

Міністерство охорони здоров'я України  
Донецький національний медичний університет імені М.Горького  
Наукове товариство творчої молоді

# **МАТЕРІАЛИ**

## **75-ого міжнародного медичного конгресу молодих учених**

«Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної  
медицини, стоматології та фармації»

# **МАТЕРИАЛЫ**

## **75-ого международного медицинского конгресса молодых ученых**

«Актуальные проблемы клинической, экспериментальной,  
профилактической медицины, стоматологии и фармации»

# **MATERIALS**

## **of the 75<sup>th</sup> International Medical Congress for Young Scientists**

«Actual problems of clinical, theoretical,  
preventive medicine, stomatology and pharmacy»

Донецьк  
«Каштан»  
2013

ББК 5л0+56.6л0+52.82л0  
А43  
УДК 61+616.31+615.1](063)

**Редакційна колегія:**

**Ректор ДонНМУ,  
член-кореспондент НАМН України,  
заслужений діяч науки і техніки  
України, д.мед.н., професор**

**Ю.В. Думанський**

**Проректор з наукової роботи  
ДонНМУ,  
д.мед.н., професор**

**І.І. Зінкович**

**Науковий керівник СНТ  
д.мед.н., професор**

**Л.І. Волос**

**Голова Ради СНТ**

**Р. Павлов**

Конгрес проводиться з дозволу УкрІНТЕІ (посвідчення № 308 від 11 травня 2012р.).

**A43 Матеріали 75-ого міжнародного медичного конгресу молодих учених «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації».** — Донецьк: «Каштан», 2013. — 376 с.

ISBN 978-966-427-317-3

Збірка матеріалів 75-ого міжнародного медичного конгресу молодих учених присвячена актуальним проблемам клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації. У ній представлені результати власних досліджень, у тому числі з питань крайової патології Донбасу. Розглядаються підходи до наукового обґрунтування, діагностики, лікування та профілактики захворювань, науково-методичні питання вивчення впливу факторів довкілля на населення, актуальні проблеми стоматології і фармації.

За зміст тез несуть відповідальність автори і наукові керівники.

**Адреса редакції:**

83003, м. Донецьк, проспект Ілліча, 16  
Тел.: (062) 344-43-14  
E-mail: [snt@dsmu.edu.ua](mailto:snt@dsmu.edu.ua)  
[www.isc.dsmu.edu.ua](http://www.isc.dsmu.edu.ua)

ISBN 978-966-427-317-3

© Матеріали 75-ого міжнародного медичного конгресу молодих учених, 2013

## ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Павлов Ростислав	голова Ради СНТ ДонНМУ
Івнєв Богдан	заступник голови Ради СНТ
Лисенко Андрій	заступник голови Ради СНТ
Шрамко Олександр	координатор Ради СНТ з міжнародних зв'язків
Афанасьєва Катерина	секретар Ради СНТ
Генбач Іван	голова Ради СНТ 1 медичного факультету
Кіосьєв Микита	голова Ради СНТ 2 медичного факультету
Кузьменко Олеся	голова Ради СНТ 3 медичного факультету
Рудь Юлія	голова Ради стоматологічного факультету
Бєлік Марія	голова Ради фармацевтичного факультету
Стрельченко Юрій	голова Ради молодих учених
Жиляєв Руслан	голова профкому студентів, член Ради молодих учених
Семизаров Сергій	голова Студентського самоврядування, заступник голови профкому студентів
Малов Анатолій	голова Ради молодих учених 1 медичного факультету
Базіян-Кухто Наїра	голова Ради молодих учених 2 медичного факультету
Мациніна Марія	голова Ради молодих учених 3 медичного факультету
Гаврилов Олександр	голова Ради молодих учених стоматологічного факультету
Афанасьєва Аліна	член Ради СНТ
Білецький Станіслав	член Ради СНТ
Євпак Ольга	член Ради СНТ
Єрмілов Станіслав	член Ради СНТ
Шипов Данііл	член Ради СНТ
Власенко Євген	член Ради молодих вчених
Прилуцький Андрій	член Ради молодих вчених
Прилуцький Олександр	член Ради молодих вчених
Прилуцька Анна	член Ради молодих вчених

# Зміст

<b>ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА .....</b>	<b>7</b>
АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ .....	7
МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ.....	12
МІКРОБІОЛОГІЯ .....	17
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ТА ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ.....	26
МЕДИЧНА, БІОЛОГІЧНА ФІЗИКА, МЕДІНФОРМАТИКА І БІОСТАТИСТИКА.....	33
МОРФОЛОГІЯ, ПАТОМОРФОЛОГІЯ.....	36
ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ.....	41
ФІЗІОЛОГІЯ.....	49
ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВО-ДОСЛІДНА ЛАБОРАТОРІЯ.....	57
ГУМАНІТАРНІ НАУКИ.....	69
НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІЦЕЇСТІВ, ШКОЛЯРІВ ТА УЧНІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ.....	77
<b>КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА.....</b>	<b>95</b>
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ.....	95
ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ.....	116
ДОНЕЦЬКЕ ОБЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ .....	132
ІМУНОЛОГІЯ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ .....	135
НЕЙРОХІРУРГІЯ .....	140
НЕОНАТОЛОГІЯ .....	148
НЕРВОВІ ХВОРОБИ З КУРСОМ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ.....	159
ОНКОЛОГІЯ ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ .....	167
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ.....	175
ПЕДІАТРІЯ.....	181
ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА .....	218
ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ І МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ .....	225
СУДОВА МЕДИЦИНА І МЕДИЧНЕ ПРАВО.....	230
ТРАВМАТОЛОГІЯ .....	234
УРОЛОГІЯ.....	240
ФТИЗІАТРІЯ.....	251
ХІРУРГІЯ .....	255
ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ .....	288
<b>СТОМАТОЛОГІЯ .....</b>	<b>298</b>
ПРОПЕДЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ.....	298
ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ.....	304
ХІРУРГІЧНА ТА ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ.....	310
СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ.....	318
ЗАГАЛЬНА СТОМАТОЛОГІЯ ФІПО.....	324
<b>ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА .....</b>	<b>333</b>
ГІПІЄНА, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ .....	333
<b>ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ .....</b>	<b>344</b>
ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКІВ,ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СПРАВИ ТА СУДОВА ФАРМАЦІЯ, ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ ТА ФАРМАКОГНОЗІЯ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	344
<b>СІМЕЙНА МЕДИЦИНА І ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ .....</b>	<b>357</b>
<b>КРАЙОВА ПАТОЛОГІЯ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я.....</b>	<b>362</b>
<b>АЛФАВІТНИЙ АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК .....</b>	<b>370</b>

# ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА

## АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ

*Бешуля О.А., Губенко И.В., Дубина С.А.*

### ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ СТРУКТУРНО-РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ДИХОТОМИЙ ВНУТРИОРГАННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Цель исследования:** определить гемодинамическое сопротивление различных отделов внутриорганного артериального русла почек человека.

**Материалы и методы.** Объектом исследования послужили коррозионные препараты интраорганного артериального русла почки. Всего было обследовано 16 препаратов (8 лиц мужского пола, 8 – женского пола). Коррозионные препараты изготавливали по стандартной методике. Русло органа представляли как конструкцию, состоящую из взаимосвязанных артериальных разветвлений – дихотомий. Для количественного описания русла использовали следующие коэффициенты:  $i$  – порядковый номер уровня деления, вновь образовавшегося ряда артериальных разветвлений;  $D$  – диаметр материнского сегмента;  $d_{\max}$  – диаметр дочерней ветви имеющей большее значение;  $d_{\min}$  – диаметр дочерней ветви имеющей меньшее значение;  $L$  – длина сегмента, расстояние между ближайшими разветвлениями;  $FF1$  – фактор формы (length-to-radius ratio) равный отношению длины сосуда к его радиусу ( $L/R$ );  $\eta$  – коэффициент ветвления (area ratio) из уравнения:  $\eta = (d_{\max}^2 + d_{\min}^2)/D^2$ ;  $\gamma$  – коэффициент асимметрии (asymmetry ratio) из уравнения  $\gamma = (d_{\min}/d_{\max})^2$ ;  $\xi$  – значение степени из уравнения  $D^{\xi} = d_{\max}^{\xi} + d_{\min}^{\xi}$  (Muray C. D.). Для расчета сопротивления в сосудах использовали понятие полного сосудистого сопротивления – импеданса (impedio – препятствую). Подобно комплексному электрическому сопротивлению – импедансу, включающему понятия активного (resistance), емкостного (capacitance) и индуктивного (inductance), это сопротивление, кроме пуазейлевского, также включает понятие гидравлической емкости и гидравлической индуктивности – intertance

**Результаты работы.** Для артериальных разветвлений с 1-м и 2-м типами дихотомий характерна меньшая величина гемодинамического сопротивления (далее по тексту ГС) у материнского сегмента, большая – у дочернего сегмента с меньшим диаметром, а величина ГС дочернего сегмента с большим диаметром в этом ряду занимает среднее положение. Для разветвлений с дихотомиями 3-го типа – большая величина ГС у дочерней ветви с большим диаметром, меньшая – у материнского сегмента, а дочерняя ветвь с меньшим диаметром в этом ряду занимает среднее положение.

**Выводы.** Наибольшую величину ГС имеют артериальные разветвления с дихотомиями 2-го типа, в порядке убывания – величины ГС, затем следуют разветвления 3-го типа, потом 1-го. Разветвления 1-го типа отвечают за проведение крови с наименьшими затратами. Разветвления 2-го типа выполняют, в основном, распределительную функцию в ущерб оптимальному проведению крови, а разветвления 3-го типа занимают как бы промежуточное положение, т.е. предназначены и для проведения, и для распределения крови.

*Генбач И.О., Лысенко А.О., Халилова Н.Г.*

### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ИНДЕКСОВ И ПРОПОРЦИЙ ЕВРОПЕЙЦЕВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Целью исследования** стало установить морфометрические и топографоанатомические особенности крайних вариантов фенотипической изменчивости фронтальной нормы лица представителей юношеского возраста, европейской расы, обоих полов.

**Материалы и методы.** 2-х мерные фотографии лиц 32 студентов украинской национальности, сделанные во фронтальной проекции. Были измерены значения «эталонных» морфометрических параметров. В качестве исследовательского инструмента использовали компьютерную программу «Faceanalyzer».

**Результаты.** Рассчитаны средние значения 5 индексов и 9 лицевых пропорций. Установлено, что у юношей и девушек достоверно отличаются 23 параметра из 26. Распределения значений большинства изучаемых показателей, не отличаются от нормального закона на уровне значимости  $p < 0,05$ , за исключением значения  $DIN/(AN + DGN)$ . Исследуемая выборка состоит из 33% гиперэврионов, 43% эврионов, 22% мезонов и 2% лептонов. Форма лица в 89% случаев была эйропрозопическая. Наибольший коэффициент вариабельности присущ значению показателя  $(DSN + LLI)/(DSM - LLI)$  (22,37%), наименьший –  $DLNFCчDZ$  (5,13%). Расчет пропорций, используемых пластическими хирургами, показал, что в большей мере «идеальным» параметрам соответствуют значения пропорции –  $(DSN + LLI)/(DSM - LLI)$ . Значению «золотого сечения» у европейцев в большей степени соответствует показатель  $DFTч(DIM + 2DLRO)$ .

**Выводы.** Определено, что 9 из 14 значений исследуемых индексов и пропорций достоверно не связаны

с полом. Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что лица европейского типа соответствуют существующим стандартам пластических хирургов и художников-портретистов. Предложенные индексы, размеры, установленные закономерности, «правила», табличные данные также могут полезны в работе криминалистов, анатомов и скульпторов.

*Лукасян И. М., Серик М.А., Гричина И. В., Илана Х.*

### **МАТНМАСК – КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЛИЦА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького  
заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Цель исследования.** Целью создания проекта MathMask было ускорение и упрощение морфометрического анализа человеческих лиц, автоматическое определение пола и расы человека, создание средств для базовой обработки фотографии, а также создание отчетов и электронных баз данных с основными параметрами лица, и результатами анализов. Важным моментом является цель создания информативного веб-сайта mathmask.com, где будут содержаться статьи и инструкции для работы с программой, а также обновления самой программы, и мгновенная связь с разработчиками. В данный момент сайт mathmask.com находится на стадии разработки.

**Материал и методы.** Для проведения исследований с помощью программы MathMask, необходимо следующее: ПК\* с операционной системой Windows XP, Vista, 7, 8; пользователь ПК\* (с элементарными навыками работы); цифровая фотография лица испытуемого.

**Результаты.** Результатом работы в программе MathMask может стать как база данных численных параметров человеческого лица, так и отчет о характеристике лица, а также: цифровое изображение схематического макета лица, построенного программными средствами MathMask, данные измерения указанного отрезка на лице; отфильтрованная фотография (фильтры: ч/б, негатив, обрезка); данные статистического анализа нескольких лиц; приведение средних коэффициентов для определенной группы лиц; изображение с разметкой лица; отправка результатов на email, публикация на сайте mathmask.com (beta)

**Выводы.** Программа MathMask способна предоставить любому пользователю ПК\* возможность провести научное исследование на основании одних лишь цифровых фотографий лица. Программа способна определять с высокой точностью расу и пол человека (вероятность до 90%), руководствуясь несколькими критериями расчета результата на выбор. В модель проекта MathMask заложена возможность для добавления новых и обновления старых функций. Специально для этого был создан сайт с одноименным названием <http://www.mathmask.com> где будут публиковаться новости и обновления программы. Созданная база данных даёт возможность для дальнейших исследований, в том числе ручных и аналитических. \* ПК – персональный компьютер.

*Довгялло Ю.В.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИКЛИЧЕСКОГО, ПРОМЕЖУТОЧНОГО И ДРЕВОВИДНОГО ОТДЕЛОВ РУСЛА БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СООТВЕТСТВИИ С СЕГМЕНТАРНОЙ МОДЕЛЬЮ ЕГО СТРОЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека,  
заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Г.С. Кирьякулов, научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Цель исследования.** Поиск эталона нормы строения русла брыжеечных артерий.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились ангиограммы русла брыжеечных артерий толстой кишки людей погибших от причин, не связанных с окклюзионно-стенотическими поражениями верхней и нижней брыжеечных артерий, в возрасте от 37 до 74 лет (2 возрастные группы: 2-го периода зрелого возраста – 20; пожилого возраста - 12) 16-ти мужчин и 16-ти женщин.

**Результаты.** Понятие о норме, в том числе и морфометрической норме русла брыжеечных артерий толстой кишки человека (РБАТК), является ключевым вопросом морфологии. Представление о том, что природа во всех своих проявлениях стремится к оптимальности, является одним из старейших научных принципов. Визуальная оценка РБАТК позволяет утверждать, что, качественно, оно состоит из трех функционально и структурно разнородных отделов: циклического, промежуточного и древовидного. Главной задачей данного раздела явилось сравнительное описание структуры разных отделов РБАТК в соответствии с сегментарной моделью его строения. В данном случае, в качестве основной морфофункциональной единицы русла рассматривали артериальный сегмент - участок русла, расположенный между ближайшими разветвлениями. Для количественного описания русла использовали эмпирически установленные коэффициенты: 1. FF – фактор формы  $FF=D/L$ ; 2. МСГС – морфологическая составляющая гемодинамического сопротивления; 3. К – коэффициент деления  $K=d_{min}/D$ ; 4.  $K_1$  – коэффициент асимметрии  $K_1=d_{max}/d_{min}$ . При сравнении значений установлено, что величина FF имеет большие значения для сегментов, принадлежащих промежуточному отделу, и наименьшие – для сегментов, принадлежащих древовидному отделу РБАТК. Коэффициент К имеет большие значения для сегментов, принадлежащих циклическому отделу

РБАТК, и меньшие значения для сегментов, принадлежащих древовидному отделу русла. Коэффициент  $K_1$  имеет большие показатели для сегментов, принадлежащих промежуточному отделу, и меньшие значения для сегментов, принадлежащих древовидному отделу русла. Сегодня известно и описано несколько наиболее часто обнаруживаемых форм циклического отдела РБАТК. Было проведено сравнение величин морфометрических показателей сегментов, принадлежащих различным формам РБАТК. Данные формы русла характеризуются меньшими значениями  $FF$  для сегментов, принадлежащих циклическому отделу русла, чем для сегментов, принадлежащих его промежуточному отделу. Величина  $K$ , наоборот, имеет меньшие значения для сегментов, принадлежащих циклическому отделу, чем для сегментов, принадлежащих промежуточному отделу русла. Коэффициент  $K_1$ , характеризующий форму русла с отсутствием средней ободочнокишечной артерии, больше для циклического отдела, чем для промежуточного, в остальных же случаях он оказался больше для промежуточного отдела русла.

**Выводы.** Установлено, что «универсальным» критерием нормы строения для всех отделов РБАТК могут служить величины коэффициентов деления и симметрии-  $K$  и  $K_1$ , т.к. они наименее зависимы от формы русла, типа цикла и вида брыжеечной артерии. Однако, более целесообразно использовать не один, а несколько морфометрических показателей для более точной оценки строения брыжеечного русла толстой кишки.

*Дубина С.А., Бешуля О.А.*

### **ВЛИЯНИЕ ВИДОВ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПУЗЫРНОГО И ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКОВ НА ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Целью исследования** является обоснование возможностей применения различных методов хирургического вмешательства при желчнокаменной болезни исходя из вариантов анатомического строения пузырного и общего желчного протоков.

**Материалы и методы.** Исследование базируется на обзоре литературы относительно анатомических вариантов развития пузырного и общего желчного протоков. Классификация аномалий желчевыводящих протоков проведена Blumgart L.H., Hann L.E. (2000), которые выделяют 5 их видов. Самохина А. (2011) указывает на наличие более 10 видов аномалий желчевыводящих протоков. Отдельные виды анатомических вариантов подробно рассматривались на основании изучения трудов Lamah M. и Dickson G.H. (1999), Larobina M. и Nottle P. (2005), Гордеевым С. (2007), Копосовой С. (2009), Петровым В. (2011).

