєць *Ascaris lumbricoides* в дитячому віці в декілька разів перевищує таку в дорослих. Поширеність лямбліозу виявилася парадоксальною у різних вікових групах, оскільки частота виявлення цист лямблій у дорослих перевищує показники у порівнянні з дитячою віковою групою у 3 рази.

## **17. ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ШКІРИ В КОНТРОЛЬНОЇ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ В ЗИМОВИЙ ПЕРІОД DETERMINATION OF FUNCTIONAL PARAMETERS OF SKIN IN A CONTROL GROUP OF PATIENTS IN THE WINTER PERIOD**

*Петришин Н.В., Сірак А.Я., Бровчук І.Я.*

*Наукові керівники: доц. Александрук О.Д., ас. Буянова І.О.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра дерматології та венерології*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Враховуючи дискусійний характер взаємозв'язку між частим, але не інтенсивним охолодженням шкіри та зміною її захисних властивостей, нами проведено визначення функціональних показників шкіри студентів медичного університету в зимовий період.

**Мета роботи.** Виявлення сезонної особливості деяких фізіологічних функцій шкіри (жирності, еластичності, вологості) та таких показників як: пористість, пігментні плями, УФ плями, коричневі плями. Дослідження проводились за допомогою аналізаторів АРМ-100 та VISIA. Було обстежено 40 студентів Івано-Франківського національного медичного університету віком 18–22 роки. Перед проведенням обстеження зібрано анамнез для виключення захворювань шкіри і внутрішніх органів, що можуть вплинути на стан шкіри в ділянках обстеження. Визначення проводили на шкірі обличчя, тильної поверхні кисті і спини (міжлопаткова ділянка).

**Результати дослідження.** Встановлено, що у 47% обстежених в ділянці чола в зимовий період спостерігається підвищена жирність шкіри (68–72 од.), нормальні або знижені показники вологості шкіри (36–40 од.) та збережена повністю еластичність (48–54 од.). При обстеженні шкіри кистей у більшості студентів (84%) при нормальних показниках еластичності шкіри (52–58 од.), встановлено низькі показники саловиділення (24–28 од.) та нормальні або знижені показники вологості (34–40 од.). Контрольні показники жирності (50–54 од.), еластичності (50–56 од.) та вологості (61–67 од.) шкіри спини вказали на істотну відмінність від вологості і саловиділення чола та кистей.

**Висновки.** Враховуючи той факт, що обстеження проводилось в зимовий сезон, відмінні від звичайних, показники вологості шкіри чола та кистей, а також жирність кистей рук, найбільш ймовірно пов'язані із впливом холодного повітря і тривалого переохолодження шкіри цих ділянок.

## **18. ВПЛИВ PILER-ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ РОСТУ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ *ENTEROBACTERIACEAE*** **INFLUENCE OF PILER-RADIATION ON THE GROWTH INTENSITY OF THE *ENTEROBACTERIACEAE* FAMILY**

*Поган Р.М., Губчук В.Д.*

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Пантьо В.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** *Enterobacteriaceae* – велика родина бактерій, яка включає як патогенні, так і умовно-патогенні види мікроорганізмів. Представники цієї родини зумовлюють широке коло захворювань: гастроентерити, харчові отруєння, дизентерію, ураження сечовидільної системи, септицемії і, навіть, чуму. Незважаючи на природну чутливість до більшості протимікробних засобів, внаслідок набуття та поширення стійкості до антибіотиків, традиційна антибіотикотерапія інфекцій, зумовлених даними бактеріями, стає дедалі менш ефективною. Внаслідок цього актуальним є дослідження впливу фізичних факторів, зокрема поляризованого випромінювання на мікроорганізми.

**Мета роботи.** Дослідження впливу лінійки довжин хвиль PILER-випромінювання на інтенсивність росту *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* та *Salmonella enteritidis*.

**Матеріали і методи досліджень.** Досліджено вплив PILER-випромінювання різних довжин хвиль на інтенсивність росту на щільних поживних середовищах клінічних ізолятів *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* та *Salmonella enteritidis*. Для дослідження брали добові агарові культури, стандартизовані в МПБ до концентрації  $1,5 \times 10^8$  КУО/мл та розведені у  $1,6 \times 10^5$  разів. Далі отриманий інкулюмом опромінювали та пересівали в чашки Петрі з МПА або Ендо. Інтенсивність росту визначали шляхом підрахунку кількості колоній на чашках після 24-годинного культивування в термостаті. Джерело PILER-випромінювання – апарат BioptonMedAll.

**Результати.** В результаті проведених досліджень було встановлено, що PILER-випромінювання володіє вираженим впливом на інтенсивність росту досліджуваних мікроорганізмів. При цьому ефект впливу залежав від експозиції випромінювання: при нетривалих аплікаціях (5–10 хв) спостерігали деяку стимуляцію росту бактерій, тоді як експозиція 20 хв зумовлювала бактерицидну та бактеріостатичну дію. Окрім того встановлено, що найбільш виражену бактерицидну дію проявляло PILER-випромінювання фіолетового спектру.

**Висновки.** Безпосередній вплив PILER-випромінюванням на стандартизовану суспензію мікроорганізмів зумовлює виражену дію на інтенсивність росту досліджених штамів мікроорганізмів. Ефект впливу залежить від експозиції та довжини хвилі світла. При оптимальних параметрах випромінювання – фіолетовий спектр та тривалість експозиції 20 хвилин – інтенсивність росту бактерій знижувалася на 28–41%, порівняно з контролем.

## **19. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СТАНУ СПАЛАХУ КОРУ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ, А ТАКОЖ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП** RETROSPECTIVE ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL STATE OF MEASELS OUTBREAK IN THE TRANSCARPATHIAN REGION, CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF PATIENTS IN DIFFERENT AGE GROUP

*Раммаль А.А., Поган Р.М., Карабиньош С.О.*

*Наукові керівники: к.мед.н. Поляк М.А., д.мед.н., проф. Коваль Г.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра мікробіології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Кір на сучасному етапі є надзвичайно важливою проблемою для системи охорони здоров'я, адже залишається однією з основних причин смертності серед дітей раннього віку, не дивлячись на наявність безпечної та ефективної вакцини. Збільшення показників захворюваності на кір в Україні, як і у світі, спостерігають кожні 5–6 років. За даними ВООЗ протягом останнього року зареєстровано епідемію кору в Європі, зокрема в Румунії – 9104 випадки, з яких 34 мали летальний перебіг, Італії – 4487 випадків, Німеччині – 866 випадки, та Чехії зафіксовано 136 хворих. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я схилиються до думки, що дана проблема виникла через недостатній рівень вакцинації.

В Україні за період з січня 2017 до березня 2018 року зафіксовано 11 226 тис. випадків захворювання на кір, найбільш високі показники спостерігали в західних областях (Івано-Франківська – 2770, Закарпатська – 1775 хворих) та Одеській області – 2276 випадків.

**Мета роботи.** Встановити клініко-епідеміологічні особливості перебігу кору в період спалаху з січня 2017 до березня 2018 рр.

**Матеріали та методи дослідження.** Дані метааналізу та статистична обробка карт стаціонарного хворого, що лікувалися в ОКІЛ в м. Ужгород.

**Результати.** Основна група дослідження складала 84 дитини та 30 дорослих. Діагноз підтверджено за допомогою ІФА у 28 дітей (33,33±5,14%), та 22 дорослих (73,33±8,07), інші були госпіталізовані за клініко-епідеміологічними показаннями. Більше половини дітей були у віці до 3-х років (60,71±5,33%), найменше хворіли у віці 5 років та їх відсоток склав менше чверті від усієї кількості досліджуваних (17,86±4,18%). Значна кількість дітей (75±4,72%) не були вакциновані від кору.

