

МАТЕРІАЛИ

VII Міжнародного Медичного Форуму «Інновації в медицині – здоров'я нації» і V Ювілейного Міжнародного Медичного Конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Медведовська Н. В., Краснов В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Вступ. У всіх розвинених країнах світу організація сфери охорони здоров'я, в тому числі питання її кадрового забезпечення, розглядається як національна справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства. Суттєвими перешкодами на шляху здійснення реформ в сфері охорони здоров'я є відсутність внутрішніх стимулів для радикальних перетворень та низький рівень готовності як управлінського так і фахового медичного персоналу галузі [1-3].

Повноцінного кадрового забезпечення передовсім потребують пріоритетні проблеми розвитку галузі охорони здоров'я: формування організаційної структури первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗПСМ); формування етапної стаціонарної медичної допомоги за принципом лікарень із різною інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу; реорганізація швидкої медичної допомоги; запровадження системи оцінки, контролю та забезпечення якості медичної допомоги [4-5].

Основна частина. Незважаючи на проголошений і визнаний у всьому світі пріоритет розвитку сімейної медицини (СМ), в Україні вона поки що не стала основною формою організації первинної медичної допомоги (ПМД). Натомість у галузі зростає кадровий дефіцит медичних працівників, перш за все у первинній ланці. Основними проблемами ПМД в Україні визначені: нераціональна її інфраструктура; низька доступність для населення; відсутність дієвої системи управління ПМД; недостатність наукового обґрунтування та консервативність нормативно-правової бази; недостатня якість ПМД, що зумовлена технологічною відсталістю закладів, неналежним кадровим забезпеченням; відсутністю мотивації медичних працівників; застарілими принципами фінансування.

Мультидисциплінарність напрямку СМ накладає серйозний відбиток на логіку і структуру підготовки слухачів. В цьому процесі необхідним є розуміння: положення про СМ як оптимального варіанту організації надання медичної допомоги на первинному рівні; привабливості професії лікаря першого контакту; максимального наближення процесу навчання лікаря ЗПСМ до реальних умов майбутньої діяльності, що потребує збільшення питомої ваги навчальних годин в тренінгових центрах або центрах СМ. Слухач курсу ЗПСМ повинен розуміти концепцію розвитку та принципи СМ, ключовим з яких є імплементація клінічних проблем в лікарську практику, процес побудови сім'ї та контекст життя.

Вкрай важливим є формування у лікарів ЗПСМ значущості санітарно-гігієнічних дисциплін як фундаменту профілактичної роботи майбутньої лікарської практики та суттєве підвищення питомої ваги навчання здорового способу життя і профілактики. Вкрай важливим стає набуття фундаментальних знань лікарем ЗПСМ з основ психології, у т.ч. навичок консультування, співробітництва, комунікації, мультидисциплінарної взаємодії.

Так як лікар ЗПСМ набуває універсальної значущості для першого контакту, то йому необхідно працювати в дуже мінливому інформаційному просторі. Для успішної реалізації функцій, що передані йому до виконання, лікар потребує постійної самоосвіти та підтримки своєї діяльності на робочому місці. Як наслідок, великого значення набуває забезпечення безперервного професійного розвитку лікаря ЗПСМ електронними ресурсами (електронні бібліотеки, засоби телекомунікації, дистанційні методи освіти). Їх використання переводить процес постійної підтримки навичок на новий сучасний рівень, покращує їх якість, посилює роль самостійного навчання, освоєння нових освітніх та інформаційних технологій.

Проблема підвищення мотивації до самостійного навчання і постійного зростання кваліфікації медика, до вдосконалення його власної професійної майстерності у відповідних предметних областях повинна бути об'єктом постійної уваги як самих медиків, адміністрації лікувальних закладів, в яких вони працюють, так і держави в цілому.

На сьогодні, питання якості медичної освіти та раціонального використання вітчизняних кадрових ресурсів охорони здоров'я потребує застосування комплексного міжвідомчого підходу. Без

вжиття загальнодержавних заходів щодо поліпшення соціального захисту та підняття престижу праці медичного працівника в суспільстві, це питання вирішити неможливо.

Висновки. Для ефективного розвитку системи охорони здоров'я необхідно, щоб її складові (в тому числі кадрове забезпечення) були адекватні сучасним, якісно новим економіко-правовим відносинам. Забезпечення якості медичної освіти в Україні повинно здійснюватися постійно з урахуванням передового вітчизняного і світового досвіду, за результатами якого цей процес є багатоаспектним та потребує постійного вдосконалення за науково обґрунтованими напрямками, а саме: вдосконалення системи планування потреби в медичних кадрах, яка б відповідала сучасному стану і розвитку медичної галузі в цілому, а також регіональним та місцевим потребам; створення в кожному навчальному закладі тренінгових центрів; напрацювання та видання базових підручників нового покоління; забезпечення безперервної інформаційної підтримки лікаря ЗПСМ на робочому місці; формування компетенцій з психології; підвищення мотивації до самостійного навчання.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РЕЦИДИВУЮЧИМ СИНДРОМОМ АЦЕТОНЕМІЧНОГО БЛЮВАННЯ

Бекетова Г. В., Гнатенко Т. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Вступ. Синдром ацетонемічного блювання (САБ) у дітей є актуальною проблемою сучасної педіатрії. Стрес є одним з частих тригерів САБ, а опірність стресу пов'язана з рівнем тривожності дитини.

Мета. Провести аналіз рівня тривожності у молодших школярів з рецидивуючим САБ та здорових дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи. Проведено психологічне тестування дітей молодшого шкільного віку: 32 хворих з рецидивуючим САБ, пролікованих в ДКЛ №9 м. Києва та 30 здорових школярів гімназії №287 м.Києва, за методикою діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса.

Результати. Підвищений рівень загальної тривожності виявлявся 5 разів частіше у дітей з рецидивуючим САБ: у 18(56,25%) дітей, ніж у здорових молодших школярів, серед яких він виявлений лише у 3(10%) дітей ($p<0,05$). Високого рівня загальна тривожність досягла у 12(37,5%) дітей з САБ, що у 2 рази частіше ніж у здорових школярів - 5(16,7%) дітей відповідно ($p<0,05$).

Висновки:

1. Виявлено, що у дітей молодшого шкільного віку з рецидивуючим САБ підвищення загальної тривожності зустрічається у 5 разів частіше, ніж у здорових школярів: 56 % та 10% відповідно.

2. Високого рівня тривожність досягала у 37% дітей з САБ, що у 2 рази частіше, ніж у здорових дітей -16.7%.

3. Отримані дані обґрунтовують доцільність подальшого вивчення психологічного профілю дітей з САБ та застосування психологічної корекційної методики в комплексі протирецидивного лікування САБ.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ МУКОАКТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ РЕЦИДИВУЮЧИХ БРОНХІТАХ У ДІТЕЙ

Бекетова Г. В., Головня Н. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Вступ. Особливості респіраторного тракту у дітей та багатокомпонентний патогенез кашлю обумовлюють проблему вибору мукоактивних препаратів.

Мета: вивчити ефективність і безпечність використання комбінованого відхаркувального засобу та амброксолвмісного препарату в лікуванні рецидивуючих бронхітів у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 94 дитини у віці від 5 до 10 років з рецидивуючим бронхітом. Пацієнти основної групи (=30) отримували в комплексному лікуванні комбінований мукоактивний препарат, в групі порівняння (=30)–амброксолвмісний препарат. Групу контролю склали 24 практично здорові дитини відповідного віку. Активність мукоциліарного транспорту оцінювали за даними сахаринового тесту. За показниками спірометрії оцінювали функції зовнішнього дихання та реактивність бронхів. Для оцінки безпеки препаратів проводили холтеровське моніторування ЕКГ.

Результати. Відмічалось зменшення частоти кашлю з найбільш значимим покращенням на 5 день лікування комбінованим мукоактивним препаратом аскорилом ($1,04\pm0,4$ і $0,78\pm0,2$ балів). У 96,6% дітей основної групи нормалізувався показник сахаринового тесту на 5–6 день лікування, в групі контролю – лише в 64,3% хворих. До прийому препарату в основній групі ОФВ1 був

86,0±15,12%, а через годину – 97,6±13,2%, що свідчило про усунення прихованого бронхоспазму. В групі порівняння достовірної різниці не було. При лікуванні патологічних змін з боку серцево-судинної системи не виявлено.

Висновки: комбінований мукоактивний препарат усуває прихований бронхоспазм, зменшує тривалість клінічних проявів, відновлює мукоциліарний транспорт більш ефективно, ніж амброксолвмський монокомпонентний засіб за відсутності негативних впливів на серцево-судинну систему.

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ПІДЛІТКІВ

Нехасенко М.І., Сиваченко Ю.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Вступ. Проблема ранньої діагностики і лікування дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД) є актуальною у всьому світі. Особливої уваги потребує вивчення особливостей перебігу ХГД у підлітків, що пов'язано зі значною розповсюдженістю захворювання у цьому віці, його рецидивуючим, прогресуючим перебігом, недостатньо ефективною традиційною терапією та високою вірогідністю формування в подальшому інвалідності.

Мета роботи: вивчити клініко-параклінічні особливості перебігу ХГД у дітей підліткового віку за останні 10 років.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби дітей підліткового віку з верифікованим діагнозом ХГД, які знаходились на лікуванні в гастроентерологічному відділенні ДКЛ №9 м.Києва в 2004 і 2014 р.

Результати дослідження. Виявлено, що у порівнянні з 2004 роком в 2014 році особливість перебігу ХГД у підлітків є синдром поліморбізму, тобто, залучення до патологічного процесу ЛОР-органів, серцево-судинної та кровотворної систем, а також синдрому синтропії (ураження окрім шлунку та дуоденуму, ротової порожнини, стравоходу, біліарного тракту і кишечника). Клінічною переважали мало- та асимптомні варіанти ХГД. Виросла в 2 рази частота розповсюджених та в 2,5 рази ерозивних уражень шлунку і дуоденуму. У дітей підліткового віку відмічене збільшення частки гіпоацидних станів шлунку у зв'язку з формуванням вогнищевої атрофії його слизової оболонки на тлі асоційованого хронічного рецидивуючого гелікобактерно-кандидозного інфікування шлунку та кандидозних уражень ротової порожнини.

Висновок. Виявлені клініко-параклінічні особливості перебігу ХГД у підлітків потребують нових підходів до їх лікування та профілактики.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ТЕХНОЛОГІЇ «НАВЧАННЯ В РУСІ» НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Савінова К. Б.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Вступ. На сьогодні існує чітка тенденція погіршення стану здоров'я школярів. Вивчення фізичного розвитку дітей це важлива медико-фізіологічна та соціальна задача - стан здоров'я дітей формує стан здоров'я населення оскільки в дитячому віці формуються всі важливі фізіологічні функції організму. Дослідження функції зовнішнього дихання є важливою частиною загальної оцінки стану здоров'я дітей різних вікових груп. Широке впровадження в навчальний процес здоров'язберігаючих дає можливість запобігти порушенню здоров'я школярів. Використання комплексу вправ дозволяє виправити положення та форму грудної клітки і таким чином сформувати м'язовий корсет та удосконалити функції зовнішнього дихання.

Мета роботи: оцінити вплив ЗЗТ "Навчання у русі", розробленої професором Дубогай О.Д., на показники системи зовнішнього дихання у дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи. Обстежено 66 дітей першого класу (2013 – 2014 рр. навчання) (ІА (основна) група) та 65 дітей через рік навчання (2014 – 2015 рр.) (ІБ (основна) група), гімназії №287 м. Києва, де впроваджена ЗЗТ "Навчання у русі" професора О.Д. Дубогай. Групу контролю ІА склали 88 (2013-2014 рр.) та 87 (група контролю ІБ) (2014–2015 рр. навчання) учнів першого класу загальноосвітньої середньої школи м. Боярка, в якій ЗЗТ не використовувалась. В обох навчальних закладах дослідження проводилися при вступі в перший клас і через 1 рік навчання. Функцію зовнішнього дихання оцінювали за допомогою спірометрії з використанням спіроаналізатора «Спіросіфт - SP-5000». Оцінювали життєву ємність легень (ЖЕЛ), форсовану життєву ємність легень

(ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за секунду (ОФВ1), пікову швидкість видиху (ПШВ), прохідність бронхів дрібного (МСВ 75), середнього (МСВ 50), великого (МСВ 25) калібрів, а також інші параметри прохідності бронхіального дерева. Дослідження дозволили оцінити стан та розвиток легень за значеннями основних легеневих об'ємів і прохідності різних відділів трахеобронхіального дерева. Всі дані оброблені методами варіаційної статистики з використанням пакету прикладних програм Statistica.

Результати дослідження. Аналіз результатів обстеження показав достовірний ($p < 0,001$) приріст ЖЄЛ у контрольній та основній групах. Так, в учнів Боярської ЗОШ І-ІІІ ступенів ця величина збільшилась на 2,74%, а у школярів гімназії №287 м. Києва, де впроваджена ЗЗТ “Навчання у русі” – на 3,22%. При аналізі особлива увага надавалася оцінці величини форсованої життєвої ємкості легень (ФЖЄЛ) та об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), так як вони являються основними пробами, що відображають стан прохідності дихальних шляхів та дозволяють отримати інформацію о механічних особливостях дихальної системи. У школярів, що займаються в гімназії №287 м. Києва, де впроваджена ЗЗТ “Навчання у русі”, відбулося збільшення показника ФЖЄЛ: у хлопчиків він збільшився на 5,3%, у дівчаток на 2,7%. ОФВ1 збільшився у хлопчиків на 1.9%, у дівчаток на 1,4 %.

Висновок. Використання здоров'язберігаючої технології “Навчання у русі” супроводжується оптимізацією фізичного розвитку молодших школярів та покращення функції зовнішнього дихання, що дозволяє рекомендувати вказану технологію для широкого впровадження в закладах освіти.

ФОРМУВАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В СТАРШОМУ ВІЦІ ПІД ВПЛИВОМ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ (КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА)

Прокопенко Н. О.

ДУ “Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України” (Україна)

Мета: з'ясувати закономірні зміни стану здоров'я людини під впливом сполученої дії факторів навколишнього середовища, способу життя і віку.

Матеріали і методи. Опитано 1700 чоловіків і жінок у віці 50-80 років. Програма опитування включала соціально-демографічний, виробничо-трудовий, соціально-гігієнічний, медико-соціальний, соціально-психологічний блоки. Психофізіологічне тестування пройшли 200 осіб у віці 20-100 років.

Результати та обговорення. На захворюваність опитаних осіб значно вплинув соціально-гігієнічний фактор. Причому, якщо за характером харчування між чоловіками і жінками достовірних розбіжностей не спостерігається, то за шкідливими звичками у чоловіків внесок у загальну патологію вірогідно більше, ніж у жінок. До факторів, що істотно вплинули на здоров'я чоловіків, відносяться виробничі умови і характер роботи, на здоров'я жінок – житлово-побутові умови і матеріальне становище. Внесок вікового компонента в патологію в чоловіків і в жінок практично однаковий, то же відноситься і до зони проживання. Отримано вікові зміни показників серцево-судинної, нервово-м'язової і дихальної систем. Показано, що динаміка змін показника серцево-судинної системи (ССС) має виражений коливальний характер, як у чоловіків, так і в жінок. Максимальний темп зниження діяльності ССС у чоловіків спостерігається у віці 50-59 років, у жінок – у 60-69 років.

Висновки. Отримані докази прямого і опосередкованого причинного зв'язку в системі “довкілля – здоров'я людини” дають підстави для наукового обґрунтування дійових заходів первинної медичної і соціальної профілактики, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людини. Система оцінки стану здоров'я людини повинна включати комплексну діагностику стану серцево-судинної, нервово-м'язової і дихальної систем, рівня адаптаційних і резервних можливостей організму, психоемоційного статусу в їх взаємозв'язку з індивідуально діючими на людину факторами навколишнього середовища, особливостями способу життя і професійної діяльності.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВИХ ПОЛІСТРУКТУРНИХ УШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Страфун С. С.¹, Борзих Н. О.¹, Борзих О. В.², Шипунов В. Г.², Лакша А. А.²

¹*ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України» (Україна)*

²*Національний головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (Україна)*

В силу застосування під час воєнного конфлікту на Сході України сучасних видів зброї, серед вогнепальних, включно мінно-вибухових, ушкоджень верхньої кінцівки поширеною є тяжка поліструктурна високоенергетична травма.

Мета. Розробити тактику реконструктивно-відновного лікування постраждалих з вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями на основі врахування тяжкості і характеру поліструктурних ушкоджень.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 220 поранених з вогнепальними та мінно-вибуховими ушкодженнями верхніх кінцівок, які находились на лікуванні у травматологічному відділенні клініки ушкоджень Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України протягом 1,5 років. Тяжкість травми кожного сегменту визначали згідно з класифікацією наслідків поліструктурної травми верхньої кінцівки І.М. Курінного 2009 р..

Результати та обговорення. На долю вогнепальних ушкоджень припадало 186 із 220 випадків (84,6%), решта – мінно-вибухові (34-15,4%). 104 поранених мали 3 та 4 ступінь тяжкості, що становить практично половину від загальної кількості (47,3%). У всіх випадках вибір виду реконструктивно-відновлювального втручання базувався на принципі «реконструктивної драбини» - від простого до більш складного. Кожне втручання мало свої показання, в залежності від розміру та характеру дефекту. Враховуючі наведені данні, була втілена система комплексного лікування вогнепальних ран кінцівок, що супроводжуються істинним (первинним) або набутим (вторинним) значним дефектом м'яких тканин, шляхом поєднання застосування систем вакуум-асоційованого лікування ран (V.A.C.) з реконструктивно-відновлювальним операційними втручаннями.

Висновки. Доведено, що вогнепальна травма в найбільшості випадків є поліструктурною, та практично у половині випадків представлена 3-4 ступенями тяжкості. Найменша кількість гнійно-інфекційних ускладнень спостерігається при застосуванні комплексного лікування, яке включає V.A.C.-терапію, та заміщення дефектів васкуляризованими клаптями, що робить ці методи пріоритетними при виборі оптимальної тактики лікування пацієнтів.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА И ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ

Абдуллаев Р. Я., Сибиханкулов А. Х., Абдуллаев Р. Р.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Цель работы. Разработать комплекс наиболее значимых ультразвуковых симптомов (УЗС) дифференциальной диагностики хронического эндометриоза шейки матки (ЭШМ).

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ УЗ симптомов у 52 женщин с ХЭ и у 39 – ЭШМ. У всех женщин в ШМ были выявлены кистозные полости различной формы и локализации. Размеры кист варьировали в пределах 3-26 мм. Для дифференциации были учтены размеры, содержание, преимущественная локализация кист, толщина, контуры, структура эндометрия (Э), толщина ШМ и индекс Тэ/Тшм.

Результаты исследования. Толщина ШМ при ХЭ в среднем составляла $30,9 \pm 2,3$ мм, а при ЭШМ – $37,9 \pm 2,6$ (p<0,05), размеры кист – $5,2 \pm 1,9$ мм, и $13,6 \pm 3,2$ мм (p<0,05). В 21 (53,8%) случаев ЭШМ кисты находились в субэндоцервиксе, в 12 (30,8%) в субэндометриозе, в 5 (14,1%) в толще стромы и в 1 (1,3%) случаев эндометриоза, а при ХЭ в 9 (17,3%), в 17 (32,7%), в 12 (23,1%) и 14 (26,9%) случаев соответственно. При ЭШМ в 7 (17,9%) случаев размеры кист были до 6 мм, в 11 (28,2%) – 7-12 мм, в 16 (41,0%) – 13–20 мм и в 5 (12,8%) случаев превышали 20 мм. При ХЭ в 41 (78,8%) случаев кисты были до 6 мм, а в 11 (21,2%) случаев в пределах 6-12 мм. Мелкодисперсное содержимое кист при ЭШМ отмечалось в 32 (82,1%) случаев, из них в 3 (7,7%) при размерах до 6 мм, в 8 (20,5%) – 7-12 мм, в 21 (53,8%) – более 12 мм. У женщин с ХЭ мелкодисперсное содержимое кист отмечалось в 5 (9,6%) случаев (p<0,001). Округлая форма кист регистрировалась в 25 (64,1%) случаев ЭШМ, в 19 (36,5%) случаев ХЭ (p<0,01).

Размеры кист в эндометриозе не превышали 3 мм, были неправильной формы. Неровные контуры эндометрия отмечались в 38 (73,1%) случаев ХЭ и в 14 (35,9%) случаев ЭШМ (p<0,001), а эхопозитивные включения в 43 (82,7%) и 6 (15,6%) случаев соответственно (p<0,001).

Вывод. При дифференциации эндометриоза шейки матки и хронического эндометриоза наиболее значимыми ультразвуковыми симптомами для первого являются мелкодисперсное содержимое, субэндоцервикальная локализация, округлая форма кист размерами более 12 мм, а для второго – кист эндометрия неправильной формы, размерами менее 6 мм, эхопозитивные включения и неровные контуры эндометрия.

ЦІННІСТЬ МЕТОДУ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПРОМЕНЕВОГО КОНТРОЛЮ ПРИ ВИЛУЧЕННІ КОНКРЕМЕНТІВ ІЗ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ЇХ ВИВІДНИХ ПРОТОКІВ

Тетяна Головка¹, Андрій Філіпський², Аскольд Кучер²

¹Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку

²*Кафедра променевої діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (Україна)*

Метою нашого дослідження було з'ясування можливостей ультразвукографії в якості методу інтраопераційного променевого контролю при вилученні конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та їх вивідних протоків на підставі аналізу фахових літературних повідомлень та власного клінічного досвіду. Слинно-кам'яна хвороба є найпоширенішим непухлинним захворюванням великих слинних залоз людини. Найчастіше конкременти локалізуються у піднижньощелепній слинній залозі та її вивідному протоці. Враховуючи те, що у переважачій більшості випадків вилучення конкрементів здійснюється із вивідної протоки через внутрішньоротовий операційний доступ, актуальним залишається питання неінвазивного інтраопераційного променевого контролю процесу вилучення конкремента та стану залози і її вивідної безпосередньо після операції.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 10 клінічних випадків осіб із слинно-кам'яною хворобою піднижньощелепних слинних залоз, які знаходились на лікуванні на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Результати та обговорення. Всім пацієнтам під час вилучення конкрементів було застосовано інтраопераційну ультразвукографію. У 9-ти пацієнтів всі конкременти були успішно локалізовані та вилучені. У 1 пацієнта було виявлено додатковий конкремент, що не було візуалізовано раніше.

Висновки. Інтраопераційний променевий контроль підвищує точність та прецизійність втручання і знижує ризику появи можливих помилок чи післяопераційних ускладнень. Враховуючи загальновідомі переваги ультразвуку, застосування його в якості методу інтраопераційного контролю при вилученні конкрементів із піднижньощелепних слинних залоз та вивідних протоків є доцільним та ефективним доповненням існуючої методики лікування.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ С ГЕПАТОСПЕЦИФИЧЕСКИМ КонтРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Ганич А. В.

Национальный институт рака (Украина)

Цель. Изучение диагностической эффективности магнитно-резонансной томографии (МРТ) с гепатоспецифическим контрастным усилением у пациентов с метастатическим поражением печени при колоректальном раке.

Методы. С целью определения объема метастатического поражения печени при колоректальном раке, 15ти пациентам было проведено МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением и спиральная компьютерная томография (СКТ) с болюсным контрастным усилением.

Результаты. По данным МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением у 2х пациентов были выявлены очаги менее 1го см, которые не визуализировались по данным СКТ. В одном случае по данным МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением была выявлена кавернозная кавернозная гемангиома печени, которая вследствие атипической картины контрастного усиления, по данным СКТ, была ошибочно принята за очаг вторичного генеза.

Выводы. МРТ с гепатоспецифическим контрастным усилением является эффективным методом в выявлении метастатического поражения печени при колоректальном раке размерами менее 10ти мм.

ДІАГНОСТИКА ГЕМОТОРАКСУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Головко Т. С.¹, Халатурник І. Б.², Буймістр Н. І.³

¹*Національний інститут раку (Україна)*

²*Лікарня швидкої медичної допомоги (Україна)*

³*Обласний медичний діагностичний центр (Україна)*

Мета дослідження: удосконалити діагностику гемотораксу у пацієнтів з травматичними ушкодженнями органів грудної клітки (ОГК) шляхом обов'язкового використання ультразвукографії (УСГ) в комплексі з традиційною рентгенографією та комп'ютерною томографією (КТ).

Матеріали та методи. Нами обстежено 41 постраждалих з гемотораксом внаслідок тупої травми ОГК. Всіх пацієнтів поділили на дві групи: з непроникаючою травмою ОГК (n=3 (7.3%)) та з проникаючою (n=38 (92.7%)).

УСГ виконували на приладах ToshibaAplio XJ, та портативному DP 3300 (Mindray) з конвексним 2.5-3.5МГц та лінійним 7-10МГц передавачами.

Результати дослідження та їх обговорення. Після госпіталізації пацієнта в стаціонар при рентгенографії ОГК гемоторакс був діагностований в 17(44.7%) пацієнтів з проникаючою травмою ОГК, в 1-й групі не виявлений. При КТ гемоторакс був виявлений в 9(90%) випадках. При УСГ – в 33(94.3%) випадках пацієнтів 1-ї групи та 3(100%) -2-ї групи. У 2(5.7%) постраждалих УСГ була неефективною через наявність підшкірної емфіземи.

В динаміці, на 3;5;7 добу всім пацієнтам проводили УСГ. У 30 постраждалих після проведення торакоцентезу та дренування плевральної порожнини, УСГ-ознак гемотораксу не виявляли, з них у 8 пацієнтів візуалізували розшарування листків плеври анехогенним прошарком рідини від 50 до 120мм, яке розцінювали як ексудативний плеврит. У 8 пацієнтів спостерігали за процесом лізису крові. Згорнутий гемоторакс розвинувся в терміни від 2 до 12 діб після травми. Рентгенологічні, КТ- та УСГ- ознаки базувалися на виявленні плеврального випоту неоднорідної структури, а наявність тромботичних згустків є патогномонічним симптомом згорнутого гемотораксу.

Висновки. Трансторакальна УСГ є методом вибору діагностики малої кількості рідини в плевральній порожнині, високоінформативна у визначенні об'єму випоту, його локалізації та ехоструктури. За допомогою УСГ ми можемо спостерігати за станом плевральних порожнин та проводити моніторинг наростання кількості рідини та зміни її структури. УСГ та КТ є основними методами діагностики згорнутого гемотораксу.

ПЕРЕВАГИ ТОРАКОЦЕНТЕЗУ ПІД УСГ-НАВІГАЦІЄЮ

Халатурник І. Б.¹, Кучер А. Р.²

¹*Лікарня швидкої медичної допомоги м.Чернівці (Україна)*

²*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького (Україна)*

Мета дослідження: порівняти частоту ускладнень після застосування класичної методики торакоцентезу та торакоцентезу під УСГ-навігацією.

Матеріали та методи. Торакоцентез було проведено 224 пацієнтам із синдромом плеврального випоту різного генезу. Хворих було розподілено на дві групи за способом торакоцентезу: класична методика виконання торакоцентезу хірургом та під УСГ-навігацією з яких у першій групі–134(60%) маніпуляції, у другій – 90(40%).УСГ виконували на приладах ToshibaAplio XG та портативному DP 3300 (Mindrey).

Результати дослідження та їх обговорення. У 35(16%) випадках (із 224) торакоцентез ускладнився пневмотораксом: у 23(66%) після класичного торакоцентезу та у 12(34%) – під УЗ-навігацією. У пацієнтів із утрудненим диханням під час торакоцентезу 11 (31%) та 18 (51%) – з болями у грудній клітці, пневмоторакс відмічається частіше, ніж в асимптомних 6 (17%). Зупиняє торакоцентез надмірний кашель, що турбував 38 (24%) пацієнтів, з них у 15 (31,3 %) випадках при пневмотораксі та біль – у 52(23%) випадках.

Одним з ускладнень торакоцентезу є гемоторакс, що виявлявся у 18 (8%) пацієнтів, з яких у 11(61%) при класичному виконанні торакоцентезу, під УЗ-навігацією – у 7(39%). В нашій практиці при виконанні торакоцентезу без УСГ-навігації відбулося 1 пошкодження селезінки та 4 діафрагми.

Неоднорідний густий вміст, наявність згустків крові, згорнутого чи осумкованого плевриту, фібротораксу утруднюють проведення класичного торакоцентезу через відсутність візуалізації рідкого вмісту. Ультразвукове наведення зменшує кількість невдалих спроб торакоцентезу.

Висновок. Перевагами торакоцентезу під УСГ-навігацією є висока діагностична ефективність, низький рівень ускладнень, відсутність променевого навантаження. Враховуючи вищенаведене, ми рекомендуємо торакоцентез під УЗ-навігацією у пацієнтів за таких умов: малий об'єм плеврального випоту; випіт, не виявлений іншими методами візуалізації; випіт з фібриновими включеннями, швартами, згорнутий плеврит та гемоторакс.

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ІЛЕОНЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА

Гаврилюк О.М.

Національний інститут раку (Україна)

Мета: вдосконалити моніторинг хворих на рак сечового міхура (РСМ) шляхом впровадження в алгоритм обстеження МР-урографії з діурезним навантаженням.

Матеріали і методи. Результати комплексної променевої діагностики 75 хворих на інвазивний РСМ до та після радикальної цистектомії (РЦ) та ілеонеоцистопластики (ІНЦП).

Результати та обговорення. Діагностична ефективність (чутливість, специфічність, точність) променевих методів при РСМ складала відповідно: для ЕУ – 73,5; 50,0; 76,6 %; для УЗД – 73,4; 66,7; 83,8 %; для КТ – 92,8; 96,4; 92,8 %; для МРТ – 99,2; 98,4; 98,2 % . За виявленими променевими ознаками пацієнтів розподілили на 3 групи ризику розвитку ускладнень, розробили адаптовані алгоритми. В ранньому післяопераційному періоді спостерігались: стоншення паренхіми нирок – у 6 (10 %) хворих; дилатація СВШ – у 17 (28,3 %); звуження на рівні уретероілеальних анастомозів – у 8 (13,3 %); ілеальний резервуар (ІР) до (140 ± 27) мл – у 53 (88,3 %); звуження на рівні ілеоуретерального анастомозу – у 4 (6,7 %) хворих. У віддаленому післяопераційному періоді спостерігалась: зменшення ознак дилатації СВШ на 16 % ($p < 0,05$); зменшення симптомів стійкого звуження уретероілеального анастомозу на 5 % ($p < 0,05$); ємкість ІР (450 ± 50) мл. Діагностична ефективність МР-урографії з діурезним навантаженням склали відповідно (специфічність – 97,9 %, чутливість – 99,9 %, точність – 91,3 %).