**Результаты.** Аномалии слияния желчевыводящих протоков распространены достаточно широко и представлены, прежде всего, изменением уровня впадения пузырного протока, когда проток проходит параллельно общему желчному протоку и впадает в него ближе к двенадцатиперстной кишке. Крайним проявлением является непосредственное открытие пузырного протока в двенадцатиперстную кишку. Нередко определяется изменение или извилистость его хода. Он может перекрещиваться с общим желчным протоком спереди, сзади, впадать в него справа, слева, в переднюю или заднюю стенки. Эти отклонения клинически себя не проявляют, но могут быть причиной нарушения прохождения желчи. Более выраженной аномалией является отсутствие пузырного протока; при этом желчный пузырь непосредственно переходит в общий желчный проток. Такой вариант может приводить к травмированию холедоха при манипуляциях в области шейки пузыря. По данным А. Самохиной (2011), общий желчный проток в 5% наблюдений был обнаружен на передней поверхности воротной вены, что определяет опасность ее травмирования. В случаях нормального развития общего желчного протока возможность удаления конкрементов без выполнения холедохотомии будет определяться отсутствием аномалий пузырного протока. Невозможно применить подобный подход, когда последний соединяется с общим желчным протоком под очень острым углом или идет параллельно ему. Удаление конкрементов невозможно и в случае, когда пузырный проток соединяется с общим желчным по его внутреннему краю, на его передней или задней стенке, и когда пузырный проток имеет спиральный ход. В частности, возможности баллонной дилатации при удалении конкрементов будут весьма ограниченными в случае спирального огибания пузырным протоком общего печеночного. В этом случае велика вероятность разрыва их стенок.

**Выводы.** Таким образом, наличие аномалий развития желчевыводящих, в частности, пузырного и общего желчного, протоков выступает одним из важнейших факторов формирования хирургической тактики при лечении желчнокаменной болезни. С точки зрения аномалий анатомического развития общего желчного протока повышается риск повреждения воротной вены. Несмотря на относительно нечастое распространение таких аномалий пузырного протока, как его короткие размеры, перекрещение с общим желчным протоком, спиральное огибание общего печеночного протока, повышается риск хирургического травмирования желчного пузыря, разрыва стенок протока при применении манометрии и баллонной дилатации, снижается возможность извлечения конкрементов через пузырный проток без проведения рассечений.

*Лысенко А.О., Серик М.А., Гукасян И.М*

### **VESSELSTREE – КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПОСТРОЕНИЯ МОДЕЛИ СОСУДИСТОГО РУСЛА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Цель исследования.** Программа VesselsTree была создана для построения математической модели сосуда человека, выявления статистических зависимостей геометрических характеристик, таких как длина, площадь, объем сосуда и его сопротивление.

**Материалы и методы.** Для проведения исследований с помощью программы VesselsTree, необходим персональный компьютер (ПК) с операционной системой Windows XP, Vista, 7, 8; пользователь ПК (с элементарными навыками работы); параметры сосуда.

**Результаты.** Результатом работы в программе VesselsTree может быть таблица с геометрическими характеристиками на каждом уровне деления или график зависимости какой-либо характеристики от уровня деления сосуда.

**Выводы.** Программа VesselsTree способна построить математическую модель сосуда в двух вариантах (дихотомическая и сегментарная) и дать статистический анализ основных его геометрических характеристик.

*Лысенко А.О., Удовенко А.А., Крамарь И.С.*

### **ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОПОРЦИЙ ФРОНТАЛЬНОЙ ПРОЕКЦИИ ЛИЦА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК МОНГОЛОИДОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Зенин О.К.*

**Цель исследования.** Определение общих морфометрических и топографоанатомических особенностей крайних вариантов фронтальной проекции лица у особ юношеского возраста, обоих полов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 32 студента Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького обоих полов, китайской национальности, возрастом от 16 до 20 лет, имеющие характерные внешние особенности монголоидной расы. Материалом для исследования являлись 2-х мерные изображения особ добровольцев, сделанные во фронтальной проекции. Количественному анализу подверглись 14 индексов и пропорций, которые характеризуют морфометрические и топографоанатомические нормы лица особ юношеского возраста, обоих полов, монголоидной расы. Основными отличительными пропорциями для монголоидной расы являются: DIM/DIN, DRO/DSM и (DSN+LLI)/(DSM-LLI), а также DIN/(AN+DGN) и DSN/(DSN+DSM). (DIM – расстояние между углами левого и правого глаза, DIN – расстояние между наиболее отдаленными правой и левой точками крыльев носа, DRO – расстояние между наиболее отдаленными точками правого и левого уголков рта, DSM – расстояние от стомиона до ментона, DSN – расстояние от наиболее низкой точки носа до стомиона, LLI – расстояние между стомионом и наиболее низкой точкой красной каймы нижней губы, AN – расстояние от точки корня носа до точки на основании крыльев носа, DGN – расстояние между гласселлой и точкой на корне носа.

**Результаты.** Пластическими хирургами используются три пропорции: DIM/DIN, DRO/DSM и (DSN+LLI)/(DSM-LLI). В ходе данного исследования были определены средние значения этих показателей для монголоидов: DIM/DIN = 1,05±0,01, DRO/DSM = 1,10±0,01, (DSN+LLI)/(DSM-LLI) = 1,03±0,02.

**Выводы.** В ходе данного исследования предложены размеры, индексы, пропорции и латинские наименования, а также правила, которые могут быть использованы для потребностей анатомии, антропологии, судебной медицины, пластической хирургии и образовательного искусства. Также выявлено, что лица монголоидов большей частью отвечают «идеальным» пропорциям, принятым в пластической хирургии по размерам показателей DRO/DSM и DIN/(AN+DGN).

*Малов А.Е., Зубов А.А.*

### **МЕТОДИКА СОПОСТАВЛЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСНОВАНИЙ СОСОЧКОВЫХ МЫШЦ В ПРЕПАРАТАХ СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. каф. – ЗДНТУ, проф. Кирьякулов Г.С., научный руководитель – проф. Васильев В.А.*

**Цель исследования.** Разработать методику сопоставления локализации оснований сосочковых мышц в препаратах сердец детей различного возраста.

**Материал и методы.** Исследовано 17 препаратов обычно сформированных сердец детей в возрасте от 20 недель внутриутробной жизни до 1 года после рождения. Все препараты были фиксированы 10% раствором нейтрального формалина. В работе использовали методы анатомического препарирования и морфометрии. Вскрытие полостей сердца проводили с использованием стандартной методики «по ходу тока крови». В работе использовали штангенциркуль и набор хирургических инструментов общего профиля.



**Результаты.** В каждом препарате в полости желудка проводили измерение расстояния от фиброзного кольца предсердно-желудочкового клапана до самой нижней точки полости желудка в области его верхушечной части. Далее измеряли расстояние от фиброзного кольца предсердно-желудочкового клапана до середины основания сосочковой мышцы. Полученные данные соотносили между собой, результат регистрировали на условных вертикальных осях, представленных на миллиметровой бумаге в виде отрезков разбитых на 10 равных частей. Начало отрезка, где находилось значение «0», условно соответствовало уровню расположения фиброзного кольца предсердно-желудочкового клапана, а наибольшее значение «10» - самой нижней точки полости желудка в области его верхушечной части.

**Выводы.** Разработанная новая анатомическая методика позволяет оценивать и сравнивать локализацию оснований сосочковых мышц в сердцах детей различного возраста и может быть использована для сравнения расположения сосочковых мышц в обычно сформированных и аномальных сердцах.

*Махнаторода А.В., Осипенков А.Р*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА СЕЛЕЗЕНКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 1-ГО И 2-ГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, д. мед. н., проф. Г.С. Кирьякулов, научный руководитель - асс. А.М. Шай*

**Цель исследования** – сравнить топологическую характеристику внутриорганного артериального русла селезенки.

**Материал и методы исследования.** исследованы морфометрические характеристики коррозионных слепков внутриорганного артериального русла селезенки 66-ти людей, умерших от внезапной смерти и случайных причин, в возрасте от 18 до 54 лет (2 возрастные группы: 1-го периода зрелого возраста – 32; 2-го периода зрелого возраста - 34); 34-х мужчин и 32-ти женщин, причина смерти которых не повлияла на структуру сосудистого дерева. Русло рассматривалось как конструкция, состоящая из отдельных сосудистых сегментов - участков между двумя ближайшими разветвлениями, выделены проксимальный и дистальный ряды. Всего было измерено 6739 артериальных сегмента. Определяли длину и диаметр сегментов рядов: проксимального (D, L, мм), наибольшего (d<sub>max</sub>, l<sub>max</sub>, мм) и наименьшего (d<sub>min</sub>, l<sub>min</sub>, мм) дистального.

**Результаты исследования.** По результатам исследования рассчитаны: отношение диаметров, фактор формы сосуда (FF - отношение диаметра сосуда к его длине); коэффициенты: разномножения (СМ - количество приносящих сосудов в точку ветвления), деления (К - отношение диаметра наименьшего приносящего сосуда к диаметру выносящего), ассиметрии (К1 - отношению диаметров максимального приносящего сосуда к минимальному). Результаты были статистически обработаны и сравнены. Выявлена значительная разница между показателями артериального русла мужчин и женщин, 1-го и 2-го периода зрелого возраста .

**Выводы.** Полученные результаты можно использовать для понимания патологии внутриорганного сосудистого русла и при проведении частичной резекции селезенки.

*Тохтамышева Э.О.*

### **АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет, Кафедра анатомии человека, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Г.С. Кирьякулов, научный руководитель – проф. В.А. Васильев*

**Цель исследования** – установить возрастные особенности строения клапана аорты сердец детей в норме и при дефекте межжелудочковой перегородки (ДМЖП) на этапах постнатального онтогенеза.

**Материал и методы.** На 30 препаратах сердечно-легочных комплексов новорожденных, детей грудного возраста и раннего детства с применением традиционных анатомических методов и морфометрии исследованы особенности строения структурных элементов аортального клапана.

**Результаты.** У детей с обычно сформированными сердцами на этапах постнатального онтогенеза размеры полулунных заслонок аортального клапана равномерно нарастают. В одном наблюдении выявлен клапан аорты с двумя полулунными заслонками – правой и левой, а устья венечных артерий располагались в правом аортальном синусе. При этом размеры полулунных заслонок превышали возрастную норму в 1,5 раза. При ДМЖП у новорожденных структурные элементы аортального клапана по своим морфометрическим параметрам мало отличались от таковых возрастной нормы. В двух случаях обнаружили наличие двух заслонок у клапана, устье аорты при этом было стенозированным, а края дефекта частично формировались фиброзным кольцом аортального клапана. В других наблюдениях размеры структурных элементов клапана аорты были меньше параметров возрастной нормы в 1,2 раза, что свидетельствовало об отставании их в росте.

**Выводы.** При ДМЖП встречаются аномалии развития анатомических структур аортального клапана и нарушается их рост на этапах онтогенеза.

## МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ

*Аврамов Д. В.*

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИРОФИЛЯРИОЗА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. ДОНЕЦКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г., научный руководитель – препод. Усикова З.Л.*

**Цель:** определить степень распространенности дирофиляриоза среди жителей г. Донецка

**Материалы и методы:** заболеваемость дирофиляриозом оценивалась по данным паразитологической лаборатории Донецкой областной санитарно-паразитологической лаборатории за период 2008 – 2011 г.г.

**Результаты:** Дирофиляриоз – трансмиссивный биогельминтоз, источником которого являются собаки, переносчиком – комары. Анализ данных показал, что за период 2008 – 2011 г.г. был зарегистрирован 61 случай дирофиляриоза. Во всех случаях были обнаружены взрослые особи *Dirofilaria imens*. Анализ показателей заболеваемости выявил тенденцию к росту: по сравнению с 1990 г. (было зарегистрировано 2 случая) заболеваемость увеличилась в 11,5 раз (в 2011 г. – 23 случая). Дирофиляриоз чаще регистрировался у взрослых – 90,2%. Выявлялась следующая локализация гельминта: глаза – 23% случаев, лицо и голова – 9,8%, шея и туловище – 8,2%, верхние и нижние конечности – 6,6%, локализация во внутренних органах – 4,9%, молочные железы – 3,3%, половые органы – 1,6%. Важно отметить, что правильный диагноз до оперативного вмешательства был установлен в 40% случаев, что свидетельствует о недостаточном уровне знаний медицинских работников по данному паразитозу.

**Выводы:** риск заражения дирофиляриозом жителей г.Донецк реально существует и имеет тенденцию к увеличению. Разнообразная локализация паразита в организме человека требует от врачей разных специальностей настороженности и осведомленности в отношении данного трансмиссивного гельминтоза. Проблема требует систематического проведения профилактических мероприятий.

*Булаева А.А.*

### **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г. научный руководитель – Добровольская А.В.*

**Цель исследования.** Изучить целесообразность использования генетически модифицированных организмов (ГМО) в научных и хозяйственных целях человека.

**Материал и методы.** По данным литературы изучен вопрос применения технологий геной инженерии по созданию ГМО и использования их в научных и хозяйственных целях человека.

**Результаты исследования.** ГМО – организмы, генотип которых был искусственно изменён при помощи методов геной инженерии. Используют, как отдельные гены различных видов, так и их комбинаций в создании новых трансгенных сортов и линий, формируя в них устойчивость к экстремальным условиям среды и вредителям, более высокую питательную ценность и продуктивность. Это позволяет расширить ареал обитания полученных трансгенным путём организмов, увеличить и удешевить урожай, уменьшить количество использования ядохимикатов. Используя генетические модификации, создаются растения для фиторемедиации (очистки почвы, воды и воздуха от вредных химических веществ) и биоиндикации загрязнений. Использование ГМО в практике человека имеет и отрицательные стороны. В настоящее время точно не изучены механизмы работы трансгенного генома и последствия для человека. Трансформированный геном может приобретать несвойственные ему характеристики.

**Выводы.** Активное создание и внедрение ГМО человеком наряду с научно-практической и хозяйственной пользой может приводить к нарушениям на генетическом и популяционном уровнях.

*Глушич С.Ю.*

### **МАЛЯРИОГЕННАЯ СИТУАЦИЯ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г.; науч. руков. – преп. Плетнёва Т.В.;*

*ГУ «Украинский центр контроля за социально опасными болезнями МОЗ Украины – Кузин И.В.*

**Цель исследования.** Проанализировать маляриогенную ситуацию в Донецкой области.

**Материалы и методы.** Анализ литературных источников, данных облСЭС.

**Результаты.** Малярия – трансмиссивное протозойное заболевание, переносчики которого – комары р. *Anopheles*. Ежегодно в мире регистрируется 300-500 млн. случаев малярии, смертность составляет 1,5-3 млн. чел. Во всех регионах Украины отмечаются случаи завозной малярии. Так, в 2006 г. заболеваемость составила 0,076 на 100 тыс. населения, а в 2011 г. – 0,16. За последние несколько лет отмечены случаи местной малярии (вторичной от завозных). В Донецкой области также зафиксированы случаи заболевания малярией. Это связано с наличием переносчиков (*A. messeae*, *A. maculipennis* и др.) и мест их выплода (около 35% водоемов

области являются анофелогенными, высокий процент подтопленных подвальных помещений), подходящими температурными условиями. Кроме того, на территории области находятся аэропорт (г. Донецк) и порт (г. Мариуполь), в связи с чем возможен завоз зараженных переносчиков. Еще одним фактором риска является большое количество иностранных граждан, которые приезжают на длительное время на работу и обучение. Так, в ДонНМУ на всех курсах обучается 1678 иностранных студентов, из которых 43,32% – из эндемичных по малярии стран (Нигерия – 10,01%, Ирак – 6,73%, Гана – 5,18%, Индия – 4,05%).

**Выводы.** Необходимо проведение комплекса профилактических мероприятий, контроль и регистрация даже спорадических случаев, чтобы не допустить распространение малярии среди населения.

*Глуценко Г. И.*

### **ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИЗНАКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой доцент Степанова М.Г., научный руководитель - доцент Степанова М.Г.*

**Цель исследования.** Анализ современных тенденций в изучении эпигенетических механизмов наследования признаков у человека.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные зарубежной и отечественной литературы по эпигенетическим механизмам наследования признаков.

**Результаты исследования.** Эпигенетика изучает закономерности наследования, обусловленные изменениями экспрессии генов или фенотипа клетки, вызванных механизмами, не затрагивающими изменение последовательности ДНК. Информация о фенотипе содержится не только в геноме, но и в эпигеноме, который пластичен и может, изменяясь под воздействием определенных средовых стимулов, влиять на проявление генов. Индуцированные определенными стимулами эпигенетические изменения обычно воспроизводятся в ряду клеточных поколений в пределах жизни одного организма. Когда они передаются в следующие генерации, то могут воспроизводиться не более 3–4 поколений, а затем, если индуцировавший их стимул исчезает, постепенно сходят на нет. Механизмы эпигенетических изменений активно изучаются в последние годы. Сегодня уже известно, что «выключение» генов осуществляется при помощи метилирования ДНК. Процесс обусловлен прикреплением метильной группы СН<sub>3</sub> к цитозиновым основаниям ДНК. Данный маркер блокирует считывание информации, заставляя ген «молчать». Эпигенетические маркеры находятся не в нуклеотидах, а на них (метилирование) либо вне их (ацетилирование гистонов хроматина, микроРНК). Переходящие из поколения в поколение эпигенетические маркеры полностью снимаются в процессе формирования бластоциста, а затем, в процессе имплантации «надеваются» на те же места, где находились раньше. Индуцированные в раннем онтогенезе (внутриутробный период и несколько месяцев после рождения) эпигенетические изменения могут фиксироваться по механизму импринтинга, закрепляться на всю жизнь и менять всю последующую судьбу человека (психотип, метаболизм, предрасположенность к заболеваниям). Данные о характере метилирования генов используются для ранней диагностики заболеваний.

**Вывод:** Эпигенетические изменения происходят в результате метилирования цитозиновых оснований ДНК, наследуются в нескольких поколениях, имеют направленный характер, определяя адаптацию организма к изменениям условий его существования.