Клінічно перебіг кору характеризувався класичною тріадою – різким підвищенням температури тіла, дрібною макуло-папульозною висипкою на гіперемованому тлі та кашлем. При оцінці клінічних проявів кору, ми встановили, що майже у половини дітей та дорослих спостерігалось прітетична температура тіла (38,62±5,45%). В середньому тривалість підвищеної температури у дітей становила 3,166±1,88 дні, проти 2,74±1,56 у дорослих, але на фоні лікування індукторами інтерферонів «Аміксин» (тілорон),

тривалість температури у дітей скорочувалась до  $1,83 \pm 0,55$  днів, однак жодного ефекту на перебіг захворювання у дорослих не спостерігалось. У значної частини пацієнтів спостерігали кашель ( $85,71 \pm 3,82\%$ ), серед яких половина мала сухий надсадний ( $51,19 \pm 5,45\%$ ), який в середньому тривав  $5,58 \pm 1,70$  днів та катаральні прояви у  $50 \pm 5,46\%$  випадків.

**Висновки.** 1. За даними ретроспективного аналізу циклічні епідемічні підйоми захворюваності на кір у області реєструються кожні 5–6 років.

2. Особливості сучасного епідемічного процесу кору вимагають удосконалення заходів імунізаційної профілактики цих інфекцій, одним з яких є впровадження комбінованих вакцин. Планове щеплення проти кору на сучасному етапі дає можливість, у більшості випадків, уникнути широкого поширення захворювання. Обов'язковою умовою повинна бути висока якість вакцини, що дозволить підтримувати імунітет проти кору на потрібному рівні.

## **20. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ У КІНЕМАТОГРАФІ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ**

### **INFECTIOUS DISEASES IN CINEMATOGRAPHY LIKE METHOD OF PROPHYLAXIS**

*Сілецька О., Матуляк І.*

*Науковий керівник: асист. Процик А.Л., к.мед.н, доц. Зубик Б.А.*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, кафедра дитячих інфекційних хвороб*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Не існує жодної глобальної епідемії, пандемії про яку б за час свого існування не зняли фільми світова кіноіндустрія, розповідаючи нам про хвороби, які вбивали і вбивають до сьогодні сотні людей. Пересічні люди, які найчастіше є «мішенями» даних захворювань, рідко зазирають між сторінки наукових публікацій, підручників чи наукових статей. Зате кожен другий із них переглянув хоча б одну кінострічку з описом певного інфекційного захворювання, що вказує на необхідність зацентрувати більшу увагу на даному питанні. Саме тому недооціненість даного паростка суспільно-профілактичного напрямку роботи є великою.

**Мета наукової роботи.** Проаналізувати переваги даного виду профілактичної роботи, як простого методу ознайомлення зі складними аспектами інфекційних захворювань в доступній формі, розкрити вагомий вплив даного напрямку мистецтва на інформованість всіх прошарків населення щодо важливості цієї проблеми, показати висвітлення інфекційних хвороб в кіно.

**Зміст наукової роботи.** Було проаналізовано великий обсяг світової кіноіндустрії, яка охоплює проблематику інфекційних хвороб ще від XI століття і до сьогодення. Низка розглянутих нами фільмів була знята на основі реальних подій. Зокрема, вагомим є вклад фільму «Дихай», де чітко розповідається про високу контагіозність вірусу поліомієліту людини та зміни в ставленні соціуму до даного захворювання. Не менш яскраво висвітлена епідеміологія бубонної чуми, клінічна симптоматика, а також способи найелементарніших заходів боротьби у фільмі «Лікар, учень Авіцени». Епідемія холери у одній з китайських провінцій з усіма специфічними симптомокомплексами показана у кінострічці «Розмальована вуаль». В кожній з кінострічок є висвітлені саме ті захворювання, що призвели до масових втрат та показали як адекватне розуміння проблеми рятує від хаосу.

**Висновок.** Кіноіндустрія є важливим чинником популяризації знань про інфекційні захворювання, їх основні прояви та методи лікування.

Саме від підвищення рівня знань населення буде залежати, що нас чекає в майбутньому – «Апокаліпсис» чи «Золотий вік»?

Тому надзвичайно важливо для представників нашої професії, тобто лікарів, враховувати цей новий напрямок ознайомлювальної роботи з населенням, як не менш вагомий з точки зору інформативності.

## 21. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДОЛОННИМ ГІПЕРГІДРОЗОМ

### RESEARCH ON EFFICIENCY OF GROUP PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PALMOPLANTAR HYPERHIDROSIS

*Ходанич М.Б., Попович В.В., Кантор А.Й.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Андрашко Ю.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра шкірних і венеричних хвороб  
м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Гіпергідроз – це захворювання шкіри, яке проявляється посиленням потовиділенням внаслідок дисфункції потових залоз. Ідіопатичний гіпергідроз пов'язаний із психоемоційними стресами, що часто викликає соціальні та психологічні труднощі в повсякденному житті пацієнта, та, як наслідок, сильно знижувати якість життя.

**Мета роботи.** Дослідити ефективність групової психотерапії у лікуванні пацієнтів із ідіопатичним долонним гіпергідрозом.

**Матеріали і методи дослідження.** В дослідженні взяло участь 8 пацієнтів із клінічно та інструментально діагностованим гіпергідрозом 2–4 ступеня, на ділянках долонної поверхні кистей, які, протягом життя, не отримували жодного лікування з приводу даного захворювання. Пацієнти були розподілені на 2 групи по 4 особи у випадковому порядку: 1) пацієнти, які отримували стандартну монотерапію у вигляді проходження курсу процедур локального іонтофорезу; 2) пацієнти, які отримували комбіновану терапію у вигляді проходження процедур локального іонтофорезу та відвідування сеансів групової психотерапії (майндфулнес-технік). Курс іонтофорезу для обох груп складав 14 процедур з інтервалом в 1 день на апараті Hidrex PSP 1000 на базі медичного центру «Асклепій». Курс групової психотерапії для пацієнтів 2 групи складався із 8 сеансів 1 раз на тиждень. Вимірювання ступеня гіпергідрозу проводилося за допомогою попередньо розробленої шкали для оцінки відбитків долонь на пергаментному папері після введення пацієнтів у стан стресу. Також проводилося тестування пацієнтів на прояви депресії і тривоги за допомогою опитувальників Бека, PHQ-9 та PSWQ в обох групах до початку, під час та по закінченню терапевтичного курсу, згідно із протоколом дослідження.

**Результати.** За результатами даного дослідження в обох піддослідних групах, у всіх пацієнтів спостерігається зниження ступеня важкості гіпергідрозу в порівнянні з вихідними даними. Проте, у пацієнтів другої групи відзначалась значно швидша позитивна відповідь на отриману терапію та суттєво вираженіша динаміка зниження показників ступеня важкості гіпергідрозу в порівнянні з пацієнтами першої групи. У пацієнтів другої групи також спостерігалися значущо нижчі показники рівні депресії та тривоги за результатами проміжного та кінцевого тестування. Отримані дані внесені в таблиці та побудовані графіки для візуалізації динаміки ефективності терапевтичного процесу (додаток 1).

**Висновки.** Отже, за даними результатів проведеного дослідження було виявлено, що ефективність комплексної терапії у вигляді групової психотерапії та іонтофорезу вища у порівнянні з монотерапією іонтофорезу. Виходячи із вищесказаного, можна припустити, що різниця в результатах від отриманого лікування у піддослідних групах спостерігалась за рахунок відвідування групових психотерапевтичних сеансів пацієнтами другої групи. Таким чином можна припустити, що групова психотерапія у вигляді майндфулнес-технік може бути ефективною при лікуванні ідіопатичного гіпергідрозу. Для підтвердження достовірності отриманих результатів необхідно подальше дослідження із участю більшої кількості пацієнтів.

## 22. ОСНОВНІ ЗБУДНИКИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА БАКТЕРІАЛЬНОЇ ПРИРОДИ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО ДІЇ ПРЕПАРАТІВ-АНТИБІОТИКІВ

THE MAIN PATHOGENS OF PURULENT-INFLAMMATORY PROCESSES OF THE PARANASAL SINUSES OF THE BACTERIAL NATURE AND THEIR SENSITIVITY TO THE EFFECTS OF DRUGS-ANTIBIOTICS

Ярошовець Є.С., Макарчук В.С., Данів М.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коваль Г.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медицинський факультет, кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб

м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Гнійно-запальні захворювання придаткових пазух носа бактеріальної природи є однією з провідних проблем сучасної мікробіології та оториноларингології. Актуальність даної проблеми полягає в тому, що на фоні частих випадків самолікування хворих, а саме самостійного прийому препаратів-антибіотиків, спостерігається все більш часте виявлення штамів мікроорганізмів, які володіють широким спектром антибіотикорезистентності до препаратів, що раніше виявляли достатню бактеріостатичну та бактерицидну дію, по відношенню до даного збудника. Це дає мотивацію для оновлення та розробки нових схем призначення антибіотиків. Основним об'єктом нашого дослідження є мікроорганізми, які під впливом лікувальних препаратів набувають резистентності до антибіотиків.