Висновки. Розроблений алгоритм променевого моніторингу лікування хворих на РСМ до та після РЦ та ІНЦП надає можливість прогнозувати ризики на доопераційному етапі та здійснювати індивідуальний моніторинг хворих у післяопераційні періоди. Спосіб МР-урографії з діурезним навантаженням є методом вибору в променевому моніторингу стану СВШ у хворих на РСМ.

ВОЛЮМОМЕТРИЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ПРИ ІНДУКЦІЙНІЙ ХІМІОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З НЕЙРОБЛАСТОМОЮ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Халілеєв О. О., Шайда О. В., Павлик С. В., Їжовський О. Ї.

Національний інститут раку (Україна)

Мета дослідження: покращити ефективність моніторингу лікування пацієнтів з нейробластомою високого ризику.

Матеріали та методи. Проводилась ретроспективна оцінка СКТ/МРТ досліджень 39 пацієнтів (23 хлопчики, 16 дівчаток) з нейробластомою високого ризику, котрі обстежувались та лікувались в НІР в період 2008-2013р.р. Всі діти віком старше 1-го року (середній вік 3,2 роки). В якості основного оціночного критерію проводилась СКТ/МРТ волюмометрія. Об'єм пухлини вимірювався двічі: перший – при стадіюванні злоякісного процесу, другий після 2-х (3-х) циклів індукційної хіміотерапії. Результат індукційної терапії оцінювався по співвідношенню об'єму пухлинної маси по двох проведених дослідженнях. Оцінка відповіді пухлини на лікування проводилась згідно критеріям RECIST.

Результати та обговорення. У 30 (76,9 %) дітей був позитивний результат (неповна регресія або стабілізація). У 9 (23,1 %) пацієнтів – прогресування. При зменшенні об'єму пухлини ≤ 40 % від первинних даних результат вважали неповною відповіддю на індукційну хіміотерапію. Зменшення об'єму пухлини $> 40\%$ розцінювали прогностично сприятливою відповіддю на хіміотерапію. У тих дітей у котрих було значне зменшення об'єму пухлини, згідно критеріям RECIST повна відповідь на отриману індукційну хіміотерапію, при подальшому моніторингу спостерігався безрецидивний період протягом року.

Висновки. Отримані результати дозволяють робити висновок: ступінь редукції об'єму первинної пухлини у початкову фазу індукційної хіміотерапії є індикатором ранньої відповіді і є незалежним прогностичним фактором у дітей з нейробластомою високого ризику.

МОЖЛИВОСТІ МРТ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Коровіна А. С., Смакова М. С.,

Національний інститут раку (Україна)

Мета: визначення ефективності МРТ в уточненні діагностики КРР шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Проведена МРТ 76 пацієнтам з встановленим діагнозом аденокарцинома прямої кишки. Був попередньо проведений курс променевої та хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 25 пацієнтам, з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольне МРТ. 13 пацієнтам в оперативному втручанні було відмовлено, за рахунок фізичного стану або неможливості видалення пухлини.

Результати та обговорення. Діагноз аденокарцинома верифікований морфологічно у 76 пацієнтів, при фіброколоноскопії з біопсією. У 76 (100%) спостерігалось нерівномірне потовщення

стінок н-с/а, р/с відділів, та анального каналу з стенозом їх просвіту; у 19 (25%) ознак порушення цілісності м'язового слою та інвазії жирової клітковини не відмічається; у 15 (20%) поширювалась тільки на параректальну жирову клітковину; у 34 (45%) відмічалась інвазія фасцій; у 8 (10%) на органи порожнини малої миски. У 38 (50%) виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки тазу.

Висновки. МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення КРР та оцінки ефективності проведеного лікування.

КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ТИПУ LUMINALA

Крахмальова А. С., Мотузюк І. М., Крахмальова Л. П.

Національний інститут раку (Україна)

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

Мета: поліпшення інформативності променевої діагностики раку грудної залози (РГЗ) через вивчення променевих ознак раку типу Luminal A.

Матеріали і методи. Робота виконувалась на базі Національного інституту раку з 2010-2015 рр. В дослідження були включені 160 хворих на РГЗ I-III стадії Luminal типу. Середній вік хворих становив $49,4 \pm 11,4$ року. Комплексне обстеження включало клінічний огляд, рентгенографічну маммографію, ультразвукове дослідження з використанням доплеро- і еластографії та магнітно-резонансну томографію (МРТ) з контрастним підсиленням. Гістологічну верифікацію з іммуногістохімічним дослідженням проводили після взяття матеріалу тонко- та товстоголковою біопсією з використанням стереотаксичної приставки фірми Image. Оцінювали структуру грудної залози, розмір пухлини, характер росту, а також контури пухлинного вузла, наявність мікрокальцинатів, поширення пухлини на сосково-ареолярний комплекс.

Результати та обговорення. РГЗ типу Luminal A було виявлено у 67 пацієнток. Рентгенологічними ознаками РГЗ типу Luminal A були нечіткі (46,2%), нерівні (73,1%) контури, неправильна (61,2%), форма неоднорідна (74,6%) будова, розміри від 1 см (32,8%). Реакція з боку оточуючих тканин була виявлена у 94%. При УЗД відзначались нечіткі (46,3%), нерівні (86,6%) контури, неправильна (73,1%) форма, неоднорідна (80,6%) будова пухлини. При доплерографії пухлини були гіперваскулярні (63,3%). При еластографії щільність у центрі пухлини перевищувала 60 кПа, а по периферії до 34-40 кПа (51,4%). МРТ-ознаками РГЗ типу Luminal A були гіперденсна середки неоднорідної (100%) будови з нечіткими (96%) контурами, значним накопиченням контрастної речовини (80%) і графіком по I типу (86,6%).

Висновки. Вивчення променевих ознак різних підтипів РГЗ може сприяти підвищенню ефективності діагностики, скороченню діагностичного періоду та зниженню променевого навантаження за рахунок використання в подальшому запропонованого алгоритму променевих досліджень.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ

Лаврик Г. В., Бакай О. О., Шевчук Л. А.

Національний інститут раку (Україна)

Мета: визначити ефективність застосування методів променевої діагностики в визначенні поширення пухлинного процесу, плануванні, оцінці результатів лікування пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки.

Матеріали і методи. Проведено комплекс променевих методів (УЗД/СКТ/МРТ) досліджень, проаналізовано результати у пацієнтів із злоякісними пухлинами печінки (175 – ПРП, 277 – МТС в печінку пухлин різних локалізацій). Результати досліджень співставлено з морфологічною верифікацією біопсійного/операційного матеріалу.

Результати та обговорення. У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів новоутворення в печінці. При УЗД встановлено найбільш специфічні ознаки вузлового (59,3%), багатовузлового (28,3%), дифузного (12,3%) характеру, пониженої (78,5%), підвищеної (13,3%), анехогенної (7,9%) неоднорідної структури. Визначено наявність значимих гемодинамічних порушень (75,7%) кровотоку в ЗПА, портальну гіпертензію (83,3%). По характеру контрастування уточнено специфічні ознаки: дифузну гіперденсну (27,3%) або неоднорідну понижену (72,7%) щільність пухлини, визначено варіант живлення, інвазію в венозне (34,8%) русло, оцінено стан басейну ВВ (34,8%), печінкових (51,5%) та НПВ (13,7%) вен, уточнено варіанти судинної анатомії

печінки (54,5%). При моно/білобарному (75%) ураженні визначено тип контрастування незміненої паренхіми гіпер- (32,5%), гіподенсними (87,9%) осередками. Результати СКТ та МР-перфузії дозволили оцінити пухлинний ангиогенез. Застосування МР-холангіографії доповнило дані про залучення жовчних проток, визначено рівень обструкції.

Висновки. Застосування комплексу променевих методів дослідження з доповненням новими методиками, дозволило виявити та уточнити поширеність пухлинного процесу в печінці, спланувати обсяг лікування, оцінити ефективність та спрогнозувати подальший перебіг хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ОПЕРОВАНОЇ ПЕЧІНКИ

Лаврик Г. В., Лукашенко А. В., Бурлака А. А., Халісєв О. О., Руда Л. В.

Національний інститут раку (Україна)

Мета: визначення анатомічних особливостей, основних променевих ознак та удосконалення інтерпретації зображень оперованої печінки.

Матеріали і методи. Проведено та проаналізовано комплекс променевих (УЗД/СКТ/МРТ) досліджень пацієнтів, котрим виконано операції на печінці різного типу. В структурі оперативних втручань провідне місце зайняли анатомічні (59,4%) резекції; серед них у 24,5% – секторальні (бісегментарні), 18,7% – гемігепатектомія, 12,2% – сегментарні резекції, у 6,1% – розширені резекції.

Результати та обговорення. Принциповою відмінністю зображень печінки після резекції (сегмент-, сектор-, чи розширених резекцій) є зменшення кількості печінкових вен. Конфігурація ВВ з видаленням правої/лівої гілок, відсутністю біфуркації є підтвердженням виконаного виду резекції. Елементи судинного малюнка в зоні операції зближені/віддалені у відповідності до варіантів резекції.

Основними змінами в оперованій печінці є деформація контуру. Втягнення рубця (31,5%), нерівність (23,6%), випуклість (18,8%) контуру. В площині резекції зони неправильної (7,9%) форми, локального зниження щільності/ехогенності паренхіми. Накопичення контрасту в паренхіматозну (СКТ) фазу оцінювалось як дифузне (однорідне) – у 58,4% та нерівномірне (локальне) – 41,6% спостережень. В зоні видаленої частки: компенсаторна гіпертрофія, збільшення розмірів печінки, закруглення форми краю печінки, згладження гострих кутів по лінії резекції. Після дольових резекцій типове/атипове (9,6%) анатомічне зміщення культі, дислокація сальника, шлунка, тонкої/товстої кишки.

Висновки. Застосування комплексу променевого моніторингу у пацієнтів, що перенесли операції на печінці дозволило оцінити анатомічні особливості та визначити основні критерії семіотики. Інтерпретація зображень проведених досліджень у післяопераційному періоді, при подальшому діагностичному моніторинзі потребує знання анатомії печінки, що передбачає визначення обсягу оперативного втручання при кожному типі операції.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННИХ СТАДИЙ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Поздняков С. А., Абдуллаєв Р. Я.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Цель работы: определить наиболее значимые ультразвуковые количественные параметры ранних стадий рака эндометрия с помощью трансвагинального доступа

Материалы и методы. Проанализированы эхографические показатели 68 женщин в пре- и постменопаузе с гистологически верифицированным диагнозом рака эндометрия (РЭ). В 10 (8,2%) случаев диагностирована IА стадия и в 58 (47, 5%) – IВ стадия РЭ. Среди обследуемых в репродуктивном возрасте были 21 (30,9%), в менопаузе – 47 (69,1%) женщин соответственно. Средний возраст больных составлял 54,5±6,7 лет.

Результаты. Проведен анализ 13 эхографических симптомов – толщины Э, его контуры, структура, эхогенность, наличие жидкости в полости матки, инвазии в миометрий, эндометриально-маточный индекс, пиковая систолическая скорость (ПСС) и индекс резистентности (ИР) кровотока в области очага поражения, а также максимальная скорость венозного кровотока (МСВК).

Среди обследуемых у 19 (27,9%) толщина Э не превышала 15мм, у 41 (60,3%) находилась в пределах 16-25 мм и у 8 (11,8%) превышала 25 мм. Контуры Э были четкими у 16 (23,5%), нечеткими – у 52 (76,5%); ровными у 19 (27,9%), неровными – у 49 (72,1%) женщин ($p<0,001$) соответственно. Структура Э была неоднородной у 52 (76,5%) у женщин.

Мелкоячеистая структура Э наблюдалась в 13 (19,1%), жидкость в полости матки – в 28 (41,2%) случаев РЭ. Васкуляризация Э была слабой у 19 (27,9%), умеренной – у 32 (47,1%), интенсивной – у 17 (25%) женщин соответственно.

При раке эндометрия ПСС кровотока на границе эндометрия и миометрия в среднем составляла

47,5±6,1см/с, индекс периферического сопротивления кровотоку в них 0,64±0,02 и максимальная скорость венозного кровотока в опухоли составляла 23,8±5,4см/с соответственно.

Выводы. Наиболее значимыми эхографическими признаками РЭ в ранних стадиях являются: увеличение толщины Э в пределах 16-25мм, неоднородность внутренней структуры, нечеткость и неровность наружного контура М-эхо, размытость границы эндометрия и миометрия, наличие жидкости в полости матки, увеличение скорости кровотока в субэндометриальной зоне.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТОЛІЧНОЇ, ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЙ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ЛІМФОМАМИ

Шевчук Л. А., Солодянникова О. І.

Національний інститут раку (Україна)

Мета роботи: вивчення систолічної, діастолічної дисфункцій серця при плануванні, під час проведення та по закінченню поліхіміотерапії (ПХТ) у пацієнтів із злоякісними лімфомами.

Матеріал та методи: проаналізовані дані динамічного ехокардіографічного спостереження 100 пацієнтів із злоякісними лімфомами, що проходили лікування в клініці Національного інституту раку та отримували кардіоагресивні схеми ПХТ (СНОР-21, СНОЕР, R-СНОР, DA-ЕРОСН-R, BEACOPP, ABVD).

За даними базової електрокардіограми (ЕКГ) та ехокардіографії (ехо-кг) всі обстежені були розділені на дві групи: 1-а – пацієнти з кардіальною патологією (48 осіб), 2-а – без ознак кардіальної патології (52 особи). Усім пацієнтам виконана трансторакальна ехо-кг по стандартній методиці під час парних етапів, після ПХТ, через 3 та 6 місяців по завершенню лікування. Оцінювались основні параметри ехокардіографічного протоколу.

Результати: У пацієнтів 1-ої групи виявлено: розширення порожнин серця, наявність клапанної патології, гіпертрофію міокарда ЛШ (135-140 ± 3,6 %); зниження ФВ до 10 % (до проведення терапії - 56,7 ± 2,4 %; після - 47,53 ± 3,3 %); діастолічна дисфункція (ДД) 1-го, 2-го, 3-го типів. ДД 3-го типу у пацієнтів свідчила про розвиток незворотного кардіодепресивного стану.

У пацієнтів 2-ї групи відмічалось зниження ФВ (до 10 %) - до проведення терапії ФВ 63,4 ± 3,6 %, після – 55,2 ± 2,8 %; ДД 1-го та 2-го типу. Так, після третього курсу ПХТ визначалась ДД міокарду ЛШ - подовження IVRT, dt, як показників ранньої субклінічної кардіодепресії. Виявлені поступові зміни параметрів E, A, відношення E/A під час наступних парних циклів, із поступовим формуванням типу ДД по завершенні ПХТ на фоні збереження нормальних показників систолічної функції.

Висновки: використання ФВ ЛШ в оцінці фактичного ураження міокарду недостатнє, оскільки його компенсаторний резерв дозволяє забезпечувати ударний викид ЛШ навіть при значному порушенні функції кардіоміоцитів. Тому, погіршення діастолічної функції серця є більш раннім по відношенню до систолічної функції і у багатьох пацієнтів субклінічна ДД передуює вираженому зниженню систолічної функції.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Колесник Е. А., Забудская Л. Р.

Александровский диагностический центр

Цель работы: оценить возможности компьютерного томографического исследования в диагностике рака головки ПЖ на фоне ХП.

Материалы и методы. Томограф «Activion 16». 21 пациент. Возраст: от 45 до 67 лет.

Результаты. Прямой признак опухоли: гиподенсное образование в структуре головки ПЖ; косвенные признаки: расширение общего желчного протока с резким сужением его на уровне образования, равномерное расширение главного панкреатического протока, сочетанное расширение обоих протоков, прорастание опухолью магистральных сосудов, метастатическое поражение печени. Прямой признак ХП: кальцинаты в структуре ткани ПЖ и в панкреатическом протоке.

Выводы. Рак на фоне ХП может быть идентифицирован при наличии мягкотканого компонента в структуре ПЖ, не имеющего кальцинатов и кист и вызывающего протоковую гипертензию. Злокачественный характер изменений диагностируется при динамическом КТ исследовании. Оценить размеры опухоли (аденокарциномы), ее границы и соотношение с окружающими тканями возможно при постпроцессорном многофазном исследовании в сочетании с реконструкциями. Критерий вторичных изменений в структуре опухоли и постнекротических кист: уменьшение размеров

гиподенсной зоны в поздние фазы контрастирования и отсутствие ее изменений в постнекротических кистах.

ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кебкало А. Б.¹, Гордовський В. А.¹, Поточилова В. В.²

¹ *Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології (Україна)*

² *Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня» (Україна)*

Мета дослідження. Визначити характер мікробного забруднення та чутливість мікроорганізмів до бактеріофагів вмісту черевної порожнини при некротичному панкреатиті, з метою підбору раціональної терапії.

Матеріали та методи. В хірургічному відділенні КЗ КОР «КОКЛ» в період з 2013 по 2015 рік було проліковано 86 пацієнтів з діагнозом гострий некротичний панкреатит, з них 53 чоловіків (61,6%) та 33 жінок (38,4%). Вік хворих від 21 до 67 років. Хворі були розділені на дві групи. Першу групу, основну, склали 36 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні некротичного панкреатиту, під час перев'язок використовували полівалентний піобактеріофаг очищений (ППО) – суміш стерильних фільтратів фаголізатів стафілококів, стрептококів, ентерококів, протей, клебсієл (пневмонії та окситока), синегнійної та кишкової паличок.

Другу групу, порівняння, 50 хворих, яким проводилося комплексне лікування некротичного панкреатиту без застосування бактеріофагів.

Під час оперативних втручань та при санаціях порожнин відбиралися матеріали для бактеріологічного дослідження на мікроорганізми та чутливість до бактеріофагів.

Під час перев'язок хворим з основної групи в кінці маніпуляції вводили розчин ППО (1:5) в об'ємі 15-20 мл через дренажні трубки в сальникову сумку та заочеревинний простір, з подальшою експозицією 15-20 хв шляхом перетискання дренажів.

Кількісне та якісне визначення мікроорганізмів проводили шляхом посіву матеріалу на диференційно-діагностичні поживні середовища, згідно з існуючими нормативними та методичними документами. Ідентифікацію виділених бактерій проводили за Berdey's.

Результати та обговорення. Обстежено 86 хворих, виділено 119 культур мікроорганізмів. Мікроорганізми були як в монокультурі так і в мікробних асоціаціях. Грам-позитивна флора (*Enterococcus faecium*, *St. epidermidis*, *St. aureus*) та грам негативна флора (*E. coli*, *Kl. pneumoniae*) виявилась чутливою до ППО в 83 % випадків, в 17% випадків визначалась стійкість. Ступінь первинного обсіменіння рани складав від 10^5 (*St. Aureus*, *Ps. aeruginosa*, *Ent. Faecium*), до 10^7 (*Kl. pneumoniae*, *Es. Coli*). Чутливість до ППО проявлялась незалежно від первинного ступеню бактеріального обсіменіння рани, за результатами бактеріологічного дослідження.

Висновки. Використання в комплексному лікуванні некротичного панкреатиту ППО зменшує тривалість антибактеріальної терапії в середньому на $4 \pm 0,2$ доби, пришвидшує очищення рани на $6 \pm 0,3$ доби, зменшує тривалість перебування в стаціонарі в середньому на $3 \pm 0,2$ доби.

ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Сорочан О. В., Стойкевич М. В., Коненко І. С., Мосалова Н. М., Шевцова З. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити ефективність препарату «Гепаргін» у хворих на ХЗЖК з супутньою патологією печінки.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 34 хворих на ХЗЖК, в тому рахунку 23 – на неспецифічний виразковий коліт та 11 – на хворобу Крона, які мали зміни функціональних печінкових проб та сонографічної картини гепатобіліарної системи, що анамнестично були пов'язані з основним захворюванням та його лікуванням, при виключенні вірусної та аутоімунної етіології уражень печінки. На тлі комплексної терапії основного захворювання всі хворі отримували препарат «Гепаргін» по 1 флакону, 2 рази на добу 30 днів, після чого проводилось контрольне обстеження.

Результати та обговорення. Під впливом лікування відмічалася позитивна клінічна динаміка, як з боку основної патології так і з боку гепатобіліарної системи, що проявлялося зниженням активності запального процесу в печінці за рахунок вірогідного зниження показників амінотрансфераз. Так, було встановлено вірогідне зниження рівня АлАТ з ($62,5 \pm 3,4$) до ($40,6 \pm 4,4$)

од/л та АсАТ з $(48,6 \pm 3,8)$ до $(31,8 \pm 5,2)$ Од/л ($p < 0,05$). Поряд з цим відмічалось й покращення показників системи ПОЛ-АОЗ у вигляді зниження вторинного продукту ПОЛ – малонового диальдегіду у плазмі крові з $(2,5 \pm 0,09)$ ммоль/мл до $(1,67 \pm 0,09)$ ммоль/мл ($p < 0,05$) та підвищення загальної антиоксидантної активності плазми крові з $(29,92 \pm 1,54)$ % до $(36,94 \pm 1,71)$ %. Під впливом лікування зменшились явища ендотоксикозу, про що свідчило зменшення рівня молекул середньої маси з $(659,12 \pm 18,12)$ мг/л до $(601,14 \pm 21,16)$ мг/л ($p < 0,05$).

Висновки. Використання препарату «Гепаргін» в комплексному лікуванні хворих на ХЗЖК з супутньою патологією печінки виявилось високо ефективним, що доведено позитивною динамікою клінічних спостережень, покращенням біохімічного аналізу печінкового комплексу, показників системи ПОЛ-АОЗ та зменшенням явищ ендотоксикозу.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВМІСТУ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Вінник Н. В., Ратчик В. М., Бабій О. М., Татарчук О. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: провести мікробіологічні дослідження вмісту кістозних утворень підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Прооперовано 19 хворих з кістозними утвореннями ПЗ, які були розподілені на дві групи: I – 14 пацієнтів з псевдокістами (ПК) ПЗ, II – 5 пацієнтів з кістозними пухлинами ПЗ. Кількісне визначення мікробного заселення проводили за допомогою метода Голда.

Результати та обговорення. Порівняння частоти виявлення бактеріального заселення кістозних утворень ПЗ показало, що у I групі хворих в 11 з 14 зразків були стерильними, 3 – контаміновані мікроорганізмами. В одному зразку виділено мікробну асоціацію кишкової палички (*E. coli*), ступінь обсіменіння якої сягала 10^6 КУО/мл (колонієутворюючих одиниць в 1 мл) та епідермального стафілококу (*S. epidermidis*) – 10^2 КУО/мл. У другому зразку виділено асоціацію мікроорганізмів: *Gr*⁺кокки роду *Streptococcus*, концентрація якого сягала 10^3 КУО/мл, та *Gr*⁺палички роду *Corynebacterium* – концентрація якого також складала 10^3 КУО/мл. У третьому зразку виділено монокультуру бактерій *E. coli* зі ступенем обсіменіння 10^5 КУО/мл. У II групі хворих три досліджені зразки виявилися стерильними, а два – контаміновані. В одному зразку виділено монокультуру бактерій роду *Klebsiella* зі ступенем обсіменіння 10^7 КУО/мл, у другому – асоціацію мікроорганізмів: *Gr*⁺кокки *Staphylococcus aureus* – 10^7 КУО/мл та *Gr*⁻палички роду *Klebsiella* – 10^3 КУО/мл.

Висновки. Мікробіологічне заселення кіст у групі хворих з кістозними пухлинами ПЗ було на 20 % вище, ніж у хворих із псевдокістами ПЗ.

ОЦІНКА СТАДІЇ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Кудрявцева В. Є., Діденко В. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити та удосконалити методи оцінки стадії фіброзу у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП).

Матеріали і методи: Об'єктом дослідження були 122 хворих на ХДЗП, асоційовані з вірусом гепатиту С. Згідно стадіям портальної гіпертензії (ПГ), що визначались за показником жорсткості печінки, пацієнти були розподілені на групи наступним чином: у першу (I) увійшло 10 (8,2%) пацієнтів без ознак ПГ, в другу (II) – 43 хворих з субклінічною ПГ (35,2%), третю групу (III) склали 38 (31,1%) пацієнтів з початковою клінічною ПГ, в четверту групу (IV) увійшли 31 (25,4%) пацієнтів з клінічно значимою ПГ і 30 практично здорових людей – донорів. Рівень ММП-1 (набори реактивів фірми «R@D»), ламінін (набори реактивів фірми «Bender Medsystems») визначали імуноферментним методом.

Результати та обговорення. Враховуючи, що на сьогоднішній день набори реагентів для визначення біомаркерів в сироватці крові випускаються різними виробниками, в різних одиницях вимірювання, ми перерахували концентрацію ламініну в умовні одиниці по відношенню до контролю. Коефіцієнт ламініну (КЛН) від 1,5 до 2 свідчить про початкову стадію фіброзу, а КЛН > 2 – про цироз. Більш точним є співвідношення КЛН/ММП-1. Ми визначили, що медіани КЛН у I і II груп хворих був, відповідно, 1,43 (1,02; 1,96) і 1,58 (1,12; 2,06), а у хворих IV групи – 2,4 (1,42; 3,1)

Нами встановлено, що у хворих I і II груп Коеф.ЛН/ММП-1 був 0,64 (0,48; 0,91) і 0,75 (0,49; 0,98) відповідно, що свідчить про початкову стадію фіброзу. У хворих IV групи цей коефіцієнт складає 3,50 (3,01; 4,27), що відповідає цирозу печінки (F4 за шкалою гістологічного індексу METAVIR).

Висновки. Нами встановлена стадія фіброзу у хворих за допомогою простих методів дослідження без використання дефіцитних реактивів і дорогих програмних алгоритмів.

СИМПАТО-ПАРАСИМПАТИКОТОНІЧНИЙ БАЛАНС У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ

Зигало Е. В., Демешкіна Л. В., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМНУ» (Україна)

Мета: співставлення результатів дослідження стану біліарної моторики з об'єктивними показниками стану вегетативної регуляції.

Матеріали і методи. Вегетативна нервова система (ВНС) вивчена у 15 хворих на ГЕРХ за допомогою холтеровського моніторингу ЕКГ, що має програмовану систему обчислювання параметрів варіабельності серцевого ритму (ВСР). Діагностика біліарних дискінезій базувалася на результатах фракційного дуоденального зондування. За типами розладів біліарної моторики хворі були розподілені на групи: І група представлена 9 хворими із гіпокінезією жовчного міхура (ЖМ) та гіпертонусом сфінктера Оді (СфО). ІІ групу склали 6 хворих із гіпокінезією ЖМ на тлі гіпотонусу СфО.

Результати та обговорення. За даними ВСР показник %LF мав тенденцію до різноспрямованих змін: був знижений у хворих ІІ групи майже у 2 рази ($21,3 \pm 1,1\%$) та підвищений у 4 рази у хворих І групи ($64,5 \pm 2,6\%$), ($p < 0,05$). Це свідчить про істотне переважання у хворих на ГЕРХ з гіпертонією СфО активності симпатичної ланки ВНС. Показник %HF, при запису у положенні лежачи, також мав значні відхилення від показників норми: був знижений у 2,8 рази у хворих ІІ групи та підвищений у 1,5 разів у хворих І групі – значення, відповідно, ($22,1 \pm 6,4\%$) та ($32,1 \pm 1,7\%$) ($p < 0,05$). Це засвідчує значне пригнічення активності вагусу у пацієнтів із гіпертонусом СфО. Параметр LF/HF як інтегральний показник співвідношення активності симпатичної та парасимпатичної ланок при виконанні проби Вальсальви підвищився значною мірою у групі з гіпотонусом СфО з $0,97 \pm 0,60$ до $4,09 \pm 0,80$ ($p < 0,001$). У групі зі спазмом СфО відбулося зниження цього показника у 2,9 рази з $1,91 \pm 0,80$ до $0,67 \pm 0,05$ ($p > 0,05$).

Висновки. Вегетативний дисбаланс у хворих на ГЕРХ із біліарними дисфункціями у вигляді гіпертонусу СфО на фоні гіпокінезії ЖМ проявляється симпатикотонією в 77,8% випадків, тоді як значне переважання у бік ваготонії визначено у 83,3% пацієнтів з гіпотонусом СфО на фоні гіпокінезії ЖМ.

ХРОНІЧНИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТ В СОНОГРАФІЧНОМУ ВІДОБРАЖЕННІ

Гравіровська Н. Г., Буренко А. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: визначити найбільш характерні ультразвукові ознаки хронічного ускладненого панкреатиту.

Матеріали і методи. Обстежено 77 хворих із застосуванням формалізованого протоколу, що включав 65 показників, з яких виділені найбільш значущі, у тому числі дані зсувнохвильової еластометрії. Дослідження проводилося на апараті ULTIMA RA (РАДМІР).

Результати та обговорення. Розміри підшлункової залози (ПЗ) були незначно збільшені в порівнянні з контролем, частіше за рахунок голівки, контури були нерівними, чіткими, структурна одиниця збільшена, що створювало грубо-зернистий малюнок з наявністю тілець фіброзу. Ехогенність паренхіми ПЗ була підвищена у 85,7% обстежених, змішана та знижена ехогенність визначалися лише в поодиноких випадках у пацієнтів з незрілими кістами. Порожнинні утворення, тобто кісти різного ступеня зрілості визначалися у 68,8% обстежених, найчастіше вони розташовувалися в області голівки, хвоста ПЗ та/або сальникової сумки, розмір їх в середньому дорівнював ($131,37 \pm 80,64$) см³, в одному випадку досягав 1,7 л. Середній діаметр головного панкреатичного протоку був достовірно збільшений порівняно з контролем, при цьому його вірогідне розширення спостерігалось у 17,0% пацієнтів при наявності зрілої кісти голівки, а у 6,4% випадків було обумовлено фіброзом паренхіми і супроводжувалося утворенням локальних розширень. Діаметр холедоку був у середньому також достовірно більше, ніж у контролі, розширення було пов'язано зі збільшенням головки ПЗ при локалізації в ній об'ємного утворення. За даними зсувнохвильової еластометрії жорсткість ПЗ була підвищена в порівнянні з контролем в 1,6 рази.