*Гутлиева М.Б., Ячнин К.О.*

### **ПРОТОЗООЗЫ, КАК ИНДИКАТОРЫ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г., научный руководитель – препод. Усикова З.Л.*

**Цель:** определить наиболее встречаемые паразитозы у пациентов с ВИЧ-позитивным статусом.

**Материалы и методы исследований:** проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, интернет-ресурсов.

**Результаты исследований:** Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) приводит к разрушению и гибели лимфоцитов, макрофагов и некоторых других типов клеток, отвечающих за клеточный иммунитет. Это в свою очередь приводит к тому, что организм уже не может противостоять возбудителям инфекций и инвазий, которые не опасны или мало опасны для здоровых людей с нормально функционирующей иммунной системой. СПИД-ассоциированные инвазии – заболевания, вызываемые условно-патогенными простейшими, которые обычно не приводят к болезни у людей с нормальной иммунной системой. Анализ данных показал, что у 11,1% ВИЧ-инфицированных выявляется изоспороз (у ВИЧ-негативных только в 2,2% случаев), у пациентов данной группы криптоспоридиоз диагностируется в 5 раз чаще, по сравнению со здоровыми, у 15-20% пациентов с позитивным ВИЧ статусом выявляется микроспоридиоз (в 0,1% случаев у здоровых), 36,6% ВИЧ-позитивных страдают токсоплазмозом. Для пациентов данной группы характерны полиинвазии в различных сочетаниях: протозооз+гельминтоз, гельминтоз+гельминтоз, протозооз+протозооз.

**Вывод:** проявление данных протозоозов и полиинвазий у пациентов может служить диагностическим признаком иммунного дефицита.

*Дегтярева И.Э., Дегтярева А.Э.*

## **АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра мед. биологии,  
зав. каф. – доц. Степанова М.Г., научн. рук. – Добровольская А.В.*

**Цель исследования.** Оценить роль *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* в возникновении атипичной пневмонии, а также проанализировать частоту встречаемости этих простейших в соскобе из зева пациентов, имеющих клинические признаки воспалительного процесса дыхательной системы.

**Материалы и методы.** Нами были проанализированы результаты ПЦР клеток соскоба из зева 498 пациентов трёх возрастных групп: от рождения до 1 года, от 1 до 5 лет, от 5 лет и старше по данным лабораторного отделения Университетской клиники ДонНМУ за период с 2009 по 2012 год.

**Результаты.** *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* тропны к клеткам респираторного эпителия и потенциально опасны в плане развития атипичной пневмонии и других заболеваний дыхательной системы. Повреждая альвеолоциты, возбудитель проникает внутрь клетки, вызывая ее гибель. Выбор антибиотикотерапии полностью основывается на идентификации возбудителя, а метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) позволяет качественно выявлять ДНК возбудителя в биологической среде. Нами были проанализированы полученные данные, согласно которым у 54% (267/498) из обратившихся пациентов предполагалась инфекция хламидийной этиологии, а у 46% (231/498) – микоплазменной. Положительные результаты ПЦР в отношении *Chlamydia pneumoniae* получены в 5% случаев, а *Mycoplasma pneumoniae* – в 16%. Анализ возрастных групп показал, что воспалительные заболевания респираторного тракта хламидийной и микоплазменной этиологии чаще всего встречались у детей от 1 до 5 лет, что в обоих случаях составляло более 50% случаев.

**Выводы.** Выявлено, что *Mycoplasma pneumoniae*, почти в 3 раза чаще поражает дыхательные пути чем *Chlamydia pneumoniae* и более уязвимыми являются пациенты от 1 года до 5 лет.

*Канишева И.В., Горбунова В.И.*

## **ПЕРСПЕКТИВЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАСТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра медицинской биологии, зав. – доцент Степанова М.Г.; научный рук. – доцент Старостенко Е.В.;  
православный семейный центр «Отрада», руководитель проекта «Особый ребенок» - Перельгина Е.В.*

**Цель.** Изучить основные этапы формирования социальных навыков у подростков с нарушениями развития аутистического спектра (РАС) и проанализировать перспективы социальной адаптации детей данной группы.

**Материалы и методы.** Проанализирована государственная программа социальной адаптации детей с нарушениями психического развития. Изучение этапов формирования навыков, отражающих уровень готовности ребенка с РАС к социальным отношениям, проводили на примере участников проекта «Особый ребенок» (8 человек, 14 – 23 года) с помощью вопросника для родителей.

**Результаты.** Государственная программа предполагает трехуровневый подход к решению вопросов социальной адаптации детей с психическими и интеллектуальными нарушениями. Условно группы делятся на три категории: необучаемые, трудно обучаемые и обучаемые. Перспективы адаптации для каждой группы базируются на равномерном нарушении развития социально-бытовых навыков (навыки самообслуживания, моторные навыки, интеллект и коммуникация). Анализ перспектив социализации по государственной программе показал, что для всех участников группы доступны лишь первые два уровня, предполагающие пребывание их в доме инвалидов закрытого типа. Для 4 участников группы, владеющих трудовыми навыками (сортировка, вышивание, вязание, уборка территории, выращивание растений и уход за ними), государственная программа не предусматривает условий для их реализации. Практическое изучение формирования навыков социальной адаптации позволило выделить пять возможных этапов (уровней) социализации детей с РАС: личностной, в семье, в микро-группе, в спецколлективе, профессионально ориентированной. Для всех этапов характерно обязательное контролирующее сопровождение социального работника или родителя (опекуна).

**Выводы.** 1. Государственная программа социальной адаптации детей с нарушениями психического развития не предусматривает проекты на обучение и трудоустройство детей с низкими показателями развития коммуникативных навыков и создания условий для таких детей в центрах дневного пребывания с частичной занятостью. 2. Социальная адаптация подростков и молодых людей с РАС напрямую зависит от уровня владения навыками самообслуживания, самоорганизации и развитием у них коммуникативных навыков. 3. Основная проблема социальной адаптации детей с РАС – неравномерное развитие навыков: способность к практической деятельности при сопровождении значимого взрослого, даже при низкой степени развития коммуникативных навыков.

*Малина А.Ю.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ В МЕДИЦИНЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доцент Степанова М.Г. научный руководитель – Добровольская А.В.*

**Цель.** Изучить использование генетически модифицированных[ организмов (ГМО) в медицине. Рассмотреть аргументы «за» и «против» их применения.

**Материал и методы.** Проанализированы литературные источники, описывающие применение ГМО в медицине, а также мнения учёных по этому поводу.

**Результаты исследования.** Организмы, геном которых был изменён искусственно при помощи методов геной инженерии, называются генетически модифицированными (ГМО). По мнению ряда учёных, опасность применения ГМО заключается в том, что генетически модифицированные (ГМ) вставки могут попадать в геном человека, наследоваться последующими поколениями и приводить к непредсказуемым результатам. Исследования, проведённые на животных употребляющих ГМ продукты, доказали негативное влияние ГМО на репродуктивную функцию и иммунитет на генетическом, клеточном и организменном уровнях. Так же доказана токсичность ГМ растений, употребляемых в пищу человеком, их аллергенность и канцерогенность. С другой стороны, применение трансгенных организмов может помочь человечеству в решении ряда проблем в области медицины - лечении таких заболеваний, как рак, сахарный диабет, туберкулёз. ГМО могут стать источником органов и тканей для трансплантологии, использоваться в производстве новых вакцин и лекарственных препаратов.

**Выводы.** К применению ГМО в медицине необходимо подходить с осторожностью, учитывая все возможные последствия.

*Разумный П.С.*

## **ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ПОЧВ РАЙОНОВ Г.ДОНЕЦКА ЯЙЦАМИ ГЕОГЕЛЬМИНТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г., научный руководитель – препод. Усикова З.Л.*

**Цель:** оценить степень загрязнённости почвы пропативными стадиями геогельминтов, как фактора риска заболеваемости гельминтозами.

**Материалы и методы:** контаминация почвы яйцами гельминтов оценивалась по данным паразитологической лаборатории Донецкой санитарно-эпидемиологической станции за период 2008 - 2011 г.г. и исследований, проведенных на кафедре медицинской биологии ДонНМУ с использованием стандартных санитарно-паразитологических методик.

**Результаты:** анализ данных показал, что наиболее загрязнённой оказалась почва Петровского района г.Донецка (было выявлено 3,1 % положительных проб), Буденовского и Кировского районов (по 1,3% соответственно). Наиболее чистыми оказались Куйбышевский, Киевский и Ворошиловский районы (0,7% , 0,7% и 0,2% соответственно). Наибольшая загрязнённость почв отмечалась на территориях свалок (8,47%), микроочагов гельминтозов (21,2%) и местах отдыха граждан (5,3%). Низкие показатели обсемененности почвы яйцами геогельминтов отмечались на территориях детских дошкольных учреждений, что обусловлено защищенностью территорий этих учреждений от проникновения бродячих и безнадзорных животных. Изучение структуры загрязнения выявило, что яйца токсокар выявляются чаще, чем яйца аскарид и власоглавок.

**Выводы:** данный уровень загрязнённости создает потенциальную опасность заражения населения геогельминтозами, факт высокого уровня загрязнённости почвы яйцами токсокар должен способствовать повышению настороженности врачей в связи с риском заражения токсокарозом.

*Фролов Е. А.*

## **РОЛЬ ШУМА В ПРОЦЕССАХ ПЕРЕДАЧИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В КЛЕТКАХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доц. Степанова М. Г., научный руководитель – Зайка Д. С.*

**Цель исследования:** изучение влияния шума на передачу генетической информации в клетках.

**Материалы и методы:** анализ литературы отечественных и зарубежных авторов, занимающихся проблемой изучения роли шума в процессах передачи и реализации генетической информации в клетках.

**Результаты:** Изучение процессов управления жизнедеятельностью биологических организмов, являющихся сложными кибернетическими системами, — актуальная задача современной биологической кибернетики. Известно, что информация, необходимая для управления такими системами, содержится в генах, которые используются для биосинтеза рибонуклеиновых кислот (РНК), а также белков данного организма. При этом, процессы, связанные с использованием этой информации (генетической информации), протекают по законам кибернетики, то есть на передачу и реализацию генетической информации влияет шум, который обязательно сопутствует процессам приема и передачи сигналов в определенном канале передачи информации. Собственно понятие передачи генетической информации в молекулярной генетике эквивалентно

репликации дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), в то время как в биологической кибернетике под таковой передачей понимаются все процессы биосинтеза белка и нуклеиновых кислот в клетке. Каждый из биохимических процессов, связанных с экспрессией генов, включает в себя обычно небольшое количество молекул с разнообразными выполняемыми функциями, но, при этом, одновременно протекает большое количество таких процессов, и все они являются вероятностными, основанными на тепловом движении частиц. Такие вероятностные колебания в рассматриваемых процессах и являются шумами. Эти шумы влияют на процессы передачи генетической информации в клетке. Это значит, например, что в клетках, генетически полностью идентичных, при одинаковых условиях среды и одинаковой предшествующей жизнедеятельности определенные процессы могут протекать по-разному, давая разный результат. Например, в единицу времени при транскрипции в идентичных клетках в одной и той же стадии жизненного цикла может синтезироваться разное количество молекул РНК или полипептидов, что влияет на формирование фенотипа и предоставляет существенный материал для эволюционного отбора.

**Выводы:** Шум в процессах информационного обмена, является важным фактором жизнедеятельности клеток, влияющим на биохимические процессы, связанные с экспрессией генов, а потому влияющим на формирование фенотипа клеток.

*Кононенко Е.Р.*

### **СПОРАДИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАГОНИМОЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра медицинской биологии, зав. - доц. Степанова М.Г., научный руководитель - доц. Мехова Л.С.*

**Цель исследования.** На основании анализа данных протоколов вскрытий изучить патологическое влияние легочного сосальщика на организм человека.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служили 300 протоколов вскрытий судебно-медицинской лаборатории. На основании материалов лабораторно-гистологических исследований причиной смерти двух умерших явился парагонимоз, осложнившийся острой легочной недостаточностью, отеком легких и отеком головного мозга. При исследовании трупов в легочной паренхиме были обнаружены плевральные спайки, фиброзные кисты, прорывающиеся в бронхиолы, с большим количеством паразитов и их яиц, а также места с распадом и некрозом легочной ткани.

**Выводы.** Парагонимоз — гельминтоз, протекающий с преимущественным поражением легких и головного мозга. Возбудителем парагонимоза является легочный сосальщик *Paragonimus westermanii*, который широко распространен в странах Юго-Восточной Азии, Южной Америки, а также в России (Дальний Восток). Заражение человека происходит при поедании крабов и раков в сыром и полусыром виде. При паразитировании парагонимуса в легких формируются фиброзные кисты, в которых находятся паразиты. При нарушении стенки кисты паразиты или их яйца могут заноситься в разные органы и ткани, а также в головной мозг, где образуют кальцинированные образования, содержащие гельминтов. Поражение легких редко приводит к смерти, однако парагонимоз мозга с множественными кистами часто является причиной смерти. Таким образом, по данным проведенного исследования интенсивная инвазия паразитами привела к необратимым изменениям: поражению легких и головного мозга с образованием кист, что послужило причиной смерти.

*Залобовская Л.В.*

### **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЕМЕНЦИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра медицинской биологии,*

*зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г., научный руководитель – препод. Усикова З.Л.*

**Цель:** определить изученность вопросов наследования деменции.

**Материалы и методы исследований:** проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, проанализированы отчеты ВОЗ.

**Результаты исследований:** Деменция – диффузное нарушение психических функций, проявляющееся первичными нарушениями мышления и памяти и вторичными эмоциональными и поведенческими расстройствами. Актуальность проблемы деменций объясняется стремительным увеличением количества пациентов, страдающих этой патологией. По данным ВОЗ в настоящий момент около 24,3 млн. человек в мире страдают деменцией. По прогнозам ВОЗ в 2040 г. в мире будет насчитываться уже около 81 млн. больных. Однако, до сегодняшнего дня не установлены причины данного заболевания и не разработано лечение. Предполагают, что семейные формы с ранним началом болезни имеют аутосомно-доминантный тип наследования (к настоящему времени они обнаружены только в итальянских семьях и в семьях поволжских немцев), характеризуются полной пенетрантностью и обязательно проявляются в возрасте от 30 до 50 лет. Формы с поздним началом заболевания носят олигогенный характер наследования (с главной мутацией в одном или нескольких генах и модификационным эффектом в других). Предположительно, избирательное поражение митохондрий нейронов и мутации в генах (при болезни Альцгеймера и хореи Гентингтона), которые передаются по аутосомно-доминантному типу наследования, могут служить молекулярно-генети-

чекими пусковими механізмами деменцій. По мненню некоторых спеціалістів, спорадические случаи, к которым относится подавляющее большинство пациентов, также могут быть обусловлены мутациями или полиморфизмами в митохондриальной ДНК, однако патогенная экспрессия генетической аномалии у них находится под влиянием других генов и/или факторов окружающей среды.

**Выводы.** Изучения наследования деменции актуальны, поскольку до сегодняшнего дня окончательно не установлены причины возникновения данной патологии и молекулярно-генетические механизмы наследования, что в свою очередь препятствует разработке лекарственных препаратов и мер профилактики.

## МІКРОБІОЛОГІЯ

*Антоненко А. Є., Юрченко О. О., Селіванова К. С., Лихоносова О. А.*

### **СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ВИКЛИКАНИХ *S. TRACHOMATIS***

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М. В.,  
науковий керівник – ас., к.мед.н. Ніколенко О.Ю.*

**Мета дослідження:** проаналізувати сучасні методи лабораторної діагностики захворювань, викликаних *Chlamydia trachomatis*.

**Матеріал і методи:** Було досліджено 40 вітчизняних і 500 іноземних джерел інформації.

**Результати досліджень.** Урогенітальна хламідійна інфекція – це розповсюджене захворювання, яке передається статевим шляхом. Широке розповсюдження урогенітального хламідіозу пов'язане, перш за все, з безсимптомною течією захворювання, з відсутністю, до даного часу, профілактичних медичних оглядів з метою своєчасного виявлення і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом. У *Chlamydia trachomatis* розділяють наступні антигенні серотипи: D, E, F, G, I, J, K – викликають кон'юнктивіт і урогенітальні захворювання; L1, L2, L3 – викликають венеричну лімфогранульому; A, B, Ba, C – викликають трахому. Для діагностики хламідіоза використовують ряд методів: експрес-методи, мікроскопічний, серологічний, метод ДНК-зондів, імуноферментний аналіз, виділення хламідій в культурі клітин, полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР), пряму та непряму імунофлуоресценцію (ПІФ і нПІФ), метод лігазної ланцюгової реакції (ЛЛР), транскрипційну ампліфікацію (ТА). Для серодіагностики хламідіоза використовують наступні методи – реакцію зв'язування компліменту і серодіагностику з родоспецифічним антигеном (загальним для *S. trachomatis* і *S. psittaci*), а також мікрометод реакції непрямої імунофлуоресценції (НІФ) з типоспецифічними антигенами *S. trachomatis*. Імунофлуоресцентний метод – пряма імунофлуоресценція (ПІФ) з використанням моноклональних антитіл проти основного білка зовнішньої мембрани *S. trachomatis* є на даний час в усьому світі основним методом діагностики. З використанням ПІФ уперше стало можливим швидко і точно виявити хламідійну інфекцію в досліджуваному матеріалі (30-40 хвилин). Метод ПІФ високочутливий, специфічний, простий у виконанні. Метод ПЛР має високу чутливість і специфічність, неінвазивність і простоту збору проб; прості вимоги до умов транспортування і збереження; можливість скринінгу великих популяцій; скринінг безсимптомної інфекції; постановка реакції у напівавтоматичному режимі і швидкість отримання результатів. Метод використовується як в дослідженні цервікального і уретрального матеріалу, так і в осадку сечі (що представляє собою неінвазивний метод діагностики). Лігазна ланцюгова реакція (ЛЛР) – це другий молекулярно-біологічний метод виявлення хламідіозу. В його основі лежить лігіваніє олігонуклеотидів, комплементарних визначень ДНК-мішені. У методі використовується спроможність ДНК-лігаз з'єднувати дві пари комплементарних олігонуклеотидів після їх гібридизації з послідовностями мішені *in vitro*. Культуральний метод діагностики (бактеріологічний висів) – самий тривалий і трудомісткий. Перевага метода – не дає ложнопозитивних результатів. За допомогою культурального метода визначають чутливість мікроорганізму до антибіотиків. Виділення хламідій в культурі клітин має найбільшу 100%-ну специфічність і є «золотим стандартом» і юридичним стандартом для *S. trachomatis*. Однак його використання обмежено у зв'язку з високою трудомісткістю (тривалість дослідження від 42 до 72 часів), дорожнечю (оснащена лабораторія, транспортування живих організмів).

**Висновки.** Таким чином, з практичної точки зору найбільш зручним, інформативним, швидким по виконанню методом первинної діагностики хламідійної інфекції можливо вважати метод ПІФ з моноклональними антитілами. Методи молекулярної ампліфікації (ПЛР, ЛЛР, ТА) є засобами масового скринінгу пацієнтів для виявлення *S. trachomatis*. Метод ПЛР – найбільш чутливий некультуральний метод.