**Мета роботи.** Статистично встановити превалювання в розвитку гнійно-запальних процесів придаткових пазух носа тих, чи інших збудників бактеріальної природи та встановити антибіотикочутливість даних агентів, з метою призначення вузького спектра дії антибіотиків, які однозначно матимуть найбільш згубний вплив на виділені ізоляти.

**Матеріали та методи досліджень.** В даній роботі ми використовували наступні методи досліджень: бактеріологічний метод, направлений на виявлення патогенних агентів, і визначення їх антибіотикочутливості; мікроскопічний метод, направлений на визначення морфологічних і тинкторіальних властивостей; Для обробки даних використовувався статистичний метод.

**Результати дослідження.** В ході дослідження було встановлено, що найчастіше при гнійно-запальних процесах, збудником виступає *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, рідше збудником виступає *Str.pyogenes*, або *S.aureus*. Також, зустрічалися асоціації мікроорганізмів, представлені *Str.pneumoniae* і *H.influenzae*, *S.aureus*.

**Висновки.** На основі даного дослідження було встановлено, що гнійно-запальні процеси придаткових пазух носа найчастіше викликані асоціативними збудниками як *Str.pneumonia*, *H.influenzae*, *S.aureus*. На основі отриманих результатів даного дослідження можна скоригувати звичні схеми лікування для досягнення кращого терапевтичного ефекту, використовуючи антибіотикограми.



**СЕКЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН**  
**(СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГІГІЄНА)**

**SECTION OF SOCIAL MEDICINE**  
**(FAMILY MEDICINE, SOCIAL MEDICINE, HYGIENE)**

Медичний факультет, ауд.532

**Голова секції:** Палагонич Е.С.  
Head of the section: E. Palahonych  
**Секретар секції:** Фефер О.В.  
Secretary of the section: O. Feher

---

**1. ARE RISK FACTORS EVALUATION AND MOTIVATION COUNSELING  
A DAILY ROUTINE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS IN UKRAINE  
AND IN INDIA?**

*Shivraj Singh, Kolesnyk Andriy*

*Mentor: Kolesnyk Pavlo*

*Uzhgorod National University, Medical Faculty, Education Research Training Center  
of Family Medicine and Premedical Care, Postgraduate Faculty.*

**Background.** Primary prevention that includes risk factors evaluation (RFE) and motivation counseling (MC) of patients with risks is mandatory in family doctor's /general practitioner's (FD/GP's) practice. It is a high grade of evidence in preventive activities in routine practice of FD/GP's in the world. The practical seminars of RFE and training of MC methodology is part of the 6-year student's curriculum during the course of family medicine (FM) as well as residents and FD/GPs in Uzhgorod. In India it is organized only in a format of lectures.

**Research question.** How often RFE and MC are performed in a daily routine practice of FD/GPs in Ukraine and in India?

**Materials and methods.** We made an anonymous survey of 60 Ukraine patients in the FM practice of Uzhgorod and of 60 Indian students who attended Indian GPs with their relatives. We designed a questioner which included information about age, gender, chronic diseases of

patients of 2 groups. The questioner evaluated if FD/GP asked about patient's lifestyle and habits, screening of blood pressure (BP), body mass index (BMI), waist circumference measurement (WCM) during their visits. The patients were also asked if their FD/GP recommended lifestyle changes, and did they follow these recommendations. Patients of both groups were randomised according to age and gender. Mean age in both groups 45(+17)

**Results.** Among 41 Ukrainian patients (68.3%) and 45 (75%) Indian patients no chronic disease was found. Among those who had chronic diseases there was prevalence of hypertension and diabetes mellitus in both groups. According to the analysis of the survey over 60% Ukrainian patients and 55% of Indians informed that their FD/GP asked about their diet, 75% of Ukrainian patients were asked about their physical activity and 71.7% were asked about their habits including smoking and drinking. It was found that significantly less Indian patients (33%) were asked about their physical activity and only 25% were asked by their GP about bad habits (smoking and drinking) ( $p < 0,05$ ). Only in 8% of Ukrainian patients BMI was measured by their FD/GP, and 56.7% of patients were just asked by the doctor about their height and weight. According to the Indian answers, BMI was not measured by their GP and only 41.7% of patients were just asked about their height and weight. In 21.7% of Ukrainian patients and 3% of Indians WCM was done. In 58% of Ukrainian patients and 70% of Indians BP was measured.

**Conclusion.** GP/FDs both in Ukraine and in India evaluate RF and perform MC about lifestyle changes less often than it's recommended by the protocols. Approach in this question is different in India and in Ukraine and it may be explained both by culture differences and in education methodology. An evidence-based approach in primary prevention is mandatory to promote and educate during undergraduate, postgraduate levels of education, including continual medical education of GP/FDs in all countries.

**Questions for future investigation.** Why don't GP/FDs always follow evidence primary prevention approach in their daily routine practice? What are barriers for motivation counseling in FD's routine practice? How to maintain the evidence primary prevention approach into FD's routine practice?

## 2. АКТУАЛЬНІСТЬ ОЦІНКИ ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ НОВИХ НАНОМАТЕРІАЛІВ З АНТИБАКТЕРІАЛЬНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ACTUALITY OF ASSESSMENT OF ENVIRONMENTAL SAFETY OF NEW NANOMATERIALS WITH ANTIBACTERIAL PROPERTIES

*Денисенко А.П., Смородська О.М., Гончарова К.О., Колбунов В.С.*

*Наукові керівники: проф. Суходуб Л.Ф., доц.Гребеник Л.І.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії  
м. Суми, Україна*

**Вступ.** Загострення проблеми антибіотикорезистентності стимулювало науковий пошук в напрямку створення наночастинок з антибактеріальними властивостями. Зростання кількості подібних наноматеріалів ставить одне з актуальних питань, що стосується їх безпеки для навколишнього середовища.

Використання таких біоіндикаторів впливу наночастинок, як мікроскопічні водорості, може вирішити питання експрес-оцінки потенційної небезпеки синтезованих наноматеріалів. Створення модельних систем з використанням гідробіонтів дозволяє проводити тестування наночастинок у концентраціях, які максимально наближені до природних умов, та враховувати той факт, що практично для всіх наночастинок при потраплянні у водну фазу характерно утворення конгломератів з наступною седиментацією й елімінацією з активних процесів у водних системах.

**Мета роботи.** Аналіз літературних джерел щодо ефективності гідробіонтів у нанотоксикологічних дослідженнях та розробка експериментальної тест-системи з використанням одноклітинної зеленої водорості *Chlorella vulgaris* для вивчення екоотоксичності нового матеріалу ZnS-Alg з антибактеріальними властивостями, що містить нанокристали ZnS, які інкапсульовані в альгінатну оболонку (Alg).

**Матеріали та методи:** наночастинки ZnS-Alg, які синтезовані в лабораторії «Біонанокмпозит» СумДУ та використані для тестування експериментальної модельної системи, що містила міководорість *Chlorella vulgaris* (штам ІФР № С-111).

**Отримані результати.** Дослідження біологічних властивостей наночастинок ZnS-Alg підтвердили наявність антимікробної активності стосовно деяких грам позитивних (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Streptococcus pyogenes*) та грам негативних (*Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa*) мікроорганізмів. Для біотестування нового наноматеріалу ZnS-Alg була апробована модельна система з використанням *Chlorella vulgaris* (штам ІФР № С-111), при створення якої враховані рекомендації міжнародної методики «Alga, GrowthInhibition Test» з визначення безпечності наноматеріалів за максимально вираженою тест-реакцією в досліджуваному діапазоні. Отримані результати довели, що наночастинки в антибактеріальних концентраціях від 50 до 150 мкг/мл не інгібують ріст міководорості.