Висновки. Для ускладненого хронічного панкреатиту характерне розширення протокової системи, грубозерниста структура, нерівність контурів, підвищення жорсткості, кальцінати паренхіми та конкременти в протоках, наявність порожнинних утворень, у т.ч. позапанкреатичних.

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Петрова К. В., Стойкевич М. В., Кленіна І. А., Сорочан О. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: визначити вміст метаболітів оксиду азоту (NOx) у сироватці крові та виявити його особливості у пацієнтів на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Матеріали і методи. Обстежено 40 пацієнтів на ХЗЗК (загальна група) віком від 18 до 60 років (середній вік $37,4 \pm 1,94$), в тому числі 30 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК), 10 – на хворобу Крона (ХК). Визначення рівня NOx у сироватці крові проводили за Метельською В.А. Контрольну групу склали 20 здорових осіб.

Результати та обговорення. Аналіз вмісту NOx у сироватці крові показав його достовірне зниження в порівнянні з контролем у 60% пацієнтів на ХЗЗК. При цьому кількість пацієнтів зі зниженим вмістом NOx практично не відрізнялась як при НВК так і при ХК та становила 62,7% та 55,2% відповідно. Середньостатистичні значення NOx вірогідно відрізнялись від групи контролю ($41,65 \pm 5,55$) мкмоль/л та були зменшені у загальній групі пацієнтів у 1,6 раза до $26,62 \pm 2,37$ мкмоль/л, ($p < 0,01$); при НВК – в 1,5 раза до ($27,01 \pm 2,71$) мкмоль/л, ($p < 0,01$) та при ХК – в 1,7 раза до ($24,34 \pm 1,70$) мкмоль/л, ($p < 0,001$). Раніше нами було показано, що існує прямий кореляційний зв'язок між зниженим вмістом фосфоліпідів та NOx у сироватці крові пацієнтів на ХЗЗК, що дозволяє припустити зниження його синтезу за рахунок недостатньої кількості ліпідного субстрату при дисбалансі у фосфоліпідному спектрі клітинних мембран, саме фосфоліпіди є джерелом синтезу ненасиченої жирної арахідонової кислоти та лужної амінокислоти L-аргініну із яких утворюється NOx.

Висновки. Дані свідчать про переважне зменшення рівня NOx у сироватці крові пацієнтів на ХЗЗК, що може бути пов'язане зі зменшенням його синтезу, яке відбувається при тяжких та хронічних захворюваннях і відповідає стадії загального виснаження організму.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ І СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

Бабій С. О., Завгородня Н. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити особливості ліпідного спектру крові і типу дисліпопротеїнемії (ДЛП) при стеатозі печінки у дітей, поєднаном з функціональними розладами біліарного тракту (ФРБТ).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувала 31 дитина віком від 10 до 17 років, яких, в залежності від функціонального стану жовчного міхура і наявності стеатозу, було розподілено на 4 групи: група 1 – 8 дітей з нормокінезією жовчного міхура (ЖМ) без стеатозу (обрано у якості групи порівняння); група 2 – 6 дітей з нормокінезією ЖМ і стеатозом; група 3 – 11 дітей з гіпокінезією ЖМ без стеатозу; група 4 – 6 дітей з гіпокінезією ЖМ зі стеатозом. Функцію ЖМ оцінювали за результатами ультразвукового дослідження з жовчогінним сніданком. Діагностику стеатозу печінки проводили за допомогою апарату «FibroScan502Touch» (Франція). Ступінь жирової дистрофії печінки визначали за показником контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). В крові досліджували рівень загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, холестерин ліпопротеїдів низької щільності, холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності. Для статистичного аналізу даних використовували порівняння середніх значень змінних за допомогою параметричних методів (t-критерію Стюдента) за умов нормального розподілу даних ознак.

Результати та обговорення. У дітей 1 і 2 групи виявлено ізольовану гіперхолестеринемію з ДЛП Іа типу і комбіновану гіперліпідемію з ДЛП ІІв типу, що становило 32% і 27% від загальної кількості обстежених, відповідно. У 32% всіх обстежених виявлено гіперхолестеринемію з ДЛП Іа типу, майже всі вони мали гіпокінезію ЖМ.

Висновки. Порухення процесів жовчовиведення має вплив на формування змін ліпідного спектру.

ЦИТОКІНИ СИРОВАТКИ КРОВІ ТА КІСТОЗНОГО ВМІСТУ У ХВОРИХ З КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Татарчук О. М., Кудрявцева В. Є., Шевченко Б. Ф., Вінник Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: визначити рівень цитокінів сироватки крові та у вмісті кістозних утворень підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Обстежено 29 хворих з кістозними утвореннями ПЗ, які знаходились у відділенні хірургії органів травлення інституту. Хворі розподілені на дві групи: I групу склали 12 пацієнтів з псевдокістами ПЗ, II групу – 6 пацієнтів з кістозними пухлинами ПЗ. Вміст TGF- β 1, IL-6, IL-10, TNF- β визначали імуноферментним методом.

Результати та обговорення. Встановлено, що кількість прозапального IL-6 в кістозному вмісті була достовірно підвищена в 13,4 рази у I групі та в 2,8 рази у II групі ($p < 0,05$), в порівнянні з рівнем сироватки крові. Рівень TGF- β 1 в кістозному вмісті був достовірно нижче в 22,3 рази хворих I групи та в 75,3 рази – II групи ($p < 0,05$), в порівнянні з рівнем сироватки крові. У I групі рівень TNF- β в кістозному вмісті був вище в 3,2 рази, у II групи – нижче в 1,2 рази ніж в сироватці крові цих хворих. Рівень IL-10 в кістозному вмісті у I групи був в 1,9 рази вище, тоді як у II групи – нижче в 7,5 рази в порівнянні з рівнем сироватки крові. При псевдокістах ПЗ встановлено кореляційний зв'язок між підвищенням рівня TNF- β в кістозному вмісті та у сироватці крові ($r = +0,71$; $p < 0,01$). При кістозних пухлинах ПЗ встановлено кореляційний зв'язок між зниженням рівня TNF- β в кістозному вмісті та у сироватці крові ($r = +0,81$; $p < 0,01$).

Висновки. Вивчення рівня цитокінів сироватки крові та вмісту кістозного утворення дозволяє оцінити активність запалення та встановити природу кістозного утворення ПЗ.

ХАРАКТЕРИСТИКА НУКЛЕІНОВИХ КИСЛОТ В КРОВІ ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Мосійчук Л. М., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити роль нуклеїнових кислот (НК) у поступовому розвитку змін, які характеризують преканцерозні стани слизової оболонки шлунка (СО Ш).

Матеріали і методи. Обстежено 59 хворих, з яких у 29 – морфологічно була встановлена атрофія СО (I група), у 20 – на тлі атрофії виявлена метаплазія (II група), у 10 – дисплазія (III група). Групу порівняння (ГП) склали 10 осіб з неатрофічним гастритом. Визначення вмісту НК (РНК і ДНК) у крові хворих проводили за методом В.Н. Ореховича.

Результати та обговорення. Встановлено, що підвищення середнього рівня РНК до 2,93 г/л (в 2,2 рази) в порівнянні з середньогруповим значенням відмічено у 12,5% хворих ГП, до 2,56 г/л (2,6 рази) у 30,7% хворих I групи, більш значне підвищення до 5,75 г/л (у 2,7 рази) спостерігалось у 15% хворих II групи. Зниження рівня РНК виявлено у 50,0% хворих ГП групи, 46,1% – I групи, 55,0% – II і 50,0% у хворих III групи, відповідно, до 0,84 г/л (в 1,6 рази), до 0,85 г/л (в 1,9 рази), до 1,18 г/л (в 1,8 рази) і до 1,18 г/л (в 1,5 рази). У складі ДНК також суттєвої різниці між групами не відмічено – середні цифри складали: $(8,27 \pm 0,28)$ мг/мл; $(7,35 \pm 0,36)$ мг/мл; $(7,90 \pm 0,52)$ мг/мл; $(7,83 \pm 0,65)$ мг/мл у ГП і I, II та III групах, відповідно. У хворих ГП як підвищення так і зниження рівня ДНК відмічено лише у 12,5%. В інших групах зміни у вмісті ДНК виявлені у більшій кількості хворих: у 30,7% хворих з атрофічним гастритом, у 34,6% хворих з метаплазією і 37,5% хворих з дисплазією рівень ДНК підвищений в порівнянні з середньогруповими значеннями, відповідно, до 9,44 г/л, 10,68 г/л і 9,89 г/л, що вище в 1,3; 1,1 та 1,3 рази. Зниження її вмісту відмічено у 34,6%, 45,0% і 50,0% хворих до 6,31 г/л (1,1 рази), до 5,85 г/л (в 1,3 рази) і до 6,27 г/л (в 1,2 рази), відповідно, у хворих I, II та III.

Висновки. Міжгрупове порівняння рівня НК в крові хворих в залежності від морфофункціонального стану СО шлунка не виявило достовірної різниці, однак в порівнянні з контролем зміни їх рівня були вірогідними.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНОГО З СИНДРОМОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ, У ДІТЕЙ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: виявити клініко-лабораторні особливості стеатозу печінки у дітей при поєднанні з синдромом надмірного бактеріального росту (СНБР).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 28 дітей з патологією шлунково-кишкового тракту. Визначення наявності й ступеня стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan®502 touch» з дослідженням контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). Діагностика СНБР відбувалась шляхом проведення водневого дихального теста (ВДТ) з глюкозою. За даними ВДТ та показником CAP пацієнтів розподілено на 4 групи: 1 групу склали 4 дитини з наявністю СНБР та стеатозом печінки (11%), 2 групу склали 2 дитини з СНБР та без стеатозу печінки (5,9%), 3 група була представлена 14 пацієнтами без стеатозу печінки та СНБР (41%), 4 групу склали 8 пацієнтів із стеатозом печінки без СНБР (23,5%).

Результати та обговорення. При аналізі антропометричних даних встановлено, що середні показники ваги, обводу талії, ІМТ були вищими у 1 групі, але значущість відмінностей не була достатньою. Частота виявлення проявів диспептичного синдрому (діарея, закріп) була достовірно вищою у 1 групі. Частота виявлення СНБР була вищою й склала 33,3 % у групі хворих з стеатозом печінки, 12,5 % у групі хворих без стеатозу. СНБР переважно виявлявся в групі S₃ (75,0%) (p<0,05). У 50% пацієнтів з СНБР виявлено стеатоз 3 ступеня на відміну від хворих без СНБР, у яких був виявлений стеатоз 1 та 2 ступенів. У 83% хворих з СНБР виявлено зростання КА в 1,8 рази порівняно з нормою. Хворі з СНБР характеризувались достовірно вищими показниками НОМА-ІR, порівняно з хворими без СНБР, що значно перевищували нормативні значення.

Висновки. Наявність СНБР обтяжує перебіг стеатозу печінки у дітей, що призводить до прогресування структурних змін печінки, а також порушень ліпідного та вуглеводного обмінів.

ХАРАКТЕРИСТИКА БІКАРБОНАТІВ ТА ГЛІКОПРОТЕЇНОВОГО КОМПОНЕНТУ КІСТОЗНОГО ВМІСТУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОХОДЖЕННЯ

Галінський О. О., Макачук В. А., Пролом Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: визначення рівня бікарбонатів та глікопротеїнового (ГП) компоненту у кістозному вмісті підшлункової залози (ПЗ) за походженням.

Матеріали і методи. Оперовано 12 пацієнтів з кістозним утворенням ПЗ. В залежності від походження кіст ПЗ пацієнти були розподілені на 2 групи: І – псевдокісти (ПК) ПЗ; ІІ – кістозні пухлини ПЗ. В кістозному вмісті визначали концентрацію бікарбонатів, сумарний вміст ГП та його складових (сіалових кислот (СК), фукоз (Ф) та гексозамінів (ГА)). Порівняння середніх значень змінних проводили за допомогою параметричних методів (критерію tСт'юдента). Для визначення ступеня взаємозв'язку між двома показниками проводили кореляційний аналіз із визначенням коефіцієнтів кореляції Пірсона – r.

Результати та обговорення. Вміст бікарбонатів у кістозному вмісті ПЗ пацієнтів ІІ групи був на 98% вищим, ніж у І групі ($87,18 \pm 15,77$ проти $172,45 \pm 23,63$ мекв./л; p<0,01). Рівень ГП та СК не мав вірогідних відмінностей між двома групами, в середньому складав $(0,1 \pm 0,007)$ мг/мл та $(0,48 \pm 0,05)$ ммоль/л відповідно. Вміст Ф та ГА у пацієнтів ІІ групи був нижчим на 62% ($1,05 \pm 0,31$ проти $2,76 \pm 0,54$ ммоль/л; p<0,05) та 37% ($0,94 \pm 0,09$ проти $1,50 \pm 0,29$ ммоль/л; p<0,05) відповідно, в порівнянні з І групою. В І групі виявлена пряма кореляційна залежність між рівнями ГП та ГА (r=0,9; p<0,05), ГА та Ф (r=0,8; p<0,05). В ІІ групі відмічалась пряма кореляційна залежність між рівнями ГП і СК (r=0,6; p<0,05).

Висновки. Вміст бікарбонатів у кістозному вмісті пацієнтів ІІ групи був на 98% вищим (p<0,01), ніж в І групі. В І групі пацієнтів вміст ГП у кістозному вмісті збільшувався в 1,2 рази відносно ІІ групи за рахунок підвищеного вмісту Ф в 2,5 рази та ГА в 1,6 рази (p<0,05). Серед спектру ГП у кістозному вмісті обох груп переважали Ф та ГА.

РІВЕНЬ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ У ШЛУНКОВОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Бабій С. О., Мосійчук Л. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: оцінити особливості змін спектру жовчних кислот (ЖК) в шлунковому соці у хворих з гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) у поєднанні з дисфункцією сфінктера Оді (СфО).

Матеріал і методи. Дослідження проведено у 92 пацієнтів з ГЕРХ у поєднанні з дисфункцією СфО перед початком лікування. Пацієнтів було поділено на три групи в залежності від функціонального стану СфО: 1 – гіпотонус СфО (34 пацієнти); 2 – нормотонус СфО (22 пацієнти); 3 – (36 пацієнтів) – гіпертонус СфО. Концентрацію ЖК в шлунковому вмісті визначали методом Reinhold, Wilson. За допомогою методу тонкошарової хроматографії визначали співвідношення і кількості

гліко- і таурокон'югатівхолової і дезоксихолової кислот. Контрольну групу складали 20 практично здорових людей.

Результати та обговорення. Показано значне збільшення вмісту ЖК в шлунковому соці у всіх хворих на ГЕРХ: 1 група – у 80 разів ($p<0,001$), 2 група – 67,5 разу ($p<0,001$), 3 група – 85 разів ($p<0,001$) відносно контрольної групи. Показано, що збільшення загальної кількості ЖК в шлунковому соці залежить від функціонального стану СфО. Як відомо, ЖК, що ретроградно потрапляють в просвіт шлунка та стравоходу, відносяться до низки агресивних агентів і призводять до ушкодження неадаптованої до них СО шлунка. Збільшення частоти та тривалості контакту шлункового соку з високим вмістом ЖК зі СО стравоходу у пацієнтів за умов ГЕРХ сприяє виникненню рефлюкс-езофагіту, що підтверджується прямим кореляційним зв'язком між загальним вмістом ЖК і товщиною базального шару СО стравоходу ($r=0,355$; $p<0,05$) та вмістом ЖК і розширенням міжклітинних просторів клітин плоского епітелію стравоходу ($r=0,309$; $p<0,05$).

Висновки. У формуванні рефлюкс-езофагіту провідна роль належить ушкоджуючій дії жовчних кислот в результаті дуоденогастрального рефлюксу, зі зростанням концентрації яких в подальшому можливий розвиток атрофічного гастриту.

ПОКАЗНИКИ ПАРАМЕТРУ КОНТРОЛЬОВАНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЗАТУХАННЯ (CAP) У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ У НИХ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Ягмур В. Б., Лук'яненко О. Ю., Зигало Е. В

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: виявити вплив синдрому надлишкового бактеріального росту на розвиток стеатозу печінки у дітей із функціональними біліарними та інтестинальними розладами.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 29 дітей, віком від 5 до 17 років, які згідно даним водневого дихального тесту були розподілені на дві групи. Першу групу (I) склали 7 хворих (5 хлопчиків та 2 дівчинки) з позитивним дихальним тестом, що означало наявність у них синдрому надлишкового бактеріального росту, в другу групу (II) увійшли 22 пацієнтів (13 хлопчиків та 9 дівчинок) з негативним дихальним тестом. Середній вік хворих в I групі склав ($11,7\pm2,5$) роки, в II групі – ($11,6\pm3,6$) роки. Предметом дослідження було вираженість стеатозу печінки (за даними параметру CAP) та ступеня фіброзу, що кількісно відображалось показником LSM у кПА. Вимірювання цих показників проводилось за допомогою апарату «FibroScan-touch 502» (Echosens, Paris, France).

Результати та обговорення. У I групі показник CAP склав ($248,8\pm72,2$) дБ/м, в II – ($199,5\pm56,6$) дБ/м ($p>0,05$), показник LSM був ($4,8\pm1,9$) кПА та ($4,3\pm1,6$) кПА, відповідно ($p>0,05$). Достовірні відмінності між групами були відсутні, але спостерігалась тенденція до збільшення показників, що характеризують накопичення ліпідів печінкою у пацієнтів I групи. 25% пацієнтів I групи мали першу ступінь жирової дистрофії печінки, у 75% – накопичення ліпідів виявлено не було. В II групі першу ступінь мали 15,8% хворих, у 84,2% ознаки стеатозу за даними CAP були відсутні.

Висновки. Залежності ступеня фіброзу та жирової дистрофії печінки від наявності синдрому надлишкового бактеріального росту у дітей з функціональними біліарними та інтестинальними розладами не виявлено. Необхідні подальші дослідження з більшою кількістю пацієнтів.

БІОХІМІЧНА ОЦІНКА МАРКЕРІВ ФІБРОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Макарчук В. А., Шевченко Б. Ф., Бабій О.М., Кленіна І. А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: оцінити біохімічні маркери фіброзу в сироватці крові пацієнтів з хронічним панкреатитом (ХП), ускладненим псевдокістами підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Дослідження проведено у 46 пацієнтів з ХП, ускладненим незрілими (I група, $n=25$) та зрілими (II група, $n=21$) псевдокістами ПЗ. Вираженість процесів фіброзу ПЗ оцінювали за вмістом у сироватці крові оксипроліну вільного (ОПв) та білковозв'язаного (ОПб/з) за М.А. Осадчуком і гексозамінів (ГА) за В.Г. Колбом. Контрольну групу склали 20 відносно здорових осіб. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми пакету аналізу MS Excel. Порівняння середніх значень змінних здійснювали за t критерієм Стьюдента.

Результати та обговорення. Аналіз даних показав, що структурні зміни ПЗ при ХП, ускладненому псевдокістами, супроводжувалися вірогідним збільшенням вмісту ОПб/зв у крові пацієнтів I групи на 99% до ($270,82\pm16,59$) мкмоль/л ($P<0,001$), II групи – на 86% до ($253,59\pm17,83$)

мкмоль/л ($P < 0,001$) відносно контролю ($136,04 \pm 4,30$) мкмоль/л, що характеризує посилений синтез колагену. Про знижену деградацію колагену свідчило зниження у крові пацієнтів обох груп рівня ОПв на 53% до ($5,12 \pm 0,33$ проти $10,90 \pm 2,10$) мкмоль/л ($P < 0,01$) в I групі та на 42% до ($6,32 \pm 0,58$ проти $10,90 \pm 2,10$) мкмоль/л ($P < 0,05$) в II групі та ГА на 12% ($4,44 \pm 0,23$ проти $5,04 \pm 0,46$) г/л ($P < 0,05$) в I групі і на 10% до ($4,50 \pm 0,23$ проти $5,04 \pm 0,46$) г/л в II групі відносно контролю. Вміст ОПв у I групі на 19% ($P < 0,05$) був нижчим, ніж у II групі.

Висновки. Встановлено, що у I та II групах пацієнтів відбувається активація процесів синтезу колагену в ПЗ на тлі зниженої його деградації. Дані зміни більш виражені у пацієнтів II групи, що свідчить про посилений анаболізм сполучної тканини при формуванні псевдокісти.

ВМІСТ ЗАГАЛЬНОГО ВІТАМІНУ D (D2 + D3) ТА ПОКАЗНИКИ ЖОРСТКОСТІ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ БІЛІАРНИМ ЦИРОЗОМ (ПБЦ) З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ХОЛЕСТАЗУ

Коненко І. С., Ягмур В. Б., Гладун В. М., Заиченко Н. Г., Попок Д. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: визначення впливу вираженості холестазу на вміст загального вітаміну D (D2 – ергокальциферолу та D3 – холекальциферолу) в крові та показники жорсткості печінки хворих на ПБЦ.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 11 хворих на ПБЦ, які за біохімічними ознаками холестазу були розподілені на дві групи. Першу групу (I) склали 6 пацієнтів, у яких рівень білірубіну крові був мінімально підвищеним та склав до 1,5 значень верхньої межі норми ($32,2 \pm 7,6$) мкмоль/л, рівень лужної фосфатази (ЛФ) був підвищеним до 3-х норм – ($410,3 \pm 47,6$) од. В другу групу (II) увійшли 5 хворих, у яких вираженість холестазу була більшою: показники білірубіну до 3-х норм – ($53,2 \pm 7,2$) мкмоль/л, ЛФ – до 6 нормальних значень – ($620,4 \pm 50,7$) од. Контрольну групу склали 10 здорових осіб. Вміст вітаміну D визначали у венозній крові імуноферментним методом. Показники жорсткості печінки, а саме швидкість зсувної хвилі вимірювали на ультразвуковому сканері UltimaРА (Радмір, Харків) конвексним датчиком на частотах 2-5 МГц.

Результати та обговорення. Вміст вітаміну D у пацієнтів I групи склав ($15,2 \pm 3,2$) нг/мл, у хворих II групи – ($16,5 \pm 5,8$) нг/мл ($p > 0,05$). Концентрація цього показника в контрольній групі була у середньому ($39,5 \pm 9,3$) нг/мл. Дані контрольної групи не відрізнялись від референтних значень, але були виявлені достовірні відмінності від показників I та II групи ($p < 0,05$). Середні показники жорсткості печінки склали в I групі ($19,5 \pm 0,3$) кПа, в II групі – ($20,6 \pm 1,2$) кПа. Швидкість зсувної хвилі селезінки, що опосередковано визначає жорсткість її паренхіми, становила в I групі ($2,1 \pm 0,17$) м/с, в II групі – ($2,4 \pm 0,23$) м/с. Дані зсувнохвильової еластографії достовірно між групами не відрізнялись.

Висновки. Показники жорсткості печінки, швидкість зсувної хвилі селезінки, а також вміст загального вітаміну D не залежали від вираженості холестазу у хворих з ПБЦ. Концентрація вітаміну D була достовірно нижчою, ніж у здорових.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ РЕСУРСІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Степанов Ю. М., Скирда І. Ю., Пантелєєва Т. І., Челкан В. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: проаналізувати динаміку використання ендоскопічної техніки для діагностики гастроентерологічних захворювань.

Матеріали і методи. Вивчення проводилось на підставі аналізу матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за 2005–2014 рр. Для виявлення характеру змін використовувався темп приросту/зниження.

Результати та обговорення. При вивченні діяльності ендоскопічних відділень (кабінетів) в Україні у 2014 р. встановлено, що абсолютна кількість лікарів-ендоскопістів становила 770 осіб, забезпеченість на 10 тис. населення – 0,18. Упродовж 2014 р. всього в Україні було проведено 1453846 ендоскопічних досліджень при захворюваннях органів травлення, у загальній їх кількості ЕГДС склали 83,1%, дуоденоскопії – 1,1%, колоноскопії – 8,0%. Порівняно з 2005 р. кількість гастроентерологічних ендоскопічних досліджень зросла на 14,2%, у тому числі ЕГДС – на 11,8%, колоноскопій – на 32,8%. У середньому в Україні у 2014 р. кількість ЕГДС на 1 діючий апарат складала 252, що на 76,2% більше, ніж у 2005 р. Середнє число колоноскопій на 1 зайняту посаду лікаря-ендоскопіста у 2014 р. дорівнювало 126, що перевищило показник 2005 р. на 88,1%. Найвищі

показники колоноскопій в Україні у 2014 р. були виявлені також, як і ЕГДС, у м. Києві (15794 випадки) та Дніпропетровській області (14557). Найбільша їх кількість на 1 діючий апарат була проведена у Херсонській (681) та Полтавській (406) областях. У середньому в Україні у 2014 р. цей показник складав 252, що на 76,2% більше, ніж у 2005 р. За останні 10 років (2005-2014 рр.) спостерігається збільшення числа ендоскопічних апаратів. Зокрема, гастроскопів у 2014 р. було зареєстровано 2039, що на 12,6% більше, ніж у 2005 р. Також зросла кількість колоноскопів, яка складала у 2014 р. 666 апарати проти 571 – у 2005 р. (приріст становив 16,6%).

Висновки. В умовах обмеженого фінансування медичні установи здебільше вичерпали закладений до них потенціал, а медичне обладнання, що в них експлуатується, переважно морально та фізично застаріло.

ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКА У ХВОРИХ З НЕЕРОЗИВНИМ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ

Руденко А. І., Марчук А. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити особливості функціонального стану слизової оболонки шлунка у хворих з неерозивним рефлюкс-езофагітом (НРЕ), поєднаним з дисфункцією жовчного міхура.

Матеріали і методи. Дослідження проведені у 97 пацієнтів, які були поділені в залежності від рН шлункового соку (ШС) на групи 4 групи: I група 32 пацієнта – з гіперацидною, II – 39 з ацидною, III – 11 згіпоацидною, IV – 7 з анацидною ШС, V – 20 контрольна. ШС збирали під час езофагогастроскопічного дослідження. В ШС визначали: рН, концентрацію пепсину (П), глікопротеїнів (Г), сіалових кислот (СК), фукози (ФК), гексозаміни, жовчні кислоти.

Результати та обговорення. Встановлено, що у більшості пацієнтів I групи відмічалось збільшення агресивних властивостей ШС, яке проявлялось у зниженні рН ШС та підвищенні рівня П. Тоді як у інших на тлі гіперацидної секреції спостерігається збільшення кількості жовчних кислот в ШС. Останнє може свідчити про стан декомпенсації покровного епітелію антрального відділу шлунку, який втратив свої захисні адаптаційні можливості, а також про порушення механізмів регуляції пілоричного сфінктеру. Разом з тим, у всіх групах фактори захисту змінювались не однаково. В I та IV групі концентрація Г збільшилась в 1,5 рази по відношенню до контролю ($p < 0,01$), тоді як концентрація ФК в ШС знижувалась 1,2 рази ($p < 0,01$) тільки в I групі. Рівень СК в II групі збільшувався у 5,0 разів ($p < 0,001$), а в III та IV групі, навпаки, знижувалась в 3,4 рази ($p < 0,001$).

Висновки. Зроблено припущення, що дисбаланс агресивних та протективних факторів ШС в усіх групах хворих є слідством порушення механізмів регуляції періодичної моторної діяльності верхніх відділів кишково-шлункового тракту.

ПЕРІОДИЧНА ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ЯДРА МИГДАЛЕПОДІБНОГО КОМПЛЕКСУ ЩУРІВ В УМОВАХ МОДЕЛЮВАННЯ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Галінський О. О., Марчук А. О., Руденко А. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: виявити зміни періодичної міоелектричної активності (МЕА) шлунку (Ш) та дванадцятипалої кишки (ДПК) і біоелектричної активності центрального ядра мигдалеподібного комплексу (ЦЯМК) головного мозку (ГМ) щурів, на фоні цирозу печінки (ЦП).

Матеріали і методи. ЦП у щурів ($n=12$) викликали шляхом хронізації гострого токсичного гепатиту (8 тиж. введення. 0,4 мл/кг CCl_4). МЕА Ш та ДПК і активність ЦЯМК відводили голчастими електродами, обробку проводили на системі поліграф-комп'ютер, порівнюючи з показниками інтактних тварин.

Результати та обговорення. Моделювання ЦП викликав зниження МЕА шлунку, за показниками моторного індексу (МІ) на 47% ($p < 0,01$), за рахунок зниження амплітуди на 41% ($p < 0,01$) та подовження періоду основного електричного ритму (ОЕР) на 18% ($p < 0,05$). МЕА ДПК підвищувалась за показниками МІ на 20% ($p < 0,05$), за рахунок збільшення амплітуди ОЕР на 42% ($p < 0,01$), при подовженні періоду 8% ($p < 0,05$). З боку біоелектричної активності ЦЯМК ГМ на фоні загального зростання рівня на 57% ($p < 0,05$) відмічається зниження абсолютної спектральної потужності (АСП) ЦЯМК в діапазонах 3-7 Гц на 21% ($p < 0,05$). Відбувалася втрата кореляційних зв'язків між амплітудою ОЕР Ш та МІ ДПК (у нормі -0,52, $p < 0,05$) та з'являються кореляційні зв'язки між АСП в діапазонах 7-12 Гц, 12-30 Гц та частотою ОЕР Ш, 0,51 ($p < 0,05$) та 0,56 ($p < 0,05$) відповідно.

Висновки. Виявлені патогенетичні передумови дуодено-гастрального рефлюксу на фоні моделювання ЦП, про що свідчить зниження МЕА Ш в 1,8 рази ($p < 0,01$), і підвищення МЕА ДПК в 1,2 рази ($p < 0,05$), і втрата узгодженості в періодичній діяльності. Просліджуються перебудови механізмів центральної регуляції періодичної діяльності Ш та ДПК, за рахунок зростання ролі ЦЯМК ГМ.

ПОКАЗНИКИ СИНТЕТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ (СФП) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЖОРСТКОСТІ ЇЇ ПАРЕНХІМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ (ХДЗП), АСОЦІЙОВАНІ З ВІРУСОМ С (НСV)

Діденко В. І., Меланіч С. Л.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: оцінити СФП у хворих на ХДЗП, асоційовані з НСV, в залежності від жорсткості паренхіми печінки (ЖПП).