*Баркалова А. І., Дмитрієва Є. О., Теряєва М., Федосова А. С.*

### **ВИВЧЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ *ZIZIPHUS JUJUBA* ЯК МОЖЛИВИХ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ**

*Донецький національний університет економіки і торгівлі імені М. Туган-Барановського, м. Донецьк, Україна  
Кафедра товарознавства і експертизи продовольчих товарів,  
н. кер. – проф. каф., д.б.н, проф. Ракша-Слюсарєва О.А.*

**Мета дослідження.** Метою роботи є вивчення хімічного складу *Ziziphus jujuba* для розробки функцій

нальних харчових продуктів, що містять у складі цю рослину в якості імуномодуляторів.

**Матеріали та методи.** У якості об'єкту досліджень було взято харчову добавку на основі поршку з листя *Zizyphus jujube*, розроблену Інститутом технічної теплофізики НАН України, що забезпечує одержання високоякісного продукту, в якому в концентрованому вигляді збережені всі інгредієнти вихідної сировини. Використання такої сировини дає можливість зручного додавання її до продуктів, чому сприяє дрібнодисперсність системи.

**Результати.** *Zizyphus jujuba*. належить до роду зизифус (унабі) - *Zizyphus* Mill., родини жостерових - Rhamnaceae R.Br., порядку жостероцвіті Rhamnales Endl. Це - листопадне дерево з красивою, негустою кроною заввишки 5-8, рідше 10-12 м (у більшості випадків з викривленим стовбуром) або кущ із кроною від розлогої до пірамідальної. Широке застосування унабі пояснюється багатим і своєрідним хімічним складом усіх частин рослини, передусім плодів. Вони містять 23- 30% сухої речовини, 21- 92% сахарів, близько 3% білка, 0,5- 3,6% (у деяких сортів до 6%) кислот, 241- 1725 мг % вітаміну С, 25 100 мг% Р-активних речовин, 5- 7 мг% заліза, 4- 35 мг% кобальту, в невеликих кількостях - крохмаль, жири, дубильні й барвники. Є відомості про наявність в його листі фітонцидів, вітамінів, дубильних речовин. Листя при жуванні тимчасово паралізує сприйняття солодкого і гіркого смаку, в результаті на деякий час втрачається здатність відчувати солодкий смак, це обумовлено наявністю анестезуючої речовини, кількість якої може досягати 1,7%. *Zizyphus jujuba* входить в п'ятірку кращих лікарських рослин світу. Він, також як кава, чай, женьшень, елеутерокок та ін тонізуючі, дає максимальні лікувальні властивості, якщо росте в гірській місцевості на ґрунтах бідних гумусом. Він вважається цінною лікарською і харчовою рослиною, бо містить унікальну комбінацію корисних речовин. Лікувальними властивостями володіють листя, насіння, кора пагонів, коріння і деревина. Вживання плодів зизифус в їжу особливо сприятливо для осіб похилого віку. Клітковина плодів сприяє виведенню з організму токсичних речовин, надлишку холестерину, важких металів. Вона також стимулює процеси виділення жовчі. Плоди зизифус застосовують як сечогінний засіб при сечокам'яній хворобі і запаленні сечового міхура. Використовують їх і як тонізуючий засіб. Їх включають в дієту при хворобах печінки, при гіпертонії. Також вони надають пом'якшувальний ефект при бронхітах, трахеїтах, захворюваннях горла. Насіння та ефірне масло мають протимікробну та протизапальну дію. Однак, споживання *Zizyphus jujuba* може викликати порушення фертильності. Для запобігання цього треба не перевищувати вживання 6-15 г фруктів.

**Висновки.** Продукти переробки *Zizyphus jujuba* мають високу харчову цінність, відрізняються гарним смаковими якостями і привабливим виглядом і може бути використане у якості природного імуномодулятора у розробці функціональних харчових продуктів із заданими властивостями. легкозасвоюваними цукрами і з успіхом можуть зберігатися протягом двох і більше років.

*Бурова Є.*

## ПОПУЛЯЦІЙНА НЕОДНОРІДНІСТЬ *ESCHERICHIA COLI* ЗА ПЛАЗМІДНИМ СПЕКТРОМ І ФЕНОТИПОВИМИ ОЗНАКАМИ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна*

*Кафедра мікробіології, завідувач кафедри – д.мед.н., проф. Корнійчук О.П.,*

*науковий керівник - д.м.н., проф. Корнійчук О.П.*

**Актуальність.** *Escherichia coli* є одним з найважливіших симбіонтів товстої кишки, важливим елементом біоплівки, в склад якої входять мікроорганізми, що формують різноманітні аеробно-анаеробні асоціації. Неоднорідність популяції кишкової палички зумовлює її полігональність різноманітних фенотипових проявів, вивчення яких залишається актуальним і сьогодні.

**Мета дослідження.** Встановлення функціонального значення *E. coli* в ентеробактеріальних асоціаціях товстої кишки. Охарактеризувати штами кишкової палички, які входять у склад мікробіоценозу товстої кишки в осіб з дисбіозами на основі генотипових ознак (плазмідного профілю), антагоністичної активності і чутливості до різних коліфагів.

**Матеріали та методи.** Обстежено мікробний пейзаж випорожнень 50 пацієнтів різного віку. Виділення *E.coli* проводили на МПА. Ідентифікацію до виду встановлювали на середовищі Сімонса, індолоутворенням в МПБ та за β-галактозидазним тестом. Для виявлення плазмідних ДНК використовували 0,7% агарозний гель та електрофоретичний буфер Е. Час розділення становив 4-6 годин. Наявність Col-плазмід виявляли методом відтермінованого антагонізму за Фредеріком. Фагочутливість ізолятів оцінювали за відношенням до набору коліфагів двошаровим методом.

**Результати.** При вивченні видового складу ентеробактерій встановили, що у 14 (28%) пацієнтів виділили монокультуру, у 20 (40%) – диасоціацію мікроорганізмів, у 16 (32%) – поліасоціацію. Більша частина виділених нами штамів кишкової палички зустрічалась в складі асоціації з іншими видами умовно-патогенних ентеробактерій. Вивчення трьох вище вказаних фенотипів у штамів кишкової палички підтвердило те, що вони знаходяться в тісній взаємодії з іншими членами кишкової мікробної асоціації. Виявлено найбільшу кількість поліплазмідних штамів кишкової палички в групі поліасоціації (73%), потім в диасоціації - 54% і найменшу - в монокультурі (53%). Штами кишкової палички, виділені з поліасоціації, частіше (86%) містять великі плазміди. Найбільша кількість бактеріоциногенних штамів виявляється в диасоціації (38%),



потім в поліасоціації (31%) і найменша (28%) в монокультури. Але найбільша активність виявляється саме в поліасоціації (78%). Найменш чутливими до фагів є штами кишкової палички з поліасоціації (31%), тоді як штами виявлені в діасоціації в 57% випадків чутливі до фагів, а штами в монокультури – в 52% випадків.

**Висновки.** При збільшенні кількості членів асоціації кишкових ентеробактерій зростає частота виявлення плазмідних штамів, розширюється спектр антагоністичної активності і знижується чутливість до бактеріофагів. Результати дослідження вказаних ознак *E.coli* можуть бути використані при вивченні механізмів формування дисбіотичних станів і розробки ефективних засобів біотерапії.

*Гусейнова Н.Х.*

## **ПРОБЛЕМА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, зав. кафедрой – доц. Жадинский Н.В.,  
научный руков. - асс. Поддубная Е.Н.*

**Цель исследования.** Изучить проблему микробиологической диагностики и антибактериальной терапии сепсиса, выяснить пути оптимизации лечения данного заболевания на основании его микробиологических особенностей.

**Материалы и методы.** Изучена этиология, микробиологическая диагностика и антибактериальная терапия сепсиса по литературным данным (45 источников).

**Результаты.** Микробиологическая диагностика сепсиса основывается на посеве крови. Однако положительный результат регистрируется только в 40% случаев. При выделении типичных патогенов, таких как *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, патогенные грибы, для постановки диагноза достаточно одной положительной гемокультуры. При выделении микроорганизмов, которые являются кожными сапрофитами и могут контаминировать образец (коагулазонегативные стафилококки, дифтероиды), для подтверждения истинной бактериемии требуются две положительные гемокультуры. При выборе стартового режима эмпирической антибактериальной терапии сепсиса следует ориентироваться на спектр потенциальных возбудителей в зависимости от локализации первичного очага.

**Выводы.** Основанием для проведения микробиологической диагностики сепсиса является непредсказуемость этиологии инфекционного процесса, неопределенность первичного очага или невозможность с помощью одного препарата перекрыть спектр возможных возбудителей. С получением результатов бактериологического исследования следует перейти к монотерапии наиболее приемлемым для данной клинической ситуации препаратом с соблюдением адекватного режима дозирования.

*Жадинский А.Н., Адекватное Олувадамиларе*

## **ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, зав. кафедрой и науч. рук. - доц. Жадинский Н.В.*

**Цель исследования.** Дать оценку определения «Госпитальная инфекция».

**Материал и методы.** Изучена современная отечественная и зарубежная литература, использован интернет-ресурс.

**Результаты исследования.** Как считают многие исследователи наиболее удачным является определение, предложенное европейским региональным бюро ВОЗ, по которому госпитальная инфекция – «любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в неё за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице». Мы полагаем, что в этом определении некоторые фразы («...в результате его поступления в больницу», «...в следствие его работы в данном учреждении») не совсем корректны. Под это определение попадают все случаи инфекционных заболеваний, проявляющиеся после 48 часов пребывания в стационаре. С этим трудно согласиться. Ведь в случае внебольничного заражения инкубационный период может быть и более продолжительным. Кроме того, инфекционное заболевание у больного, находящегося в стационаре, может быть вызвано аутоштаммами микроорганизмов. Спорным остаётся и вопрос: можно ли отнести к госпитальной инфекции случай инфицирования обычным, неустойчивым к антибиотикам штаммом микроба от больного, например, по палате. Всеми признаётся, что госпитальные инфекции протекают тяжелее и больные труднее поддаются лечению, чем с обычной инфекцией. Это связано с тем, что вызываются они госпитальным штаммом микроорганизма, который циркулирует в стационаре, который в процессе пассажей через восприимчивые организмы больных повышает свою вирулентность и, контактируя с различными антибиотиками, приобретает множественную устойчивость к ним. Все также соглашаются с тем, что для доказательства случая госпитальной инфекции, необходимо показать, что микроорганизмы, которые вызвали инфекцию у больного, присутствуют и в среде стационара, что они относятся к тому же

виду, типу і с однаковими біологічними властивостями, с однаковими антибіотикограммами. Поєтому логічно і правильно було б дати визначення в такій формулюванні: «госпітальна інфекція - це інфекція, викликана госпітальним штаммом мікроорганізму, циркулюючим в клініці».

**Висновок.** Полагаємо, що к істинно госпітальним інфекціям слід віднести тільки ті інфекції, які викликаються госпітальним штаммом мікроорганізму.

*Ковригіна А. А.*

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, зав. кафедрой - доц. Жадинский Н.В.,  
научный руков. - асс. Поддубная Е.Н.*

**Цель исследования.** Изучить этиологию возбудителей нозокомиальной пневмонии у травматологических больных и антибиотикорезистентность выделенных штаммов.

**Материалы и методы.** Изучена этиология и проблема антибиотикорезистентности возбудителей нозокомиальной пневмонии по 47 литературным источникам.

**Результаты.** Этиология нозокомиальной пневмонии у травматологических больных в 30-40% случаев является полимикробной с преобладающей ролью метициллинрезистентных *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*. Наибольшую активность по отношению к грамотрицательным бактериям сохраняют карбапенемы – меропенем (98-100%), имипенем (95-97%), а также цефалоспорины 3 и 4 поколений. Отмечается высокая резистентность к гентамицину - 55%, тобрамицину - 64%, ципрофлоксацину - 64%. Метициллинрезистентные *S. aureus* наиболее чувствительны к ко-тримоксазолу (90-100%), ванкомицину (93-100%), линезолиду (98-100%).

**Выводы.** На основании этиологической структуры и данных о антибиотикорезистентности в качестве препаратов для стартовой эмпирической терапии рационально применять комбинации «карбапенемы + линезолид или ванкомицин», «цефоперазон/сульбактам + линезолид или ванкомицин» с последующей дэскалационной антибиотикотерапией по результатам микробиологического исследования.

*Мамедов З.Е., Бондаренко В.С., Бородін М.Н., Дубровський Р.О.*

## **РОЗРОБКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ІЗ ІМУНОРЕГУЮЧИМИ ЗАДАНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ З ВИКОРИСТАННЯМ НОВОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ**

*Донецкий национальный университет экономики и торговли имени Михайла Туган-Барановського  
Кафедра товароведства і експертизи продовольчих товарів,  
науковий керівник – професор кафедри, доктор біологічних наук, проф. Ракша-Слюсарєва О.А.*

**Метою роботи** є розробка функціональних продуктів харчування із заданими властивостями з додаванням в якості дієтичних добавок з біологічно активною дією, а саме впливом на показники системи імунітету, вітчизняної рослинної сировини, а саме ковбаси смаженої для корекції системи імунітету з додаванням рослинної сировини базиліку евгенольного й чорнушки.

**Матеріали та методи.** У якості основи функціонального продукту була взята ковбаса смажена «Українська», як один з найкращих об'єктів для розробки продуктів функціонального харчування й одночасно продукт для різних контингентів населення. Разом з цим була розробка й нового продукту функціонального призначення, а саме смаженої ковбаси з базиліком евгенольним й чорнушкою. Саме цей різновид базиліку, інтродукції Донецького ботанічного саду НАН України, відрізняється підвищеним вмістом аскорбінової кислоти, каротину, протейну, клітковини, цукрів, Ca, Fe, Mn, Cu, Zn, Co, Cr, Mo, що значно відіграє на денному раціоні споживання вітамінів людиною. А чорнушка посівна розрізняється саме такими рядами корисних речовин: 35% жирних олій, 0,5% ефірної олії, вітамін Е, клейковину, кальцій, залізо, мідь, фосфор, калій, магній, марганець, цинк, хром, стронцій, бор і йод. Це можна використовувати, насамперед серед людей, які постраждали внаслідок виснаження організму сильною фізичною або розумовою працею. Крім вище зазначеного, у складі цієї зелені у великій кількості є ефірні масла, ментол, фітонциди, аскорбінова кислота-вітамін С і каротин-провітамін А, в невеликій кількості білки, цукор і мінеральні солі, крім того – дубильні речовини, сапоніни. У складі ефірного масла визначаються метилхавіколол, евгенол, камфора, оцимін, ліналол, цинеол. Саме цинеол дещо запахом нагадує камфору і пекучим смаком, а це значно впливає на органолептичні показники товару, які після додавання цих товарів підвищують апетит та виділення ферментів для перетравлювання їжі. Проведені дослідження з використання базиліка й чорнушки дають можливість розробки серії продуктів нового функціонального призначення, а саме ковбас смаженої з додаванням рослинної сировини: базиліка евгенольного й чорнушки. Відповідно до сучасних вимог науки про харчування ці ковбасні вироби поряд із привабливим видом, яскраво вираженими смаковими й ароматичними властивостями містить повноцінні за вмістом біологічно необхідні речовини: незамінні амінокислоти, поліненасичені жирні кислоти, вітаміни, мікроелементи, а також баластові речовини.

**Висновки.** Розроблена ковбаса «Українська» є функціональним продуктом широкого вжитку для умовно здорових контингентів осіб, що працюють в умовах негативних факторів довкілля й виробничого середовища, а також спортсменів, військових, шахтарів та ін. Вона відповідає стандартам й відрізняється більш вишуканими показниками органолептики, соковитістю, меншим вмістом солі й підвищеною біологічною цінністю за рахунок сировини базилику евгенольного й чорнушки посівної. Проведені дослідження показали високу конкурентоспроможність функціональної ковбаси «Українська» на ринку ковбасної продукції України й необхідність її подальшого вивчення щодо конкретної дії на систему імунітету.

*Назарян Н.Ш., Кудря А.В., Могилевська К.Е., Трифонова О.С.*

## **МОДЕЛЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ЩУРАХ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М.В.,  
науковий керівник – ас. Ніколенко О.Ю.*

**Мета роботи:** отримати модель ХОЗЛ на щурах, подібну за морфологічними ознаками до ХОЗЛ у гірників вугільних шахт.

**Матеріал і методи.** В експерименті використано дві групи білих щурів – самців з масою тіла 200-250 г: 1-а група – здорові тварини (25 щурів), 2-а група – тварини з моделлю ХОЗЛ (25 щурів), яка отримана шляхом інтратрахеального введення зависі вугільно-порідного пилу. Для додаткового пошкодження бронхів експериментально було підібрано 40% розчин етилового спирту, що у такій дозі не є токсичним, однак викликає додаткові пошкодження і запалення бронхів. Для створення аутоімунних порушень різного напрямку в організмі щурів використовували ад'ювант Фрейнда, цитостатик та імуностимулятор. Для гістологічного дослідження препаратів бронхів та легень, зафарбованих гематоксиліном та еозинном, за ван Гізоном, застосовували світлооптичне дослідження. Для обробки результатів дослідження використовували критерій Хі-квадрат ( $\chi^2$ ) та достовірність статистичних показників (p) - ліцензійний пакет «Statistica 5,5» (Start Soft Rus).