**Висновки.** Розроблена тест-система з використанням одноклітинної зеленої водорості *Chlorella vulgaris* (штам ІФР № С-111) для оцінки еконанотоксичності синтезованих наноматеріалів з антибактеріальними властивостями може бути використана у дослідженнях, які визначають гранично допустимі концентрації наночастинок, що можуть бути шкідливими у навколишньому середовищі.

### **3. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN TRANSCARPATHIAN REGION AND UKRAINE: ORGANISATION. EFFICIENCY AND PROSPECT IN MEDICAL AND PREVENTIVE CARE

Кінь М.М., Кінь Н.М.

Науковий керівник: ас. Гаджега І.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Медичний факультет, кафедра гігієни, соціальної медицини з вивченням історії медицини

м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Останніми роками було підмічено, що відсоток заражених, хронічно перебігаючих форм туберкульозу в Україні росте з арифметичною прогресією, а кількість вакцинованих – зменшується.

Саме цей фактор є вирішальним у виникненні та прогресуванні захворювання.

Слід підкреслити, що питання протидії туберкульозу в Україні залишається одним з пріоритетних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з ТБ є предметом міжнародних зобов'язань України в частині виконання положень

**Мета роботи.** Проаналізувати динаміку показників загальної, первинної захворюваності та смертності від туберкульозу населення Закарпатської області та України в цілому за 2012–2016 рр.

Визначити основні причини, що впливають на формування рівня поширеності, захворюваності та смертності від туберкульозу.

Розробка рекомендацій по зниженню захворюваності та смертності від туберкульозу населення Закарпатської області.

**Матеріали та методи дослідження.**

Щорічна доповідь МОЗ про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я (2009–2017 рр.).

Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області (2009–2017 рр.).

Звіти ЛПЗ (Ф. № 20) по Закарпатській області (2009–2016 рр.)

Нормативно-правова база МОЗ щодо організації діяльності системи ОЗ України.

Використання діаграм у Microsoft Word та таблиць в Microsoft Excel, як методи обробки інформації.

**Результати.** Виявлено зростання загальної захворюваності на всі форми активного ТБ на 100 тис. населення 26,4 порівняно з попередніми роками.

Зменшення кількості вакцинованих дітей (на 1 тис. дит. нас.) станом на 2016 р. (16,9), (у 2015 р. (28,5)); сильний негативний зв'язок між рівнем туберкулінодіагностики та рівнем смертності (коефіцієнт кореляції = -0,95).

Малий відсоток профілактичних рентгенофлюорографічних обстежень станом на 2016 р. (18,4)).

**Висновки.** Рівень показників поширеності, захворюваності та смертності від туберкульозу населення Закарпатської області залишається високим, прямо кореляційно залежить від рівня показників діагностики, виявлено суттєві відмінності нормативно-правового забезпечення та лікування туберкульозу в Україні та країнах ЄС, тому необхідне подальше вивчення можливих причин та шляхів їх зниження.

#### **4. ОЦІНКА РОЛІ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА МІНЕРАЛЬНУ ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП, ЗОКРЕМА РОМСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ, ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ** ASSESSING THE ROLE OF FACTORS AFFECTING THE BONE MINERAL DENSITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF DIFFERENT SOCIAL GROUPS, PARTICULARLY THE ROMA POPULATION, ACCORDING TO THE ULTRASONIC DENSITOMETRY

*Колесник А.П.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Микита Х.І.<sup>1</sup>, к.мед.н., доц. Колесник П.О.<sup>2</sup>*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни;*

*ФПОДП, кафедра терапії та сімейної медицини*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** В останні десятиріччя проблема зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ): остеопорозу та остеопенії – набула особливого значення. На сьогодні існує новітній метод діагностики остеопорозу – ультразвукова денситометрія (УЗДМ). З'явилися дані про те, що початок остеопорозу – остеопенія – лежить ще в дитячому та підлітковому віці. Дані наукової літератури щодо ролі факторів, що впливають на МЩКТ у дітей та підлітків різних вікових та соціальних груп, зокрема ромського населення, є фрагментарними.

**Мета дослідження.** Диференційований аналіз значення факторів, що можуть впливати на МЩКТ у дітей та підлітків різних вікових, соціальних та етнічних груп (зокрема ромського населення), за результатами УЗДМ.

**Результати дослідження.** Вперше в Закарпатській області нами було проведено визначення мінеральної щільності кісткової тканини у 113 дітей та підлітків різних вікових, соціальних та етнічних груп за допомогою ультразвукової денситометрії та проведено аналіз ролі факторів, які впливають на мінералізацію кістки. Частота остеопенії та переломів була вірогідно вищою у підлітків ромської нацменшини. Встановлено, що у підлітків ромської нацменшини частота остеопенії, що супроводжувалася переломами, була вірогідно вищою, ніж у інших груп, що ймовірно залежало від вірогідно меншої кількості вживаного молока та молочних продуктів, хоча тривалість перебування на вулиці та фізична активність підлітків цієї групи були значними; знайдено кореляційний зв'язок між частотою переломів дітей та їх батьків, що доводить значущу роль генетично детермінованих факторів на розвиток щільності кістки.

**Висновки.** МЩКТ залежить від віку, статі, зросту та маси тіла, способу життя та харчування.

Роль факторів, які впливають на МЩКТ змінюється з віком.

Споживання молока та молочних продуктів має провідне значення серед факторів зовнішнього впливу на зміцнення кісткової тканини, хоча роль занять спортом та способу життя також є доведеною.

## **5. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ ВПРОДОВЖ 2013–2017 РОКІВ**

THE ANALYSIS OF THE CONDITION OF SOIL CONTAMINATION  
IN TRANSCARPATHIAN REGION DURING THE PERIOD OF 2013–2017

*Костур К.П., Криванич Н.В.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Рогач І.М., к.біол.н., доц. Микита Х.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Внаслідок хімізації народного господарства розпочалося інтенсивне забруднення навколишнього середовища, зокрема ґрунту, пестицидами, мінеральними добривами, стимуляторами росту рослин, іншими екзогенними хімічними речовинами. Тому охорона біосфери, у тому числі ґрунтових екосистем, сьогодні одне з найактуальніших завдань науки і світової громадськості.

**Мета дослідження.** Вивчити забруднення ґрунту населених пунктів Закарпатської області у динаміці впродовж 2013–2017 років.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз статистичного матеріалу ДУ «Лабораторний центр МОЗ України в Закарпатській області» щодо забруднення ґрунту населених пунктів Закарпатської області у динаміці впродовж 2013–2017 років. Отримані матеріали оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Проведено лабораторне дослідження відібраних проб ґрунту у населених пунктах Закарпатської області у динаміці впродовж 2013–2017 років. Виявлені основні чинники забруднення ґрунту населених пунктів Закарпатської області, а також розроблено ряд заходів для запобігання його забруднення.

**Висновки.** Значна кількість досліджених проб ґрунту, відібраних у населених пунктах Закарпатської області, не відповідають вимогам Держстандарту за санітарно-хімічними, бактеріологічними та гельмінтологічними показниками.

Найбільш забруднений ґрунт важкими металами у місцях зберігання токсичних відходів, у зоні впливу транспортних магістралей, зоні впливу промислових підприємств, санітарно-захисній зоні промислових підприємств і на території самих промислових підприємств; пестицидами – у місцях виробництва продукції рослинництва, місцях застосування пестицидів та ґрунті полігонів, звалищ і кар'єрів; бактеріологічне та гельмінтологічне забруднення – у житловій зоні та території дитячих закладів.

Серед найважливіших заходів запобігання забруднення ґрунту є створення безвідходних та маловідходних технологічних схем виробництва і проведення моніторингу вмісту токсичних речовин у природних об'єктах.