Матеріали і методи. Обстежено 122 хворих (57 жінок та 65 чоловіків) віком від 20 до 74 ($48,3 \pm 11,2$) років, які були розподілені на 4 групи за показником ЖПП (за даними еластографії). І групу склали 10 хворих на ХДЗП із ЖПП до 5 кПа, що відповідає стадії фіброзу (F) 0-1 за шкалою METAVIR. В II групу включено 43 хворих із ЖПП 5,1-10 кПа, тобто F1-2, в III групу – 38 хворих із ЖПП 10,1-20 кПа, тобто F2-3, в IV групу – 31 пацієнт з ЖПП вище 20,1 кПа, що дорівнює F4 (цироз печінки). Показники СФП оцінювали за рівнем загального білку (ЗБ), альбуміну, протромбінового індексу (ПТІ) та фібриногену (Фг).

Результати та обговорення. Так, у 20,0% хворих I групи СФП характеризувалась зниженням ЗБ в 1,3 рази. В II групі у 18,6% хворих встановлено зниження Фг в 1,7 рази ($p < 0,001$). Гіпопротеїнемія та падіння ПТІ в 1,2 рази спостерігались в 6,7% та 4,7% випадках. Рівень альбуміну в обох групах був у межах норми. В III групі встановлено зниження Фг в 1,9 рази ($p < 0,001$) у 44,7% хворих, що 4,5 рази частіше, ніж в I групі ($p < 0,001$) та в 1,3 рази нижче, ніж в II групі ($p < 0,05$). У 21,1% діагностовано зниження ПТІ в 1,2 рази ($p < 0,001$). Гіпоальбумінемія встановлена у 7,9% хворих. В IV групі зниження Фг в 2 рази ($p < 0,001$) визначалось у 54,8% пацієнтів, що в 5,4 рази частіше за I групу ($p < 0,001$). Падіння ПТІ в 1,2 рази ($p < 0,001$) діагностувалось у 41,9% обстежених, що було в 8,9 рази частіше, ніж в II групі ($p < 0,001$). Гіпоальбумінемія встановлена у 16,1% хворих.

Висновки. Посилення ЖПП у хворих на ХДЗП, асоційовані з НСV, характеризується зростанням частоти та вираженості порушень СФП.

КСАНТОМАТОЗ ШЛУНКА ПРИ АТРОФІЧНОМУ ГАСТРИТІ

Сімонова О. В., Демешкіна Л. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити частоту і значення ксантом шлунка (КШ) у хворих на атрофічний гастрит (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 101 хворий на АГ (21 чоловік, 80 жінок), середній вік ($49,3 \pm 1,16$) лет). Проведено ендоскопічне та гістологічне дослідження, статистичний аналіз. В залежності від вираженості морфологічних змін слизової оболонки (СО) хворі були розподілені на 3 групи: I – атрофія СО Ш ($n=53$), II – атрофія, поєднана з кишковою метаплазією (КМ) ($n=35$), III – атрофія СО Ш, поєднана з дисплазією ($n=13$). Група порівняння – 21 хворий на неатрофічний гастрит.

Результати та обговорення. Атрофічні ендоскопічні зміни СО антрального відділу Ш спостерігались в 100,0%, тіла Ш – в 51,5%. Частота і вираженість макроскопічних атрофічних змін СО зростали від I до III групи. Зміни рельєфу СОШ (вузлуватість, бугристість), переважно – антрального відділу, було виявлено в 28,7%, частіше в II і III групах. В I і II групах було виявлено ерозивні зміни СО Ш (15,1% і 11,4% відповідно). Поліпи СОШ було виявлено тільки при АГ в 6,9% ($p < 0,05$), з суттєвим переважанням їх частоти в III групі; наявність поліпів корелювала з атрофічними змінами того відділу, де поліп локалізувався ($r=0,22$, $p < 0,016$). Ксантоми Ш були зафіксовані тільки у хворих на АГ (12,9%, $p < 0,05$). Розміри їх не перевищували 5 мм (від 2 до 5 мм). Частота КШ в I групі склала 7,5%, в II групі – 14,3%, в III групі – 30,8% випадків. В I групі ксантоми локалізувались тільки в антральному відділі, в II і III групах – були розповсюджені по різних відділах Ш..

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що посилення вираженості морфологічних змін СО Ш передракової спрямованості у хворих на АГ характеризується збільшенням вираженості макроскопічних змін Ш: зростанням поширеності та інтенсивності атрофії СО Ш, частоти поліпозу Ш, ксантоматозу, змінами рельєфу Ш (вузлуватість, бугристість). А ксантоматоз Ш є важливим діагностичним маркером або сателітом передракових змін СО Ш (атрофії, кишкової метаплазії, дисплазії).

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ВІРУСА ГЕПАТИТУ С: ІНКРУСТАЦІЯ ЛІПІДНИХ КРАПЕЛЬ В ГЕПАТОЦИТАХ

Гайдар Ю. А., Аржанова Г. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: виявити гістоструктурні особливості прояву вірусу гепатиту С у печінці за допомогою методики напівтонких зрізів.

Матеріали і методи. В дослідженнях використовувався біопсійний матеріал печінки від 50 хворих, які проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»: 33 хворих мали встановлений діагноз захворювання на гепатит асоційований з вірусом С, 17 хворих мали захворювання печінки різної етіології. Біопсійний матеріал фіксували в 1,25% глютаровому альдегіді і постфіксували в 1% OsO₄. З сформованих епон-аралдітних блоків отримували напівтонкі зрізи (0,5 мкм), які фарбували толуїдиновим синім.

Результати та обговорення. При детальному вивченні напівтонких зрізів нашу увагу привернув факт наявності включення невідомої природи в жирових краплях в гепатоцитах. Детальне вивчення даних структур під електронним мікроскопом показало, що це ліпідні включення з більш високою щільністю. Інкрустація в ліпідних включеннях виявлялась у всіх випадках зі встановленим діагнозом інфікування вірусом гепатиту С і була відсутня при інших патологіях. Результати сучасних робіт вказують на те, що зараження клітини і реплікація вірусу відбувається саме завдяки подібності ліпідних структур вірусу і гепатоцита. Також чи мало робіт присвячені вивченню порушення ліпідного обміну при захворюванні на вірус гепатиту С. Можливо припустити, зв'язок між появою описаних вище щільних ліпідних структур під впливом вірусу.

Висновки. Інкрустація ліпідних включень в гепатоцитах ліпідами вищої щільності є однією із характерних морфологічних ознак ураження печінки вірусом гепатиту С.

ЕНДОСКОПІЧНИЙ СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АКСІАЛЬНИХ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Фещенко С. І., Скирда І. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Україна)

Мета: підвищити ефективність ендоскопічної діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми (АГСОД).

Матеріал і методи. Обстежено 74 хворих з ГЕРХ, у яких ендоскопічно були виявлені ознаки АГСОД середніх і великих розмірів. Ендоскопічні дослідження проводили за допомогою езофагогастродуоденоскопа Pentax FG-29V, рентгенологічним апаратом OPERA T-90 СЕХ. Застосовувався прийом ендоскопічної інверсії. Для визначення гризових воріт АГСОД використовували дихальний тест.

Результати та обговорення. Відсутність дихальної рухливості стравохідного отвору діафрагми (СОД) в області стравохідно-шлункового переходу і поява її в області гризових воріт на інших ділянках шлунка виявлено у 68 (91,8%) хворих. У 6 (8,1%) пацієнтів дихальну рухливість СОД визначити не вдалося через значну релаксацію діафрагми. Скорочення стравоходу виявлено у 72 (97,3%) хворих, у 2 (2,7%) пацієнтів діагностовано вроджений короткий стравохід. Відсутність «другого входу» в порожнину шлунка виявлено у 31 (41,8%) хворого і малопомітний «другий вхід» у порожнину шлунка на рівні СОД встановлено у 43 (58,2%) хворих. При ендоскопії з інверсією визначалася кардіальна складка 3 ступеня – кардіальна складка малопомітна і ендоскоп не охоплений тканинами у 29 (39,2%) хворих, і 4 ступеня – кардіальна складка відсутня у 45 (60,8%) хворих, у яких просвіт стравоходу постійно відкритий, видна слизова оболонка стравоходу. Ознаки рефлюкс-езофагіт увиявлені у 47 (63,5%) хворих, CLE «columnar- linedesophagus» у 21 (28,3%) хворих. Всі випадки АГСОД, які виявлені під час ендоскопії, були підтверджені рентгенологічно.

Висновки. Дихальний тест, застосований при ендоскопічному дослідженні, дозволяє з високим ступенем достовірності діагностувати АГПОД.

ОТРИМАННЯ КУЛЬТУРИ НЕЙРОБЛАСТОПОДІБНИХ КЛІТИН З НАДНИРНИКІВ НЕОНАТАЛЬНИХ ТВАРИН

Плаксина К. М., Сидоренко О. С., Божок Г. А.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України (Україна)

Раніше нами була встановлена можливість отримання в первинній культурі наднирників неонатальних свиней нейробластоподібних клітин. Вони диференціювалися з клітинних сфероїдів (цитосфер), які формувалися на моношарі фібробластоподібних клітин.

Мета. Отримання культури нейробластоподібних клітин без контамінуючих клітинних популяцій.

Матеріали і методи. Клітини отримували з наднирників ферментативним методом, культивували при 37°C та 5%CO₂ в середовищі DMEM/F12 з 10% фетальної телячої сироватки на низькоадгезивній поверхні. На 4, 7, 11, 14, 18, 21 добуцитосфери переносили на адгезивну поверхню. Експресію βІІІ-тубуліну визначали методом імуноцитохімії, використовували первинні моноклональніанти-βІІІ-тубулінантитіламиші (1:200) та вторинні поліклональніHiLateFluor488-кон'югованіантитіла (1:400).

Результати та обговорення. В низькоадгезивних умовах флотуючи цитосфери діаметром близько 400 μмтворювалися на 2-3 добу.

При перенесенні цитосферна 4, 7 та 11добу культивування вони прикріплювались. Фібробласто- та нейробластоподібні клітини, які виселялися з цитосфер, формували моношар. При перенесенні цитосферна 4добу конфлюентність моношару складала 51%, на 7 –42%, на 11 –1,3%.

При перенесенніцитосферна 14, 18, 21 добу теж спостерігалось їх прикріплення, але моношар з фібробластоподібних клітин не формувався. При перенесенні цитосферна 14 добу з них активно виселялися нейробластоподібніклітини. Їх фенотипова приналежність до нервових клітин підтвердилася шляхом забарвлення βІІІ-тубуліну. З 18 доби активність виселення цих клітин зменшувалася, а на 21 добу вони були відсутні.

Висновки. Культивування цитосфер в умовах низької адгезії протягом 14 діб дає можливість отримання «чистої» культури нейробластоподібних клітин за рахунок елімінації фібробластоподібних клітин.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ БЕЗКЛІТИННИХ БІОРЕГУЛЯТОРІВ СТОВБУРОВИХ ТА ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН ПРИ ЗАГОЄННІ ОПІКІВ У ЩУРІВ Черкашина Д. В., Ревенко О. Б., Рогульська О. Ю., Петренко О. Ю.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України (Україна)

Мета. Вивчити вплив біорегуляторів стовбурових та прогеніторних клітин (БСПК) у складі кондиційних середовищ (КС), отриманих при культивуванні мезенхімальнихстромальних клітин дерми людини, на загоєння опіку у щурів.

Матеріали і методи. Біоптати шкіри людини отримували після письмової згоди проінформованих донорів. Стромальні клітини виділяли та культивували за стандартних умов. КС отримували шляхом заміни на 5-7 пасажі культивування живильного середовища на мінімальне, яке збирали через добу та концентрували. БСПК у дозі 25 або 100мкг білка/г змішували із носієм – гіалуриновою кислотою («Юрія-Фарм», Україна). Глибокий опік у щурів формували за стандартним методом із використанням мідної пластинки (2,5-2,5см, 200°C, 10с). БСПК, носій або «Пантестин-Дарниця» («Дарниця», Україна) наносили через добу після опіку.

Результати та обговорення. «Пантестин-Дарниця» або носій майже не впливали на швидкість зменшення площі опіку, частково гальмували запальні процеси та прискорювали грануляцію та епітелізацію, але не сприяли повноцінному загоєнню на 28-у добу експерименту. БСПК у дозі 100 мкг/г носія не прискорювали загоєння, а навпаки стимулювали запальні та уповільнювали репаративні процеси. Нанесення на рановий дефект 25 мкг БСПК/г носія викликало протилежну реакцію: швидше зменшувалась площа рани та пригнічувалась запальна реакція, що супроводжувалось раннім переходом до процесів проліферації та репарації, сприяючи повноцінному загоєнню рани вже на 21-у добу спостережень.

Висновки. Використання БСПК у складі КС є перспективним підходом для корекції пошкоджень шкіри, однак існує необхідність ретельного вибору оптимальної дози, що може коливатися у залежності від етіології дефекту та фази процесу загоєння.

ВИДІЛЕННЯ І КУЛЬТИВУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН З ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ

Васильєв Р. В.^{1,2}, Губар О. С.³, Родніченко А.^{1,2}, Злацька А. В.^{1,2}, Новікова С. М.¹,
Зубов Д. О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

²Біотехнологічна лабораторія *ilaya.regeneration*, Медична компанія *ilaya*® (Україна)

³Інститут молекулярної біології і генетики НАН України (Україна)

Одним з найактуальніших завдань регенеративної медицини є створення живих васкуляризованих еквівалентів тканин та органів та лікування ішемічних станів. Ключовим типом клітин для вирішення цих проблем є ендотеліальні клітини.

Мета. Отримати аутологічні культури ендотеліальних прогеніторних клітин (ЕПК) з периферичної крові людини з метою їх подальшого включення до складу тканинно-інженерного еквіваленту кістки.

Матеріали і методи. Первинну культуру ЕПК отримували шляхом засіву цільної крові на культуральні флакони, вкриті колагеном, у середовище EGM-2 (Lonza). Альтернативно, мононуклеари виділяли з цільної крові центрифугуванням у градієнті Ficoll. Тричі відмивали фосфатно-сольовим буфером та засівали за таких же умов. Останній метод давав більшу кількість колоній. Середовище змінювали на 5 добу культивування. Отримані колонії пересівали по досягненні ними розміру >200 клітин. Клітини знімали 0,01 % трипсином в розчині Версену. Культивування проводилось до 3 пасажу. Фенотип кожної культури ЕПК визначали на третьому пасажі методом проточної цитофлуориметрії. Каріотип клітин визначали стандартним методом GTG-banding.

Результати та обговорення. Терапевтичну дозу ($10\text{--}40 \times 10^6$ клітин) отримували на 3-му пасажі. Клітини від усіх донорів мали нормальний каріотип та наступний іммунофенотип: CD31⁺CD49f⁺CD73⁺CD105⁺CD146⁺CD166⁺CD45⁺CD90⁺HLA-DR⁻. Від 15 до 50% клітин були CD34⁺. Для перевірки функціональних властивостей отримані ЕПК культивували в тривимірній культурі у Matrigel. Клітини показали здатність до утворення капілярноподібних структур за умов тривимірного культивування. Отримані терапевтичні дози аутологічних ЕПК було використано при виготовленні тканинно-інженерних еквівалентів кістки.

Висновки. Було розроблено метод отримання чистої культури ЕПК та підібрані умови їх експансії *invitro*. Завдяки своїй здатності утворювати кровоносні судини, ЕПК надзвичайно перспективні для лікування ішемічних станів та створення тканинно-інженерних конструкцій.

МЕТОДИКА ПРОЛОТЕРАПІЇ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ: ІСТОРІЯ, СЬОГОДЕННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Голюк Є. Л.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» (Україна)

Мета. Встановити актуальність застосування методики пролотерапії у лікуванні пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю з урахуванням історичного аспекту та сучасного стану питання.

Матеріали та методи. Аналіз інформаційних джерел, що стосуються застосування пролотерапії в лікуванні захворювань опорно-рухового апарату на різних етапах її розвитку.

Результати та обговорення. За визначенням у Вікіпедії пролотерапія відноситься до альтернативної медицини та включає методики ін'єкційного лікування вертеброгенного больового синдрому, остеоартрозу, тендинітів. За останні роки при вивченні позитивних ефектів пролотерапії та встановленні їх взаємозв'язку з впливом факторів росту, методика стала розглядатися як інноваційний напрямок регенеративної медицини. Метод вперше згаданий у літературі ще в 1930 році доктором Earl Gedney, який застосував розчин декстрази для лікування вертеброгенного болю, задовго до появи терміну «регенеративна медицина». В 1990 році для пролотерапії вперше було застосовано збагачену тромбоцитами плазму. Громіздка апаратура дозволяла застосування препарату лише в умовах операційної, але, починаючи з 2000 року, стали доступними центрифуги для застосування і в амбулаторних умовах. В 2003 році Murphy зі співавторами повідомили про покращення регенерації медіального меніску та хряща на тваринній моделі при введенні аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин. Спочатку застосовувалися клітини, виділені з аспірату кісткового мозку, а згодом – жирової тканини. Сьогодні в арсеналі ортопедів-травматологів з'являється все більше препаратів для пролотерапії, але механізми їх дії та результати застосування, як і раніше, потребують вивчення та оцінки.

Висновки. Застосування пролотерапії в травматології та ортопедії відоме ще з початку 20-го століття та є ефективним методом, заснованим на принципах регенеративної медицини, але в той же час аналіз механізму дії методу та результатів лікування потребує застосування доказової медицини.

БІОМАТЕРІАЛИ НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ ДЛЯ МЕДИЦИНИ І ТКАНИННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

Калінкевич О. В.¹, Калінкевич О. М.¹, Данильченко С. М.¹, Погорєлов М. В.²

¹*Інститут прикладної фізики НАН України (Україна)*

²*Медичний інститут Сумського державного університету (Україна)*

Мета. Створити низку новітніх біоматеріалів на основі біополімеру хітозану та хітозан-неорганічних композитів для біомедичного застосування у якості імплантатів та скаффолдів для культивування клітин.

Матеріали і методи. У нашій роботі для формування скаффолдів був використаний хітозан з молекулярною масою 200 кДа, СД 82% і 500 кДа, СД 80,5% (ВАТ «Біопрогресс»), CaCl₂, NaH₂PO₄, NaOH, CH₃COOH, C₂H₅OH, гліцерин.

Результати та обговорення. Важливим параметром скаффолдів є пориста структура. Ми застосували для формування пор методи ліофілізації, золь-гель методу і формування мультимембранних гідрогелів. Були отримані наступні варіанти матеріалів: хітозанова губка, хітозанові намиста, хітозан армований нанокристалічним гідрооксипатитом і мультимембранний гідрогель. Всі вони (крім гідрогелів) характеризуються наявністю великої кількості пов'язаних між собою пор, що сприяє заселенню клітинами. Введення до складу скаффолда біогенного мінералу гідрооксипатиту підвищує біосумісність і покращує пористість. Використання золь-гель методу дає можливість уникнути енерговитратної стадії ліофілізації, при цьому функціональні властивості скаффолдів зберігаються. Міжмембранний простір мультимембранного гідрогелю достатній для заселення клітинами. Мультимембранна структура також може бути використана для одночасної доставки в уражений орган кількох несумісних інгредієнтів. Дослідження *in vivo* продемонстрували біосумісність отриманих матеріалів. Попередні дослідження свідчать про високий потенціал використання створених матеріалів на основі хітозану як гемостатиків.

Висновки. Отримана низка перспективних біоматеріалів на основі хітозану та хітозан-неорганічних композитів.

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУЛЬТИВОВАНИХ КЛІТИН, ВИДІЛЕНИХ З НІГТЬОВОГО ОРГАНУ МИШІ

Калмикова О. О.^{1,2}, Устименко А. М.¹, Луценко Т. М.¹, Кирик В. М.¹

¹*ДУ "Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН" (Україна)*

²*ННЦ "Інститут біології" Київського національного університету імені Тараса Шевченка (Україна)*

Мета. Встановити морфометричні та фенотипічні характеристики культивованих клітин, виділених з нігтьового органу миші.

Матеріали і методи. Культура клітин отримана з області проксимальної нігтьової складки, нігтьового матриксу та оніходермісу мишей лінії FVB. Клітини вирощували на поживному середовищі DMEM із 15% ембріональної бичачої сироватки. Культуру фіксували та фарбували барвником Май-Грюнвальда для морфометричного аналізу, а також моноклональними антитілами проти CD31, CD34, CD44, CD45, CD90, CD117 для аналізу методом проточної цитометрії.

Результати та обговорення. У культурі клітини з нігтьового органу мишей мали переважно веретеноподібну форму з біполярно розташованими відростками, проте зустрічалися добре розпластані клітини полігональної форми без відростків, а також кулясті малопрікріплені клітини. Ядерця у всіх клітин були яскраво виражені, їх кількість становила від 1 до 6 на ядро, в навколоядерному просторі спостерігали еозинофільну зернистість, що свідчить про їх високу функціональну активність. Популяція клітин мала низьке ядерно-цитоплазматичне співвідношення ($0,065 \pm 0,003$) за рахунок збільшеної площі клітини (5949 ± 595 мкм²), оскільки площа ядра була в стандартних межах (239 ± 14 мкм²). На 2-3-му пассажах культури встановлено високий рівень експресії маркера CD90 (>95%) при відсутності експресії CD31, CD34, CD44, CD45, CD117 (<0,5%).

Висновки. За даними морфологічного опису отримана популяція клітин з нігтьового органу мишей є неоднорідною, клітини мають високу синтетичну активність та низьке ядерно-

цитоплазматичне співвідношення. За експресією поверхневих маркерів на ранніх пасажах культура проявляє фенотип, не типовий для мезенхімального або гемопоетичного.

ПРАВОВА ОХОРОНА РОЗРОБОК У ГАЛУЗІ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ЗОКРЕМА, ТЕХНОЛОГІЇ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ

Крохіна Т. І., Чеботарьов М. Д., Новікова С. М.

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

Мета. Визначення перспективного напрямку в розвитку технологій клітинної терапії. Авторами проаналізовані об'єкти права промислової власності – винаходи та корисні моделі, які отримані в Україні за 2008-2015 рр.

Результати та обговорення. За обумовлений період відібрано – 96 патентів. Винаходи та корисні моделі розподілені: способи отримання та виділення СК з різних тканин – 16; способи культивування клітин – 7; кріоконсервування – 10; способи та сполуки стимуляції диференціювання, збагачення клітин – 13; композиції і способи підвищення біосумісності клітин при трансплантації з організмом реципієнта – 4; способи та засоби лікування захворювань із використанням СК – 46. Серед відібраних патентів 19 – способи і засоби лікування захворювань на моделях експериментальних тварин. 12 патентів – способи лікування захворювань СК отриманих із матеріалу ембріофетального походження. Це лікування хворих з м'язовою дистрофією Дюшена, хронічною серцевою недостатністю, аутизмом, хронічним вірусним гепатитом С, артеріальною гіпертензією, розсіяним і аміотрофічним склерозом, цукровим діабетом, гнійно-запальними захворюваннями, трофічними виразками чи ранами при діабетичній стопі, хворобою Паркінсона. 6 патентів – способи лікування хворих з використанням аутологічних СК, а саме, кісткового мозку і лімба та один з СК пуповини. Іноземні заявники з Великобританії, США, Індії, Польщі перевагу в патентуванні винаходів в Україні (відібрано – 8 патентів) надають засобам (композиціям) СК, які виділені із плаценти, жирової тканини, пуповини з переліком широкого спектру захворювань; інгібіторам, стимуляторам проліферації та диференціації.

Висновки. Основою клітинної терапії є МСК з найдоступніших тканин – плаценти, пуповини, похідні яких складають основу всіх органів та тканин людського організму.

ЦИТОКИНИ ТА ГОРМОНИ ЯК ФАКТОРИ АКТИВАЦІЇ НЕЙРОГЕНЕЗУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Лабунець І. Ф.¹, Мельник Н. О.¹, Родніченко А. Є.¹, Васильєв Р. Г.¹, Римар С. Ю.¹, Утко Н. О.¹, Кузьміна І. А.¹, Коп'як Б. С.², Под'яченко О. В.¹, Сагач В. Ф.², Бутенко Г. М.¹

¹ *ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)*

² *Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця НАН України (Україна)*

Мета. Оцінити нейропротекторний вплив мелатоніну і рекомбінантного лейкоїїну інгібіторного фактору (LIF) людини на експериментальних моделях нейродегенеративних захворювань.

Матеріали і методи. Розсіяний склероз моделювали на дорослих мишах лінії 129/Sv введенням з їжею нейротоксину купризону (щоденно, 3 тижні). Група дослідних мишей, починаючи з 7-ї доби отримувала внутрішньоочеревинно по 1 мкг LIF (14 ін'єкцій). Проводили морфометричний аналіз структурних змін нейронів головного і спинного мозку. Дорослим щурам стереотаксично вводили у головний мозок нейротоксин 6-гідроксидофамін (модель геміпаркінсонізму). Після апоморфінового тесту частина тварин із руховою асиметрією отримувала внутрішньоочеревинно щоденно 0,18 мкг мелатоніну по 2,5 мг (18 ін'єкцій). Визначали вміст антиоксидантних ферментів у стріатумі, тимуліну у сироватці крові, частку nestin⁺-клітин у культурі нюхової цибулини. В тесті відкритого поля оцінювали поведінкові реакції.

Результати та обговорення. Введення мишам LIF одночасно із купризonom зменшує відсоток патологічно змінених нейронів у корі, мозочку і спинному мозку та сприяє активації синтетичних процесів у нейронах; підвищує знижену рухову і емоційну активність тварин. Ефект LIF зберігається через 2 міс. Введення мелатоніну щурам із геміпаркінсонізмом підвищує знижений вміст антиоксидантних ферментів у стріатумі, тимуліну в крові, частку nestin⁺-клітин у культурі нюхової цибулини, рухову активність тварин.

Висновки. Результати можуть бути підґрунтям при розробці нових біотехнологічних підходів до терапії нейродегенеративних захворювань.

ВПЛИВ ІМПЛАНТАЦІЇ ФРАГМЕНТІВ ГІДРОГЕЛЮ NeuroGel™ СУМІСНО З КЛІТИННИМИ ЕЛЕМЕНТАМИ КУЛЬТУРИ НЕЙРАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ СПИННОГО МОЗКУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Медведєв В. В.^{1,4}, Рибачук О. А.^{1,2}, Кротов В. В.¹, Нестеренко Д. Г.^{1,2}, Савицька Н. О.¹, Лазаренко Ю. А.¹, Войтенко Н. В.¹, Цимбалюк В. І.^{3,4}

¹Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця НАН України (Україна)

²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

³ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України» (Україна)

⁴Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

Мета. Дослідити ефективність сумісної імплантації фрагментів гідрогелю NeuroGel™ з ксеногенними клітинними елементами культури нейральних стовбурових клітин (НСК) на відновлення функції спинного мозку щурів.

Матеріали і методи. Джерело стовбурових клітин – фетальний гіпокамп (E-17) миші лінії FVB-Cg-Tg(GFPU)5Nagy/J (GFP-позитивні). Кокультування з гідрогелем – протягом 10 діб. Передопераційна оцінка імплантанта – імуноцитохімічна верифікація та типування GFP-позитивних клітин. Експериментальні тварини – зрілі щурі-самці (Wistar), маса – 200 г, вік – 5,5 міс, група «нейрогель» (n=20), «НСК» (імплантація гідрогелю, сумісно з культурою НСК; n=20). Модель – перетин половини поперечника спинного мозку у нижньогрудному рівні (T₁₁). Оцінка рухової сфери – шкала Basso–Beattie–Bresnahan (BBB), рівень спастичності – шкала Ashworth.

Результати. Імплантація фрагментів NeuroGel™, навантажених клітинними елементами культури нейрогенних стовбурових клітин призводить до суттєвого збільшення результативності відновного процесу ($8,4 \pm 0,9$ проти $12,4 \pm 0,8$ балів BBB; $p < 0,01$, 20-й тиждень спостереження) до рівня крокової локомоції з підтриманням маси тіла паретичною кінцівкою протягом більшої частини локомоторної траєкторії. Прогрес функціонального показника супроводжувався достовірним зниженням рівня спастичності від $1,8 \pm 0,2$ (група «нейрогель») до $1,1 \pm 0,1$ (група НСК) балів Ashworth.

Висновок. Імплантація NeuroGel™ в комплексі з ксеногенними клітинними елементами культури НСК суттєво покращує ефективність використання вказаного матриксу при відновному лікуванні травми спинного мозку в експерименті.

ПОТЕНЦІЮВАННЯ ІНДУКЦІЇ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТИМУСУ ПО ОСТЕОГЕННОМУ НАПРЯМКУ

Нікольська В. В., Демченко Д. Л.

ДУ "Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України" (Україна)

Контактна взаємодія мультипотентних стромальних клітин (МСК) та гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК) впливає на зміни властивостей останніх. Виникає питання, чи має цей вплив взаємонаправлений характер.

Мета. Вивчити вплив контактної взаємодії тимоцитів і клітин кісткового мозку на остеогенне та адипогенне диференціювання МСК тимуса.

Матеріали і методи. МСК отримували з тимуса мишей лінії C57BL методом експлантів. На відміну від контролю, МСК тимуса перебували добу в контакті з тимоцитами або клітинами кісткового мозку (ККМ), після чого культивувались ще 10 діб у звичайному або диференціювальних середовищах. Ефективність диференціювання оцінювали вимірюючи оптичну щільність екстрагованих алізаринового червоного та масляного червоного.

Результати та обговорення. У остеогенному та адипогенному середовищах МСК ефективно диференціювалися: оптична густина відповідно $0,344 \pm 0,013$ проти $0,022 \pm 0,003$ і $0,315 \pm 0,013$ проти $0,196 \pm 0,003$; $p < 0,05$. Попередній контакт МСК з тимоцитами забезпечував потенціювання індукції остеогенного диференціювання клітин ($0,391 \pm 0,019$ проти $0,344 \pm 0,013$; $p < 0,05$), не впливаючи на адипогенний напрямок. Контакт МСК з ККМ не впливав на інтенсивність їх диференціювання. Отже потенціюючий ефект має лише контактна взаємодія МСК з тимоцитами, що корелює з інтенсивністю формування фібробластолімфоцитарних асоціацій.