**Результати досліджень.** Порівняння частоти морфологічних змін у щурів дослідної і контрольної груп у бронхах: хронічний бронхіт модель ХОЗЛ - 100%, абсолютний показник – 25, контрольна група 8,00±5,42 %, абсолютний показник – 2 (с2=13,97, p=0,0002), лімфоцитарна інфільтрація у бронхах модель ХОЗЛ - 92,00±5,42, абсолютний показник – 23, контрольна група 4,00±3,91%, абсолютний показник 1 (с2=14,95, p=0,0001), плазмцити та еритроцити у бронхах модель ХОЗЛ - 40,00±9,89, абсолютний показник – 10, контрольна група - 0%, абсолютний показник – 0 (с2=8,57, p=0,0034) ; перибронхіальна лімфоцитарна інфільтрація у модельних тварин -96,00±3,91 %, абсолютний показник – 24, контроль -4,00±3,91 %, абсолютний показник – 1 (с2=15,57, p=0,0001); склероз стінок бронхів у модельних тварин -80,00±8,00 %, абсолютний показник – 20, в контролі – 0 %, абсолютний показник – 0, (с2=15,56 p=0,0001); в епітелії міжепітеліальні лімфоцити, вакуольна дистрофія базального епітелію - 88,00±6,49 %, абс. – 22, (с2=16,85, p<0,001); спазм бронхів - 88,00±6,49 %, абс. – 22, в контролі - 8,00±5,42 %, абс. – 2 (с2=12,15, p=0,0005); склероз судин у модельних щурів - 60,00±9,79, абс. – 15, в контролі – 0 %, абс. – 0, (с2=12,19, p=0,0005). У легенях щурів експериментальної групи спостерігається емфізема легень в 100% випадків, абс. – 25, в контрольній групі -8,00±5,42 %, абс. – 2 ( $\chi^2$ =13,97, p=0,0002); клітинна інфільтрація в міжальвеолярних перегородках у модельних тварин - 96,00±3,91 %, абс. – 24, в контролі -4,00±3,91 %, абс. – 1, ( $\chi^2$ =15,57, p=0,0001); склероз в міжальвеолярних перегородках у модельних тварин -88,00±6,49 %, абс. – 22, в контролі – 0, абс. – 0, ( $\chi^2$ =16,85, p<0,001); злущений альвеолярний епітелій в просвіті у модельних тварин - 44,00±9,92%, абс. – 11, ( $\chi^2$ =9,32, p=0,0023); еритроцити в просвіті у модельних тварин -40,00±9,79 %, абс. – 10, в контролі – 0 %, абс. – 0, ( $\chi^2$ =8,57, p=0,0034).

**Висновки.** 1. В бронхах у експериментальних щурів найчастіше розвивається лімфоцитарна інфільтрація, спазм бронхів, склероз судин, виявляється перибронхіальна клітинна інфільтрація, склероз стінок бронхів. 2. У легенях експериментальних щурів найчастіше помітні такі морфологічні зміни, як емфізема легень, клітинна інфільтрація в міжальвеолярних перегородках, склероз у міжальвеолярних перегородках, злущений альвеолярний епітелій та еритроцити в просвіті. 3. Морфологічні порушення в бронхах і легенях експериментальних щурів свідчать про розвиток хронічного обструктивного захворювання легень.

*Натрус Ю.С., Поповиченко Л.Л., Колесников В.С.*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, зав. каф. - доц. Жадинский Н.В.,  
науч. рук. - доц. Мишин В.В.*

**Цель.** Разработать принципы рациональной эмпирической антибиотикотерапии для пациентов урологического профиля на основе данных микробиологических исследований.

**Материалы и методы.** Микробиологическое исследование мочи с помощью анализатора IEMS-reader

(Термо-LABSYSTEM, Финляндия), реагенти «Lachema» Чехия и программного продукта «Микроб-2», данные историй болезни 467 пациентов урологического отделения Университетской клиники ДонНМУ имеющих показания для антибиотикотерапии.

**Результаты.** Выявлены ведущие монокультуры возбудителей и наиболее часто встречаемые ассоциации микроорганизмов у четырех групп пациентов: 1 гр. - с острым приступом мочекаменной болезни (МКБ) во время первичного обращения, 2 гр. - с МКБ в сочетании с хроническим пиелонефритом, 3 гр. - с клиникой острого цистита, и 4 гр.- контингент пациентов с неустановленным диагнозом и клинической картиной поражения мочевой системы. В группах 2-4 ведущим возбудителем выступала *E.coli* в монокультуре или ассоциациях с *Enteroc.faecalis*, или *Staph.epidermidis*, а также других микроорганизмов. А у пациентов 1 группы ведущим возбудителем являлся *Staph.haemoliticus* в монокультуре или ассоциациях с *Enteroc.faecalis*. Анализ данных антибиотикочувствительности указанных возбудителей в каждой группе пациентов позволяет формировать опыт наиболее оптимальной терапии для пациентов со схожей клинической картиной, результатами УЗИ и анализа мочи, исключая препараты резерва и воздействуя на ведущую микрофлору.

**Вывод.** Пациентам, относящимся к первой группе в роли эмпирической терапии нецелесообразно назначать антибиотики, воздействующие на *E.coli* и ее ассоциации.

*Нестеренко І.О., Слюсарева М.О., Нестеренко О.О.*

### **ВПЛИВ ФІТОКОМПЗИТИВ НА ПОКАЗНИКИ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ЛІМФОЦИТІВ У ЩУРІВ З МОДЕЛЛЮ ХРОНІЧНОГО ОПРОМІНЕННЯ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького,  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М.В.,  
наук. керівник – доц. Слюсарев О.А.*

**Метою** роботи було дослідити вплив фітокомпозитів на проліферативну активність Т-лімфоцитів у щурів з моделлю хронічного опромінення.

**Матеріали та методи.** У експериментах використовувались білі безпородні щурі вагою 170-200г. Тварини утримувались за звичайними вимогами щодо догляду за лабораторними тваринами цього виду. Пролонговане опромінення (ПО) тварин виконувалось у сумарній дозі 6,5 Гр на приладі Рокус – М № 126 – гама-терапевтичний апарат. Тварин опромінювались у дозі 0,44 Гр через день протягом 30 діб. До раціону тварин на протязі 3 тижнів перед опроміненням і протягом опромінення, що тривало 30 діб, додавали конкретні харчові добавки як потенційні радіомодифікатори пролонгованого опромінення. Використовувались такі рослинні екстракти, як ріпак, цикорій, пікногенол. Проліферативну активність лімфоцитів у тварин реєстрували за допомогою реакції бластої трансформації лімфоцитів (РБТЛ) на фітогемаглютинин (ФГА) та конканавалін А (Кон А). Відсоток клітин, що стимульовані в РБТЛ на ФГА, розглядали як показник потенційної проліферативної активності Т-лімфоцитів. Відсоток клітин, що були стимульовані Кон А, розглядали як показник потенційної функціональної активності Т-супресорів.

**Результати.** Після аварії на ЧАЕС значна частина населення України піддається впливу радіонуклідів, що поступають в організм людини з питною водою, харчовими продуктами, повітрям. Завдяки осадам на території країни утворились забруднені радіонуклідами радіоактивні плями. Усі ці фактори сприяють збільшенню впливу іонізуючої радіації на стан здоров'я населення та поширенню чисельності осіб, що піддаються цьому хронічному впливу. В РБТЛ на ФГА зареєстровано тенденцію до зниження проліферативних потенцій у щурів при створенні моделі хронічного опромінення. Зареєстроване чітке вірогідне зниження ( $p \leq 0,05$ ) відсотку стимульованих лімфоцитів у щурів з моделлю хронічного опромінення в порівнянні з інтактними тваринами. Отримання препаратів ріпаку та флаваноїдів до та під час створення моделі хронічного опромінення виявило тенденцію до підвищення проліферативних потенцій у щурів з груп, що отримували препарати флаваноїдів (пікногенолу) та ріпаку. При прийомі препаратів флаваноїдів і ріпаку спостерігалась тенденція до збільшення проліферативної потенції лімфоцитів (відсоток стимульованих ФГА клітин був збільшений) в порівнянні з такою у щурів контролю (підданих хронічному опромінюванню і такою, що не отримували будь-яких препаратів). В дослідних групах тварин при реєстрації проліферативної активності Т-лімфоцитів-супресорів на стимуляцію конканаваліном А *in vitro* найбільший відсоток проліферації виявлено в групі щурів, що викормлювались флаваноїдами.

**Висновки:** 1. Найбільша здатність стимулювати проліферативну активність РБТЛ на ФГА притаманна флаваноїдам та ріпаку. Вони найбільше приближують показники проліферації до рівня показників, що зареєстровані у інтактних тварин. Такі результати співпадають з даними про значний вірогідний радіопротективний ефект цих препаратів та надають можливість припустити можливі механізми цієї дії. 2. В дослідних групах тварин при реєстрації проліферативної активності Т-лімфоцитів-супресорів на стимуляцію конканаваліном А *in vitro* найбільший відсоток проліферації виявлено в групі щурів, що викормлювались флаваноїдами. Таким чином, можна констатувати активацію супресорів при використанні в дієті щурів з моделлю хронічного опромінення препаратів флаваноїдів (пікногенолу).

*Персток Д.О., Аверін Б.М.*

## **ЗДАТНІСТЬ БАКТЕРІЙ РОДУ *STAPHYLOCOCCUS* ВИДІЛЯТИ ФІБРИНОЛІЗИН**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доцент Жадінський М.В.;  
науковий керівник – доцент Лебедева Н.Ю.*

**Мета дослідження.** Визначення фібринолітичної активності бактерій роду *Staphylococcus*, виділених із різних біотопів.

**Матеріал та методи.** Здатність до фібринолізу визначали за методичними рекомендаціями (по утворенню прозорих зон лізису навкруги колонії бактерій на живильному середовищі з 20% плазми людини). Результати експерименту врахували через добу після інкубації штамів роду у термостаті при температурі 37°C.

**Результати.** З поверхні травматологічних хворих були виділені бактерії виду *S.aureus*- 128 штамів, *S.epidermidis*- 61 штамів, *S.saprophyticus* 20 штамів. При цьому здатність розщеплювати фібринолізин мали 119 штамів *S.aureus* (93%), 49 штамів *S.epidermidis* (80,3%) та 12 штамів *S.saprophyticus* (60%). З поверхні шкіри хворих з різними видами травм були виділені: *S.aureus*- 23штами, *S.epidermidis* - 87, *S.saprophyticus*-65 штамів. Серед них здатністю розщеплювати фібрин мають: *S.aureus*-21 штамів(91,3%), *S.epidermidis*-35штамів (40,2%), *S.saprophyticus*-47 штамів (72,3%).

**Висновки.** Найбільш активними у відношенні фібринолітичної здатності були штами виду *S.aureus*. Серед інших, виділених із поверхні рани, друге місце по здатності розщеплювати фібрин зайняли штами виду *S.epidermidis*. У відношенні бактерій роду *Staphylococcus*, які виділені з поверхні шкіри, встановлено, що на 2-му місці за фібринолітичною активністю виявилися стафілококи *S.saprophyticus*. Цей факт можна пояснити тим, що епідермальні стафілококи є представниками нормальної мікрофлори шкіри та в цьому біотопі мають менш виражену фібринолітичну активність.

*Селіванова К. С., Антоненко А. Є., Юрченко О. О., Лихоносова О. А.*

## **МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М. В.,  
науковий керівник – ас. Ніколенко О.Ю.*

**Мета дослідження:** проаналізувати сучасні методи лабораторної діагностики туберкульозу.

**Матеріал і методи:** Було проаналізовано 25 вітчизняних і 100 іноземних джерел інформації.

**Результати досліджень.** Лабораторна діагностика туберкульозу здійснюється з використанням бактеріоскопічного, бактеріологічного, серологічного, біологічного, алергологічного, імунологічного та молекулярно-генетичного методів. Бактеріоскопічні методи включають дослідження мазків, зафарбованих за Цилям-Нільсеном, люмінесцентну мікроскопію та методи збагачення – гомогенізації та флотації. Основний метод дослідження – бактеріологічний дозволяє визначити 20-100 мікробних клітин, визначити їх чутливість до лікарських препаратів, вірулентність, типове належність. Метод досить тривалий (4-8 тижнів). Для прискорення діагностики використовують метод мікрокультур (метод прайса), а також глибинний ріст в гемолізованій крові (метод Школьникової). Історично склалося, що поживні середовища на яєчній основі (Левенштейна-Йенсена, Фінна-2, середовище Нова, Огави) отримали найбільше розповсюдження серед щільних поживних середовищ для виявлення *M.tuberculosis*. Однак агарові середовища, які з'явилися в останні роки, Міддлбрука (агар 7Н10, 7Н11) дозволяють швидше виявити ріст мікобактерій (від 2 до 4 тижнів) і забезпечують кращі можливості для вивчення морфології культур, ніж на яєчних середовищах. Культуральна діагностика туберкульозу переживає на даний час принципові зміни, пов'язані з впровадженням у практику повністю автоматизованих систем культивування мікобактерій туберкульозу (МБТ). Це ВАСТЕС-460 і ВАСТЕС-MGIT-960 Becton Dickinson, MB/Vact – BIOMerieux. Головна відмінність методу – використання рідких поживних середовищ. Найбільш популярним з них вважається середовище Міддлбрука 7Н12. Ріст МБТ на цьому середовищі вдається виявити вже через 1-2 тижня в залежності від початкової їх кількості в посівному матеріалі. Біологічним методом користуються у випадках, коли збудник важко виділити з досліджуваного матеріалу (туберкульоз нирок). Матеріалом від хворого заражають морських свинок. Алергологічними пробами (внутрішньошкірна проба Манту) виявляють осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу. Для проби використовують препарат PPD (очищений туберкулін). Пробою також користуються з метою відбору осіб для ревакцинації та для оцінки перебігу туберкульозного процесу. Імунологічним методом користуються для виявлення показників клітинного імунітету. Застосовують реакцію бласттрансформації лейкоцитів з PPD, реакцію гальмування макрофагів під впливом PPD та ін. Серед серологічних методів використовують реакцію зв'язування компліменту (РЗК), реакцію непрямой гемаглютинації (РНГА) Міддлбрука-Дюбо. Також використовують радіоімунний метод, імуноблотинг, реакцію агрегат гемаглютинації (для виявлення циркулюючих імунних комплексів). Серед сучасних методів серодіагностики туберкульозу, отримали розповсюдження імуноферментний і радіоімунний аналізи (ІФА і РІА). Якщо говорити про сучасні методи діагностики туберкульозу, неможливо не сказати про метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Це високо специфічний і дуже чутливий тест, за допомогою котрого принципово можливо ідентифікувати в аналізуючій пробі наявність навіть однієї-єдиної молекули ДНК збудника.

**Висновки.** Найбільш сучасними методами лабораторної діагностики туберкульозу є автоматичні системи культивування МБТ, серед серологічних – ІФА і РІА, а серед молекулярно-генетичних – ПЛР.

*Слюсарєва М.О., Несстеренко І.О., Несстеренко О.О.*

### **ВПЛИВ ФІТОКОМПЗИТИВ НА ПОКАЗНИКИ АУТОСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОПРОМІНЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедрою – доц. Жадінський М.В.,  
наук. керівн. – доц. Слюсарєв О.А.*

**Метою** дослідження було дослідити вплив рослинних фітокомпозитивів на показники аутосенсибілізації у щурів при хронічному опроміненні.

**Матеріали та методи.** У експерименті використовувались самці білих безпородних щурів вагою 170-200 г. Тварини утримувались за звичайними вимогами щодо догляду за лабораторними тваринами цього виду. У якості можливих радіопротекторів (радіомодифікаторів) використовувались такі фітокомпозитиви, як ріпак та бджолине обніжжя, що додавались до раціону тварин як харчові добавки протягом 3-х тижнів до опромінення й протягом всього періоду опромінення. Фітокомпозитиви тваринам вводили перорально з водою або їжею. Пролонговане опромінення (ПО) тварин виконувалось у сумарній дозі 6,5 Гр на приладі Рокс – М № 126 – гама-терапевтичний апарат. Тварини опромінювались у дозі 0,44 Гр через день протягом 30 днів. Частоту і ступінь аутосенсибілізації організму до тканин наднирників, селезінки, печінки, тимуса, нирки, серця, легенів, головного мозку (мозочка, стовбура і кори) вивчали за допомогою реакції іммунолейколіза (РІЛ) в модифікації.

**Результати.** Одним із проявів впливу іонізуючого опромінення на стан імунної системи є зміна показників аутосенсибілізації, що може бути обумовлено різними механізмами. Після аварії на ЧАЕС і на цей час залишається актуальним пошук засобів зменшення негативного впливу іонізуючого опромінення на стан здоров'я населення країни. В якості радіомодуляторів (радіомодифікаторів, радіопротекторів) – препаратів, що попереджують або зменшують негативний вплив іонізуючого опромінення можуть бути використані фітокомпозитиви. При ПО не виявлялась аутосенсибілізація до тканин, пов'язаних з функцією системи імунітету (тканини селезінки і наднирників). Але при цьому зареєстровано аутосенсибілізацію організму до тканин нервової системи, яка при пролонгованому опроміненні була значно вищою за таку при гострому опроміненні. Високу ступінь сенсibilізації встановлено до тканин, стовбуру й кори головного мозку. До тканин мозочку і лімбу встановлено низьку ступінь сенсibilізації організму. Крім цього у тварин з моделлю ПО, що не корегувалась прийомом фітокомпозитивів виявлено високий ступінь сенсibilізації до тканин печінки, сім'яників, середню ступінь сенсibilізації до тканин нирки й легку до тканин серця. При введенні до раціону тварин, підданих пролонгованому випромінюванню, харчової добавки «Ріпак», висока ступінь сенсibilізації реєструвалась до тканин легенів й сім'яників. Ступінь сенсibilізації організму до нервових тканин була меншою, ніж у тварин з моделлю ПО без корекції. До тканин селезінки й наднирників, на відміну від тварин з моделлю ПО виявлено відповідно легку ступінь аутосенсibilізації. Не встановлено аутосенсibilізації до тканин серця. У тварин, до раціону яких додатково вводили харчову добавку «Квітковий пилок», після пролонгованого опромінення, підвищений ступінь аутосенсibilізації виявлявся лише до окремих тканин, а аутосенсibilізація високого й середнього ступеню взагалі не виявлялась.

**Висновки.** Таким чином при введенні курсу фітокомпозитивів – харчових добавок «Ріпак» та «Квітковий пилок» перед й протягом пролонгованого опромінювання, аутосенсibilізація до тканин організму у тварин знижувалась. Більша ефективність у зниженні показників аутосенсibilізації при пролонгованому опроміненні спостерігалась при використанні харчової добавки «Квітковий пилок»

*Шипов Д.О., Гриценко Ю.П., Троян Н.С.*

### **БАКТЕРИЦИДНА АКТИВНІСТЬ МИЛА З ВМІСТОМ ОЛИВКОВОЇ ОЛІЇ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, завідувач кафедри – доц. Жадінський М.В.,  
наукові керівники – доц. Гриценко Л.З., доц. Мішин В.В.*

**Мета дослідження:** перевірка існування бактерицидної дії мила, яке випускається ТМ «Афродита», і можливість використання для миття рук фахівцями хірургічного профілю.