## **6. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ МАТЕРИНСЬКОГО ТА ДИТЯЧОГО ЗДОРОВ'Я В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ: РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

CURRENT STATE AND ORGANIZATION OF MATERNITY AND CHILDREN'S  
HEALTH PROTECTION IN THE TRANSCARPATHIAN REGION: REALITY  
AND POSSIBILITY

*Кошель М.А., Мимренко А.А., Шикла Е.М., Бондарчук П.С.*

*Наукові керівники: к.біол.н., доц. Палко А.І., ас. Гаджега І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна.*

**Вступ.** Показники, що характеризують стан здоров'я дитини та матері є одними з основних, які характеризують не тільки стан організації медичної допомоги даним верствам населення, а й загальний рівень соціально-економічного розвитку країни. В умовах реформування охорони здоров'я в Україні питання реорганізації надання перинатальної медичної допомоги населенню набуває особливої актуальності. Ефективність роботи даної галузі медицини можливо оцінити тільки проаналізувавши фактичний стан здоров'я дитячого та материнського населення, особливо, якщо мова йде про одну з географічно-найбільш контрастних областей України.

**Мета.** Оцінити фактичний рівень показників, які характеризують організацію охорони та стан здоров'я матері та дитини в Закарпатській області в динаміці протягом 2006-2016 років та розробити методичні рекомендації щодо покращення надання медичної допомоги даним верствам населення.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано показники дитячої та материнської смертності, захворюваність, поширеність, та деякі показники організації перинатальної служби в Закарпатській області протягом 2006–2016 рр. за даними звітів ЛПЗ Ф. № 20, щорічних звітів МОЗ про охорону здоров'я та організацію медичної допомоги в Україні, а також звітів Закарпатського обласного інформаційно-аналітичного центру.

**Результати досліджень.** Статистично продемонстровано негативну динаміку показників дитячої смертності за причинами, захворюваність та поширеність деяких захворювань у дітей та матерів Закарпаття в порівнянні з Україною.

**Висновки.** Зміни показників стану здоров'я дитячого та материнського населення Закарпатської області мають негативну тенденцію в динаміці протягом 2006–2016 рр. Стан організації перинатальної медичної допомоги населенню Закарпаття не є задовільним, що доводять і показники стану здоров'я даних верств населення регіону, і деякі показники організації даного напряму медичної допомоги.

## **7. ОСОБЛИВОСТІ СПІВПРАЦІ ВИКЛАДАЧІВ ТА СТУДЕНТІВ В РАМКАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ** **FEATURES OF COOPERATION BETWEEN TEACHERS AND STUDENTS WITHIN THE BOLOGNA PROCESS**

*Купар В.В., Купар Т.В.*

*Науковий керівник: ас. Керецман А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини, гігієни з курсом історії медицини м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Стосунки в системі «студент – викладач» є тією психологічною цариною, де вперше розгортаються особистісне самоствердження фахівця, розвивається його самосвідомість, засвоюється модель професійної діяльності. Тільки особистість може вплинути на розвиток і визначення особистості, тільки сильним характером можна сформувати сильний характер.

**Мета роботи.** Вивчення особливостей взаємин викладацького складу і студентів в рамках Болонського процесу, виявлення механізму їх впливу на становлення особистості майбутнього лікаря, забезпечення шляхів регулювання взаємовідносин у вищому навчальному закладі.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано дані різних наукових літературних джерел з вивчення даних питань, проведено анкетування на основі якого зроблені висновки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Взаємовідносини між викладачами і студентами є запорукою ефективності підготовки спеціалістів та професійної відповідності отриманого ними рівня знань та задоволення суб'єктів з боку емоційної, економічної, та юридичної сфер.

Ефективність навчального процесу забезпечується:

- наступністю педагогічної взаємодії викладачів та студентів на різних етапах професійного навчання ;
- поступовим обміном між викладачем та студентом соціально-рольовими функціями;
- виявом рівня задоволення викладачів і студентів педагогічною взаємодією та складнощів, що стоять на заваді;
- аналізом особистості викладача та студента, який є умовою та результатом їх стосунків у процесі навчання.

**Висновки.** Якісна підготовка сучасного фахівця вимагає формування у студентів відносин партнерства на основі персональної відповідальності, незалежності, спільного творчого пошуку викладача і студентів і взаємної зацікавленості в їхньому духовному, професійному та морально-діловому просуванні. В рамках Болонського процесу має забезпечитись культурно-освітній рівень особистості студентів до рівня суспільних потреб, що завжди оновлюються, а об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір з єдиними вимогами, критеріями і стандартами, гарантувати їм мобільність щодо здобуття або продовження навчання в іншій країні та гарантувати конкурентоспроможність на європейському ринку праці.

## **8. СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ УКРАЇНИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ** **SEXUAL EDUCATION OF SCHOOLCHILDREN IN UKRAINE: REALITIES** **AND PERSPECTIVES**

*Ліщинська Н.М.*

*Наукові керівники: ас. Керецман А.О., ас. Гаджега І.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна.*

**Вступ.** Сучасне українське суспільство переживає не лише глибоку соціально-економічну і політичну кризу, а й кризу екзистенційну, морально-духовну, що характеризується втратою людьми життєвих орієнтирів та сенсу життя, руйнуванням моральних цінностей і світогляду. Такі процеси негативно впливають на розвиток підростаючого покоління і відображаються на найтоншій його сфері – статевому самовираженню. У зв'язку з цим, правильно організоване виховання у статевій сфері, визначено як одне з основних завдань сучасних вітчизняних закладів освіти.

**Мета роботи.** Визначити фактичний стан обізнаності школярів старших класів щодо питань статевої культури, проаналізувати доцільність та ефективність статевого виховання українських школярів у порівнянні з іншими країнами та обґрунтувати необхідність введення предмету статевого виховання в програму безперервного навчання.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено анкетування учнів 7–10-х класів ужгородських ЗОШ 1–3 ст. № 3 та № 5 після проведених з ними бесід щодо статевого виховання, гендерних особливостей організму та можливих негативних наслідків, що тягне за собою раннє та незахищене статеве життя. Проаналізовано організацію та ефективність шкільних програм безперервного навчання в цьому напрямку школярів України, Німеччини та Польщі. Проведено і опрацьовано анкетування між батьками і школярами на рахунок їхнього ставлення до введення в програму безперервного навчання такого предмету як «Статеве виховання».

**Результати.** Рівень обізнаності школярів після проведення виховних бесід значно підвищився. Переважна більшість респондентів готові й надалі добровільно брати участь в подібних заходах, якщо буде надана така можливість. Результати анкетування батьків, родичів, та вчителів доводять необхідність введення статевого виховання в програму безперервного навчання як обов'язковий до вивчення предмет.

**Висновки.** Фактичний рівень обізнаності школярів у напрямку статевого виховання є дуже низький. Проведення експериментальних виховних бесід з учнями доводить високу ефективність та доцільність даного підходу в навчанні дітей у даному напрямку. Зацікавленість учнів, позитивне відношення батьків та оптимістичний настрій вчителів доводить необхідність розробки окремої навчальної дисципліни «Статеве виховання» з подальшим введенням її в програму безперервного навчання в школах України. Аналогічний підхід до виховання дітей в даному напрямку в деяких країнах ЄС підтвердив свою ефективність як метод профілактики захворюваності та поширеності венеричних захворювань у дітей та підлітків, а також профілактики безпліддя та гормональних дисфункцій серед жіночого населення.

## **9. ВПЛИВ КУРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

### **THE INFLUENCE OF SMOKING ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS**

*Лях В.І.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Рогач І.М.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Україна, за даними ВООЗ, є «гарячою точкою» в проблемі тютюнопаління. Статистика показує, що смертність від куріння в нашій країні становить 80 випадків на 1000 населення щорічно. Нікотин сигарет пригнічує відчуття голоду і стимулює центр насичення, а також провокує спазм фатерового сосочка. За даними вчених саме застій у підшлунковій залозі є однією з причин розвитку раку підшлункової залози. Доведено, що чим раніше хворий відмовляється від паління, тим більше знижується ризик розвитку онкологічного ускладнення. Італійські вчені дали підтвердження, що куріння підвищує ризик розвитку цукрового діабету за рахунок пагубного впливу нікотину на  $\beta$ -клітини. За даними британських вчених, у пацієнтів, які мають звичку палити, тривалість відновлення та реабілітації, після загострення хронічного панкреатиту, майже удвічі довша, ніж у пацієнтів, які не курять. До того ж майже у 60% пацієнтів-курців зривається рецидив, а це має суттєве значення в соціально-економічному аспекті.