Висновки. Отримані результати свідчать, що при взаємодії «МСК - гемопоетичні клітини», вплив може поширюватися і в напрямку від гемопоетичних клітин до МСК, що може мати значення у фізіології та патології імунної системи, особливо при розвитку фібротичних процесів аутоімунної природи.

ПРИСКОРЕННЯ РЕГЕНЕРАЦІЇ УРАЖЕНОЇ ЦИКЛОФОСФАНОМ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ КОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОVBУРОВИХ ТА МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ТИМУСУ

Нікольська В. В., Демченко Д. Л.

ДУ "Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України" (Україна)

Мета. Дослідити вплив котрансплантації мезенхімальних стромальних клітин (МСК) і гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК) на особливості відновлення імунної системи при циклофосфановому гемоімунодефіциті.

Матеріали і методи. Досліди проведені на мишах лінії C57BL, яким вводили внутрішньочеревно ЦФ (200 мг/кг) і через 2 години в/в клітини кісткового мозку (ККМ) (10^6) або МСКт (5×10^4) та ці клітини одночасно, але в різні ретроорбітальні синуси. Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитоніальних макрофагів, природну цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії.

Результати та обговорення. Всі типи трансплантованих клітин істотно впливають на регенерацію імунної та кровотворної систем. Клітини проявляють властиву їм дію, яка характеризується певним спектром змін в імунній та кровотворній системах. Характерною дією ККМ можна вважати позитивний вплив на регенерацію червоної крові. МСКт мають виражений позитивний вплив на поглинальну активність макрофагів, бактерицидність в НСТ-тесті, РБТЛ, природну цитотоксичність і формування АУК. Дія котрансплантації ККМ і МСКт складається ніби з чотирьох частин: стимуляції червоної крові (як при дії ККМ), пригнічення активності РБТЛ, нормалізації рівня антитілоутворення (як при дії МСКт) і стимуляції формування ГСТ, що є рисою, притаманною саме котрансплантації.

Висновки. Вплив котрансплантації ККМ і МСКт не є простою сумациєю дії клітин, а набуває особливостей, притаманних окремим клітинам, а також характеризується появою нових якостей і обумовлений, мабуть, розвитком складних кооперативних процесів у регенеруючому організмі. Сильний, часто вирішальний, вплив на активність клітин надає контактна взаємодія ККМ і МСКт.

РОЗВИТОК АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПОВТОРЮВАЛЬНИХ СТРЕСОВИХ СТИМУЛАХ

Нікольський І. С., Семенова Я.-М. О.

ДУ "Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України" (Україна)

Мета. Дослідити особливості дії помірних повторювальних стресових реакцій на імунну систему мишей.

Матеріали і методи. Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитонеальними макрофагами, природну цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії пофарбованих пропідія йодидом клітин.

Результати та обговорення. Для відтворення гострих стресових реакцій мишей витримували при $+5^\circ\text{C}$ протягом 15 хвилин. Для отримання повторювальних стресів гострий стрес відтворювали чотири рази щодобово. Вплив обох видів стресових реакцій в першу чергу проявлявся загальною токсичністю з суттєвим зниженням маси тіла. При обох видах стресових реакцій, зменшувались тимусні і селезінкові показники, причому значно вираженіше при гострому стресі; також в цьому разі спостерігалось значуще зменшення кількості лімфоцитів в S-фазі і виражена тромбоцитарна реакція. Таким чином, сумациї стресових сигналів при повторювальних стресах не відбувалось. Навпроти, зміни в імунній системі при гострому стресі були більшими, ніж при повторювальному. Тому виражені зміни в імунній системі, які відбуваються при одноразовому подразненні, не дозволяють їх віднести до наслідків вихідного режиму тренування; скоріше, це є реакція активації. Але випробуваний алгоритм відтворення повторювальних реакцій в цілому по ефекту можна прирівняти до режиму тренування з поступовим розвитком адаптаційних механізмів.

Висновки. Можна вважати, що подібно до класичної реакції тренування гострий холодний повторювальний стрес помірної сили або реакція активації може формувати процес адаптаційної перебудови організму.

ВІДМІНА ПОСТЦИКЛОФОСФАНОВОЇ КІСТКОВОМОЗКОВОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ ВІДТВОРЕННЯМ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ

**Нікольський І. С., Семенова Я.-М. О., Тарануха Л. І.,
Галицька С. М., Трубецька Н. А.**

ДУ "Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України" (Україна)

Вплив стресових реакцій на постциклофосфанову регенерацію і кістковомозкову мобілізацію потребує вивчення.

Мета. Дослідити особливості регенерації імунної системи з кістковомозковою мобілізацією при комбінованій дії циклофосфану (ЦФ) та відтворенні гострого або пролонгованого стресів.

Матеріали і методи. Досліди проводили на нелінійних мишах, яким вводили внутрішньочеревно ЦФ (200 мг/кг). Визначали показники крові, тимусу, селезінки, кісткового мозку, фагоцитоз перитонеальними макрофагами, цитотоксичну активність, антитілоутворення, реакцію гіперчутливості сповільненого типу. Клітинний цикл та апоптоз визначали методом проточної цитофлуориметрії пофарбованих пропідія йодидом клітин.

Результати та обговорення. Гострий холодовий стрес відтворювали на 7 день після введення ЦФ. Для отримання пролонгованого стресу у мишей, починаючи з 4 дня після введення ЦФ, відтворювали гострий стрес чотири рази з інтервалом у 24 години. На 12-й день після введення ЦФ відновлювалась клітинність кісткового мозку і разом з цим в периферичній крові спостерігався суттєвий лейкоцитоз (11480 ± 1220 проти 7610 ± 950 у контролі), гранулоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз і тромбоцитоз. При комбінації зі стресовими реакціями спостерігалась практично повна відміна мобілізації. При цьому, комбінація стресу і ЦФ призводила до більшого зменшення деяких показників імунної системи (антитілоутворення, клітинність тимусу та селезінки).

Висновки. Відтворення стресових реакцій в період початку відновлення кровотворення, призводить до відміни мобілізації клітин кісткового мозку.

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ НЕЙРАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ КОКУЛЬТИВУВАННІ З NEUROGEL™

**Рибачук О. А.^{1,2}, Медведєв В. В.^{1,4}, Нестеренко Д. Г.^{1,2}, Савицька Н. О.¹,
Лазаренко Ю. А.¹, Войтенко Н. В.¹, Цимбалюк В. І.^{3,4}**

¹*Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця НАН України (Україна)*

²*ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)*

³*ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України» (Україна)*

⁴*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)*

Мета. Дослідити фенотипи нейральних стовбурових клітин (НСК) при кокультивуванні з гідрогелем Neurogel™.

Матеріали і методи. У стерильних умовах з гіпокампа 17-денних плодів мишей лінії FVB-Cg-Tg(GFPU)5Nagy/J, трансгенних за GFP, виділяли НСК. Кокультивували НСК з гідрогелем протягом 10 діб. Для ідентифікації НСК та можливого їх диференціювання використовували імуноцитохімічне забарвлення антитілами до GFAP, olig-2; β -tubulin; Nestin та GFP. В подальшому обробляли сумішшю вторинних Alexa Fluor-555-, Alexa Fluor-488- та Alexa Fluor-647-кон'югованих антитіл. Аналіз імуноцитохімічного забарвлення культури НСК проводили за допомогою конфокального мікроскопа «OlympusFluoView FV1000».

Результати та обговорення. Після проведення імуноцитохімічного дослідження культури НСК при кокультивуванні з Neurogel™ було виявлено колокалізацію маркерів GFP/Nestin, GFP/ β -tubulin, GFP/GFAP, GFP/olig-2. Показано, що НСК в присутності даного гідрогелю диференціюються, як в нейронному, так і в гліальному напрямку. В контрольних зразках культури НСК спостерігали в основному недиференційовані клітини та незначну кількість нейронів.

Висновки. Отримані результати дослідження надають додаткову інформацію про можливе застосування імплантатів Neurogel™ сумісно з НСК для імплантації в пошкоджену ділянку спинного чи головного мозку з подальшим можливим забезпеченням умов для регенерації нервових клітин, проростанню нервових волокон та відновлення пошкодженого сегмента.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН – ПОХІДНИХ НЕРВОВОГО ГРЕБНЯ НА МОДЕЛІ ІШЕМІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГІПОКАМПА *INVITRO*

Рибачук О. А.^{1,2,3}, Васильєв Р. Г.^{2,3}, Нестеренко Д. Г.^{1,2}, Родніченко А. Є.^{2,3}, Савицька Н. О.¹, Лабунець І. Ф.², Новікова С. М.², Бутенко Г. М.²

¹Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця НАН України (Україна)

²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

³Біотехнологічна лабораторія *ilaya.regeneration*, Медична компанія *ilaya* (Україна)

Постнатальні мультипотентні стовбурові клітини – похідні нервового гребня (МСК-ПНГ) здатні до диференціації у нейрони та гліальні клітини, секретують ангиогенні та нейротрофічні фактори, внаслідок чого мають перспективи щодо використання для лікування захворювань нервової системи.

Мета. Дослідити терапевтичний потенціал МСК-ПНГ на моделі ішемічного пошкодження гіпокампів *invitro*.

Матеріали і методи. Виділення та культивування органотипових зрізів гіпокампамишей лінії FVB; моделювання ішемічного пошкодження – короткотривала киснево-глюкозна депривація (КГД, 10хв); виділення, культивування, фенотипування та трансплантація МСК-ПНГ, отриманих від мишей FVB-GFP; імуногістохімія та конфокальна мікроскопія.

Результати та обговорення. Отримані з регіону bulge волосяного фолікулу вібрисів МСК-ПНГ мали характерний імунофенотип (Sox10⁺nestin⁺CD44⁺CD73⁺CD90⁺CD117⁺CD271⁺Sca-1⁺CD45⁻), та здатність до мультилінійної диференціації. На 14-у добу після КГД в зрізах гіпокампів спостерігали загибель пірамідних нейронів зони CA1 гіпокампів (відносна кількість нейронів: контрольні зрізи (n=7) — 454,0±39,3; зрізи після КГД (n=7) — 197,1±22,2) та істотну активацію гліальних клітин. Трансплантація МСК-ПНГ призводила до зменшення рівня активації гліальних клітин та до збереження кількості нейронів зони CA1 (n=23, відносна кількість нейронів на 14-у добу — 468,1±19,2). Трансплантовані на органотипові зрізи гіпокампів МСК-ПНГ зберігали свою життєздатність протягом всього періоду кокультивування, розміщувалися в місцях структурного пошкодження тканини гіпокампів, проте не диференціювалися в жоден тип клітин, характерний для ЦНС.

Висновок. Результати дослідження свідчать про значний нейропротекторний ефект від трансплантації МСК-ПНГ, який може бути покладений в основу клітинної терапії ішемічних пошкоджень ЦНС. Проте для розробки та впровадження методів лікування з використанням МСК-ПНГ необхідним є проведення додаткових експериментів з вивчення механізмів їх терапевтичної дії.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КУЛЬТУРИ КЛІТИН НАДНИРНИКІВ У РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Сидоренко О. С., Божок Г. А., Легач Є. І.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України (Україна)

Численні типи клітин наднирників здатні секретувати цілий спектр біологічних речовин, що обумовлює можливість їх використання в якості трансплантату при лікуванні як гормональної надниркової недостатності, так і нейродегенеративних патологій.

Мета. Визначити наявність клітин з різним терапевтичним потенціалом в культурі клітин наднирників новонароджених свиней на різних етапах культивування.

Матеріали і методи. Клітини отримували ферментативним методом та культивували в стандартних умовах (37°C, 5% CO₂, середовище DMEM/F12 з 10% фетальної телячої сироватки). Рівень кортизолу визначали радіоімунологічним методом, активність Шв-гідроксистероїддегідрогенази (Шв-ГСД) – гістохімічним методом, забарвлення ВШ-тубуліну проводили імуноцитохімічним методом.

Результати та обговорення. На 2 добу культивування клітин вміст кортизолу в середовищі становив 8,3 нмоль/л, в подальшому він поступово підвищувався, сягаючи максимальних значень на 6 добу (28,3 нмоль/л). Надалі відбувалося зниження вмісту кортизолу до 3,4 нмоль/л на 14 добу культивування, що свідчить про зникнення гормоносекретуючих клітин з культури, або зниження їх активності. Ці результати було підтверджено при визначенні активності Шв-ГСД, що є ключовим ферментом стероїдогенезу. Відносна кількість Шв-ГСД+ клітин поступово знижувалася від 48% на момент отримання клітин до 1,8% на 18 добу культивування. Натомість, вже після 14 доби в культурі з'являлися клітини з нейроноподібною морфологією, які експресували ВШ-тубулін – один із маркерів клітин нейронального походження.

Висновки. На 6-7 добу культура клітин наднирників виявляє максимальну гормональну активність, а після 14 доби вона насичена нейроноподібними клітинами. Це спостереження може бути корисним при використанні культури клітин наднирників в терапевтичних цілях.

ВИКОРИСТАННЯ АГРЕГАТИВ НЕЙРАЛЬНИХ КЛІТИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ СПИННОГО МОЗКУ У ЩУРІВ

Сукач О. М., Лебединський О. С., Оченашко О. В., Петренко О. Ю.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України (Україна)

Мета. Вивчення впливу трансплантації кріоконсервованих нейральних клітин (НК) плодів щурів у складі агрегатів та суспензії поодиноких клітин на відновлення рухової активності задніх кінцівок щурів з експериментальним пошкодженням спинного мозку.

Матеріали та методи. НК виділяли ферментативно-механічним методом з тканин головного мозку плодів щурів 15-16 днів гестації. Багатоклітинні агрегати НК формували за умов короткострокового культивування. Кріоконсервування суспензій і агрегатів проводили під захистом 10% ДМСО. Після відігріву і видалення ДМСО НК у складі суспензій або агрегатів трансплантували щурам з моделлю травматичного пошкодження спинного мозку. Для фіксації трансплантованих НК у зоні пошкодження використовували альгінат.

Результати та обговорення. Отримані дані продемонстрували, що в агрегати об'єднуються життєздатні стовбурові/прогеніторні і слабодиференційовані НК, стійкі до дії пошкоджуючих факторів процедур виділення та кріоконсервування.

Проведені дослідження показали, що трансплантація агрегатів НК приводить до більш ефективного відновлення рухової активності кінцівок експериментальних тварин, а також зменшує інтенсивність формування гліального шраму в області пошкодження в порівнянні з трансплантацією суспензії поодиноких НК. Ці дані вказують на важливу роль клітинного мікрооточення для ефективного виживання і функціонування трансплантованих НК.

Висновки. Кріоконсервовані агрегати нейральних клітин володіють більш високим терапевтичним потенціалом при клітинній терапії травм спинного мозку щурів у порівнянні з кріоконсервованою суспензією поодиноких нейральних клітин, покращуючи структуру формованого гліального шраму і достовірно збільшуючи швидкість відновлення рухливості задніх кінцівок через 180 діб.

ТЕХНОЛОГІЇ РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

Васильєв Р. Г.^{1,2}, Оксимець В. М.², Родніченко А. Є.^{1,2}, Губар О. С.²,

Злацька А. В.^{1,2}, Оксимець В. В.², Зубов Д. О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

²Медична компанія ilaya® (Україна)

Сучасної альтернативою загальноприйнятому хірургічному лікуванню дефектів кістки є методи регенеративної медицини. Вони полягають в розробці та виробництві тримірних тканинно-інженерних еквівалентів кістки (3D ТІЕК).

Мета. Дослідити можливість відновлення кісткової тканини за допомогою 3D ТІЕК.

Матеріали та методи. Для виготовлення 3D ТІЕК використовували ОПМ у вигляді оброблених без клітинних кісткових блоків та чіпсів. ОПМ засівали аутологічними культивованими ММСК з кісткового мозку (ММСК-КМ), остеопрогеніторними клітинами періосту (ОПКП) та ендотеліальними прогеніторними клітинами з периферичної крові (ЕПК-ПК). Дефекти кістки до 3 см відновлювали шляхом трансплантації 3D ТІЕК, що містив ММСК-КМ; до 7 см ММСК-КМ та ЕПК-ПК у співвідношенні 3:1; більше 7 см - ММСК-КМ, ЕПК-ПК та ОПКП у співвідношенні 3:1:1. Перше рентгенологічне дослідження здійснювали через 1,5 місяця після трансплантації 3D ТІЕК, наступні – кожні три місяці протягом року. У окремих випадках при демонтажі фіксуючих конструкцій була забрана біопсія з ділянки 3D ТІЕК (3-6 місяців після трансплантації) та проведено її патоморфологічний аналіз.

Результати та обговорення. З використанням 3D ТІЕК було проліковано 25 постраждалих (28 дефектів кістки) з осколковими та кульовими переломами, котрі тривали протягом 4-10 місяців та не були відновлені за допомогою загальноприйнятих методів. Формування нової молодшої кісткової тканини в ділянці трансплантації 3D ТІЕК рентгенологічно спостерігалось через три місяці, а повне відновлення – через 6-9 місяців. Дані патоморфологічного аналізу виявили активне протікання процесів ре моделювання 3D ТІЕК: проростання кровоносних судин, формування остеїду з подальшою його заміною зрілою кістковою тканиною.

Висновки. Розробка та впровадження технології трансплантації 3D ТІЕК дозволила відновити остеорепаративні процеси в рані та цілісність кістки, а також значно знизити реабілітаційний період постраждалих з бойовою комбінованою травмою кінцівок.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН-ПОХІДНИХ НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ УШКОДЖЕНОГО ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА

Васильєв Р. Г.^{1,3}, Демидчук А. С.^{1,2}, Родніченко А. Є.^{1,3}, Шамало С. М.²,
Лабунець І. Ф.¹, Чайковський Ю. Б.^{1,2}, Бутенко Г. М.¹

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

²Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця (Україна)

³Біотехнологічна лабораторія *ilaya.regeneration*, Медична компанія *ilaya* (Україна)

Мета. Дослідити вплив трансплантації постнатальних мультипотентних стовбурових клітин-похідних нервового гребеня (МСК-ПНГ) на репаративну регенерацію сидничого нерва.

Матеріали і методи. Ушкодження сидничого нерва (перетин) моделювали на мишах лінії FVB віком 4-6 міс; культуру МСК-ПНГ отримували із регіону bulge волосяного фолікула вібрис мишей лінії FVB, трансгенних за GFP; трансплантація МСК-ПНГ у фібриновому гелі; гістоморфометричне дослідження імпрегнованих азотнокислим сріблом препаратів нерва. Групи мишей: псевдооперовані; травма нерва; травма і трансплантація МСК-ПНГ.

Результати та обговорення. Після трансплантації клітин у місце травми спостерігається посилення репаративної регенерації ушкодженого нерва. Підвищується новоутворення кровоносних судин і відновлюється ендоневрій. Загальна кількість нервових волокон у дистальному відрізку ушкодженого нерва у мишей після трансплантації МСК-ПНГ вище ($10522,8 \pm 1044,00/\text{мм}^2$, $p < 0,05$), ніж у мишей тільки з травмою нерва ($8409,5 \pm 739,50/\text{мм}^2$), та майже не відрізняється від псевдооперованих тварин ($11024 \pm 628,1/\text{мм}^2$, $p > 0,05$). Позитивні результати морфометричного дослідження у тварин із трансплантацією МСК-ПНГ підтвердились у поведінкових тестах. Стимулюючий вплив трансплантованих МСК-ПНГ можливо пов'язаний із їх диференціюванням у шванноцити або секрецією трофічних факторів.

Висновки. Трансплантація МСК-ПНГ стимулює процеси репаративної регенерації ушкодженого сидничого нерва і може бути перспективним методом щодо клінічного застосування.

КЛІТИННІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОМБУСТИОЛОГІЇ

Васильєв Р. Г.^{1,2}, Родніченко А. Є.^{1,2}, Губар О. С.², Злацька А. В.^{1,2}, Жернов А. А.³,
Коваленко О. М.⁴, Козинець Г. П.⁴, Зубов Д. О.^{1,2}

¹ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України» (Україна)

²Біотехнологічна лабораторія *ilayaregeneration*, Медична компанія *ilaya*® (Україна)

³Київська міська клінічна лікарня №2 (Україна)

⁴Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Україна)

Нами розроблено варіант інноваційного біомедичного продукту – живого дермального еквіваленту (ДЕ), котрий заснований на культивованих, алогенних, мультипотентних, мезенхімальних, стромальних клітинах з жирової тканини (ММСК-ЖТ) і тривимірному носії (фібриновому гідрогелі). ДЕ призначений для стимуляції загоєння пошкоджень шкіри. На даний час зареєстровані і проводяться клінічні випробування з використання даного біомедичного продукту в лікуванні опіків і їх наслідків. У межах клінічних випробувань ДЕ був використаний в комплексному лікуванні опіків у 10 постраждалих в зоні АТО.

Мета. Оцінити ефективність використання ДЕ у комплексному лікуванні обпечених хворих.

Матеріали та методи. Для виготовлення ДЕ використовували фібриновий гідрогель, засіяний культивованими алогенними ММСК-ЖТ із розрахунку 10^6 клітин/мл. Клітини культивували в низькокисневих умовах (5% O_2 , 5% CO_2) та насичуючій вологості 97%. Культури відповідали мінімальним критеріям ММСК (CD90+CD73+CD105+CD34-CD45-) та були здатні до диференціювання в остео- та адипогенному напрямках. ДЕ застосовували в групі обпечених хворих віком 18-65 років з загальною площею опіку III ст. в першій фазі раневого процесу 20-70%. ДЕ аплікували зверху розщепленого аутолоскуту з перфорацією 1:4 після попередньої підготовки рани та видалення ксенографту або після некретомії. Площа закриття опікової рани за етап з використанням ДЕ не перевищувала 6%.

Результати та обговорення. За період 2015-2016 рр. на базі Київської міської клінічної лікарні №2 було проліковано 10 пацієнтів з використанням ДЕ. На 10-11 добу спостерігали повне

приживлення аутолоскуту шкіри, що супроводжувалося повною реепітелізацією перфорацій графту в обох варіантах підготовки рани до пластики.

Висновки. Застосування ДЕ підвищує ефективність приживлення трансплантованого розщепленого перфорованого аутолоскуту в обпечених хворих.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИХОВАНИХ ФОРМ СИФІЛІСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Бондаренко Г. М., Нікітенко І. М., Кутова В. В., Мужичук В. В., Щербакова Ю. В., Безрученко О. А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН» (Україна)

Збільшення кількості прихованих форм сифілісу за останнє десятиріччя потребує вивчення клініко-епідеміологічних особливостей прихованого сифілісу для подальшого впровадження нових адекватних протиепідемічних заходів.

Мета дослідження: вивчити клініко-епідеміологічні особливості прихованого сифілісу в сучасних умовах.

Матеріали і методи. В основну групу дослідження було включено 43 пацієнта з прихованими формами сифілісу, віком від 22 до 74 років. Всім хворим проводилося: реакцію мікропреципітації, реакцію прямої гемаглютинації, реакцію імунофлюоресценції та імуноферментний аналіз.

Отримані результати. Група складалася з 13 чоловіків і 30 жінок. Середній вік чоловіків – 37,1 рік, жінок – 39,7 років. По соціальному походженню пацієнти розподілялися: працюючих пацієнтів 88,3 % (38 чоловік), не працювали 11,6 % пацієнтів (5 пацієнтів). Серед хворих, що перебували в шлюбі було 62,8 % пацієнтів. Причому більшість склали жінки 70,0 %. На долю хворих, що не перебувають в шлюбі доводиться досить високий відсоток - 37,1 % (чоловіків – 53,7 %, жінки – 26,9 %). Серед осіб, що мешкають поза браком, розлучених, овдовілих більшість складають чоловіки. Серед овдовілих пацієнтів виявлені тільки жінки – 2,3 %. Практично усі хворі були виявлені в медичних установах різного профілю (у соматичних стаціонарах, при васерманізації вагітних в жіночих консультаціях, при проведенні профілактичних медоглядів). Серед соматичних захворювань, великий відсоток складають хвороби серцево-судинної системи та центральної нервової системи, що характерно для тривалого перебування блідої трепонеми в організмі.

Висновки. Таким чином, хворі на прихований сифіліс потребують обов'язкового консультування у суміжних спеціалістів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОСТРЕНЬ АКНЕ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМУВАЛИ РІЗНІ ВИДИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Бронова І. М.

Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

Мета дослідження: вивчити особливості загострень акне у пацієнтів, що отримували різні види патогенетичної терапії.

Матеріали та методи. В групу дослідження увійшли 30 пацієнтів, страдаючих на акне середнього і важкого ступеню важкості, що мали значне поліпшення після проведеної терапії.

Пацієнти були поділені на три групи : перша група (10 пацієнтів) отримувала системно антибіотики та зовнішню терапію; друга група (10 пацієнтів) – отримувала системно і антибіотики і ретиноїди в поєднанні з зовнішньою терапією; третя група (10 пацієнтів) отримувала системно ретиноїди та емоменти зовнішньо.

Оцінювалися строки від виникнення стійкої ремісії та до початку загострення, а також їх кількість в кожній групі.

Результати дослідження. Отримані результати дозволили встановити, що загострення акне мало місце у всіх трьох групах дослідження..

В першій групі було зафіксовано загострення дерматозу у всіх хворих: його наступ відмічався по різним даним у строки від 1 до 4 місяців.

У другій та третій групі загострення були відсутні 5 - 12 місяців.

Звертає на себе увагу в ході дослідження факт сезонності, який мав місце в другій та третій групі. Більшість пацієнтів у цих групах в період загострення звертались за допомогою частіше в холодну пору року (кінець осені, початок зими). Й той же фактор сезонності не мав актуальності при виникненні загострень акне в першій групі, так як воно виникало у пацієнтів і в інші сезони (3 пацієнта холодна пора року, 7 пацієнтів теплі місяці).

Висновки. Отримані результати звертають увагу на важливість оптимального об'єму патогенетичної терапії, який має вплив одночасно на різні ланки патогенезу акне, що в свою чергу, є основною умовою подовження періоду клінічної ремісії.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ЦЕНОЗІВ КИШЕЧНИКА ТА ШКІРИ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

Кутасевич Я. Ф., Маштакова І. О., Джорасва С. К., Мангушева В. Ю.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета: Вивчити зміни у біоті кишечника та шкіри у хворих на алергодерматози як інформативних маркерів неспецифічної резистентності.

Матеріали та методи: бактеріологічне обстеження кишечника та шкіри 20 пацієнтів з алергодерматозами.

Результати дослідження. Встановлено порушення мікробіоценозу кишечника в усіх хворих: дисбактеріоз І ступеня було виявлено у 10,6 %, II – у 52,6 %, III – у 36,8 %. Найчастіше виявлялося зниження біфідобактерій та лактобактерій – у 31,6 % та 10,5 % відповідно, вміст у кишечнику нормальної кишкової палички – у 15,8 %. У 84,2 % хворих було виявлено зростання кількості умовно-патогенних бактерій (*H. alvei*, *K. pneumoniae*, *Proteus* spp., *E. aerogenes*), на тлі цих змін у якісному складі: у 31,6 % обстежених виявлялась кишкова паличка з гемолітичними властивостями, частота виявлення грибів роду *Candida* і *S. aureus* – 73,7 % та 10,5 % обстежених. При дослідженні шкіри у 25,0 % хворих було виявлено *S. aureus*; встановлено високу чутливість даних штамів до ванкоміцину (100 %), гентаміцину, фузидіну (по 90,5 %), ципрофлоксацину (85,7 %), азитроміцину (66,7 %); середню – до доксицикліну, левоміцетину та лінкоміцину (38,1 %, 42,8 % та 57,1 % відповідно); та високу резистентність до пеніциліну (80,9 %). Питома вага MRSA за результатами визначення резистентності до оксацилінускладала 42,8 %.

Висновки. Порушення колонізаційної резистентності кишечника та шкіри, пов'язане зі зміною складу постійної мікрофлори, сприяє колонізації патогенними та умовно-патогенними бактеріями, що проводить до формування дисбіозу та обтяженню перебігу алергодерматозу. Отримані результати є показником неспецифічної резистентності організму при дії ендо- та екзогенних факторів.

ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВЕНЕРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Джорасва С. К., Гончаренко В. В., Щоголєва О. В., Усік І. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета. Провести порівняльний аналіз виявлення збудників хламідіозів та маркерів хламідійної інфекції серед хворих з різними видами патології.

Матеріали і методи. У рамках виконання наукової тематики загальна кількість обстежених у 2014 році склала 152, у 2015 році – 180. За нозологічними формами виділено: уретрити та уретропростатити – 155, ендocerвіцити – 116, безпліддя – 28, суглобова патологія – 33. Діагностика хламідійної інфекції здійснювалась за методом прямої імунофлюоресценції (ПІФ) на діагностичних наборах «РекомбіСлайдХламідія» (Росія), антитіла до *C. trachomatis* виявляли у імуноферментному аналізі (ІФА) з використанням вітчизняних наборів.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних демонструє достатньо високу розповсюдженість хламідіозу серед людей репродуктивного віку. Слід відзначити зменшення відсотків виявлення хламідій серед хворих з уретритами ($38,4 \pm 5,2\%$ проти $59,2 \pm 7,3\%$ рік тому). Серед жінок з ендocerвіцитами відсоток виявлення був порівняно спільномірним: $21,7 \pm 6,1\%$ у минулому році проти $16,4 \pm 4,9\%$ у нинішньому. При інших нозологіях виявлено достатньо високі проценти, але внаслідок малої кількості обстежених результати статистично невірогідні. Таким чином, за методом ПІФ хламідії виявлено у $33,3 \pm 3,7\%$ проти $42,9 \pm 4,4\%$ у минулому році. За результатами ІФА імуноглобуліни класу G були знайдені у $33,9 \pm 4,3\%$ усіх обстежених проти $38,5 \pm 6,0\%$ у минулому році, лише у групі обстежених чоловіків з уретритами, спостерігалось невелике зменшення відсотку виявлення антитіл.

Висновки. Таким чином, продемонстровано зменшення виявлення хламідійної інфекції у порівнянні з минулим роком, що відповідає світовій тенденції. Але у зв'язку з тим, що відсоток виявлення збудника у первинних хворих залишається на рівні $33,3 \pm 3,7\%$, актуальність даної інфекції не викликає сумніву.