**Матеріали і методи:** В експериментальну перевірку включений зразок мила виробництва ТМ «Афродита» з вмістом чистої оливкової олії. В якості контролю використалися бактерицидні миючі засоби (за протоколами та наказами МОЗУ: Наказ МОЗУ від 10.02.2003 року, № 59 «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологовому будинку (акушерських стаціонарах)»; Наказ МОЗУ від 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах»; Наказ МОЗУ від 04.04.2008 № 181 Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічний нагляд за інфекціями обласної хірургічного втручання та їх профілактика»). Змиви з рук вивчалися у 20 хірургів, 20 акушерів-гінекологів та 20 стоматологів до і після миття рук милом ТМ «Афродита» із вмістом чистої оливкової олії (зразок 0). Контролем служили дані, отримані при такому ж дослідженні змивів з рук бактерицидними миючими засобами (за

протоколами і наказами МОЗУ) у аналогічній кількості фахівців хірургічного профілю (по 20 осіб відповідно). Отримані результати оброблені методом варіаційної статистики з використанням критеріїв Фішера.

**Результати:** В попередніх дослідженнях нами встановлена доцільність використання мила ТМ «Афродита» для боротьби з розповсюдженням інфекційних захворювань. У хірургів бактерицидна активність мила випробуваного зразка особливо виражена відносно мікроорганізмів роду *Enterobacter* spp., *Staphylococcus* spp., *Pseudomonas* spp. У хірургів контрольної групи, миття рук виявилось ефективним тільки у відношенні *Pseudomonas* spp. Що стосується *E. coli*, то контамінація нею шкіри рук навіть збільшилася. З цього випливає, що мило з вмістом оливкової олії за рахунок високої концентрації різних жирних кислот не дає мікроорганізмам розмножуватися в цьому біотопі. Аналогічна картина спостерігалася як в акушерів-гінекологів, так і у стоматологів по відношенню до таких же мікроорганізмів. Єдиний бактеріальний агент, на який не встановлено бактерицидної дії ні у мила з вмістом оливкової олії, ні у засобів для миття рук за протоколами МОЗУ - це представники роду *Citrobacter* spp.

**Висновки:** Мило з високим вмістом оливкової олії має виражену бактерицидну дію ( $p < 0,05$ ) при використанні його для миття рук хірургів, акушерів-гінекологів та стоматологів, зберігаючи при цьому шкіру рук м'якою та здоровою навіть при тривалому його використанні. Використання мила зразка 0 може суттєво знижувати ( $p < 0,05$ ) контамінацію шкіри рук лікарів бактеріями роду *Staphylococcus* spp., *Pseudomonas* spp., *Enterobacter* spp., які є винуватцями інфекцій, що виникають в стаціонарі, що має велике епідеміологічне значення.

*Ярмоленко А. В., Гречко О. К., Кузьменко О. О., Пономаренко Г. О.*

### **РОЗРОБКА ПЕЧИВА З ІМУНОМОДЕЛЮЮЧИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ**

*Донецький національний університет економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського  
Кафедра товарознавства та експертизи продовольчих товарів, науковий керівник – професор кафедри товарознавства і експертизи продовольчих товарів д.біол.н., проф Ракша-Слюсарєва О. А.*

**Мета роботи.** Створення нового функціонального продукту, з бактерицидними, імуномоделюючими й інші цінними біологічними й споживчими властивостями шляхом виготовлення печива лікувально-профілактичного призначення.

**Матеріал та методи.** Для створення продукту функціонального харчування використана базова рецептура пісочного печива з додаванням харчової добавки із листя зизифусу у вигляді порошку дисперсністю 0,315 мм, технологія виробництва якої була розроблена Інститутом технічної теплофізики НАН України. Виробництво порошків з фруктів, овочів забезпечує одержання високоякісного продукту, в якому в концентрованому вигляді збережені всі інгредієнти вихідної сировини. Вони мають високу харчову цінність, легко засвоюються організмом, компактні, зберігаються тривалий час. Отримані харчові порошки не містять хімічних та інших інгредієнтів. Зізифус (китайський фінік, унабі) є ефективним при гіпертонії як гіпотензивний і сечогінний засіб, при бронхітах, трахеїтах, захворюваннях горла як пом'якшувальний і протизапальний засіб. В своєму складі містить незвичайно велику кількість вітаміну С, й великі концентрації вітаміну Р, який не виробляється організмом людини, але є важливим для підтримки здоров'я. Це благотворно впливає на проникність капілярів, очищає їх, забезпечує їх здоровий стан, в результаті чого всі органи і системи повністю збагачуються киснем і загальний стан організму помітно покращується.

**Результати.** Виготовлено два види продукту із різною концентрацією функціональної добавки: 1,48% та 2,91%, а також порівняльний зразок у вигляді класичного пісочного печива без добавок та проведено оцінку їх показників якості за допомогою органолептичного, фільтрувального та титрувального методів. Розроблено новий харчовий продукт функціонального призначення, який має імуномоделюючі, бактерицидні та інші цінні біологічні й споживчі властивості. Проведено експериментальне дослідження з метою визначення лужності печива з використанням харчової добавки у різних концентраціях та її порівняння з отриманим показником лужності контрольного зразка. Результати довели, що показник лужності збільшується прямо пропорційно збільшенню концентрації харчової добавки у продукті.

**Висновки.** Завдяки біологічним властивостям рослини, її використання у печиві є доцільним як у профілактичних, так і у лікувальних цілях. Отриманий продукт має дуже привабливий вигляд, що також позитивно впливає на психоемоційний стан споживача і психонейроімунноендокринну регуляцію організму і збільшує імунокоригуючий ефект від використання харчової добавки.

*Конь К.В., Курбанов А.К.*

### **АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, зав. кафедрой и науч. рук. – проф. Минухин В.В.*  
Раневые инфекционные процессы как бытового, так и послеоперационного происхождения занимают весомое место в структуре заболеваний хирургического стационара. Для успешного лечения раневых инфек-

ций необходимыми являются знания этиологии и антибиотикорезистентности возбудителей в конкретном стационаре, что стало **целью данной работы**.

**Материалы и методы.** Проведено бактериологическое исследование материала из гнойных ран от 139 больных, находившихся на лечении в хирургической клинике кафедры общей хирургии Харьковского национального медицинского университета в 2003–2008 гг.

**Результаты.** В 110 больных (79,14%) были выделены 139 штаммов бактерий, у остальных посевы были отрицательными. Ведущими возбудителями были *Staphylococcus* spp. – 66 штаммов (у 60,0% больных, что составило 47,48% от общего количества выделенных штаммов), из них 46 – *S. aureus* (соответственно 41,82% и 33,09%) и 20 – *S. epidermidis* (соответственно 18,18% и 14,39%), 25 штаммов *E. coli* (соответственно 22,73% и 17,99%), 13 штаммов *P. aeruginosa* (соответственно 11,82% и 9,35%), 12 штаммов *Proteus* spp. (10,91% и 8,63% соответственно), 8 штаммов *K. pneumoniae* (7,27% и 5,76% соответственно), 6 штаммов *Enterobacter* spp. (5,45% и 4,32% соответственно), 4 штаммы *S. pyogenes* (3,64% и 2,88% соответственно), 3 – *E. faecalis* (2,73% и 2,16% соответственно) и 2 штамма бактерий рода *Citrobacter* (1,82% и 1,44% соответственно). Чувствительность к антибиотикам была проверена в 128 штаммах, из них 85 (66,4%) были полирезистентными. Были проанализированы изменения антибиотикорезистентности в динамике: в 2003 году из выделенных возбудителей 92,31% были полирезистентными, в 2004 – 60%, в 2005 – 61,29%, в 2006 – 61,54%, в 2007 – 61,9%, в 2008 – 75%. Таким образом можно отметить статистически достоверное снижение количества полирезистентных возбудителей в 2004 г. ( $p < 0,05$ ), а затем вновь постепенное их нарастание. Среди стафилококков было 53,33% полирезистентных штаммов, среди кишечной палочки – 84%, среди синегнойной палочки – 69,23%. Также 70% протей и все выделенные клебсиеллы были полирезистентными. Наибольшую чувствительность выделенных штаммов проявили к имипенему (72,73%), меропенему (61,82%), карбенициллину (57,14%), цефтриаксону (45,1%) и гентамицину (40,24%), несколько меньше – до азитромицина (37,5%), полимиксина (37,14%) и цефалексина (36,36%). Наибольшая резистентность была отмечена к канамицину и ровамицину (по 100%), доксициклину (92,68%), кларитромицину (91,8%), олеандомицину (91,67%), ампициллину (89,69%), офлоксацину (89,29%), пенициллину (85,71%) и левомецитину (83,05%).

**Выводы.** Среди возбудителей раневой инфекции наблюдается значительное количество полирезистентных бактерий – более 66%, при этом раневые инфекции, вызванные кишечной и синегнойной палочкой, клебсиеллой и протеем, имеют, по уровню резистентности, преимущественно больничное происхождение, что указывает на необходимость усиления мер по предотвращению распространения больничных инфекций.

## ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ТА ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ

*Бердников М.А.*

### МОРФОЛОГИЯ ИНВОЛЮТИВНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МУЖСКИХ ГОНАД ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Антипов Н.В.*

**Цель исследования:** выявить основные закономерности изменений в яичках при варикозном расширении вен семенного канатика.

**Материалы и методы:** макро-микроскопически и гистологически были исследованы яички от 12 мужчин, умерших в возрасте 19–56 лет с варикоцеле, определяемом пальпаторно при моделировании пробы Вальсальвы (производилась компрессия на передне-боковую брюшную стенку). Определялась консистенция гонад, для оценки размеров использовался метод макроморфометрического анализа, результаты обработаны с использованием t-критерия Стьюдента. Образцы фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. После проводки через батарею спиртов изготавливались парафиновые блоки. Срезы после депарафинизации окрашивали гематоксилином и эозином, а так же по Ван-Гизону. Препараты были изучены методом световой микроскопии на технике Olympus BX-40, микрофотографирование произведено цифровой фотокамерой Olympus U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft.

**Результаты исследования:** варикоцеле слева выявлено в 8 (66,6%) случаях, справа – в 2-х (16,6%) , с 2-х сторон – в 2-х (16,6%) наблюдениях. Значительная асимметрия гонад (25–35%) наблюдалась в 7 (58,3%) случаях. В оболочках яичек наблюдались отек, склероз, утолщение и дистрофия. В паренхиме выявлялись дистрофия и атрофия эпителия извитых канальцев, склероз, гиперплазия в стенках артериол, расширенные полнокровные извитые венулы с истонченной стенкой, отек и очаговая, в основном периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы, дистрофия клеток Сертоли. В придатках яичка также наблюдалась дистрофия эпителия канальцев, их просветы содержали отечную жидкость, слущенный эпителий, в отдельных канальцах наблюдалась неравномерная гиперплазия мышечного слоя. В стенках артериол так же выявлялись склероз, гиперплазия. Венулы были извиты, выявлена атрофия



их мышечного слоя, склероз.

**Выводы.** 1) Варикоцеле приводит к значительным инволютивным и дегенеративным изменениям яичек и их придатков, которые не связаны с возрастом мужчины; 2) При варикоцеле в яичках развивается и поддерживается вялотекущее воспаление, обусловленное, в том числе, и повреждением гематотестикулярного барьера.

*Бердников М.А.*

### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ФАСЦИАЛЬНЫХ ФУТЛЯРОВ ЯИЧКОВЫХ ВЕН В РАЗВИТИИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Антипов Н.В.*

**Цель исследования:** обосновать значение фасциальных футляров *vv. testiculares* в формировании варикоцеле.

**Материалы и методы:** материалом послужили 24 трупа лиц мужского пола возрастом 19-76 лет: 12 с варикоцеле, определяемом пальпаторно при моделировании пробы Вальсальвы (производилась компрессия на передне-боковую брюшную стенку), 12 составили контрольную группу. Работа выполнена на базах кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии и Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы с использованием методов анатомического препарирования, макроморфометрии, результаты обработаны с использованием *t*-критерия Стьюдента. Определялась консистенция гонад, оценивались и сопоставлялись их размеры. Яичковые вены (ЯВ) заполнялись светоконтрастными массами по собственной методике, освобождались от фасциальных футляров, замерялись и сопоставлялись диаметры сосудов.

**Результаты:** в основной группе в преобладающем количестве случаев как справа, так и слева фасциальный футляр ЯВ был сформирован рыхлой истонченной *fascia endoabdominalis*, вены проходили по заднему листку брюшины, имея до 2-3 вен-сателлитов (ВС) с множественными анастомозами в *retroperitoneum*, контраст заполнял сосуды практически на всем протяжении. Диаметр заполненных сосудов до и после выделения из фасциальных футляров менялся незначительно. В контрольной группе, в основном, фасциальный футляр вен был плотным, имел множество перемычек, прочно сцепленных, как правило, с фасцией Тольдта, отрогами внутрибрюшной фасции и задним листком брюшины. ВС удавалось выделить, лишь разрушив фасциальный футляр основного ствола ЯВ, контраст заполнял сосуды на малом протяжении, хорошо удавалось визуализировать лишь ВС. После выделения из фасциального футляра диаметр ЯВ значительно менялся.

**Выводы:** 1) Морфологическими предпосылками к варикоцеле являются наличие неполноценного клапанного аппарата, наличие вен-сателлитов, истончение фасциальных футляров яичковых вен, а так же отсутствие их связей с отрогами внутрибрюшной фасции, а так же фасции Тольдта; 2) Вены-сателлиты, имея неполноценный клапанный аппарат, могут играть при варикоцеле роль «резервуаров» ретроградно забрасываемой крови, усугубляя венозный рефлюкс; 3) В лечении варикоцеле необходимо рассматривать необходимость укреплять фасциальный футляр яичковых вен синтопически связанными с ним структурами, а так же пересекать все обнаруженные вены-сателлиты.

*Гаврилов А.О., Пархоменко А.В.*

### **ГИСТОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКЕ ПРИ ОВАРИОЦЕЛЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького  
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией,  
заведующий кафедрой – проф. Антипов Н.В., научный руководитель – асс. Войтенко С.В.*

**Цель исследования.** Определить роль венозного полнокровия в развитии гистоструктурных изменений в яичнике и выяснить их характер.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы, кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией и кафедры патоморфологии ДонНМУ им. Горького. Объектами исследования явились 66 женских трупов. Доступ осуществлялся тотальной срединной лапаротомией, оценивалось наличие брыжейки у восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки. Затем выделялись правая и левая *vv. ovaricae*, оценивался их диаметр и наличие извилистости хода. В дальнейшем проводилась морфометрия яичников, пальпаторно определялась их консистенция. При обнаружении варикозного расширения яичниковых вен отбирался материал для гистологического исследования, который в дальнейшем окрашивался гематоксилин-эозином и исследовался под светооптическим микроскопом Olympus BX-40.

**Результаты исследования.** Восходящий отдел ободочной кишки в 48 случаях (72,7%) располагался мезоперитонеально, и в данных наблюдениях отмечалась выраженная позадиободочная фасция, с которой *v. ovarica dextra* была связана своим фасциальным футляром. Такие же результаты были выявлены при исследовании *colon descendens*. В случаях интраперитонеального расположения вены проходили в собственно забрюшинном пространстве, были варикозно расширены ( $d=7,8\pm 2,9$ мм) и имели извилистый ход. При наличии варикоза яичниковых вен пальпаторно определялась пастозность, а иногда и кистозное изменение яичников. При гисто-

логическом исследовании яичников нами были обнаружены следующие изменения: неравномерный склероз корковой зоны с разрастанием созревающей грануляционной ткани, множество примордиальных фолликулов, полнокровные сосуды, очаги скудной лимфоцитарной инфильтрации, мелкие фолликулярные кисты, очаги гемосидероза. Склероз и очаговый гемосидероз могут быть расценены нами как вполне естественная реакция органа на местное венозное полнокровие. Наличие в яичниках при овариоцеле мелких фолликулярных кист, покрытых слоем фолликулярного эпителия с расширенными и полнокровными сосудами в окружающей эти кисты тека-ткани может говорить о том, что в данном случае именно полнокровие явилось причиной отсутствия овуляции овоцитов, на месте которого они развились. Фолликулярные кисты приводят к гиперэстрогенизации женского организма, а это может послужить развитию злокачественных новообразований как в яичнике, так и в других органах женской половой системы. Очаговая лимфоцитарная инфильтрация указывает на присутствие хронического воспалительного процесса в яичнике, которое так же могло быть обусловлено нарушением оттока крови и является предпосылкой к началу неопластических процессов в органе.

**Вывод.** При наличии варикозного расширения яичниковых вен нами часто обнаруживаются гистоструктурные изменения яичника. Характер этих изменений определен как дегенераторно-дистрофический и воспалительный.

*Гаврилов А.О.*

## **МОРФОГЕНЕЗ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького  
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией,  
зав. кафедрой – проф. Антипов Н.В., научный руководитель – асс. Войтенко С.В.*

**Цель исследования.** Определить возможные причины формирования овариоцеле. Выяснить изменения гистоструктуры яичников при овариоцеле.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы, кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией и кафедры патоморфологии. Объектами явились 66 нативных трупов женского пола. Доступ осуществлялся тотальной срединной лапаротомией. Оценивалось наличие брыжейки восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки. Из своего фасциального футляра выделялась *v. ovarica*, прослеживался ее ход до проникновения в *rajasolon*. Оценивались выраженность ее анастомозов и место впадения в магистральную вену. Пальпаторно определялась консистенция яичников, измерялся их продольный размер, при наличии овариоцеле отбирался материал для гистологического исследования.