**Мета.** Оцінка якості життя хворих на хронічний панкреатит, які палять, у порівнянні з контролем. Виокремлення груп ризику щодо загрози виникнення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

**Матеріали та методи.** Опитано 30 пацієнтів (питома вага чоловіків – 56,7%, жінок – 43,3%, середній вік – 45,4 $\pm$ 3,7 років) хірургічного відділення з діагнозом хронічний панкреатит у фазі загострення. Їх було розподілено на 2 групи: I – ті, що палять (n=19), II – контрольна (n=11). Оцінка якості життя проводилась за допомогою опитувальника SF-36.

**Результати дослідження.** Середнє значення індексу курця у групі I становило 48,6 $\pm$ 12,6, що свідчить про високий ризик даних пацієнтів захворіти на ХОЗЛ. Це, у свою чергу, ще більше погіршує стан здоров'я хворих, призводить до втрати працездатності, соціальної дезадаптації (враховуючи необхідність дотримувати дієту) та значного погіршення якості життя. Оскільки порівнявальні групи спостережень є вибірками з однієї генеральної сукупності то для статистичного аналізу був використаний критерій серій Вальда-Вольфовіца. За його результатами знайдено достовірну різницю між особами курцями та тими, хто не палить, щодо психічного компоненту здоров'я (p=0,038) за опитувальником SF-36. По відношенню до фізичного компоненту здоров'я достовірної різниці не знайдено (p=0,729). Це говорить про важливість психічної складової здоров'я, на яку особливо потрібно звертати увагу в пацієнтів з хронічними захворюваннями та, порушення якої, викликає неспроможність людини нормально виконувати свої життєві та соціальні функції.

**Висновок.** Таким чином, куріння значно погіршує якість життя хворих на хронічний панкреатит, тому важливим етапом у покращенні здоров'я є відмова від нього, а санітарно-просвітня робота, як складова системи охорони здоров'я, є важливим компонентом у профілактиці погіршення стану здоров'я населення та корекції способу життя.

## **10. ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ШЕМІЧНИМ ТИПОМ В ЖИТЕЛІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

### **INVESTIGATION OF RISK FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT BY ISCHEMIC TYPE IN RESIDENTS OF THE TRANSCARPATHIAN REGION**

*Матьовка М.В.*

*Наукові керівники: проф. Рогач І.М., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Проблема цереброваскулярних захворювань, а саме церебральних інсультів у неврологічній практиці сьогодні посідає одне з перших місць. Дані порушення призводять до значної інвалідизації та соціальної дезадаптації пацієнтів. В Україні щорічно реєструється 100–110 тис. інсультів, з них близько 35% – у працездатного населення. При цьому виживає близько 70% пацієнтів. Отже виявлення і контроль факторів ризику розвитку інсульту є найбільш доцільним методом зниження частоти розвитку ішемічного інсульту.

**Мета роботи.** Вивчити основні фактори ризику, що призводять до розвитку ішемічного інсульту та розробити профілактичні рекомендації спрямовані на попередження та збереження здоров'я у працездатного населення.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено анкетування пацієнтів з ішемічним інсультом (спеціально розробленими анкетами для оцінки впливу факторів на розвиток захворювання) на базі Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології м. Ужгорода. Контингент респондентів склав 70 пацієнтів. Отримані дані анкетування були розподілені за віком згідно рекомендацій ВООЗ, за якими до молодих належали пацієнта від 18 до 45 років, середнього віку – 46–59 років, похилого – 60–74 роки і старечого 75 років і більше. За місцем проживання найбільше респондентів реєструється в Ужгородському районі (49%). Статистична обробка отриманих даних проводилась з використанням спеціальних пакетів прикладних статистичних програм Microsoft Excel.

**Результати.** При статистичному аналізі отриманих даних було виявлено, що за віком найбільше проявів ішемічного інсульту припадає на такі вікові категорії: 45–60 років – 49%, 61–75 років – 35%, а на людей молодого та старечого віку припадає 7% та 9% відповідно. Також виявлено, наявність таких шкідливих звичок: куріння серед 46% респондентів, зловживання кавою серед 41% та надмірне споживання алкоголю серед 10,3% респондентів. Крім того у 45% опитаних був виявлений ішемічний інсульт у сім'ї, що свідчить про спадковий фактор. У пацієнтів з ішемічним інсультом спостерігається переважання вуглеводневої та білкової їжі у раціоні харчування. У 47,5% респондентів зафіксована гіподинамія, що веде до подальших порушень метаболізму та розвитку даної патології. Виявлено, що серед опитаних, 72,5% респондентів відмічають часте виникнення стресових ситуацій в їхньому житті.

**Висновки.** Проведене опитування свідчить про вагомий вплив на розвиток ішемічного інсульту ряду факторів: шкідливі звички, гіподинамія, стресові ситуації та незбалансоване харчування.

Рекомендації: для профілактики негативного впливу гіподинамії збільшити час активного відпочинку та вести активний спосіб життя, раціоналізувати харчування, відмовитися від шкідливих звичок.

## **11. ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВИБОРОМ МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ СТУДЕНТІВ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

### **THE STUDY OF MEDICAL STUDENTS' SATISFACTION WITH THE CHOICE OF THEIR FUTURE PROFESSION**

*Муховська С.В., Панчук П.В.*

*Наукові керівники: к.мед н., доц. Стовбан І.В*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Мета.** Вивчити задоволеність студентів Івано-Франківського національного медичного університету (ІФНМУ) вибором майбутньої професії.

**Матеріали і методи дослідження.** Дані соціологічного опитування за власною розробленою програмою 300 студентів медичного та стоматологічного факультетів ІФНМУ.

**Результати.** В ході дослідження було встановлено, що половина опитаних (53,67±2,88%) обрала професію лікаря, оскільки «це їхнє покликання». Проте, слід зазначити, що 21,67±2,38% студентів вступили до медичного університету, вважаючи

що «цей варіант був кращим з гірших», а для 12,67±1,92% респондентів вирішальною у виборі майбутньої професії стала настановна думка батьків. На жаль, є й такі (4,33±1,18%), які просто бажали отримати будь-яку вищу освіту, обравши для цього медичну. Позитивно, що абсолютній більшості (76,00±2,47%) студентів подобається навчатися у медичному університеті, проте є й такі (24±2,47%), яким не до вподоби бути в МЕДі. Встановлено, що у половини опитаних (55,3±2,87%) в процесі навчання думка про медицину змінилася у гіршу сторону, і тільки у незначній частині (15,67±2,10%) – у кращу. Викликає тривогу те, що половина студентів-медиків (51,00±2,89%) шкодують про свій вступ до медичного університету, основними причинами чого стали: безпосередньо складний та відповідальний процес навчання у виші (23,33±2,44%), прогнозовано погані умови майбутнього працевлаштування (20,00±2,31%), а ще є й такі (5,33±1,30%), які просто вирішили, що «медицина це не їхнє». Тішить те, що не зважаючи на попередні, не досить позитивні результати проведеного опитування, більшість студентів (72,33±2,58%) все таки планують пов'язати своє майбутнє з медициною.

Одним з основних запитань дослідження було: «Якщо б у Вас була можливість повернутися в минуле – Ви б вступили до МЕДу?», на яке 72,33±2,58% опитаних студентів-медиків відповіли, що охоче б вступили до медичного університету ще раз!

**Висновок.** Встановлено, що серед студентів медичного ВУЗу є велика кількість невдоволених та розчарованих обраною професією, попри те, що задоволеність вибором майбутнього фаху є важливим аспектом успішної підготовки професіонала, якщо знехтувати цією проблемою, можемо спостерігати зниження рівня кваліфікації лікарів майбутнього покоління.

## **12. АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРОТЯГОМ 2014–2017 РОКІВ.**

### **THE ANALYSIS OF PREVALENCE OF DIABETES AMONG THE RESIDENTS OF TRASCARPATHIA REGION DURING 2014–2017 YEARS.**

*Петечел М.В., Гауран О.М*

*Науковий керівники: проф. Рогач І.М., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД) – за визначенням експертів ВООЗ, це стан хронічної гіперглікемії, зумовлений порушенням утворення або дії інсуліну. Значна поширеність цукрового діабету є проблемою ХХІ століття – 422 мільйони дорослих хворіють на діабет у світі; 1,2 мільйони хворих на діабет в Україні. В Закарпатській області у 2014 році було зареєстровано 36 878,0 хворих на ЦД віком від 18 років і старших, і 259,0 віком від 0–17 років; у 2015 ці показники становили 37 898,0 і 286,0 відповідно; у 2016 році 38 588,0 віком від 18 років і старше і 290,0 віком 0–17 років. У 2017 році – 39 422,0 і 296,0 відповідно.