ДЕЯКІ ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВИЯВЛЕННЮ СИФІЛІСУ

Волкославська В. М., Гутнев О. Л.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета: удосконалення надання дерматовенерологічної допомоги хворим в закладах різного рівня на сучасному етапі.

Методи дослідження. Статистичні, епідеміологічні.

Результати та обговорення. В останні роки в Україні відмічається помірне зниження захворюваності сифілісом але спостерігається збільшення пізніх (A52), інших та неуточнених форм сифілісу (A53). За отриманими даними до дерматовенеролога самостійно звернулось по медичну допомогу в Чернівецькій області 46,4 % хворих, в Рівненській – 20,6 %, в Харківській – 17,1 %, в Тернопільській – 16,0 % хворих на сифіліс. Цей показник свідчить про рівень обізнаності населення про інфекції, що передаються статевим шляхом. Важливу роль в виявленні сифілісу відіграють скринінгові серологічні обстеження соматичних хворих. Так, за даними 2013 р. відсоток виявлених хворих на сифіліс при цьому в соматичних стаціонарах був в Рівненській області – 42,0 %, в Харківській – 37,5 %, в Тернопільській – 34,5 % та в Чернівецькій – 18,3 %. При обстеженні на сифіліс вагітних було виявлено в Рівненській області 18,6 % хворих, в Чернівецькій – 3,9 % та в Тернопільській і Харківській – 3,7 % відповідно. Покращання потребує протиепідемічна робота у вогнищах захворювання.

Висновки. Необхідно налагоджувати міждисциплінарні зв'язки з метою покращання реєстрації сифілісу. Своєчасно отримувати інформацію про хворих на сифіліс з приватних медичних закладів. Забезпечення високої якості санітарної освіти з використання засобів масової інформації.

ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ЛІПОСОМАЛЬНОГО АМФОТЕРИЦИНУ

Іванова Н. М., Олійник І. О.

ДУ "Інститут дерматології і венерології НАМН України" (Україна)

Тривале застосування високих терапевтичних доз антимікотиків та антибіотиків впливає на організм через токсичність речовин, що застосовуються, наприклад, Амфотерицину В.

Мета дослідження: розробка одержання ліпосомального оамфотерицину на основі використання природних ліпідів, визначення його мінімальноінгібуючої концентрації, порівняння з розчином Амфотерицину В.

Матеріали та методи.

Одержання ліпосом: ліпосоми одержували методом випарювання ліпідів на вакуумному ротаційному випарювачі з наступним суспендуванням у розчині Амфотерицину В та озвучуванням на диспергаторі УЗДН-А. Озвучування ліпосом проводили при охолодженні до 2-4 С.

Визначення розміру ліпосом: розмір ліпосом визначали методом турбодиметрії по виміру оптичної щільності досліджуваної ліпідної суспензії в діапазоні хвиль 450 - 700 нм.

Визначення мінімально інгібуючої концентрації Амфотерицину В проводили мікротітраційним способом.

Результати та їх обговорення. При одержанні ліпосомальної форми Амфотерицину був використаний яєчний лецитин, тому що лецитин підвищує пластичність мембран кліток.

У результаті визначення мінімально інгібуючої концентрації було встановлено, що ліпосомальний Амфотерицин В був більш ефективний у відношенні планктонних грибів *Candida albicans*, чим субстрат Амфотерицину В. Мінімально інгібуюча концентрація Амфотерицину В вліпосомальній формі зменшувалася у 8 разів в порівнянні з розчином Амфотерицину В. С погляду на його токсичність, зменшення його терапевтичної дози є актуальним.

Висновки. Отримані дані показують, що використання ліпосомальних антимікотиків є більш ефективним щодо грибів і свідчать про можливість їхнього використання в лікуванні шкірних форм дерматомікозів.

КЛІНІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Мавров Г. І., Іващенко Л. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета : вивчення клініки і епідеміології у хворих на уrogenітальний хламідіоз.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 148 хворих на уrogenітальний хламідіоз (88 - жінки (59,5%), 60 - чоловіки (40,5%) у віці від 18 до 54 років.

Результати та їх обговорення. Серед хворих на УГХ домінував віковий період 25–35 років, до

складу якого входило 65 (43,9 %) пацієнтів, у віці 18–24 років – 34 (23,0 %), 36–42 роки – 32 (21,6 %), 43–54 роки – 17 (11,5 %). Підгрупа хворих з торпідним перебігом складала 95 (64,2 %) осіб, з асимптомним перебігом – 39 (26,4 %), і підгострим – 14 (9,5 %). Більшість були соціально-адаптованими – мали постійну роботу або навчання 138 [(93,2±2,1) %], були одружені 86 [(58,1±4,1) %]. На випадковий незахищений статевий контакт указувало 89 (60,1 %) осіб, а 73 (49,3 %) пацієнти мали венеричні захворювання в минулому. Частіше хворі мали скарги на болі внизу живота, а також на наявність виділень і дизуричні прояви, ендоцервіцити, сальпінгофорити, ерозія шийки матки в жінок. У чоловіків спостерігався простатит, уретрит, епідидиміт. Було виявлено змішану інфекцію у 129 [(87,2±2,7) %]: трихомонаду – 73 [(49,3±4,1) %], уреаплазмозу – 41 [(27,7±3,7) %], поєднання трьох збудників: хламідії + уреаплазми + трихомонади – виявлялося у 12 [(8,1±2,2) %] обстежених, умовно-патогенну флору (*Staphylococcus* (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *S. warneri*), *Enterococcus* spp., *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *P. mirabilis* + *vulgaris*)) – відзначалася у 15 [(10,1±2,5) %]. Хламідійна моноінфекція складала 19 [(12,8±2,7) %] випадків.

Висновки. З проведеного клініко-епідеміологічного аналізу пацієнтів видно, що спектр проявів захворювання був досить широким і розрізнявся у жінок і чоловіків, а також мав більш розповсюджений характер інфікування у цілком благополучних осіб.

СЕРОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СИФІЛІСА: СУЧАСНИЙ КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД

Кутова В. В., Білоконь О. М., Нікітенко І. М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України» (Україна)

Наказом Міністерства охорони здоров'я України №997 від 22.11.2014 Про затвердження Методичних рекомендацій «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу» в лабораторну практику був введений новий серологічний комплекс. Комплекс який використовувався в нашій країні декілька десятиліть для серодіагностики сифілісу реакція зв'язування комплекменту з кардіоліпіновим (РЗКк) та трепонемним антигеном (РЗКт) повинна бути виведена з практичного використання.

Мета дослідження: порівняльна оцінка серологічних методів діагностики при постановці діагнозу сифілісу.

Матеріали та методи. В дослідженні використані серологічні методи: реакція мікропреципітації РМП, реакція швидких плазмових реагів РПР(RPR), РЗКк, РЗКт, імунохроматографічний метод ІХГ, реакція пасивної гемаглютинації РПГА, реакція імунофлуоресценції РІФ-абс, РІФ-200, імуноферментний метод ІФА, сироватка крові від хворих.

Результати дослідження. Згідно вищезазначеного Наказу, для скринінгових обстежень населення на сифіліс слід використовувати РМП або її модифікацію РПР(RPR), замість РЗКк.

При дослідженні 284 сироватки крові від хворих з різними формами сифілісу, отримані порівняльні результати постановки ІХГ, РПГА, ІФА, РІФ-абс, РІФ-200 в поєднанні з РМП або РПР(RPR) та з РЗКк, РЗКт. Встановлено, що незаперечною перевагою є співвикористання ІФА або РПГА або ІХГ або РІФ-абс, РІФ-200 з РМП або РПР(RPR) як варіант адекватної заміни загальноприйнятого КСР (РЗКк, РЗКт).

Висновки. Закладені в такому поєднанні використання серологічних та імунологічних методів дослідження дає можливість отримання водночас і скринінгу, і підтвердження діагнозу, а також напівкількісного аналізу антитіл, що особливо важливо при контролі за ефективністю терапії.

МІКОЗИ ТА ОНІХОМІКОЗИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

П'ятикоп І. О., Мангушева В. Ю., Матюшенко В. П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета дослідження : вивчити клінічні особливості мікозів і оніхомікозів у хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Обстежено 58 хворих з діагнозом мікоз стоп і оніхомікоз, віком від 39 до 68 років. Серед досліджуваних хворих жінки склали 57,8%, чоловіки – 42,2%. Пацієнти були розподілені на 2 групи - основну і групу порівняння.

Результати та їх обговорення. До основної групи увійшли 29 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості, мікозом стоп і оніхомікозами. Мікоз стоп частіше проявлявся у вигляді інтертригінозної форми у 21 (72%) пацієнта в поєднанні з тотальним і субтотальним ураженням нігтьових пластинок – 18 (62%) обстежуваних. У 11 (38%) пацієнтів цієї

групи грибкове ураження шкіри поєднувалося з екзематозним процесом, ускладненим вторинною інфекцією.

У 7 (24%) пацієнтів виявили прояви кандидозної інфекції з локалізацією у великих складках шкіри, міжпальцевих складках кистей.

Групу порівняння склали 29 хворих на мікоз стоп з оніхомікозом, але були відсутні ознаки хронічної венозної недостатності. У хворих даної групи переважала сквамозна форма грибкового ураження – 15 (51%), часто в поєднанні з дистально-латеральною формою оніхомікозу – у 14 (48%) осіб. Ускладнення вторинною інфекцією і екзематизацією відзначалося у 5 (17%) пацієнтів.

Висновки. Серед клінічних форм мікозів стоп у осіб, які страждають на хронічну венозну недостатність, переважала інтертригіозна форма, яка зустрічалася у 72% обстежуваних. Більш ніж у половини (62% пацієнтів) визначалося тотальне ураження нігтьових пластин, включаючи зону росту. Ускладнення вторинною інфекцією і екзематизацією виявлялося у 38% обстежуваних. Хронічна венозна недостатність ускладнює перебіг мікотичної інфекції.

ОЦІНКА СТАНУ СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ КРОВІ У ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ФОРМИ ПСОРІАЗУ

**Кондакова Г. К., Олійник І. О., Маштакова І. О., Гаврилюк О. А.,
Левченко О. О., Семко Г. О.**

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета: оцінити деякі показники згортальної системи крові хворих на псоріаз із різним ступенем тяжкості захворювання.

Матеріали і методи. Обстежено 99 хворих на псоріаз та 20 здорових осіб. ІА група – хворі на артропатичний псоріаз із вираженими шкірними проявами, ІБ група – хворі на артропатичний псоріаз з мінімальними шкірними проявами, ІВ група – хворі з поширеним тяжким ураженням шкіри, але без ураження кістково-суглобового апарату, ІІ група – хворі на вульгарний псоріаз. Проводилося визначення фібриногену – ваговим методом [48], активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ), розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК), протромбінового індексу – за стандартними уніфікованими методиками (набори „Технологія-Стандарт”).

Результати та обговорення. Відмічено підвищений протромбіновий індекс у всіх групах хворих, який коливався залежно від тяжкості захворювання: при тяжких формах псоріазу РФМК був підвищений на 16,5 %, а у хворих на звичайний псоріаз – на 6 %. Рівень фібриногену у хворих ІА групи був підвищений на 48,87 %, ІБ групи – на 28,3 %, ІВ групи – на 25,72 %, ІІ групи – на рівні контрольних значень. У всіх хворих на псоріаз спостерігалася недостовірне скорочення АЧТЧ.

Висновки: при загостренні псоріазу відмічається розвиток дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, як відповіді на системне імунне запалення. Цей процес значно залежить від ступеня тяжкості захворювання. При більш тяжких та виражених проявах псоріазу спостерігалася внутрішньосудинна активація прокоагулянтної ланки системи гемостазу, про що свідчить надлишкове утворення РФМК.

ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ, ЩО ПОКРАЩУЄ СТРУКТУРУ НІГТЬОВОЇ ПЛАСТИНКИ ТА ПРИСКОРЮЄ ЇЇ ВІДРОСТАННЯ

Олійник І. О., П'ятикоп І. О., Матюшенко В. П., Попова Р. К., Чеховська Г. С.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета: підвищення ефективності лікування хворих на оніхомікози за рахунок використання системних антимікотиків і препарату «Волвіт», що поліпшує структуру нігтьової пластинки і прискорює її відростання.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 40 пацієнтів з оніхомікозами кистей і стоп віком від 34 до 75 років. Пацієнти були розподілені на дві групи. Основну групу склали 30 осіб, що отримували комплексне лікування, яке включало системний антимікотик і препарат «Волвіт». Препарат «Волвіт» застосовувався по 5 мг 1 раз на добу перед їжею протягом всього курсу лікування системним антимікотиком. У контрольну групу увійшли 10 осіб, які отримували терапію системним антимікотиком.

Результати та обговорення. Після 16 тижнів спостереження у контрольній групі показник приросту відростання нігтьових пластин склав $0,42 \pm 0,03$ см, а в основній групі – $0,98 \pm 0,03$ см, тобто був більшим у 2,3 разу. Клінічна ремісія та елімінація грибів у хворих основної групи відзначена у більшості пацієнтів на 12-му тижні – 19 осіб (63,3%) і на 10-му тижні – 9 осіб (30,0 %). У хворих контрольної групи клінічна ремісія та елімінація грибів спостерігалася у 50 % хворих на 12-

й і 16-й тиждень. Прискорення процесу відростання здорового нігтя відбувається за рахунок участі біотину у створенні кератину і його стимуляції синтезу колагену, тому що він є джерелом сірки, а також транспортує її в шкіру та її придатки, і таким чином позитивно впливає на структуру нігтів, що забезпечує скорочення термінів настання ремісії.

Висновки: розроблений комплекс дозволяє: у більш короткі терміни домогтися клінічної ремісії з елімінацією збудника; поліпшити структуру нігтьових пластин та значно прискорити швидкість її відростання.

ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ, ЩО АСОЦІЙОВАНІ З ПАРАЗИТАРНИМИ ІНВАЗІЯМИ

Солошенко Е. М., Ярмак Т. П., Шевченко З. М., Стулій О. М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ» (Україна)

В останні роки з'явилися публікації, в яких розглядаються паразитарні інвазії як чинники, завдяки яким провокується і підтримується хронічний перебіг дерматозів.

Мета. Виявлення

антитіл до паразитарних інвазій у хворих на поширені дерматози. **Матеріали і методи.** Під наглядом знаходилось 83 хворих на поширені дерматози у віці від 3 до 75 років. Контрольну групу складали 39 практично здорових осіб. Антитіла до антигенів гельмінтів опісторхису, ехінококку, токсокари, трихинели виявляли за допомогою ІФА «Гельмінти-Ат-МБА» Тов. «МедБіоАльянс» Україна; антитіла до аскарид – «VitrotestAnti-Ascarislumbricoides» ТОВ «ІВК» Рамінтек» Україна; антитіла до лямблій – «VitrotestAnti –LambliаGiardia» ТОВ «ІВК» Рамінтек» Україна.

Результати та обговорення. Аналіз проведених досліджень свідчив, що антитіла до паразитарного комплексу виявлено у 49 (59,0%) хворих, при цьому до аскарид - у 24 хворих (28,9 %), до лямблій – у 11 хворих (13,25 %), до токсокар і ехінококів по 8 хворих (9,6 %), до опісторхису – у 6 хворих (7,2 %), до трихинел - у 2 хворих (2,4 %). До 1 гельмінту антитіла зареєстровані у 42 (50,6 %) хворих, до 2 і більше гельмінтів – у 7 (8,4 %) хворих. Найчастіше антитіла до гельмінтів виявлялись у хворих на екзему – у 14 (16,9 %), кропивницю – у 11 (13,3 %), вугреву хворобу – у 10 (12,0%), алергічний дерматит – у 10 (12,0%). **Висновки.** Часте виявлення антитіл до паразитарного комплексу (59,0%) у хворих на поширені дерматози, зокрема у хворих на екзему (16,9 %), кропивницю (13,3 %), вугреву хворобу та алергічний дерматит (12,0%), свідчить про необхідність обов'язкового обстеження на паразитарні інвазії усіх хворих на поширені дерматози, проведення консультації паразитолога з подальшим призначенням відповідних терапевтичних та профілактичних заходів.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АТИПОВИХ ФОРМ МІКОЗІВ ШКІРИ

Кутасевич Я. Ф., Стулій О. М., Частій Т. В., Матюшенко В. П.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Мета: вивчити особливості діагностики атипових форм мікозів шкіри.

Матеріали і методи. Обстежено 23 хворих, віком від 22 до 76 років (чоловіків – 10, середній вік – $54,2 \pm 3,4$ року; жінок – 13, середній вік – $56,2 \pm 3,2$ роки) з давністю захворювання понад 8 років. 2,6 % хворих мали атипові форми, які у минулому отримували лікування з приводу кератодермії, атопічного дерматиту, епідермодерміту. Для підвищення чутливості ПЛР діагностики з пангрибковимипраймерами було застосовано метод гніздної («nested») ампліфікації, з використанням другого туру ампліфікації за допомогою праймерів ITS 3 та ITS 4.

Результати та обговорення. При мікроскопічному дослідженні з осередків ураження шкіри у хворих з атиповою формою захворювання міцелій не був виявлений. Визначення збудника, встановлення видової приналежності досягнуто лише при полімеразній ланцюговій реакції з використанням пангрибковихпраймерів. У результаті такої ампліфікації після першого туру було виявлено амплікон розміром приблизно 600 н.п., після другого туру ампліфікації – амплікон розміром приблизно 300 н.п. При проведенні гніздноїампліфікації з пангрибковимипраймерами у 3 хворих було виявлено ДНК грибів саме після другого туру ампліфікації, що дає можливість використовувати даний метод особливо в тих випадках, коли після першого туру виявляється негативний результат. ДНК T. rubrum було визначено у 2 хворих з підозрою на оніхомікоз.

Висновки: застосування методу полімеразної ланцюгової реакції з використанням пангрибковихпраймерів дозволяє вірно поставити діагноз в атипових випадках мікозів шкіри, у тому числі при неодноразових негативних мікроскопічних результатах дослідження. Своєчасна діагностика забезпечує правильні лікувально-профілактичні заходи, запобігає поширеності захворювання.

СТАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНОГО РІВНЯ

Волкославська В. М., Гутнев О. Л.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (Україна)

Метою роботи було: удосконалення надання дерматовенерологічної допомоги хворим в закладах різного рівня на сучасному етапі та розробка нових якісних та кількісних показників спеціалізованої допомоги.

Методи дослідження: статистичні, епідеміологічні, анкетування.

За період реформи в охороні здоров'я в Україні за 2008-2014 роки зменшилась кількість диспансерів на 29,6 %, кабінетів на 19,8 %, кількість ліжок зменшилась в 1,8 разу. На I рівні надання медичної допомоги населенню, по даним областей, виявляється від 6,7 % до 19,0 % хворих на шкірно-венерологічні захворювання. Сучасний рівень дерматовенерологічної практики сімейного лікаря дещо зріс, але делегування функцій дерматовенеролога на рівень лікаря загальної практики є передчасним і загрожує поширенням шкірних хвороб. Розглянута діяльність Комунальних закладів III рівня – Рівненської, Тернопільської, Харківської та Чернівецької областей, що показала достатню доступність надання спеціалізованої медичної допомоги населенню, її сучасний рівень, активну роботу кабінетів довіри, анонімного обстеження, лікування; патронажних центрів та роботу з неурядовими організаціями. Проведено огляд показників діяльності шкірновенерологічних закладів, що існують останні роки. Запропоновано доповнити показники новими, які характеризують участь сімейних лікарів у виявленні дерматовенерологічних хвороб. Аналіз соціального статусу дерматовенерологічних хворих, що лікуються в стаціонарах шкірно-венерологічного профілю, показав, що значна доля пацієнтів (60-70%) потребує соціального захисту держави.

Висновки. Переддерматовенерологічною службою поставила задача забезпечити належний рівень надання медичної допомоги у нових умовах меншими силами та потреба в залученні сімейних лікарів. Потребують впровадження нові якісні показники.

ОЦІНКА РЕМОДЕЛЮВАННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ, МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Глазовська І. І., Кравчук Е. Ю., Корсак І. С., Москаленко Н. Ю., Олієвська С. К.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України» (Україна)

Мета. Визначити структурні та функціональні особливості церебральної та кардіальної гемодинаміки, стану ендотеліальної функції у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2). Середній вік – 54 ± 14 років. Контрольну групу (КГ) склали 15 осіб відповідного віку 51 ± 11 років без порушення вуглеводного обміну. Структурний стан магістральних артерій голови оцінювався за допомогою ультразвукового дуплексного сканування з використанням лінійного датчика 11-7 МГц за стандартною методикою. Визначалася товщина комплексу інтима-медіа (КІМ) (мм), враховувалася наявність стенозуючого ураження. Значення КІМ, що перевищувало 0,9 мм, розглядали як потовщення інтими. При ехокардіографічному обстеженні хворих враховувалася щільність стінок аорти. Показники товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) $\geq 1,11$ см та міжшлуночкової перетинки (ТМШП) $\geq 1,11$ см розцінювалися як гіпертрофія лівого шлуночка. Діастолічну функцію лівого шлуночка оцінювали за показниками співвідношення трансмітральних потоків Е/А (Е – максимальна швидкість раннього діастолічного потоку, А – максимальна швидкість потоку передсердь) та часом ізоволюметричного розслаблення (IVRT). Показники Е/А < 1 , IVRT > 90 мс розцінювали як діастолічну дисфункцію.

Результати та обговорення. У пацієнтів з ЦД2 середні показники товщини КІМ становили $1,1 \pm 0,08$ мм, в КГ – $0,8 \pm 0,07$ мм. Атеросклеротичне ураження судин каротидного басейну виявлено у 86, 5% хворих ЦД2, в КГ – 20%. Причому в групі ЦД2 стенози $< 30\%$ виявлено у 28,8% хворих, 30-50% діаметру судини виявлено у 57,7% хворих. В КГ ступінь стенозування каротид не перевищувала 30% діаметру судини.

Під час ехокардіографічного обстеження у 96 хворих ЦД2 виявлено ущільнення стінок висхідної аорти (в КГ – у 30%). Кальциноз мітрального та/або аортального клапанів спостерігався у 58% хворих ЦД2 (в КГ – 6%). Середні показники ТЗСЛШ – $1,12 \pm 0,08$ см та ТМШП $1,2 \pm 0,12$ см у хворих ЦД2 свідчать про формування гіпертрофії лівого шлуночка. В КГ відповідні показники становили $1,02 \pm 0,11$ см та $0,98 \pm 0,13$ см. У 61% пацієнтів ЦД 2 виявлено ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка. за даними аналізу співвідношення трансмітральних потоків, в КГ – 13%.

Висновки. У хворих на цукровий діабет 2-го типу вищі середні значення показників товщини комплексу інтима-медіа, частоти і ступеню стенотичного ураження каротид, порівняно з особами контрольної групи. Ремодельовання міокарду у хворих ЦД2 проявляється формуванням гіпертрофії лівого шлуночка, кальцинозом клапанів серця, наявністю ознак діастолічної дисфункції.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЯ У ЛЮДЕЙ СЕРЕДНЬОГО ТА ЛІТНЬОГО ВІКУ З НАЯВНІСТЮ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Козаренко Т. М.¹, Журавльова Ю. Б.²

¹ ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України (Україна)

² ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» (Україна)

Порушення ендотеліальної функції патогенетично пов'язане з розвитком інсулінорезистентності (ІР), хоча їх причинно-наслідкові зв'язки залишаються дискусійними. Хоча зв'язок між порушенням вуглеводного обміну і патологією судин залишається до кінця не з'ясованим, вважається, що втрата регуляторної здатності ендотелію лежить в основі розвитку всіх макросудинних ускладнень ЦД. До того ж значний науковий і практичний інтерес обумовлює функціональний стан ендотелію у людей похилого віку, так як з віком судинна система зазнає глибоких структурних та функціональних змін, які зачіпають і ендотеліальну вистилку судин. Таким чином метою роботи стала комплексна оцінка функціонального стану ендотелію у людей середнього та літнього віку з наявністю інсулінорезистентності.

Матеріали та методи. Обстежено 56 осіб, з них 9 практично здорових людей середнього віку (40–59 років), 26 практично здорових людей похилого віку (60–80 років), 6 людей середнього та 15 літнього віку з ІР (НОМА_IR \geq 2,77).

Оцінка функціональної вазомоторної функції ендотелію проводилася на рівні крупних судин методом компресійної потік-залежної вазодилатації плечової артерії (ПА) за класичною методикою запропонованої D.S. Celermajer, на апараті Aplio 400 (Toshiba) з використання височастотного лінійного датчика з центральною частотою 8 МГц і мультічастотами від 6 до 12 МГц. Для цього вимірювався діаметр ПА. Потім проводилася її компресія упродовж 4 хв. манжетою тиск у якій на 40 мм рт. ст. перевищував систолічний тиск. Через 30 с після декомпресії повторно вимірювався діаметр ПА. Приріст діаметру ПА у % визначався як $d_{\text{початковий}} - d_{\text{після декомпресії}} / d_{\text{початковий}}$.

На рівні мікросудин ендотеліальну функцію визначали методом лазерної доплерівської флоуметрії апаратом BLF 21 D виробництва «Transonicsystems» (США) за методикою, яка ґрунтується на визначенні шкірного кровотоку на внутрішній поверхні передпліччя під час реактивної постокклюзійної гіперемії плечової артерії, яка створювалася шляхом перетискання судин плеча манжетою сфігмоманометра протягом 3 хвилин.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження стану мікроциркуляції не виявили достовірних відмінностей між показниками, хоч і була тенденція до погіршення у людей літнього віку з ІР. В літньому віці наявність інсулінорезистентності асоційовано з більш вираженими змінами стану мікроциркуляції. У даному дослідженні люди середнього віку, не залежно від стану вуглеводного обміну, не мали порушень ендотеліальної функції на рівні мікроциркуляторного русла - показник кровотоку на піку реактивної гіперемії у здорових $6,3 \pm 0,9$ мл / хв. на 100 г тканини; у людей з ІР $6,2 \pm 0,5$ ($p = 0,47$). А у людей похилого віку з ІР показник мікроциркуляції на піку реактивної гіперемії ($5,2 \pm 0,3$ мл / хв. на 100 г тканини) був нижчим, ніж у здорових ($6,1 \pm 0,6$ мл / хв. на 100 г тканини; $p = 0,09$).

Виявлено зниження приросту діаметра плечової артерії після проби з перетисканням плечової артерії у людей середнього віку з ІР ($13,6 \pm 0,99\%$) в порівнянні зі здоровими особами середнього віку ($17,47 \pm 1,8\%$; $p = 0,03$), що схоже з даними літератури (9).

Здорові літні люди мали достовірно більш низькі показники у порівнянні зі здоровими середнього віку, що свідчить про вікове зниження ендотеліальної функції. Поряд з цим, у людей літнього віку з ІР відсоток приросту діаметра плечової артерії не відрізнявся від здорових того ж віку і від показника людей середнього віку з ІР ($p = 0,09$).

Висновки. 1. Інсулінорезистентність в середньому віці супроводжується погіршенням ендотеліальної функції на рівні великих судин і не асоційована зі змінами мікроциркуляції.

2. У літньому віці, на тлі вікового зниження ендотеліальної функції, її взаємозв'язку з ІР на рівні макросудин не виявлено. Однак, в літньому віці ІР асоціюється з погіршенням мікроциркуляції.

3. Дослідження приросту діаметра плечової артерії та швидкості кровотоку на рівні мікросудин при проведенні проби постокклюзійної реактивної гіперемії є взаємодоповнюючими методами

діагностики і дають вичерпну інформацію про стан ендотеліальної функції на рівні всіх відділів судинного русла.

СОНОЭЛАСТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Коробко В. Ф., Никулина А. А., Тарасюк Б. А.

ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины» (Україна)

Вступление. Аутоиммунный гепатит - одно из наиболее частых аутоиммунных заболеваний печени, которое, в конечном счете, при длительном течении приводит к формированию фиброза. Ранняя диагностика этого поражения печени является актуальной задачей, стоящей перед клиницистами и радиологами, поскольку своевременно начатое лечение предотвращает развитие этого грозного осложнения. Степень выраженности фиброза, а также активность воспалительного процесса существенно влияют на такой показатель, как эластичность ткани печени. Определение показателей эластичности печеночной паренхимы позволяет оценить степень поражения гепатоцитов, эффективность лечения и прогноз. Следует отметить, что в некоторых случаях соноэластография является альтернативой пункционной биопсии и позволяет избежать интервенционного вмешательства, что особенно важно в педиатрической практике.

Цель. Определение показателей жесткости паренхимы печени у детей с АИГ и характеристика эластографической картины на разных этапах заболевания.

Материалы и методы исследования. Для исследования был использован ультразвуковой сканер Радмир "Ultima" (Украина) с программой сдвиговой эластографии. Было обследовано 18 больных с АИГ в возрасте от 5 до 15 лет, у которых диагноз подтвержден с иммунологическим методом и с помощью пункционной биопсии печени. Контрольная группа состояла из 24 пациентов, у которых не было выявлено поражения гепатобилиарной системы. В большинстве случаев использовался линейный высокочастотный датчик с частотой сканирования 7,5 МГц. Для пациентов с избыточной массой тела применялся абдоминальный конвексный датчик с частотой 3,5 МГц. Жесткость печени оценивалась по скорости распространения индуцированной поперечной механической волны с пересчетом в модуль Юнга.

Результаты исследований. Повышение показателей жесткости печени в большинстве случаев коррелировало со степенью фиброза, обнаруженного при пункционной биопсии. Однако, на величину модуля Юнга также в значительной степени влияло наличие активного воспалительного процесса и обусловленная им клеточная лимфоцитарная инфильтрация печеночной ткани, что нами учитывалось при интерпретации результатов соноэластографии. Кроме того, одним из факторов, повышающим жесткость печени было наличие жирового гепатоза.

Выводы:

1. Соноэластографии сдвиговой волны является высокочувствительным методом для оценки жесткости паренхимы печени у детей с АИГ и может использоваться для динамического наблюдения за эффективностью лечения.

2. Показатели соноэластографии зависят не только от степени фиброза, но и от выраженности воспалительной инфильтрации ткани печени и сопутствующего жирового гепатоза.

ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ СТЕНОЗІВ СОННИХ АРТЕРІЙ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ

Мазур С. Г.

Державна установа «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України» (Україна)

Мета роботи: визначити особливості церебральної гемодинаміки у хворих із стенозами сонних артерій високого ступеня з різними клінічними проявами захворювання - інсульт, транзиторна ішемічна атака (ТІА), безсимптомний перебіг.

Матеріали та методи. Обстежено 54 хворих (з них 51 чоловік, 3 жінки) віком від 46 до 84 років (середній вік – $61,9 \pm 5,2$ років) зі стенозами сонних артерій із стенозами сонних артерій високого ступеня ($> 60\%$ за діаметром). Контрольну групу склали 50 пацієнтів, 26 чоловіків та 24 жінки, без клінічних проявів церебральної судинної патології. Характер атеросклеротичного ураження, структура бляшок і ступінь виразності стено-оклюзуючого процесу та інтегральні показники церебральної гемодинаміки вивчалися за допомогою методу ультразвукового дуплексного сканування.

Результати. Встановлено, що у хворих із стенозами сонних артерій високого ступеня, знижені гемодинамічні показники (лінійна швидкість кровоплину -ЛШК) та показники судинного тону (індекси RI, PI) в більшості судин каротидного та вертебро-базиллярного басейну, як в екстра-, так і в інтракраніальних відділах, що більше виражено в групі пацієнтів, які перенесли ішемічний атеротромботичний інсульт. У хворих з високим ступенем стенозуючого ураження сонних артерій, незалежно від клінічних проявів захворювання, статистично достовірно у порівнянні з контролем були знижені показники загального церебрального об'ємного кровотоку, які складали відповідно при безсимптомному перебігу захворювання - $0,442 \pm 0,02$ л/хв., при ТІА - $0,400 \pm 0,046$ л/хв., при ішемічному інсульті - $0,348 \pm 0,029$ л/хв. проти $(0,655 \pm 0,03)$ л/хв. у контролі. Подібне достовірне зниження відзначалось і в показниках каротидного об'ємного кровотоку, які складали відповідно $(0,340 \pm 0,019)$ л/хв., $(0,323 \pm 0,04)$ л/хв., та $(0,262 \pm 0,024)$ л/хв. проти $(0,542 \pm 0,029)$ л/хв. у контролі. Більш вираженим це зниження є в групі пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт, у порівнянні з пацієнтами із безсимптомним перебігом захворювання та пацієнтами з ТІА.

Особливістю гемодинамічного профілю складових об'ємного кровотоку в групі пацієнтів із ТІА є достовірне зниження у них показника вертебрального об'ємного кровотоку $(0,077 \pm 0,011)$ л/хв.) як відносно аналогічного показника контрольної групи $(0,117 \pm 0,007)$ л/хв., а також відносно показників пацієнтів з ішемічними інсультами $(0,101 \pm 0,05)$ л/хв. та з безсимптомним перебігом захворювання $(0,101 \pm 0,018)$ л/хв., що може свідчити про напруження компенсаторних механізмів із залученням судин вертебро-базиллярного басейну.

Висновки.

1. У пацієнтів із різними клінічними проявами стенозів сонних артерій високого ступеня знижені показники ЛШК в більшості судин каротидного та вертебро-базиллярного басейну, як в екстра-, так і в інтракраніальних відділах, а також відзначаються порушення тону артерій переважно в інтракраніальних ділянках магістральних артерій, що більше виражено в групі пацієнтів, які перенесли ішемічний атеротромботичний інсульт.

2. У хворих з високим ступенем стенозуючого ураження сонних артерій статистично достовірно знижені показники загального церебрального об'ємного кровотоку каротидного об'ємного кровотоку незалежно від клінічних проявів захворювання.

3. Достовірне зниження показника вертебрального об'ємного кровотоку відносно аналогічного показника контрольної групи при стенозах сонних артерій високого ступеня відзначається тільки в групі пацієнтів з клінічним проявом стенозів у вигляді ТІА, що може свідчити про напруження у них компенсаторних механізмів із залученням судин вертебро-базиллярного басейну.

РОЗТЯГНУТІ ПЕРФОРАНТНІ КЛАПТИ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПІКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Жернов О. А.¹, Кітрі Мохаммед¹, Жернов А. О.², Стаскевич С. В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика (Україна)

²Київська міська клінічна лікарня №2 (Україна)

Вступ. У зв'язку із збільшенням в останні роки кількості постраждалих, які перенесли глибокі і великі опіки, у відновній хірургії з'явилась проблема, що пов'язана з дефіцитом донорських ресурсів і обмеженням вибору методу хірургічної корекції. Можливості пластики розтягнутими тканинами при оптимальному використанні непошкоджених, а також придатних для пластики рубцево-змінених тканин розширили межі їх застосування в реконструктивно-пластичній хірургії наслідків опікової травми.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих з після опіковими деформаціями верхньої кінцівки шляхом використання розтягнутих клаптів з власним кровообігом.

Матеріал та методи. Реконструкція рубцевих деформацій верхньої кінцівки за допомогою розтягування клаптів з власним кровообігом здійснили у 22 пацієнтів. Середній вік пацієнтів складав 18,7 років (від 6,8 до 48,2 років). Осіб жіночої статі було 15, чоловічої – 7. Етіологічним чинником були опіки окропом (13) та полум'ям (9). Деформації існували від 1 до 7 років (у середньому – 2,3 роки). У всіх хворих використовували прямокутні силіконові розширювачі $6 \times 11 \times 3,7$ см об'ємом 350 мл. Середній розмір дефекту був $183,5 \text{ см}^2$ (від 28 до 670 см^2). Для пластики пахвової ямки (7) та ділянки плечового суглоба (2) розтягували клапоть на зовнішній поверхні плеча на гілці задньої артерії, що огинає плече (9). Для корекції контрактур ліктьового суглоба (7) використовували бічний клапоть плеча на гілках від задньої променевої колатеральної артерії. На передпліччі для пластики дистальної частини сегмента (2), променево-зап'ясткового суглоба (2) й тилу кисті (2) розтягували

задній клапоть передпліччя на задній гілці передньої міжкісткової артерії (3) і нижній передньозовнішній клапоть передпліччя на нижніх септо-кутанних гілках променевої артерії (3).

Результати та обговорення. Добрий результат при повному приживленні клаптів та відновленні рухів у суглобах відмічали у 16(72,7%) хворих. Виникнення підклаптевих сером (4(18,2%)) та некрозу дистального відділу клаптя (2(9,1%)) розцінили як задовільний результат лікування. Віддалені результати вивчені у 14 пацієнтів. Добрий результат мали 11(78,6%) постраждалих і 3(21,4%) – задовільний. В останніх випадках виникло скорочення клаптів з виникненням гіпертрофічних післяопераційних рубців та зменшенням обсягу рухів у суглобах. Попереднє розтягування клаптів, що містять власні живлячі судини, покращує васкуляризацію тканин які виходять за небезпечні межі кровозабезпечення, збільшує кількість пластичного матеріалу й дозволяє первинно закрити донорський дефект. Таке розтягування тканин дозволяє покращити результати лікування ніж застосування традиційно розтягнутих клаптів, за рахунок як судинного компонента, так й за рахунок капсули, що утворювалась.

Висновки. Отримання необхідного пластичного матеріалу шляхом розтягування перфорантних клаптів при дефіциті уражених покриві є перспективним методом в реконструктивній хірургії верхньої кінцівки.

СИМУЛЯЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Льовкін О. А., Серіков К. В.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» (Україна)

Мета: визначити базовий рівень теоретичних знань та практичних навиків працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) по проведенню серцево-легеневої реанімації (СЛР) на догоспітальному етапі (ДГЕ) з використанням сучасних пристроїв та апаратури; визначити ефективність симуляційних форм навчання.

Матеріал і методи дослідження. Нами був проведений проспективний аналіз навчання та підтримки засвоєних теоретичних знань та практичних навиків по проведенню СЛР бригадами Е(Ш)МД. Навчання працівників бригад Е(Ш)МД проводилося за симуляційною формою (в спеціально штучно створеній імітованій обстановці (або в машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів). Правильність проведення практичних навиків по СЛР оцінювалась у відповідності уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям (European Resuscitation Council Guidelines, 2015).

Заняття проводились з використанням манекенів фірми Laerdal та бригадним оснащенням (монітор/дефібрилятор HeartStartMRx (Philips), апарату ШВЛ «Medumat Standard a» (Німеччина), з використанням супраглоточного повітропроводу i-gel або ларингеальної маски та мішка Ambu.

В дослідженні брали участь 86 бригад Е(Ш)МД. З них лікарських бригад (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 36, фельдшерських бригад (фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 50. Всього в дослідженні приймало участь: лікарів невідкладних станів – 36; фельдшерів невідкладних станів – 86; молодших медичних працівників – 86. Середній вік працівників бригад Е(Ш)МД склав $46,6 \pm 8,4$ років, робочий стаж - $13,6 \pm 9,4$ років. Статистична обробка результатів проведена з використанням пакету Statistica 6.0. Відмінності вважали статистично значущими при значеннях $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Цикл послідовного навчання складався з кількох етапів:

1) Визначення базового рівня знань та вмінь працівників бригад Е(Ш)МД.
2) Практичних занять з освоєнням практичних навиків по проведенню СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям з обговоренням помилок (дебріфінг).

3) Проведення залікового заняття з оцінкою підсумкових теоретичних знань і практичних навиків.

Оцінка правильності проведення СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» проводилась в спеціально штучно створеній імітованій обстановці (або машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів.

Особливо акцентувалась увага на:

швидкість діагностування клінічної смерті (не більш 10 секунд);

початок проведення СЛР (з компресії грудної клітини - САВ);

якість проведення компресій грудної клітини (положення рук, глибини та частоти компресії);

контроль співвідношення компресій/дихання (30:2);

відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA);
ЕКГ-діагностика порушення серцевого ритму (shockable/non-shockable) з монітору;
навик роботи з монітором/дефібрилятором HeartStartMRx (Philips);
медикаментозна підтримка при різних видах порушень серцевого ритму;
визначення та усунення найчастіших зворотних причин зупинки кровообігу;
узгодженість роботи в бригаді (гучні зрозумілі командні накази; чіткий розподіл обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; взаєморозуміння та чіткість алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легенів; зміна членів бригади кожні 2-3 хвилини; використання свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР; питання в спроможності бути лідером у бригаді Е(Ш)МД, та інші).

Результати аналізу, свідчать про достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015 лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД. Недостатній базовий рівень теоретичних знань молодших медичних працівників (санітарів) пов'язаний з відсутністю постійних теоретичних та практичних занять з ними.

Також результати аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) у лікарів ($32,8 \pm 2,2$ %), у фельдшерів ($18,3 \pm 2,1$ %) та санітарів ($9 \pm 2,1$ %). Це, можливо, пов'язано з тим, що супраглоточними повітропроводами (i-gel, LMA) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навички роботи з даними сучасними пристроями. Після 6 годин занять рівень практичного навичка по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) статистично достовірно збільшувався до $76,4 \pm 3,2$ % у лікарів, до $68,5 \pm 1,8$ % у фельдшерів та до $34,4 \pm 2,3$ % у санітарів. Це свідчить про те, що методика відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) дуже проста та може використовуватися бригадами Е(Ш)МД на ДГЕ.

Результати проведеного аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних навиків роботи з монітором/дефібрилятором HeartStartMRx (Philips) у лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД. Це також, можливо, пов'язано з тим, що монітором/дефібрилятором HeartStartMRx (Philips) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навички роботи з даною сучасною апаратурою. Після 6 годин занять рівень практичного навичка по роботі з монітором/дефібрилятором HeartStartMRx (Philips) статистично достовірно збільшувався (з $38,5 \pm 3,0$ до $79,8 \pm 2,4$ % у лікарів, з $12,5 \pm 2,5$ до $64,8 \pm 2,5$ % у фельдшерів та з $1,8 \pm 1,5$ до $28,5 \pm 1,8$ % у санітарів).

Симуляційна форма навчання з використанням манекенів виявила деякі проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД. Були зафіксовані такі проблеми як: відсутність гучних коротких зрозумілих командних наказів; відсутність взаєморозуміння та чіткого алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легенів; відсутність чіткого розподілу обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; відсутність бажання лідера бригади використовувати свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР (особливо коли СЛР проводиться двома членами бригади); відсутність можливості деяких лікарів або фельдшерів бути лідера бригади та інші. Ці помилки були обговорені та усунені під час практичних занять.

Таким чином, зростаючі кваліфікаційні вимоги до якості надання екстреної (швидкої) медичної допомоги диктують необхідність включення симуляційних форм у програму навчання бригад Е(Ш)МД (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра, водій) та прийняття передатестаційних практичних навиків в навчально-тренувальних відділах.

Висновки:

1. У лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015.

2. У лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД низький базовий рівень практичних навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) та роботі з монітором/дефібрилятором HeartStartMRx (Philips).

3. Симуляційні форми навчання з використанням сучасних манекенів спроможні в короткі терміни підвищити рівень практичної підготовки медичного персоналу Е(Ш)МД.

4. Симуляційні форми навчання спроможні виявляти та усувати проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД.

МІСЦЕ КВЕРЦЕТИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Швець Н. І., Пастухова О. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (Україна)

Мета. Дослідити безпосередньо протективні можливості кверцетину в комплексній терапії хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) і цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 49 хворих на ЕАГ II ст. у поєднанні з ЦД 2 типу. Середній вік пацієнтів складав $56,1 \pm 0,6$ років, з них 20 (40,8%) чоловіків і 29 (59,2%) жінок. Тривалість захворювання на ЕАГ становила в середньому $8,9 \pm 0,4$ років, на ЦД 2 типу – $6,1 \pm 0,5$ років. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи, в якості базисної терапії призначено раміприл 5-10 мг/добу у поєднанні з амлодипіном 5-10 мг/добу та цукрознижувальні препарати (метформін, гліклазид або їх комбінація). Хворим групи 2 (n=35) додатково призначався корвітин 0,5 г внутрішньовенно крапельно щодня протягом 10 діб з переходом на пероральний прийом кверцетину в гранулах по 2 г 2 рази/добу протягом 3 місяців.

Результати та обговорення. Застосування кверцетину сприяло достовірному покращенню систолічної (ФВ збільшилась на 8,3% проти 4,6% в групі 1, $p < 0,05$) і діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) (Ем/Ам збільшилось на 53,9% проти 36,1% в групі 1, $p < 0,05$), зменшенню розміру ЛП (на 10,9% проти 9,0% в групі 1, $p < 0,05$) та зворотному розвитку ГЛШ (ІММ ЛШ знизився на 21,1% проти 16,6% в групі 1, $p < 0,05$). Додаткове призначення кверцетину також призводило до стабільного зниження ЧСС (на 53,3%, $p < 0,05$), достовірного зменшення кількості екстрасистол, а також більш суттєво підвищувало часові і спектральні показники варіабельності серцевого ритму, ніж застосування тільки базисної терапії. Одночасно відмічалось зменшення мікроальбумінурії (МАУ) на 43,8% ($p < 0,05$).

Висновки. Кверцетин доцільно застосовувати у пацієнтів з ЕАГ у поєднанні з ЦД 2 типу і МАУ для підвищення кардіо- і нефропротекторної ефективності базисної терапії.

ЗОВНІШНЬО-СЕКРЕТОРНА НЕДОСТАТНОСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТІ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ ФЕРМЕНТНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Гдаль В. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Вивчити результати лікування хворих із зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 1 та 2 типів, при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 39 хворих, середній вік яких складав 45 років, із зовнішньо-секреторною недостатністю підшлункової залози у пацієнтів з ЦД при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах. У 19 хворих мав місце важкий перебіг ЦД, 16 – середньої тяжкості, у 4 спостерігався легкий перебіг захворювання. У всіх пацієнтів за допомогою визначення фекальної еластази-1 діагностувалась зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози. Усім пацієнтам у залежності від ступеня зовнішньо-секреторної недостатності призначався ферментний препарат панкреатин у мінімікросферах у разовій дозі від 10000 до 50000 ОД ліпази під час їди, тривалістю 21 день.

Результати. У всіх пацієнтів покращилась зовнішньо-секреторна функція підшлункової залози: зменшились диспептичні прояви, зменшилась кількість випорожнень і збільшилась вага тіла.

Висновок. Таким чином, пацієнтів з ЦД 1 і 2 типів необхідно тестувати на зовнішньо-секреторну недостатність підшлункової залози і при її наявності призначати ферментні препарати панкреатину у мінімікросферах для замісної терапії.

НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ КАРТИНИ

Чопей І. В., Фейса С. В., Чубірко К. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Україна)

Мета. Дослідити клінічно-лабораторні особливості неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у хворих на метаболічний синдром (МС).

Матеріали і методи. Обстежено 82 хворих на НАСГ та МС віком 24-70 років, з них 63 чоловіки (76,83%). Лабораторне обстеження включало: загальні аналізи крові та сечі, глікемічний профіль, глікозильований гемоглобін, білірубін, загальний білок та протеїнограма, трансамінази, лужна фосфатаза, гамма-глутамілтранспептидаза, креатинін, сечовина, ліпидограму.

Результати та обговорення. У хворих реєструвалися такі клінічні синдроми: астеничний–100%, диспепсичний–80,49%, абдомінально-больовий–68,29%, гепатомегалія–95,12%, жовтяниця–39,02%, геморагії–6,1%, портальна гіпертензія–15,85%. У 64,63% були ознаки холестазу, у 79,27% - цитолізу, у 91,46% - мезенхімально-запальний синдром, у 78,05% - гіпер- та дисліпідемія, в 81,71% - гіперглікемія.

Серед чоловіків абдомінальне ожиріння і дисліпідемія відмічалися в 79,27% осіб, артеріальна гіпертензія (АГ) – в 46%, уже на початкових стадіях ожиріння в них була висока активність АСТ, причому важкість НАСГ наростала із збільшенням маси тіла. У жінок навіть при ожирінні 2-3 ст. біохімічні показники вуглеводного та ліпідного обміну (крім загального холестерину) були в нормі. Серед жінок дисліпідемія виявлена лише в 26,3%, АГ – в 36,84%, порушення вуглеводного обміну – в 42,1% випадків.

У 68,25% чоловіків було зниження лібідо, у 47,62% - алопеція, у 17,46% -гінекомастія. Жінки з НАСГ вказували на ранню аменорею (15,79%), неплідність (10,53%), атрофію молочних залоз (21,05%). Розвиток цих ознак може бути зумовлений порушенням метаболізму статевих гормонів у печінці: накопичення або зменшення інактивації естрогенів, біогенних амінів, порушенням функції гіпофізу.

Висновки. Для НАСГ за МС характерними є клінічні прояви, які супроводжуються типовими ознаками цитолізу, холестазу та мезенхімально-запального синдрому. Клініко-лабораторна картина НАСГ характеризується стертістю проявів та статевими відмінностями.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ «НЕЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ» НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»

Пастухова О. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Оптимізація навчального процесу на етапі післядипломної освіти відповідно вимог до підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Внутрішні хвороби» є актуальною. При проведенні семінарського заняття на тему «Нецукровий діабет» у вступному слові викладач визначає мету, завдання та порядок проведення. Згодом проводиться базисний тестовий контроль знань. Після цього інтерни доповідають етіологію, патогенез, клінічну картину, діагностичні алгоритми, етапи диференціальної діагностики та сучасні підходи до лікування нецукрового діабету (НД). Порівнюються характеристики різних препаратів десмопресину для лікування центральної форми НД. Розглядаються також особливості ведення пацієнтів з іншими типами НД. Усі інтерни активно залучаються до дискусії.

Важливе значення надається формуванню готовності до прийняття самостійного найбільш адекватного рішення в складній діагностичній ситуації, розвитку продуктивного клінічного мислення, творчих здібностей, самоконтролю, вмінню доводити свою точку зору. Для цього лікарі-інтерни отримують завдання скласти ситуаційні задачі та написати приклади історії хвороби за темою заняття. Для раціонального формування знань застосовуються як традиційні засоби (підручники, посібники, методичні рекомендації, тощо), так й інноваційні методи, що передбачають більш широке використання Інтернету.

Наприкінці семінару проводиться заключний тестовий контроль знань. У заключному слові викладач підсумовує результати заняття, вказує на типові помилки та оцінює знання інтернів.

Висновки. Оптимізація навчання лікарів-інтернів передбачає концептуальну єдність змісту, форм і методів навчання; проблемно-орієнтований, розвиваючий характер викладання, індивідуалізацію і диференціацію навчального процесу, адекватний контроль засвоєння теоретичних знань і практичних навиків, втілення у освітній процес інноваційних методів навчання.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Замолотова К. О., Семенюк С. Б.

Киевский городской клинический эндокринологический центр (Украина)

Контроль уровня глюкозы является ключевым фактором в лечении пациентов сахарным диабетом (СД) 2 типа. Несмотря на наличие большого арсенала сахароснижающих препаратов, больные часто пребывают в состоянии декомпенсации. Одно из ключевых мест в коррекции гипергликемии занимает инсулинотерапия. Адекватная инсулинотерапия в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами приводят к нормализации уровня глюкозы крови, что значительно замедляет прогрессирование осложнений заболевания.

Цель. На основании динамического наблюдения за пациентами с СД 2 типа тяжелого течения в условиях стационара оценить клиническую эффективность различных вариантов сахароснижающей терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение года находились 120 пациентов с диагнозом: Сахарный диабет, тип 2, тяжелое течение. Они получали либо комбинацию пероральных сахароснижающих препаратов либо пероральные сахароснижающие препараты в сочетании с инсулином. Пациенты I группы находились на двухкомпонентной терапии: получали метформин (М) + препарат сульфонилмочевины либо тиазолидиндион либо ингибитор дипептидилпептидазы-4 либо ингибитор НЗКТГ2. Пациенты II группы получали трехкомпонентную терапию: М+другойсахароснижающийпрепарат+инсулин базальный (Фармасулин HNP). Пациенты III группы находились на комбинированной терапии и получали М+инсулин комбинированный (Фармасулин Н 30/70). Все пациентыпосещали «школу социальнойадаптациипациентов на сахарныйдиабет».

Результаты. Установлено, что наиболее эффективная коррекция гипергликемии достигалась у пациентов II и III групп (находящихся на трехкомпонентной или комбинированной терапии). За период стационарного лечения быстро было достигнуто состояние компенсации.

Выводы. У пациентов с СД 2 типа тяжелого течения в состоянии декомпенсации раннее начало инсулинотерапии в сочетании с М (а при необходимости с другим сахароснижающимпрепаратом) позволяет добиться высокоэффективной коррекции гипергликемии, что приводит к значительному замедлению прогрессирования осложнений заболевания.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З НАЖХП ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ПРИЙОМУ СИТАГЛІПТИНУ ТА ОМЕГА-3 ПНЖК

Івачевська В. В., Чопей І. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Україна)

Мета: оцінити зміну показників ліпідограми у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 55 пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 типу. Пацієнтів поділили на дві підгрупи. Хворі групи Ia (n=28) отримували, крім терапії метформіном (М), ситагліптин 100 мг/д та омега-3 ПНЖК 1000 мг/д. Пацієнти Ib групи (n=27) приймали тільки М по 500–1000 мг/д в залежності від компенсації ЦД 2 типу. Пацієнтам проводилось комплексне клінічне обстеження та визначення показників ліпідограми.

Результати та обговорення. Середній показник загального холестерину (ХС) у пацієнтів Ia групи через 6 місяців зменшився на $5,55\% \pm 1,21\%$, а через 12 міс – на $7,95\% \pm 0,85\%$ ($p < 0,01$). Середній показник ЛПВЩ хворих Ia групи через 6 міс збільшився на $5,04\% \pm 0,68\%$, через 12 міс на $18,49\% \pm 2,32\%$ ($p < 0,05$). Рівень ЛПНЩ зменшився на $8,1\% \pm 1,48\%$ через 6 міс та на $13,71\% \pm 2,31\%$ через 12 міс ($p = 0,038$). Середній показник тригліцеридів через 6 міс зменшився на $11,97\% \pm 2,54\%$, а через 12 міс – на $34,19\% \pm 4,27\%$ ($p < 0,05$). В групі Ia відмічається покращення коефіцієнта атерогенності, а саме: на початку дослідження цей показник був в межах помірного ризику атеросклерозу, через 6 міс лікування коефіцієнт атерогенності зменшився на $12,71\% \pm 2,59\%$, а через 12 міс лікування зменшився на $28,53\% \pm 5,23\%$ та опинився в межах норми ($p < 0,05$). Серед пацієнтів Ib групи не виявлено статистично достовірних змін середніх показників ліпідограми, окрім збільшення середнього показника ХС: на $5,66\% \pm 1,52\%$ через 6 міс та на $8,48\% \pm 2,41\%$ через 12 міс ($p < 0,05$). *Висновки.* Застосування ситагліптину та омега-3 ПНЖК у пацієнтів з НАЖХП та ЦД 2 типу достовірно покращує показники ліпідограми та знижує коефіцієнт атерогенності.

ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ХВОРИХ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Заремба-Федчишин О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Мета. Оцінити серцево-судинний ризик (ССР) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) шляхом оптимізації медикаментозної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих із вперше діагностованим РА, віком $53,32 \pm 7,74$ рр, тривалістю захворювання $5,72 \pm 2,62$ рр. Умови включення у дослідження: «+» РФ, відсутність супутньої патології та систематичного вживання медикаментів. Створено 2 групи: перша ($n=30$) - отримувала загальноприйнятну терапію (ЗТ), згідно стандартів лікування РА (EULAR, ACR, 2010) та диклофенак по 150 мг/д; друга група ($n=32$) - ЗТ та мелоксикам по 15 мг/д. Оцінку результатів проводили двічі: 1-й та 30-й день. Аналізували: ССР (шкала Рейнольдса), показники ліпідограми та СРБ, середні значення АТ (САТ).

Результати та обговорення. У процесі обстеження встановлено, що САТ до лікування - $138/85$ мм рт.ст, після ЗТ (без застосування гіпотензивних препаратів), відмічено зниження - $130/82$, у другій групі до $126/79$. У всіх хворих спостерігали дисліпідемію (при задовільних показниках ЛПВЩ) - значне підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) та ЛПНЩ, що потребувало призначення аторвастатину (20 мг). Призначена ЗТ сприяла зниженню ЗХ на 32,4% ($4,68 \pm 0,97$ ммоль/л) у хворих із ЗТ+диклофенак та на 44,7% ($4,01 \pm 1,61$) при ЗТ+мелоксикам, у порівнянні із даними до лікування $6,92 \pm 1,24$ і $7,25 \pm 2,12$, відповідно. Зниження СРБ (І група) спостерігалось більше, ніж вдвічі з $16,5 \pm 4,83$ мг/л до $6,92 \pm 2,43$, а у другій - майже в чотири рази з $17,93 \pm 3,98$ до $4,52 \pm 1,96$. Сумарний результат шкали Рейнольдса через місяць лікування: у групі із застосуванням мелоксикаму - 2,31 проти 3,42 (ЗТ+диклофенак), при первинному визначенні - 7,43 та 7,89, відповідно.

Висновки. Застосування шкали Рейнольдса – є достатньо чутливим і специфічним інструментом прогнозування та оцінки серцево-судинного ризику у хворих на РА, а застосування мелоксикаму сприяло більш вираженій терапевтичній ефективності на відміну від диклофенаку.

ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кебкало А. Б.¹, Гордовський В. А.¹, Поточилова В. В.²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології (Україна)

² Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня» (Україна)

Мета дослідження. Визначити характер мікробного забруднення та чутливість мікроорганізмів до бактеріофагів вмісту черевної порожнини при некротичному панкреатиті, з метою підбору раціональної терапії.

Матеріали та методи. В хірургічному відділенні КЗ КОР «КОКЛ» в період з 2013 по 2015 рік було проліковано 86 пацієнтів з діагнозом гострий некротичний панкреатит, з них 53 чоловіків (61,6%) та 33 жінок (38,4%). Вік хворих від 21 до 67 років. Хворі були розділені на дві групи. Першу групу, основну, склали 36 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні некротичного панкреатиту, під час перев'язок використовували полівалентний піобактеріофаг очищений (ППО) – суміш стерильних фільтратів фаголізатів стафілококів, стрептококів, ентерококів, протеї, клебсієл (пневмонії та окситока), синегнійної та кишкової паличок.

Другу групу, порівняння, 50 хворих, яким проводилося комплексне лікування некротичного панкреатиту без застосування бактеріофагів.

Під час оперативних втручань та при санаціях порожнин відбиралися матеріали для бактеріологічного дослідження на мікроорганізми та чутливість до бактеріофагів.

Під час перев'язок хворим з основної групи в кінці маніпуляції вводили розчин ППО (1:5) в об'ємі 15-20 мл через дренажні трубки в сальникову сумку та заочеревинний простір, з подальшою експозицією 15-20 хв шляхом перетискання дренажів.

Кількісне та якісне визначення мікроорганізмів проводили шляхом посіву матеріалу на диференційно-діагностичні поживні середовища, згідно з існуючими нормативними та методичними документами. Ідентифікацію виділених бактерій проводили за Berdey's.

Результати та обговорення. Обстежено 86 хворих, виділено 119 культур мікроорганізмів. Мікроорганізми були як в монокультурі так і в мікробних асоціаціях. Грам-позитивна флора (*Enterococcus faecium*, *St. epidermidis*, *St. aureus*) та грам негативна флора (*E. coli*, *Kl. pneumoniae*)

виявилась чутливою до ППО в 83 % випадків, в 17% випадків визначалась стійкість. Ступінь первинного обсіменіння рани складав від 10^5 (St. Aureus, Ps. arogeosa, Ent. Faecium), до 10^7 (Kl. pneumonia, Es. Coli). Чутливість до ППО проявлялась незалежно від первинного ступеню бактеріального обсіменіння рани, за результатами бактеріологічного дослідження.

Висновки. Використання в комплексному лікуванні некротичного панкреатиту ППО зменшує тривалість антибактеріальної терапії в середньому на $4 \pm 0,2$ доби, пришвидшує очищення рани на $6 \pm 0,3$ доби, зменшує тривалість перебування в стаціонарі в середньому на $3 \pm 0,2$ доби.