**Результаты исследования.** Восходящий отдел ободочной кишки в 48 случаях (72,7%) располагался мезоперитонеально, и в данных наблюдениях отмечалась выраженная фасция Тольдта, с которой *v. ovarica dextra* была связана своим фасциальным футляром. Такие же результаты были выявлены при исследовании *colon descendens*. В случаях интраперитонеального расположения вышеуказанных отделов толстой кишки наблюдалось отсутствие фасции Тольдта и прохождение обеих яичниковых вен в собственно забрюшинном пространстве. В 16 случаях (24,2%) мы обнаружили резко увеличенный, пастозно измененный левый яичник. В 5 случаях (7,6%) аналогичные изменения имелись в правом яичнике. В таком же количестве случаев наблюдались изменения в обоих яичниках. Продольные размеры яичников при овариоцеле составили соответственно  $4,4 \pm 0,7$  мм слева и  $3,8 \pm 0,5$  мм справа. В 32 (48,5%) случаях *v. ovarica sinistra* проходила в левом *rajasolon*. При расположении ее в собственно забрюшинном пространстве отмечались резкое увеличение ее диаметра ( $d=7,8 \pm 2,9$  мм), извилистость хода. Во всех наблюдениях данная вена имела анастомозы с поясничными венами, в 34 случаях (51,5%) – с нижней брыжеечной веной, а так же в 16 случаях (24,2%) – с верхней ягодичной. В 36 (54,5%) наблюдениях *v. ovarica sinistra* впадала в почечную вену, при этом в некоторых из них она имела анастомозы с верхней брыжеечной и селезеночной венами. Отмечены 10 случаев (15,2%) впадения яичниковой вены в почечную и отхождения от противоположной окружности последней анастомотической ветви с селезеночной веной, как непосредственного продолжения *v. ovaricae sinistrae*. В 41 случае (62,1%) *v. ovarica dextra* располагалась в правом *rajasolon*, выявлялись анастомозы с нижней брыжеечной, 3-й и 4-й поясничными венами. В 10 случаях (15,2%) правая яичниковая вена имела, по аналогии с левой, варикозное расширение стенки и извитой ход. В 36 наблюдениях (54,6%) данный сосуд, в пределах собственно забрюшинного пространства, впадал в нижнюю полую вену на уровне  $L_3-L_4$ . В 7 случаях (10,6%) *v. ovarica dextra* впадала в нижнюю полую вену на уровне  $L_1$ , а так же в 5 случаях (7,6%) – в почечную вену. При гистологическом исследовании яичников были обнаружены следующие изменения: неравномерный склероз корковой зоны с разрастанием созревающей грануляционной ткани, множество примордиальных фолликулов, полнокровные сосуды, очаги скудной лимфоцитарной инфильтрации, мелкие фолликулярные кисты, очаги гемосидероза.

**Вывод.** Овариоцеле часто сопровождается сохранностью брыжейки у восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки и отсутствием позадиободочной фасции. Отмечено влияние овариоцеле на развитие дегенераторно-дистрофических и воспалительных процессов в яичнике.

*Жуков А. С.*

### **НУЖНА ЛИ РЕТРОГРАДНАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ИНТРАМУРАЛЬНОМ, МЕЗОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ И ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИЯХ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА?**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,*

*заведующий кафедрой – проф. Антипов Н.В., научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.*

**Цель исследования.** Исследовать возможности проведения антероградной аппендэктомии в случае атипичного покрытия червеобразного отростка брюшиной.

**Материалы и методы.** Исследования были проведены на 6 нефиксированных трупах людей обоего пола с выявленными аномалиями покрытия червеобразного отростка (ЧО) брюшиной на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы методом топографоанатомической препаровки нижнего этажа брюшной полости, гидравлического отслоения брюшины от ЧО в зонах аномального покрытия путем субперитонеального инъекционного введения 0.5% раствора новокаина (далее гидравлической препаровки), макроморфометрии и фотосъёмки на цифровую камеру Sony Cyber-shot DSC-W150.

**Результаты.** В ходе наших исследований были обнаружены 2 случая (33%) изолированного мезоперитонеального и 4 случая (66%) смешанного покрытия ЧО брюшиной (в том числе и частично интрамурального положения). В ходе гидравлической препаровки ЧО был скелетирован без значительного повреждения серозной оболочки во всех вышеперечисленных случаях.

**Вывод.** Гидравлическая препаровка позволяет скелетировать ЧО в случае аномального покрытия брюшиной и избежать ретроградной аппендэктомии, повышающей риск послеоперационных осложнений ввиду длительного периода нахождения «раскрытого» ЧО в ране.

*Жуков А. С.*

### **ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ОТНОСИТЕЛЬНО БРЮШИНЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,*

*зав. каф. – проф. Антипов Н.В., науч. рук. – доц. Сироид Д.В.*

**Цель исследования.** Исследовать частоту встречаемости различного расположения червеобразного отростка относительно брюшины.

**Материалы и методы:** Исследования были проведены на 12 фиксированных и 90 нефиксированных трупах людей обоего пола на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ им. М. Горького и Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы методом топографоанатомической препаровки нижнего этажа брюшной полости, макроморфометрии и фотосъёмки на цифровую камеру Sony Cyber-shot DSC-W150. Полученный массив данных был статистически обработан в пакете программ MedStat.

**Результаты:** В ходе наших топографоанатомических исследований было обнаружено 14 случаев (13,7%) атипичного покрытия червеобразного отростка брюшиной. Причем в 8 случаях (7,8%) можно было наблюдать смешанный характер перитонизации. Так, встречались случаи: 1) интрамурального положения проксимальных 2/3 отростка при интраперитонеальной дистальной трети; 2) интраперитонеальной проксимальной и дистальной третях при мезоперитонеальной средней трети; 3) интраперитонеальные 4/5 отростка при мезоперитонеальном апикальном конце, фиксированном к брыжейке подвздошной кишки; 4) ретроцекально расположенный червеобразный отросток на 95% лежащий мезоперитонеально, апикальный конец которого имел брыжейку и фиксировался к восходящей ободочной кишке; 5) мезоперитонеальной проксимальной половины червеобразного отростка и интрамуральной дистальной. Также отмечается наличие в 3 случаях (2,9%) сочетания атипичного покрытия брюшиной с близким (менее 1 см) удалением основания червеобразного отростка от илеоцекального угла. \_

**Вывод:** В ходе наших исследований в 7,8% случаев выявлены различные вариации смешанного покрытия брюшиной червеобразного отростка, а также возможное сочетание атипичного покрытия брюшиной с близким удалением основания такого червеобразного отростка от илеоцекального угла (2,9%).

*Кулявец С.Ю., Васильев Д.В.*

### **МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА**

*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина*

*Кафедра хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии,*

*зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Белозеров И.В.*

**Цель исследования.** Изучить современные достижения мировой медицины в области механической поддержки кровообращения (МПК) и возможность использования ее как альтернативу трансплантации

сердца при лечении пациентов с терминальной сердечной недостаточностью (СН) в условиях практической невозможности проведения пересадки сердца в Украине.

**Материалы и методы.** Проведен анализ мировой литературы посвященной вопросам пересадки сердца, механической поддержки кровообращения, хирургическому лечению пациентов с терминальной СН. Проанализированы структура и состояние медицинской помощи пациентам с терминальной СН в Украине, странах СНГ, Европы, Азии, Северной Америки.

**Результаты:** В Украине у пациентов с терминальной СН смертность в течении ближайшего года достигает 50%. «Золотым стандартом» хирургического лечения терминальной СН во всем мире является пересадка донорского сердца. Ежегодно в мире проводится около 4 тысяч пересадок сердца, более половины из них в США. В Украине это единичные случаи. Из-за недостатка донорских органов около 32% пациентов в США не доживают до трансплантации. Для поддержания пациентов до трансплантации используют также механическую поддержку. Возможность механического подхода к лечению терминальной СН была подтверждена в 2004 году в рандомизированном исследовании REMATCH. Данное исследование продемонстрировало значимое увеличение выживаемости у пациентов которым для лечения терминальной СН выполнялась МПК (однолетняя выживаемость 52%, двухлетняя – 28%) по сравнению с пациентами получавшими только медикаментозную терапию (однолетняя выживаемость 25%, двухлетняя – 8%). За последние 30 лет в разработке устройств для МПК был достигнут грандиозный прогресс. Более 30 тысяч пациентов по всему миру подверглись имплантации долговременных устройств МПК, проводятся рандомизированные исследования, издаются руководства и рекомендации. На сегодняшний день существует уже три поколения девайсов. Выживаемость при имплантации аппаратов вспомогательного кровообращения в течении года достигает 78%, двух лет – 66%, пяти лет – 44%. Среди побочных эффектов связанных с имплантацией девайса отмечают: сбой в работе устройства или поломки, связанные с износом внутренних деталей, что чаще касается аппаратов первого поколения – пульсирующих насосов; тромбоэмболии и кровотечения, связанные с возможными трудностями в антикоагулянтной терапии; инфекция, которой может быть подвержена чужеродная проводящая система соединяющая экстракорпоральную часть аппарата с интракорпоральной. Качество жизни пациентов после имплантации девайса остается достаточно высоким.

**Выводы.** На сегодняшний день в Украине проведение трансплантации сердца является крайне сложной задачей, выполнить которую удастся лишь в единичных случаях, в то время, как количество пациентов с терминальной СН ежегодно растет. В создавшейся ситуации возникает острая необходимость поиска альтернативного лечения пациентов с терминальной СН. МПК превратилась из крайней спасательной терапии, моста к трансплантации в хорошо организованный жизнеспособный альтернативный метод лечения для тысяч пациентов с терминальной СН во всем мире. Технологии устройств вспомогательного кровообращения постоянно совершенствуются и улучшаются, появляются новые поколения девайсов, что снижает риск возможных побочных эффектов связанных с имплантацией. Решение проблемы оказания медицинской помощи пациентам с терминальной СН в Украине требует поддержки со стороны государства и общественности, и в условиях невозможности проведения трансплантации сердца - создания ей альтернативы.

*Максакова А.С.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ СОЕДИНЕНИЯ КРАЕВ КОЖНОЙ РАНЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,  
заведующий - проф. Антипов Н.В., научный руков. - доц. Сироид Д.В.*

**Цель исследования.** Сравнить способы соединения краев кожной раны для разработки подходов к оптимизации оперативных вмешательств.

**Материал и методы.** Использовались формально-логический и аналитический методы исследования. На муляжах накладывались кожные швы, известные на основании исследования источников информации.

**Результаты.** Способы соединения краев кожи можно разделить на две группы: кровавые и бескровные. Хотя бескровные способы имеют несомненные преимущества (меньшая травматизация тканей, экономия времени и шовного материала), они используются относительно редко. Вероятно, это связано с отсутствием в арсенале хирургов средства, применение которого обеспечивало бы достаточно надежное бескровное соединение краев раны и не сопровождалось бы осложнениями. Разработка такого средства – вопрос времени. Кровавые способы соединения тканей предполагают использование различных разновидностей швов. Мнения по поводу того, какой шов лучше использовать, неоднозначны и противоречивы. Это объясняется тем, что все предложенные кожные швы обладают как достоинствами, так и недостатками. Они отличаются по степени травматизации тканей, гемостатическому эффекту, скорости наложения, расходу шовного материала и косметическим свойствам рубца. Использование косметических швов представляется наиболее обоснованным.

**Выводы.** Выбор способа соединения краев кожной раны должен осуществляться с учетом индивидуальных особенностей. Необходимо продолжать исследования, направленные на внедрение бескровных

способов соединения тканей. Целесообразно разработать муляж, на котором будущие хирурги могли бы отрабатывать технику наложения косметических швов.

*Орлова Ю. А.*

## **ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,  
зав. кафедрой - проф. Антипов Н. В., научный руков. - доц. Жиляев Р.А.*

**Цель исследования.** Изучение сосудисто-нервных образований ягодичной области, значимых при оперативных вмешательствах.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе областного бюро судебно-медицинской экспертизы ДОКТМО и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ. Объектами исследования явились 57 трупов людей обоего пола, умерших в возрасте от 28 до 69 лет. В ходе работы нами использовались методы морфометрии, с последующей фотосъемкой выявленных вариантов, статистическое обрабатывание данных при помощи программы Medstat.

**Результаты.** После проведенных нами исследований было обнаружено, что в 4 случаях (7,01%) слева и только в 1 случае справа (1,75%) седалищный нерв выходил из подгрушевидного отверстия не единым стволом, а своими конечными ветвями: большеберцовым и общим малоберцовым нервами. Учитывая близость заднего кожного нерва бедра к седалищному нерву, который проходил вместе с седалищным нервом, располагаясь медиальнее, мы выделяли *n. cutaneus femoris posterior*, диаметром  $0,4 \pm 0,03$  см. Диаметр же каждой конечной ветви седалищного нерва с двух сторон по отдельности составлял: большеберцового нерва  $0,7 \pm 0,08$  см, общего малоберцового  $0,6 \pm 0,09$  см. Стоит отметить, что в 1 случае с обеих сторон (1,75%) наше внимание привлекло врожденное отсутствие грушевидной мышцы. В ягодичной области нами был обнаружен крупный сосуд, диаметром от 0,2 до 0,3 см, отходящий в 35(61,4%) случаях от нижней ягодичной артерии. Данный сосуд не указывается в доступной нам литературе, и мы позволили себе его назвать глубокой ветвью нижней ягодичной артерии. Ягодичная область была представлена широкой сетью сосудистых анастомозов. Среди них мы выделяли наиболее часто встречавшиеся: глубокая ветвь нижней ягодичной артерии, которая анастомозировала с нижней глубокой ветвью верхней ягодичной артерии в 47 (82, 4%) случаев и в 19 (33,3%) случаях – с короткими ветвями верхней ягодичной артерии. Поверхностная ветвь верхней ягодичной артерии создавала анастомоз с нижней ягодичной артерией в 51 (89,4%) случаев, с 4 поясничной артерией - в 41 (71, 9%) случаях и с внутренней половой артерией - в 29 (50,8%) случаях. Нижняя глубокая ветвь верхней ягодичной артерии анастомозировала с нижней ягодичной артерией в 51 (89,4%) случаев, в 30 (52,6%) случаях анастомозировала с глубокой артерией огибающей подвздошную кость. Верхняя глубокая ветвь верхней ягодичной артерии распадалась на свои многочисленные конечные ветви и образовывала коллатерали с внутренней половой артерией в 48 (84,2%) случаев, с глубокой артерией огибающей подвздошную кость в 38 (66,6%) случаев.

**Выводы.** В ягодичной области существует огромная сеть сосудистых анастомозов, перевязка которых, при оперативных вмешательствах в данной области, играет важную роль при остановке кровотечений. Седалищный нерв может отходить из подгрушевидного отверстия не единым стволом, а своими конечными ветвями в количестве двух. Одним из вариантов формирования мышечных образований может быть врожденное отсутствие грушевидной мышцы. Данные особенности необходимо учитывать, проводя оперативные вмешательства в ягодичной области.

*Пархоменко А.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УГЛУБЛЕНИЙ ОРГАНОВ ЖЕНСКОГО ТАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Зав. кафедрой – проф. Н.В. Антипов, научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.*

**Цель исследования.** Изучить особенности топографии углублений органов женского таза.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии путем препарирования с последующей фотосъемкой 78 нативных трупов женского пола, умерших в возрасте 24-82 лет. Оценивалась синтопия органов таза, их отношение к брюшине. При обнаружении отличного от нормального строения углублений органов таза производилась экспериментальная катетеризация мочевого пузыря с заполнением его в зависимости от изначального объема на 50-200 мл изотоническим раствором хлорида натрия.

**Результаты.** В 63 (80,47%) случаях углубления органов женского таза имели обычное строение. У 15 (19,23%) трупов выявлено отличное от нормального формирование углублений органов женского таза, в частности, за счет наличия маточно-прямокишечно-сигмовидного (2); маточно-пристеночного (3); допол-

нительных маточно-апоневротического и апоневротически-прямокишечного, апоневротически-связочных (размерами 3,5Ч1,8Ч2,5 см) углублений при выраженном апоневрозе Денонвилле-Салищева (1); прямое киечно-пристеночного (3), в 1 случае разделенного на два; маточно-пристеночного (1); маточно-влагалищно-прямокишечного (1); маточно-прямокишечно-сигмовидного (1). У 3-х (3,85%) имело место т.н. «фетальное» строение таза.

**Выводы.** 1. По нашим наблюдениям, практически у каждой пятой женщины встретилось отличное от нормального строение углублений таза (19,23%). 2. Наличие выраженного апоневроза Денонвилле-Салищева и производных тазовой фасции могут способствовать образованию дополнительных углублений органов таза. 3. Углубления органов женского таза могут быть местом формирования внутренних грыж, с развитием клиники острой странгуляционной кишечной непроходимости. 4. Внутреннее ущемление – редкое и трудное для дооперационной диагностики заболевание.

*Фесак И.В.*

### **ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Антипов Н.В.*

**Цель исследования** – Изучить особенности возрастных изменений в топографо-анатомическом строении пахового промежутка.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились 60 трупов людей обоего пола (40 - мужских, 20 - женских), среди них было 45 нефиксированных (30 – мужских, 15 – женских) и 15 фиксированных (10 – мужских и 5 – женских). Все исследуемые случаи были поделены по возрастным категориям: 20-40 лет (20 трупов); 40-60 лет (20 трупов), и старше 60 лет (20 трупов). Исследования проводили с помощью методов препарирования и морфометрии

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании границ пахового промежутка на трупах первой возрастной категории обращает на себя внимание, что в 15 (75 %) случаях с обеих сторон туловища в наружной трети пахового промежутка (до уровня глубокого кольца ПК) внутренняя косая мышца живота примыкала к паховой связке. На трупах второй возрастной категории в 13 (65 %) случаях с обеих сторон туловища как в наружной так и во внутренней третях пахового промежутка внутренняя косая мышца живота нависала над паховой связкой кпереди от элементов семенного канатика. Диастаз нижнего края внутренней косой мышцы с паховой связкой составил: справа - 0,6-0,8 см ±0.2, слева - 0,4-0,7 см ±0.2. При исследовании строения пахового промежутка на трупах третьей возрастной категории было выявлено, что внутренняя косая мышца живота имела не выраженную мышечную часть и была представлена в основном апоневротической частью. Диастаз с паховой связкой составил: справа – 1.2-1.7 см ±0.3, слева – 1.3-1.7 см ±0.3.

**Выводы.** Мышечные структуры пахового промежутка более выражены в молодом возрасте, что объясняет более низкую частоту паховых грыж, чем у лиц старшей возрастной категории.