**Мета роботи.** Вивчення поширеності цукрового діабету, факторів ризику і ускладнень у мешканців Закарпатської області.

**Матеріали і методи досліджень.** Для досліджень нами було використано метод анкетування. Кількість респондентів складало 400 осіб віком від 18 до 70 років. Статевий розподіл анкетованих: 258 жінок (64.5%) і 142 чоловіки (35.5%), з різних районів Закарпатської області. Статистичний аналіз даних проведено з використанням спеціальних пакетів прикладних статистичних програм Microsoft Excel.

**Результати.** При статистичному аналізі отриманих даних було виявлено, що серед проанкетованих ЦД 2 типу хворіють – 78,1%, ЦД 1 типу – 21,9%. Серед 148 осіб віком від 18 до 40 років ЦД 1 типу хворіють 52,7%, ЦД 2 типу 47,3%. У 63% опитаних діагноз ЦД був встановлений після 40 років. Серед осіб хворих на ЦД 2 типу ІМТ (індекс маси тіла) становив >30 – у 33,0%, >35 – у 27,3%, > 40 – 13,5%, < 30 – 26,2%. Серед осіб, хворих на ЦД 1 типу ІМТ становив > 30 – у 30,8%, >35 – у 24,0%, >40 – у 10,5%, <30 – у 34,5%. Фізичними вправами до і після встановлення діагнозу займалися 63,25%

респондентів. Виникнення ЦД пов'язують із спадковою схильністю 81,25%, із стресовим чинником 44,5%. Майже 82% опитаних мають ускладнення ЦД, із них: ретинопатія – 33,8%, нефропатія – 10,6%, нейропатія – 7,6%, діабетична стопа – 4,2%, мікроангіопатії – 7,0%, артеріальна гіпертензія – 29,5%, більше ніж 1 ускладнення – 7,0%. Рівень глюкози у крові на момент виявлення вперше ЦД був >15ммоль/л – у 18,75%, 10–15 ммоль/л – у 45,5%, 6,1–10 ммоль/л – у 35,75% респондентів. Дотримуються режиму харчування 73% опитаних. Обстеження у ендокринолога проходять 1 раз на рік – 64,5%, 1 раз на 6 міс. – 9,75%, 1 раз на 3 міс. – 6,25%, не проходять взагалі – 19,5%. Також було визначено, що із 258 жінок 28,6% під час вагітності мали глюкозурію, що після пологів зникла, а 31,7% народили дітей масою більше 4 кг.

**Висновки.** 1. Протягом останніх років спостерігається тенденція до зростання рівня цукрового діабету серед населення Закарпатської області.

2. Фактори ризику розвитку цукрового діабету серед населення Закарпатської області: генетичний фактор, зайва вага або явне ожиріння, зниження фізичної активності, стресові чинники і гестаційний діабет у жінок.

### **13. МИКОЛА ГЕОРГІЙОВИЧ ВІТТЕНБЕРГЕР – ЮВЕЛІР ХІРУРГІЧНОЇ СПРАВИ**

MIKOLA VITTENBERGER – SPECIALST OF SURGICAL AFFAIRS

*Ряшко В.І.*

*Наукові керівники: проф. Рогач І.М., доц. Данко Д.В.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медичний факультет, кафедра соціальної медицини і гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Старійшиною хірургічної справи на Закарпатті сміливо можна назвати Миколу Віттенбергера, експериментатора, новатора та майстра своєї справи. До 20-ї річниці від дня його смерті варто розповісти про його лікарську та громадську діяльність.

**Мета дослідження.** Вивчити професійну діяльність Миколи Георгійовича Віттенбергера, колишнього завідуючого хірургічним відділенням Мукачівської центральної районної лікарні, вчителя наступних поколінь.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставлених перед нами завдань використано методи історичного, синтетичного та структурно-логічного аналізу, спогади сучасників і архівні документи.

**Результати досліджень.** Микола Георгійович Віттенбергер народився 11 жовтня 1909 року в місті Свалява, Закарпаття. Навчався в Мукачівській гімназії, яку закінчив в 1926 році, після чого вступив до Карлового університету, що в Празі, а саме на медичний факультет. По закінченню університету М.Г. Віттенбергер повернувся до рідного Закарпаття. Першим його місцем роботи була лікарня в селі Солотвино, де він працював помічником лікаря-акушера. Наступним місцем роботи в його медичній кар'єрі стало хірургічне відділення в лікарні міста Мукачево, куди його забрав Олександр Васильович Фединець. В 1952 році Микола Георгійович став головним хірургом в Мукачеві. Він брався за складні випадки, ризикував, створював нові способи вирішення тієї чи іншої хірургічної проблеми. Наприклад, він першим на Закарпатті освоїв лікування туберкульозу легень, ним було відкрито відділення хірургії легень на базі міської лікарні. Однак більшість його часу забирала все таки хірургія органів черевної порожнини. Тут він був справжнім майстром своєї справи, виконував операції різної складності. Микола Віттенбергер охоче ділився своїми знаннями і навчав своїх наступників всього чого вмів сам. Його школа – вся мукачівська хірургія. Помер Микола Георгійович Віттенбергер 31 серпня 1997 року.

**Висновки.** Миколу Віттенберга сміливо можна назвати хірургом від Бога. Це людина, яка створила хірургічну службу в Мукачеві, зробила перші кроки в нових на той час галузях хірургії, людиною ризикованою, але в той же час відповідальною, талановитою та освіченою. Це дійсно видатна особистість минулого століття, яку будуть ще пам'ятати не одне десятиліття.

#### **14. ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОГО КОМПЛЕКСУ ДИСПЕРСІЙНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРИЧИНИ ВІДСУТНОСТІ ДОСТОВІРНОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ЯВИЩАМИ**

USE OF ALTERNATIVE COMPLEX OF DISPERSION ANALYSIS FOR DETERMINATION OF CAUSE OF RELIABILITY OF INTERRELATION BETWEEN PHENOMENA

*Сіткар А.Д.*

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Рогач І.М., асист. Керецман А.О.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Під час проведення статистичного аналізу науковець може виявити відсутність взаємозв'язку між досліджуваними явищами. Якщо априорі потрібно вказати, що його немає, то проблем не виникає і, як наслідок, формуються відповідні висновки. У випадку, коли гіпотеза дослідження вимагає виявити достовірний зв'язок, то за його відсутності, частіше, подальший аналіз даних припиняється, а статистично невірні результати просто не вказують в матеріалах роботи. Але слід зазначити, що необхідно не тільки оцінювати достовірність отриманих результатів, але й шукати причини їх виникнення. Це особливо важливо, коли на збір та рестрацію даних витрачено багато часу, зусиль, а в деяких випадках і коштів, а очікуваних результатів роботи не отримано.

**Мета роботи.** Визначити альтернативний комплекс дисперсійного аналізу як метод, який дозволяє оцінити причини отриманих результатів при аналізі зв'язку якісних, зокрема біноміальних, даних та перенести алгоритм його обчислення в комп'ютерну програму.

**Матеріали і методи дослідження.** Методику використання альтернативного комплексу дисперсійного аналізу показано на прикладі статистичної обробки даних досліджень кафедри біохімії, фармакології та фізичних методів лікування. Для створення алгоритму обчислення методу використано комп'ютерну програму Microsoft Excel 2007.