ЗНАЧЕННЯ HELICOBACTERPYLORI У РОЗВИТКУ ПОЛІПІВ ШЛУНКА

Пікас П. Б., Полінкевич Б. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, (Україна)

Вступ. Helicobacterpylori (H. pylori) – це одна з найпоширеніших хронічних бактеріальних інфекцій у людини. Під впливом H. pylori в слизовій оболонці шлунка виникає запальний процес, дисрегенераторні зміни та атрофія залозового епітелію, що може призводити до дисплазії і раку шлунка, ризик розвитку якого вищий в H. pylori-позитивних осіб (у 8 разів), ніж у неінфікованих H. pylori.

Метою досліджень було вивчити вплив H. pylori на виникнення поліпів шлунка, їх рецидивів та взаємозв'язок із ними.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням перебувало 35 (36,1 %) здорових осіб (І група, порівняння) та 62 (63,9 %) хворих із поліпами шлунка (ІІ група). Вік обстежених - від 20 до 70 років.

Вивчалися клініко-анамнестичні та клініко-лабораторні дані, враховувались скарги пацієнтів, анамнез захворювання і життя. За допомогою фіброгастродуоденоскопії (або при поліпектомії) візуально вивчали стан слизової оболонки шлунка, виявляли поліпи та брали матеріал поліпа на біопсію (для виключення чи підтвердження його малігнізації). З метою виявлення інфікування H. pylori проводили дихальний уреазний тест (Хелік-тест), серологічне дослідження (із застосуванням імуноферментного аналізу з визначення антитіл Ig G до H. pylori) та забарвлення гістологічних зрізів біоптату шлунка (за Гімзе).

Результати та їх обговорення. У здорових осіб (І група), які складали 35 чоловік, H. pylori не виявлено. У хворих із поліпами шлунка (ІІ група), де було 62 пацієнти, виявляли Helicobacterpylori. Із осіб ІІ групи у 32 (51,6 %) пацієнтів вперше встановлені поліпи шлунка при наявності Helicobacterpylori; у 30 (48,4 %) пацієнтів ІІ групи неодноразово виявляли поліпи шлунка на тлі бактеріальної інфекції H. pylori, виникнення якої співпадало із рецидивами поліпів.

За даними літератури при інфікуванні H. pylori в слизовій оболонці шлунка виникає запальна реакція, яка сприяє гіперпроліферації клітин слизової оболонки та розвитку поліпів у пацієнтів ІІ групи. Внаслідок інфікування H. pylori у хворих із поліпами шлунка виникає слизове запалення, стимулюється секреція гастрину, що відображається на кислотопродукції шлунка. Підвищення рН вмісту шлунка стимулює його колонізацію та колонізацію кишечника умовно-патогенною флорою, що також може сприяти розвитку поліпів.

Висновки. Результати наших досліджень показали взаємозв'язок H. pylori з виникненням поліпів шлунка. H. pylori сприяє розвитку поліпів та їх рецидивам, що необхідно враховувати при розробці профілактичних заходів щодо їх виникнення та рецидивів.

ЗМІНИ СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СИРОВАТЦІ КРОВІ КУРЦІВ

Пікас О. Б., Пікас Г. Б., Брюзгіна Т. С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Україна)

Метою наших досліджень було оцінити склад жирних кислот в осіб, які курять цигарки.

Матеріали і методи. Було обстежено 35 (52,2 % із 67) здорових осіб, котрі не курили цигарки (І група, порівняння) і 32 (47,8 % із 67) здорові особи – курці (ІІ група). Обстеження осіб проводили у Київському міському протитуберкульозному диспансері № 1.

У всіх обстежених визначали показники складу жирних кислот фосфоліпідів у сироватці крові на газорідинному хроматографі серії «Цвет-500». В основі методу лежить екстракція ліпідів із сироватки крові, виділення фосфоліпідів, метилування і газохроматографічний аналіз жирних кислот на хроматографі серії «Цвет-500» із плазмо іонізаційним детектором в ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу ЖК ліпідів проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових похідних ЖК і їх частки у відсотках (%). Похибка визначення показників становила ± 10 %.

Результати та обговорення. У сироватці крові осіб II групи виявлена міристинова ($C_{14:0}$) і маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК. Кількість міристинової ЖК ($C_{14:0}$) становила ($12,6 \pm 0,7$) % в осіб II групи та свідчила про ендокринні зміни в організмі курця. Поява маргарінової ЖК ($C_{17:0}$) в осіб II групи обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі курця і складала ($1,2 \pm 0,2$) %. У сироватці крові здорових осіб I групи міристинова ($C_{14:0}$) та маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК відсутні.

Кількість пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК у курців (II група) вірогідно зменшувалась, $p < 0,05$ (порівняно з особами I групи, де рівень їх дорівнював ($41,9 \pm 0,9$) % і ($15,1 \pm 1,3$) % відповідно). В осіб II групи кількість пальмітинової ЖК ($C_{16:0}$) становила ($32,6 \pm 1,7$) % (свідчило про деструктивні зміни лецитинової фракції фосфоліпідів у крові), кількість стеаринової ЖК ($C_{18:0}$) - ($8,8 \pm 0,9$) %.

В осіб II групи у сироватці крові зростає рівень лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) до ($25,5 \pm 1,8$) % ($p < 0,05$) порівняно I групою, де рівень її становив ($16,0 \pm 1,4$) %.

Висновки. Куріння цигарок суттєво впливає на склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові, що характеризується появою міристинової ($C_{14:0}$) (свідчить про ендокринні порушення в організмі) та маргарінової ($C_{17:0}$) ЖК (в результаті приєднаної бактеріальної інфекції). У курців зменшується рівень пальмітинової ($C_{16:0}$) і стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК та зростає рівень лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) внаслідок посилених процесів перекисного окислення ліпідів під дією цигаркового диму.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ

Саволук С. І., Лисенко В. М., Крестьянов М. Ю., Балацький Р. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Покращити результати лапароскопічних втручань у хворих на гострий апендицит.

Матеріал і методи. Лапароскопічна апендектомія виконана 85 пацієнтам. Серед них було чоловіків 32 (37,6%) та 53 (62,4%) жінок. Місцевий серозний перитоніт діагностовано у 18 (21,2%), дифузний серозно-фібринозний - у 8 (9,4%) хворих. Для обробки червоподібного відростка з брижею застосовували електрокоагулятор височастотний зварювальний, а також спеціальний лапароскопічний біполярний затискач для з'єднання м'яких тканин. На дану методику отримано патент України. Гістологічно в 15 (17,6%) спостережень зафіксовано катаральний, в 58 (68,3%) - флегмонозний, в 11 (12,9%) - гангренозний апендицит та в 1 (1,2%) випадку ускладнений інфільтратом з абсцедуванням. Тривалість лапароскопічної апендектомії коливалась від 35 до 65 хвилин та складала в середньому 45 хвилин. Ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігали. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі складала $2 \pm 1,5$ днів.

Результати й обговорення. Аналізуючи багато численні публікації в світовій медичній літературі та враховуючи власний досвід, можна стверджувати про переваги лапароскопічного методу перед традиційним - легкий та комфортний післяопераційний перебіг, відсутність больових відчуттів у 80-90% пацієнтів, короткий період госпіталізації (16 – 72, ≈ 28 годин), швидке відновлення працездатності, значно зменшена кількість післяопераційних ускладнень, або вони відсутні зовсім.

Висновки. Лапароскопічна апендектомія є операцією вибору у хворих на гострий апендицит. Про доцільність більш широкого застосування відеоендохірургічного методу з використанням електрозварювальних технологій свідчить частота добрих результатів лікування.

ЕНДОВЕНОЗНА ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНА ОБЛІТЕРАЦІЯ У ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ

Саволук С. І., Горбовець В. С., Ходос В. А., Геращенко Р. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Вивчити можливість облітерації великої підшкірної вени методом ендовенозного електрозварювання.

Матеріали і методи. Розроблений і досліджений метод ендовенозного електрозварювання (далі-ЕВЕЗ) великої підшкірної вени (далі-ВПВ) у лікуванні варикозної хвороби (далі-ВХ) У якості генератору використаний апарат для електричного зварювання живих тканин ЕК 300М1 (Україна). Для подачі струму розроблені зонди з електродами біполярної конфігурації. Об'єкт дослідження – видалені із прилеглою жировою тканиною сегменти ВПВ. Осцилограми струму реєстрували безконтактними датчиками і пристроєм реєстрації параметрів зварювання. Негативний вплив за межами об'єкту оцінювали за змінами жирової клітковини. ЕВЕЗ в релієвних умовах визначали за

даними ультразвукового дуплексного сканування (далі-УЗДС) на апараті TOSHIBANemioXG (Японія).

Результати. Відмічені характерні зміни в об'єктах дослідження, що залежали від потужності, режиму, експозиції ЕВЕЗ і електричного опору об'єкту. Визначені оптимальні параметри ЕВЕЗ: режим «перекриття», потужність 50%, швидкість екстракції зонду 0,8 см за секунду. Відмічено посилення ЕВЕЗ при інфузії фізіологічного розчину. Негативний вплив за межами об'єктів не виявлений. Зміни в гістологічних препаратах відповідали ефектам електрозварювання живих тканин.

Оперативні втручання з ЕВЕЗ виконували без тумесцентної анестезії. Післякресектомії в цільовий сегмент ВПВ вводили зонд. Проводили ЕВЕЗ в режимі «перекриття», потужністю 50% і зовнішньою компресією. На УЗДС реєстрували спазм та обтурацію вени. Операцію завершували еластичною компресією кінцівки.

ЕВЕЗ застосоване у лікуванні 30 пацієнтів з ВХ С2 – С4 класів. Регрес симптомів і відсутність рефлюксу отримані у 27 пацієнтів (90%). У 3 (10%) відмічена реканалізація ВПВ на стегні, що визначило показання до амбулаторної слерооблітерації.

Висновки. ЕВЕЗ є надійним і безпечним методом облітерації ВПВ і може застосовуватись в лікуванні ВХ. Відсутність ураження прилеглих тканин дозволяє відмовитись від тумесцентної анестезії.

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА НАЯВНОСТІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СТОПИ

Саволук С. І., Нікішін О. Л., Музь М. І., Альтман І. В., Верещагін С. В., Гаврецький А. І.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Україна)

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії АМН України»

Київська обласна клінічна лікарня (Україна)

Українська військово-медична академія (Україна)

Мета. Покращення результатів лікування хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Всього прооперовано 30 хворих. Чоловіків було 18, жінок 12. Середній вік пацієнтів – $70 \pm 3,8$ роки. У 3 хворих здійснено втручання на стегново-підколінному сегменті, у 10 пацієнтів – втручання на артеріях гомілки, у 13 хворих – поєднане втручання на стегново-підколінному та гомілковому сегменті, в 4 випадках було виконане поєднане втручання на клубовому, стегново-підколінному та гомілковому сегментах. У всіх випадках використано балонну ангіопластику, у 7-х із них її доповнено стентуванням у стегново-підколінному сегменті, ще у 4-х – стентуванням у клубовому сегменті. На другому етапі виконувалася некректомія с аутодермопластиком або без неї.

Ампутація на рівні пальців була у 12 хворих, іншим хворим виконувалася ампутація стопи в різних модифікаціях. Аутодермопластика на стопі виконувалася у 6 хворих.

Результати та обговорення. В досліджуваній групі в усіх випадках критична ішемія нижніх кінцівок була розрішена. Померло 2 хворих, один від інфаркту міокарду, другий від шлунково-кишкової кровотечі. В пізні строки ампутація на рівні гомілки була у 3 хворих, у 3 – на рівні стегна.

Висновки. Поєднання ендоваскулярних методів ревазуляризації з хірургічним втручанням у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок за наявності гнійно-некротичних уражень стопи є ефективним способом збереження кінцівки у цього важкого контингенту хворих.

МІКРОПІННА СТОВБУРНА ФЛЕБОСКЛЕРООБЛІТЕРАЦІЯ ПІД УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Саволук С. І., Ходос В. А., Горбовець В. С., Геращенко Р. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Оцінка ефективності мікропіної стовбурної флебосклерооблітерації (МПСФСО) під ультрасонографічним (УСГ) контролем в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Матеріал і методи. Вивчені результати МПСФСО під УСГ контролем у 172 хворих за період 2012-2015 рр. Чоловіків – 45 (26,16%), жінок 127 (73,84%) в віці від 21 до 73 років ($36,2 \pm 3,9$). За міжнародною класифікацією CEAP С2 виявлено у – 102(59,30%) пацієнтів, С3 – 39 (22,67%), С4 – 17 (9,88%), С5 – 9(5,24%), С6 – 5(2,91%). У хворих з С6 трофічні виразки розташовувалися в області медіальної щиколотки, розміром до 4см в діаметрі. Рефлюкс по великій підшкірній вені (ВПВ) виявлений у 147 (85,47%) хворих, по малій підшкірній вені (МПВ) – 25 (14,53%). В якості

склерозувального препарату використовували Полідоканол 3%, утворюючи мікропіну за методом Тессарі. В недостатній сегмент ВПВ/МПВ мікропіну вводили через катетер 5F під УСГ контролем від нижньої межі рефлюксу до сафено-фemorального або -поплітеального співустя.

Результати та обговорення. Лікування з застосуванням МПСФСО під УСГ контролем проведено амбулаторно. У всіх хворих з С4-С5 в строки 1-3 місяці після лікування відзначали зменшення всіх симптомів ХВН та меж трофічних змін, у всіх хворих з С6 трофічні виразки загоїлися. В період до 6 місяців у 4(2,33%) хворих виявлена гемодинамічно значима ре каналізація засклерозованих вен: 3 - МПВ і 1 – ВПВ, яким проведена повторна пункцій на МПСФСО реканалізованих сегментів з контролем дуплексного ангіосканування.

В період понад 24 місяці проаналізовані результати лікування у 84 пацієнтів. У 76 (90,48%) осіб в ці строки досягнутий рівень облітерації з сегментами абляції ВПВ і МПВ без утворення патологічної кукси. Утворення кукси 3-8 мм без рефлюкса в приустьовіпритоки виявлено у 5 (5,95%), з рефлюксом в приток пов'язаний з куксою без зовнішніх клінічних проявів - у 3(3,57%), що потребує динамічного спостереження з метою своєчасного усунення можливого рецидиву.

Висновки. МПСФСО під УСГ контролем в термін понад 24 місяці в 90,48% спостережень приводить до облітерації з подальшою абляцією ВПВ та МПВ і є ефективним методом усунення вертикального рефлюкса.

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ І ВДОМА

Костюк О. О, Сюрха Ю. П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

В умовах динамічного розвитку сучасних перинатальних технологій, коли неонатологія стала наукою інтенсивного спостереження за немовлятами, поняття фізіології періоду новонародженості, здавалось, втратило актуальність. Але не слід забувати, що саме природний початок життя формує засади майбутнього здоров'я людини.

Лікарям-неонатологам на етапі пологового стаціонару найчастіше доводиться вирішувати такі основні питання та ризики, як:

1. Правильне прикладання до грудей, грудне вигодовування
2. Первинна втрата ваги та її відновлення
3. Стан пупкового залишку
4. Стан шкіри, перехідні стани
5. Жовтяниця
6. Дотримання теплового ланцюжка
7. Гігієна новонародженого
8. Заходи, націлені на профілактику: щеплення, скринінги, вітамін К1.

При цьому найчастішими загрозливими для життя проблемами, які виникають у новонародженого в пологовому стаціонарі, є апное, судоми, дихальні розлади, інфекції. Під час догляду за новонародженим вдома, педіатри і сімейні лікарі вирішують такі питання:

1. Підтримка грудного вигодовування
2. Догляд за шкірою, попірлості
3. Туалет носа, набряк, корки, риніт
4. Догляд за очима, дакріоцистит
5. Кишкові кольки
6. Закрепи або послаблення випорожнень
7. Зригування і блювота
8. Гімнастика новонародженого, масаж, прогулянки
9. Профілактика рахіту та пізньої геморагічної хвороби
10. Дотримання календаря профілактичних щеплень

Основними загрозливими симптомами на цьому етапі слід вважати судоми, зневоднення, інфекційні та запальні захворювання та помилки догляду.

КОМУНІКАЦІЯ ЛІКАРЯ З БАТЬКАМИ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Краснов В. В., Костюк О. І., Ангелова С. О., Руденко Ю. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

У батьків новонароджених дітей часто спостерігається підвищена тривожність (занепокоєння за життя, здоров'я, догляд та харчування малюка), особливо, якщо це перша дитина.

Дитячий лікар традиційно працює в парадигмі «здоров'я-норма», «наявність-відсутність загроз», «симптом-діагноз» і не враховує стан батьків. Така взаємодія часто є причиною виникнення непорозуміння між батьками і лікарем.

Для вирішення означених проблем психологи пропонують застосовувати методики, засновані на:

взаємопорозумінні з пацієнтом (відмова лікаря від своєї позиції і запозичення позиції батьків, що дає можливість зрозуміти ситуацію, в якій вони знаходяться),

підвищенні емпатії по відношенню до батьків (лікар навчається принципам безоціночного прийняття позиції батьків),

роботі з тривогою (лікар допомагає батькам вивести приховані чинники тривоги на усвідомлений рівень і почати працювати з ними),

«перенастроюванні» пацієнта (лікар «перемикає» пацієнта з режиму емоцій в режим раціонального планування та розуміння проблем, розуміння ситуації з дитиною).

Технології: ведення рольових ігор; моделювання ситуацій; формування уявлення про типові проблеми батьків у ситуаціях хвороби дітей, про стереотипні патерни поведінки батьків і дітей; навчання лікаря техніці «віддзеркалювання» емоцій, почуттів і змісту бесіди.

Вважаємо, що ці теми повинні бути включені в програми формування компетенцій інтернатури та резидентури. Частина тем і технік може бути включена в програми «Школи майбутніх батьків».

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТНЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ПЕРЕДЧАСНОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОНАРОДЖЕНИХ І ХВОРИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Белова О. О., Сіренко О. І., Сидоренко І. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (Україна)

Діти, народжені передчасно, мають певні морфологічні особливості, які визначають їх функціональні можливості і подальший розвиток. Їх незрілість, відсутність депонованих заліза, бурого жиру, вітамінів, мікроелементів та інших, потрібних під час активного розвитку поживних речовин, значно ускладнює фізіологічний перебіг періоду адаптації до позаутробного життя.

Після народження такої дитини майже неможливо створити такі умови розвитку і харчування, якими малюк володів внутрішньоутробно. Всі зусилля лікарів направлені на те, щоб створити умови, максимально наближені до утроби матері, як: температурний і атмосферний режим, тиша і темрява, материнський догляд, звуки і запахи, позиції і рухи...

Але найскладнішим, і досі до кінця не вирішеним, є питання харчування передчасно народжених дітей. Незрілість кишечника, його ферментних систем, імунітету та мікробіоценозу ускладнюють можливість засвоювати потрібну (підвищену) кількість їжі ентерально, тривале парентеральне харчування значно збільшує метаболічні і інфекційні ризики, а без достатньої кількості поживних речовин зростання і розвиток дитини з малою вагою припиняється і запускаються процеси катаболізму.

Сучасна тактика ведення таких дітей направлена на раннє трофічне годування молозивом і грудним молоком з подальшим інтенсивним збільшенням об'єму та якомога ранішим переходом до повного ентерального харчування з використанням материнського молока, вітамінно-мінеральних збагачувачів та високоенергетичних сумішей з підвищеним вмістом та покращеним засвоєнням білків, розроблених спеціально для недоношених дітей.

ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Воробйова О. В., Краснова Ю. Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Шкіра відіграє дуже важливу роль для людини, вона не тільки захищає організм, але і допомагає йому нормально дихати, підтримує температурний баланс тіла. Шкіра у немовлят дуже відрізняється від шкіри дорослої людини, тому їй потрібно приділяти особливу увагу. Шкіра немовлят в кілька разів м'якше і ніжніше, що робить її більш вразливою. Вона зазнає певних змін, які безпосередньо пов'язані із зростанням малюка, а також змінами в його житті, зокрема переходом від внутрішньоутробного до постнатального життя та розвитку. Шкіра новонароджених дітей має тонкий незрілий роговий шар, судинна система розвинена набагато більше, відрізняється особливою сухістю, часто виявляються різні подразнення і почервоніння. Шкіра новонароджених дітей нездатна адекватно відповідати на різкі перепади температури, що природно призводить або до

переохолодження або перегрівання. Ці особливості шкіри немовлят зумовлюють більшу вразливість при дії несприятливих факторів.

Таким чином, здоров'я шкіри залежить від її цілісності. Це означає, що метою догляду за шкірою з перших днів життя є збереження епідермального бар'єру за рахунок зменшення подразнення шкіри. Здорова шкіра не вимагає особливого догляду та тільки при виявленні найменших патологічних ознак необхідно її лікувати.

При недотриманні гігієнічного догляду, порушення цілісності шкіри внаслідок бактеріальної інвазії можуть виникати клінічні прояви ураження шкіри, що потребують медичного спостереження та лікування. Крім того, у новонароджених уразливим щодо бактеріальної інфекції є пуповинний залишок з високим ризиком розвитку катарального або гнійного омфаліту.

Для лікування бактеріальних уражень шкіри та омфаліту у немовлят застосовують антибактеріальні препарати місцевої дії, безпечні та рекомендовані для використання у новонароджених та дітей перших років життя.

ПРОФІЛАКТИКА АПНОЕ ТА СИНДРОМУ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТІ У ДІТЕЙ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Кончаковська Т. В.¹, Костюкова Д. М.²

¹*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)*

²*НДСЛ «ОХМАТДИТ» (Україна)*

Синдром раптової дитячої смерті (СРДС) визнається як несподівана смерть немовляти, причина якої не визначена патологоанатомічним дослідженням, анамнезом, прижиттєвими клінічними ознаками та аналізом ситуації, в якій настала смерть дитини. СРДС є основною причиною малюкової смертності у віці від 1 тижня до 1 року.

В доповіді надана сучасна інформація щодо профілактики СРДС в дитячій практиці, запропоновані стандартизовані протоколи методології для розпізнавання малюкового апное, які дозволять сімейним лікарям і педіатрам лікувати порушення сну у немовлят та дітей і попереджувати СРДС. Надано відомості щодо нормального розвитку механізмів сну і дихального контролю.

Рекомендації з проведення моніторингу та обстеження дітей з групи високого ризику по розвитку малюкового апное та епізодів загрозливих життю включають клінічне спостереження, проведення електрофізіологічної діагностики в умовах НДСЛ «ОХМАТДИТ» та респіраторний і кардіо-респіраторний моніторинг апное вдома.

ЖОВТЯНИЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Лакша О. Т., Пясецька Н. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Неонатальна жовтяниця – особливий стан в житті новонародженого, який характеризується жовтим забарвленням шкіри, викликаним підвищеним вмістом білірубину. Тимчасове підвищення рівня білірубину в сироватці крові спостерігається в усіх новонароджених, жовтяниця розвивається в половині випадків.

Фізіологічна жовтяниця зумовлена особливостями розвитку та метаболізму дитини в ранній період життя, тимчасовою незрілістю ферментних систем печінки, проявляється на 3 добу життя дитини і не потребує лікування. Але білірубінемія може бути і симптомом інших захворювань, а за певних обставин білірубін може долати гемато-енцефалічний бар'єр і викликати пошкодження базальних гангліїв, що призводить до незворотнього ураження центральної нервової системи (ядерної жовтяниці).

Тому важливо проводити моніторинг за рівнем загального білірубину та його фракцій і при потребі застосовувати додаткові втручання. Рання жовтяниця (з'являється в перші 24 години життя) – завжди ознака патології, як і пізня жовтяниця, яка з'являється після 7 днів життя, вони потребують ретельного обстеження дитини.

Розвитку жовтяниці сприяють стани, що викликають посилене руйнування гемоглобіну (крововиливи, кефалогематома, гемолітична хвороба, вроджені гемолітичні анемії, дефіцит глюкозо-6-фосфат дегідрогенази). Обтяжуючими факторами є передчасне народження, перинатальні інфекції, дистрес плода, недостатнє харчування, гіпоальбумінемія.

Чіткого розмежування між фізіологічною і патологічною жовтяницею не існує, фізіологічна жовтяниця може переходити в патологічну. У всіх новонароджених з жовтяницею потрібно визначити рівень білірубину крові, що можна зробити під час забору крові на скринінг в родопомічному закладі. В подальшому контроль проводять шляхом фотометричного вимірювання

концентрації білірубину в шкірі мультиспектральним приладом транскутанно. Для оцінки етапності появи жовтяниці та кореляції з рівнем білірубину в сироватці крові доцільно використовувати модифіковану шкалу Крамера.

Всім новонародженим, у яких жовтяниця переходить встановлене порогове значення відповідно віку (згідно існуючих таблиць та шкал), має проводитися фототерапія. Світлові промені певної довжини хвилі руйнують подвійні зв'язки некон'югованого білірубину, що призводить до утворення водорозчинного люмірубину. Останній може виводитися печінкою з жовчю та нирками - з сечею.

При правильному та своєчасному проведенні діагностики і лікування жовтяниці новонароджених прогноз є сприятливим для життя.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ

Шуцько Є. Є., Лакша О. Т.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

На сучасному рівні розвитку охорони здоров'я якість медичних послуг ґрунтується на системі державного забезпечення медичною допомогою вагітних, роділь та новонароджених, наявності національних медичних стандартів, клінічних протоколів та можливостей їх виконання, належному матеріально-технічному забезпеченні закладів охорони здоров'я матері та дитини, забезпеченні та професійній підготовці медичних кадрів, безперервному післядипломному навчанні медичного персоналу.

Стан здоров'я та розвитку новонародженого визначають репродуктивне здоров'я жінки, своєчасність діагностики порушень розвитку внутрішньоутробної дитини, рівень та доступність надання медичної допомоги, впровадження сучасних перинатальних технологій та медичного спостереження з забезпеченням мультидисциплінарного підходу.

Мультидисциплінарний підхід включає залучення фахівців відповідного профілю для визначення тактики ведення вагітності, пологів, лікування та подальшого медичного спостереження за станом здоров'я та розвитку дитини. На рівні родопомічних закладів та перинатальних центрів – це перинатальні консиліуми, консультації профільних фахівців. На рівні обласних (міських) дитячих лікарень та НДСЛ «ОХМАТДИТ» - це забезпечення багатопрофільної високоспеціалізованої допомоги з залученням лікарів дитячих неврологів, офтальмологів, хірургів, нейрохірургів, оториноларингологів, генетиків, психологів та інших.

Медичне спостереження за немовлятами на амбулаторно-поліклінічному рівні включає оцінку стану здоров'я та розвитку, визначення медико-соціальних ризиків, своєчасне направлення дитини на консультацію до фахівців відповідного профілю, спільне визначення тактики медичного догляду за немовлятами з перинатальною патологією та передчасно народженими дітьми.

Мультидисциплінарний підхід використовується при розробці клінічних настанов та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що дозволяє забезпечити якість та доступність медичної допомоги, участь представників громадських організацій та пацієнтів при визначенні потреб та запобіганні ризиків.

Завдяки мультидисциплінарному підходу до забезпечення медичної допомоги новонародженим, відбувається ефективне спостереження за вагітними жінками груп ризику, своєчасна пренатальна діагностика аномалій розвитку плоду або інших перинатальних порушень, проводиться своєчасне скерування цих жінок в обласні центри охорони здоров'я матері та дитини або перинатальні центри з визначенням тактики медичної допомоги дітям та подальшого спостереження за станом здоров'я та розвитку немовлят в медичних закладах амбулаторно-поліклінічної допомоги.

ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Шекера О.Г., Ткаченко В.І., Кухарчук Х.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Актуальність. Захворювання щитовидної залози (ЩЗ) на сьогодні лідирує по своїй поширеності серед ендокринної патології. В останні роки зростає частота виявлення патології ЩЗ, серед кардіологічних та терапевтичних пацієнтів, зокрема субклінічний гіпотиреоз (СГ). Це пов'язано з розширеним використанням в клінічній практиці гормональних методів дослідження функції ЩЗ. Так як, результати дослідження Роттердам (2000) показали, що СГ є більш важливим фактором серцево-судинного ризику, ніж діабет, куріння, дисліпідемія або гіпертонія.

Мета нашого дослідження: проаналізувати наявність серцево-судинних факторів ризику у пацієнтів з субклінічним гіпотиреозом та визначити їх вплив на розвиток серцево-судинних захворювань.

Матеріали і методи: Обстежено 55 хворих з СГ. Середній вік пацієнтів склав $44,7 \pm 3,22$ років, середня тривалість гіпотиреозу - $5,52 \pm 0,59$ років, з яких 63,88% становили жінки, 36,11% - чоловіки. Ми провели прицільної опитування пацієнтів про чинники ризику розвитку серцево-судинних захворювань та заходи щодо їх попередження, а також вимірювання артеріального тиску (АТ), індекс маси тіла (ІМТ), ліпідного обміну та ідентифікації показників ретроспективного аналізу амбулаторних записів. Статистичний аналіз проводили з використанням Excel 2007.

Результати та обговорення. Ми виявили, що дисліпідемія спостерігалася у 68,4% пацієнтів з СГ. Середнє значення холестерину у цих пацієнтів становило $5,86 \pm 0,64$ ммоль / л. Крім того, 55,5% пацієнтів мають в анамнезі артеріальну гіпертензію, середня тривалість якої становить $7,61 \pm 2,6$ років. Середнє значення систолічного артеріального тиску (САТ) становило $153,52 \pm 3,16$ мм рт.ст., а діастолічного артеріального тиску (ДАТ) - $95,98 \pm 3,27$ мм.рт.ст. Крім того, 85,33% пацієнтів мають збільшення маси тіла. Із них, у 30% пацієнтів, надлишкова маса тіла, в 50% - I ступень ожиріння, в 16,67% - II ступеня ожиріння і 3,33% - III ступеня ожиріння. Серед усіх пацієнтів 13,88% курці, що не кидали курити, незважаючи на рекомендації лікаря.

Висновок: проблема СГ залишається і надалі актуальною та потребує більш детального вивчення. На лікаря загальної практики – сімейного лікаря, покладається більша відповідальність щодо проведення лікувально-профілактичних заходів серцево-судинних захворювань у пацієнтів з СГ та по виявленню патології ЩЗ у пацієнтів як терапевтичного так і кардіологічного профілів.