**Результати.** Виявлено відсутність взаємозв'язку ( $p < 0,05$ ) між характером харчування (частотою вживання фаст-фуду та продуктів з певним глікемічним індексом) та індексом маси тіла (у вигляді порядкової шкали) студентів ( $n=105$ ) за результатами наступних статистичних методів:  $\chi^2$ -критерій Пірсона (в різних комбінаціях), точний критерій Фішера, показник відношення шансів, коефіцієнти Юла,  $\phi$ , Чупрова та інші. За допомогою альтернативного комплексу дисперсійного аналізу визначено факторних вплив характеру харчування на масу тіла, який становив 2%. Незважаючи на загальновідомий факт, що вживання високоглікемічних продуктів (швидкі вуглеводи) та транс-жирів (фаст-фуд) здатні призводити до ожиріння, вплив цих факторів у даній вибірці є недостовірним. Альтернативний комплекс дав змогу визначити достовірність факторіального впливу предикторів та частку неврахованих факторів (98%) саме якісних даних, що створює передумови для перегляду 2 та 3 етапів дослідження, доопрацювання та залучення нових даних, виявлення помилок та пошуку аномальних значень вибірки.

**Висновки.** Таким чином, навіть при отриманні недостовірних результатів їх все рівно необхідно обґрунтовувати. Використання певних методик дозволяють більш детально вивчити рівень впливу та структуру різноманітних факторів на здоров'я людини з подальшим їх врахуванням при інтерпретації результатів досліджень. Це дозволяє більш якісно прогнозувати перебіг захворювання в кожного окремого пацієнта, що і визначає персоналізований підхід до лікування та профілактики.

#### **15. ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТЕОЧУТЛИВОСТІ НАСЕЛЕННЯ МІСТА УЖГОРОДА RESEARCH ON METEOSENSITIVITY ON THE POPULATION OF UZHGOROD**

*Столярська Г.П., Петак П.В.*

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Палко А.І.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*Медицинський факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни*

*м. Ужгород, Україна*

**Вступ.** Вплив метеорологічних факторів на організм людини є беззаперечним. Він може проявлятися в різних варіаціях: від погіршення загального самопочуття та зниження працездатності, до підвищення артеріального тиску, нападів стенокардії, задишки. Тому проблема вивчення стану здоров'я метеочутливих людей та розробка профілактичних заходів для них є актуальною і обумовлено глобальним потеплінням та можливими змінами навіть клімату на території України в найближчому майбутньому.

**Мета роботи.** Виявити частку метеочутливих респондентів у різних вікових групах, встановити основні симптоми метеочутливого населення м. Ужгорода та розробити профілактичні заходи для них.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження метеочутливості серед населення м. Ужгорода здійснювалось за допомогою методу анкетування закритого типу. Статистична обробка результатів анкетування здійснювалась за допомогою комп'ютерної програми Excel. Було обрано 4 групи респондентів: «Школярі», «Студенти», «Хворі УЦМКЛ», «Працівники». Загальна кількість респондентів складала 100 осіб.

**Результати.** У результаті досліджень виявлено, що метеочутливість поширена серед кожної з проанкетованих груп населення, однак найбільш метеозалежними виявились респонденти «Хворі УЦМКЛ», середній вік яких складає  $69,7 \pm 12,4$  роки. Рівень метеозалежності «Надзвичайно високий» виявився у 53% респондентів цієї групи.

Рівень метеозалежності в групах «Школярі», «Студенти», «Працівники» є «Низьким» у 51,5%, 47,8% та 55,5% відповідно у кожній групі.

Рівень обізнаності про метеочутливість найбільший у групі «Студенти» (95%), найнижчий – у групі «Працівники» (22%).

Обізнаність про методи профілактики метеотропних захворювань 0% у всіх групах респондентів, крім групи «Студенти».

**Висновки.** На основі результатів досліджень можна зробити наступні висновки:

1. Найбільш метеочутливими є хворі УЦМКЛ 53% яких мають надзвичайно високий рівень метеозалежності.
2. Найчастішими скаргами пацієнтів при зміні погоди є підвищення артеріального тиску, головний біль, стенокардія.
3. Рівень обізнаності респондентів у групах «Школярі», «Працівники», «Хворі УЦМКЛ» є недостатнім, тому є необхідним проводити медичними працівниками кращу просвітницьку роботу щодо профілактики метеотропних захворювань.

## ЗМІСТ

ОРГКОМІТЕТ .....	4
ПРОГРАМА .....	6
ПОЛОЖЕННЯ ПРО РОБОТУ СЕКЦІЇ ТА ПРАВИЛА ОЦІНЮВАННЯ РОБІТ .....	7
СКЛАД ЖУРІ .....	8
СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ, ГІСТОЛОГІЯ, ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ) .....	62
СЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН (ФІЗІОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ) .....	88
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1 (ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, РЕАНІМАТОЛОГІЯ) .....	118
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2 (ТРАВМАТОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ) .....	140
СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 1 (КАРДІОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ФТИЗИАТРІЯ) .....	149
СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН 2 (ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ) .....	168
СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН (НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОЛОГІЯ) .....	183
СЕКЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕДІАТРІЇ (АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, ПЕДІАТРІЯ, ГЕНЕТИКА) .....	194
СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ) .....	224
СЕКЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН (СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГІГІЄНА) .....	248

# CONTENT

THE ORGANIZING COMMITTEE .....	5
PROGRAMME .....	6
SECTION REGULATIONS .....	7
SECTIONS AND JURY .....	8
SECTION OF MORPHOLOGICAL DISCIPLINES (HUMAN ANATOMY, HISTOLOGY, TOPOGRAPHIC ANATOMY AND PATHOMORPHOLOGY) .....	62
SECTION OF FUNCTIONAL DISCIPLINE (PHYSIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY, BIOCHEMISTRY AND PHARMACOLOGY) .....	88
SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 1 (GENERAL SURGERY, ABDOMINAL SURGERY, THORACIC SURGERY, ONCOLOGY, UROLOGY, ANESTHESIOLOGY AND REHABILITATION) .....	118
SECTION OF SURGICAL DISCIPLINES 2 (TRAUMATOLOGY, NEUROSURGERY, OPHTHALMOLOGY, OTORHINOLARYNGOLOGY) .....	140
SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 1 (CARDIOLOGY, PULMONOLOGY, RHEUMATOLOGY, HEMATOLOGY AND PHTHISIOLOGY) .....	149
SECTION OF THERAPEUTIC DISCIPLINES 2 (GASTROENTEROLOGY, NEPHROLOGY, ENDOCRINOLOGY) .....	168
SECTION OF NEUROLOGIC DISCIPLINES (NEUROLOGY, PSYCHIATRY, PSYCOLOGY) .....	183
SECTION OF NEONATAL MEDICINE AND PEDIATRICS (OBSTETRICS, GYNECOLOGY, PEDIATRICS AND GENETICS) .....	194
SECTION OF INFECTIOUS DISEASES AND ALERGOLOGY (INFECTION, MICROBIOLOGY, DERMATOLOGY AND IMMUNOLOGY) .....	224
SECTION OF SOCIAL MEDICINE (FAMILY MEDICINE, SOCIAL MEDICINE, HYGIENE) .....	248

*Наукове видання*

**МАТЕРІАЛИ  
ХVІ  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
СТУДЕНТСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ –  
ПРОГРЕС МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО»  
18–21 КВІТНЯ 2018 р.**

**Збірник наукових робіт**

Укладач – *Скрипинець Ю.Ю.*  
Відповідальний за випуск – *проф. Ганич Т.М.*  
Комп'ютерна верстка – *Досяк Б.В.*  
Дизайн – *Галас С.Ю.*

Видавництво УжНУ «Говерла».  
м. Ужгород, вул. Капітульна, 18. E-mail: [goverla-print@uzhnu.edu.ua](mailto:goverla-print@uzhnu.edu.ua)  
*Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавництв, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року.*

*Віддруковано у ТОВ «БОГРАЧ»  
м. Ужгород, вул. Івана Франка, 1/В.  
Свідоцтво серія ДК № 5040 від 21 січня 2016 року.*

М 35      **Матеріали XVI міжнародної науково-практичної студентської конференції «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». 18–21 квітня 2018 р.** / Скрипинець Ю.Ю. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 264 с.

**ISBN 978-617-7333-59-2**

У Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної студентської конференції «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього» включено всі наукові роботи молодих науковців, які приймали участь у проведенні конференції в період 18–21 квітня 2018 року та підтверджує активну роботу науковців-медиків України, країн ближнього та далекого зарубіжжя в розвитку медицини та науки на сучасному етапі.

УДК 61(063)