*Фесак И.В.*

### **ОСОБЕННОСТИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Антипов Н.В.*

**Цель исследования** – изучить топографические особенности сосудистого русла в области пахового промежутка.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились 40 трупов людей мужского пола (30 - нефиксированных, 10 - фиксированных) путём препарирования сосудов в паховой области с применением методов макрометрии, последующей фотосъёмкой и статистической обработкой достоверности полученных данных (критерий Стьюдента).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Наружный диаметр яичковой артерии составлял справа 2,3±0,4 мм, слева – 2,4±0,5 мм. В пределах канала в 14 случаях (58,4%) справа и в 16 случаях (66,7%) слева от верхней полуокружности вышеуказанной артерии отходила анастомотическая ветвь с наружным диаметром 1,4±0,2 мм справа, 1,5±0,2 мм слева. Последняя, прободая внутрибрюшную фасцию, не меняя размеров своего наружного диаметра, впадала в нижнюю надчревную артерию. В 17 случаях (70,8%) справа и в 15 случаях (62,5%) слева от передней полуокружности яичковой артерии в пределах канала формировалась анастомотическая ветвь с наружным диаметром 1,2±0,2 мм справа, 1,4±0,3 мм – слева, впадала в поверхностную надчревную артерию (прободая Томсонову пластинку). В 19 случаях (79,2%) справа и в 21 случае (87,5%) слева формировалась анастомотическая артериальная ветвь с наружным диаметром 1,6±0,3 мм справа, 1,7±0,3 мм, которая прободая апоневроз наружной косой мышцы живота и Томсонову пластину впадала в наружную половую артерию.

**Выводы.** 1. Магистральные артерии пахового канала в его пределах формируют множественные анастомотические ветви. 2. Анастомотические коллатерали чаще отходят от левой яичниковой артерии или артерии круглой связки матки, чем от правой.

## МЕДИЧНА, БІОЛОГІЧНА ФІЗИКА, МЕДІНФОРМАТИКА І БІОСТАТИСТИКА

*Безугла М.В., Борисенко О.А.*

### МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ БАЗ У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ, Україна; Одеський національний медичний університет,  
Кафедра патоморфології, м. Одеса, Україна, завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Ситнікова В.О.,  
наукові керівники: д. мед. н., проф. Мороз Г.З., к. мед. н., доцент Литвиненко М.В.*

Неминучість запровадження у нашій країні страхової медицини, що, в свою чергу, базується на положеннях доказової медицини, передбачає створення і зручне для користувачів функціонування баз даних на електронних носіях інформації.

**Мета дослідження** – визначення методичних засад запровадження електронних інформаційних баз у лікувальних закладах.

**Матеріали та методи** – дані профільних джерел, власні інформаційні розробки та їх часткова реалізація.

**Результати.** Власний досвід та предметне ознайомлення з розробками у цій галузі дозволяють наголосити на наступному. По-перше, запровадження медичної документації на електронних носіях вимагає певної підготовки як лікарів, так і молодшого персоналу з медичною освітою. Аби започаткувати чи розвинути базові знання потрібно щонайперше з'ясувати рівень первинної поінформованості. З цією метою проводиться анкетування, за результатами якого розробляються плани тематичних занять з бажаним розмежуванням слухачів залежно від початкового рівня. Надалі встановлюється відповідне програмне забезпечення. Тут можуть бути застосовані різні принципи: інтерактивних форм (МПК8:G06Q 50/00 G06F 17/21, Безугла М.В., Луганська Л.О.), автоматизованих і стандартизованих карт тощо. Щоправда будь-які такі рішення повинні узгоджуватись із положеннями уніфікованих клінічних протоколів. Додамо, що ця робота в Україні далека до завершення, зокрема щодо систематизації представлення результатів патоморфологічних досліджень. Надзвичайно важливим є також захист персональних даних у відповідності з міжнародними правовими нормами.

**Висновки.** Після вирішення питань базової підготовки медичного персоналу, оснащення медичних установ комп'ютерною технікою і відносно короткого періоду адаптації, функціонування баз даних на електронних носіях інформації суттєво оптимізує діяльність медичних закладів. Зокрема, полегшується контроль за діяльністю персоналу (першочергово – за якістю надання медичної допомоги кожному пацієнту), а наявність систематизованої інформації уможливорює: а) раціональний розподіл людських і матеріальних ресурсів; б) проведення цілого спектру наукових досліджень.

*Головка Л.В.*

### ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ ХЕРСТА ПРИ АНАЛИЗЕ СТАБИЛОГРАММ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики, зав.кафедрой – проф.  
Лях Ю.Е., научный руководитель – препод. Горшков О.Г.*

**Цель исследования.** Оценка вариабельности показателя Херста при анализе стабิโลграмм.

**Материалы и методы.** В течение двух месяцев нами периодически производилась регистрация стабิโลграмм у 4 волонтеров в возрасте 19 лет. Сигнал поступает на вход компьютерного комплекса “Полиграф” и записывается в виде файла в базу данных. Длительность записи – 3 минуты, частота дискретизации – 100 Hz.

**Результаты.** Было выделено пять интервалов для анализа показателя Херста: первый интервал - 0.2 - 0.5с, второй - от 0.5 до 0.8с, третий – с 0.8 по 1.1с, четвертый - от 1.1 по 1.4с, пятый – с 1.4 по 1.7с. Установлено, что наименьшую вариабельность в течение 2-х месячного периода имеет показатель Херста H1 на интервале 0.2 - 0.5с. Средние значения для показателя Херста на временах 0.2-0.5с составляют: субъект № 1 –  $0.78 \pm 0.03$ , субъект № 2 -  $0.52 \pm 0.07$ , субъект № 3 –  $0.66 \pm 0.06$ , субъект № 4 –  $0.74 \pm 0.04$  (среднее  $\pm 95\%$  доверительный интервал).

**Выводы.** В результате сравнения средних значений были выявлены значительные различия между показателями H1 ( $p < 0.05$ ) исследуемых объектов, что позволяет сделать вывод о возможности использования H1 в качестве некоторого диагностического параметра, определяющего состояние человека. Возможно, что для диагностики наиболее целесообразно проводить анализ стабิโลграмм на временных диапазонах, не превышающих 0.5 с.

*Громова М.А.*

### **КАЧЕСТВО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРТОГРАДНОЙ ПОЗЫ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ СЕНСОРНОГО КОНТРОЛЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра медбиофизики, мединформатики и биостатистики, зав. – проф. Лях Ю.Е.  
Научный руководитель – доц. Чуприна Е. И.*

**Цель исследования.** Изучение некоторых функций систем обеспечения вертикальной позы человека в различных условиях сенсорного контроля.

**Материалы и методы.** Исследования выполнены на 5-ти студентах-добровольцах. После кратковременного отдыха и получения инструкций, регистрировались стабилметрические показатели (площадь регулирования положения центра масс (ЦМ), реографические показатели голени и др.) в различных условиях (произвольная поза, с закрытыми глазами и наблюдением через монитор собственных колебаний тела с волевыми усилиями удержания метки положения ЦМ в центре). Кроме того, фиксировалась критическая частота слияния световых мельканий.

**Результаты.** Показано, что при выполнении пробы с закрытыми глазами начало смещения во фронтальной плоскости синхронизировано с увеличением амплитуды реографических кривых. В  $62,3 \pm 5,0\%$  всех отклонений положения ЦТ в интервале 350 мс от начала смещения отмечалась мышечная активность голени со средним временем задержки  $0,282 \pm 0,013$  с. Установлено, что в условиях визуального контроля (обратная связь через монитор) начало реакции мышц голени статистически значимо меньше, чем при выполнении пробы с закрытыми глазами ( $0,190 \pm 0,015$  с,  $p < 0,05$ ). Часть реакций мышц голени, зафиксированных по кривым реограммы, не связана с перемещением положения ЦТ в какой-либо плоскости, что может свидетельствовать о существовании более сложных контуров регулирования положения ЦТ тела.

**Вывод:** Установленные закономерности предполагается использовать для оценки функционального состояния человека при различных видах деятельности.

*Костокрыз С.В.*

### **ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики,  
заведующий проф. Лях Ю.Е., научный руководитель – д.м.н. доцент Выхованец Ю.Г.*

**Цель исследования.** Оценка информативности показателей биологического возраста (БВ) в диагностике функциональных состояний человека.

**Материал и методы исследования.** В исследованиях приняло участие 60 мужчин и женщин в возрасте от 25 до 60 лет, из которых было сформировано две группы: опытная и контрольная. В опытную группу вошли лица с функциональными и органическими расстройствами (15 мужчин и 15 женщин). Контрольную группу (15 мужчин и 15 женщин) составили лица, у которых на момент исследования отсутствовали острые и хронические заболевания.

**Результаты исследования.** Установлено, что у мужчин с заболеваниями системы кровообращения (гипертензивная энцефалопатия) отмечается увеличение БВ на 6,5 (95% ДИ 5,2 – 26,7) лет по сравнению с паспортным возрастом (ПВ) ( $p < 0,05$ ). У женщин с заболеваниями нервной системы (энцефалопатии), наоборот, БВ снизился на 11 (95% ДИ 9,6 – 12,7) лет по сравнению с ПВ ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Отмечается нелинейный характер изменения показателя БВ в зависимости от степени функциональных и органических нарушений. Показатель биологического возраста может эффективно применяться при проведении количественной оценки функциональных состояний человека, а так же для определения уровня его индивидуального здоровья.

*Лоузова Е.Ю.*

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ ПРОСТЫХ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ СТУДЕНТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики –  
заведующий проф. Ю.Е. Лях, научный руководитель – доцент Прокопец В.И.*

**Цель исследования** – исследовать скорость простых зрительно-моторных реакций студентов в процессе учебной деятельности.

**Материал и методы исследований.** В исследовании приняли участие 96 студентов-добровольцев (75 девушек и 21 юноши), в возрасте от 18 до 19 лет. Скорость простых зрительно-моторных реакций студентов проводили при помощи, созданной на кафедре компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека.

**Результаты** и их обсуждение. Исследования показали, что функциональное состояние студентов можно условно разбить на 5-ть классов по показателям скорости простых зрительно-моторных реакций  $P < 0,01$ . Исследования показали, что показатели скорости простых зрительно-моторных реакций студентов в процессе учебной



деятельности ухудшаются в течение семестра в зависимости от исходного функционального состояния студентов.

**Выводы.** Исследования позволяют сделать вывод о возможности применения компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека по показателям скорости простых зрительно-моторных реакций. Получаемые в процессе тестирования результаты позволяют осуществлять оперативную оценку функционального состояния студентов в процессе учебной деятельности.

*Мысливец Н. А.*

## **ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики,  
зав. – проф. Лях Ю.Е., научный руководитель – препод. Тетюра С.М.*

**Цель исследования.** Оценка регуляции сердечного ритма у пациентов различного возраста под воздействием экстремально низкой температуры.

**Материалы и методы.** Обследованы 97 чел., из них 38 женщин (39,2%) и 59 мужчины (60,8%) в возрасте от 21 до 70 лет. Криовоздействие проводилось в аэрокриокамере «Cryo Therapy Chamber» при температуре воздуха -110°С. Оценка состояния ВСР осуществлялась по показателям интегральному показателю ПАРС.

**Результаты.** Анализ показателей ВСР выявил, что существуют межгрупповые различия между лицами молодого и пожилого возраста по изменениям значений спектральных показателей и показателей вариационной пульсометрии ( $p < 0,05$ ). У мужчин пожилого возраста после курса криотерапии было обнаружено увеличение процента лиц с состоянием умеренного и выраженного напряжения регуляторных систем в 1,6 и 2 раза, соответственно ( $p < 0,05$ ). У мужчин и женщин, молодого возраста, наоборот, в 2 и 2,8 раза, соответственно, уменьшился процент лиц с состоянием умеренного напряжения регуляторных систем ( $p < 0,05$ ). У женщин после курсового лечения было зарегистрировано, уменьшение процента лиц с состоянием умеренного и выраженного напряжения регуляторных систем в 1,3 и 1,7 раза, соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Организм пожилых людей реагирует на экстремальные внешние криотермические стимулы иначе, чем у молодых. С возрастом в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы ослабляется роль более молодых в физиологическом отношении регуляторных механизмов - нервных и повышается значимость более инертных - гуморальных.

*Фабер А.И.*

## **ОЦЕНКА СКОРОСТИ СЛОЖНЫХ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ СТУДЕНТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики –  
заведующий проф. Ю.Е. Лях, научный руководитель – доцент Прокопец В.И.*

**Цель** – исследовать скорость сложных зрительно-моторных реакций студентов в процессе учебной деятельности.

**Материал и методы исследований.** В исследовании приняли участие 96 студентов-добровольцев (75 девушек и 21 юноши), в возрасте от 18 до 19 лет. Скорость сложных зрительно-моторных реакций студентов проводили при помощи, созданной на кафедре компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека.

**Результаты** и их обсуждение. Исследования показали, что функциональное состояние студентов можно условно разбить на 5-ть классов по показателям скорости сложных зрительно-моторных реакций  $P < 0,01$ . Исследования позволили выявить, что скорость сложных зрительно-моторных реакций студентов в процессе учебной деятельности ухудшается по экспоненциальному закону в зависимости от функционального состояния студентов.

**Выводы.** Исследования позволяют сделать вывод о возможности применения компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека по показателям скорости сложных зрительно-моторных реакций. Получаемые в процессе тестирования результаты позволяют осуществлять оперативную оценку функционального состояния студентов в процессе учебной деятельности.

*Фабер Т.И.*

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ ПЕРЕРАБОТКИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г.  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики –  
заведующий проф. Ю.Е. Лях, научный руководитель – доцент Прокопец В.И.*

**Цель** – исследовать скорость переработки зрительной информации студентов в процессе учебной деятельности.

**Материал и методы исследований.** В исследовании приняли участие 96 студентов-добровольцев (75 девушек и 21 юноши), в возрасте от 18 до 19 лет. Скорость переработки зрительной информации студентов проводили при помощи, созданной на кафедре компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека.

**Результаты** и их обсуждение. Исследования показали, что функциональное состояние студентов можно

условно разбить на 5-ть классов по показателям скорости переработки зрительной информации в процессе учебной деятельности  $P < 0,01$ . Исследования показали, что увеличение информационных нагрузок вызывало у всех категорий обследованных существенное увеличение колебаний скорости переработки зрительной информации, что требует дальнейших исследований.

**Выводы.** Исследования позволяют сделать вывод о возможности применения компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека. Введение в качестве обратной связи информации о надежности переработки зрительной информации создает условия для совершенствования механизмов саморегуляции.

*Шрамко А. С., Белецкий С. Г.*

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДВУХФАКТОРНОГО ДИСПЕРСИОННОГО АНАЛИЗА СВЯЗИ РИСКА ПАТОЛОГИИ С ВОЗРАСТОМ ЖЕНЩИНЫ И РАЗМЕРОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики,  
заведующий – проф. Ю. Е. Лях, научный руководитель – доц. В. Г. Гурьянов*

**Цель исследований.** Проанализировать данные термомаммограм и изучить зависимость возникновения патологий, в том числе рака молочной железы от возраста и размеров молочной железы женщин.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на базе второй Городской Больницы г. Донецка (больница Энергетиков), где были обследованы 536 женщин от 18 до 83 лет, с различными размерами груди с помощью термомаммографа. Далее, анализ данных был проведен на базе лаборатории кафедры медицинской, биологической физики, мединформатики и биостатистики ДонНМУ.

**Результаты.** Была установлена связь между риском возникновения патологий с возрастом ( $p=0,002$ ) и размером груди ( $p < 0,001$ ) женщин. Проанализирована связь возникновения патологии с возрастом женщин. Женщины условно были разделены на 3 группы: От 18 до 40 лет (I возрастная категория, 127 обследованных), от 41 до 60 лет (II возрастная категория, 256 обследованных), от 61 года и старше (III возрастная категория, 153 обследованных). Было установлено, что с увеличением возраста, риск возникновения патологии, в т.ч. и РМЖ увеличивается. Все женщины были разделены на 3 условные группы по размерам молочной железы: с площадью поверхности МЖ до  $200 \text{ см}^2$  (I группа, 224 обследованных); от  $201 \text{ см}^2$  до  $330 \text{ см}^2$  лет (II группа, 62 обследованных);  $331 \text{ см}^2$  и более (III группа, 250 обследованных). Было установлено, что связь возникновения патологий в зависимости от увеличения размера молочной железы наиболее проявляется в молодом возрасте от 18 до 40 лет и фактически не проявляется в пожилом возрасте от 61 года и старше.

**Выводы.** Установлена связь между риском возникновения патологий, возрастом ( $p=0,002$ ) и размером груди ( $p < 0,001$ ) женщин. Также была установлена связь между риском возникновения РМЖ, возрастом ( $p < 0,001$ ) и размером груди ( $p=0,001$ ). Выявлена связь возникновения патологий с размером молочной железы в молодом возрасте (от 18 до 40 лет) и не выявлено связи возникновения патологии с размером молочной железы в пожилом возрасте (от 61 года и старше).

## **МОРФОЛОГИЯ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ**

*Бугашев К. С., Харченко А. В.*

### **ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ КООПЕРАЦИИ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии,  
заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Баринев Э. Ф.*

**Цель исследования.** Оценка тромбоцитарно-лейкоцитарных коопераций у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ).

**Материал и методы.** Проведен морфологический анализ мазков периферической крови 40 пациентов с ишемическим инсультом на момент госпитализации, через 3, 7 и 14 суток после начала лечения. Морфометрический анализ проводили при ув. 400, оценивая количество тромбоцитарных, лейкоцитарно-тромбоцитарных (ТЛА) и лейкоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ЛЛА), их размер, процент лизированных лейкоцитов. Статистическую обработку проводили в пакете Medstat.

**Результаты исследования.** Морфологический анализ показал стабильное количество ТЛА периферической крови в течение 1-3 суток после госпитализации у пациентов с ишемическим инсультом. Данный показатель возрастал более, чем в 2-3 раза к 7 суткам ( $9,5 \pm 1,2$ ; 95% ДИ 3-12), и снижался на 14-е сутки до ( $1 \pm 0,2$ ; 95% ДИ 1-2). Помимо ТЛА в периферической крови определялись гомогенные тромбоцитарные агрегаты. Количество таких агрегатов увеличивалось с 1-ых до 7-ых суток ( $8 \pm 1,4$  95% ДИ 7-12) и уменьшалось на 14-е сутки ( $1 \pm 0,2$ ; 95% ДИ 1-2). При этом в течение всего периода наблюдения мы регистрировали в крови ЛЛА, количество которых существенно не менялось. В составе ЛЛА и ТЛА присутствовали от 2 до 5 лимфоцитов. Не менее интересным был зарегистрированный факт лизиса нейтрофилов, процент которых коррелировал с ТЛА ( $r = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы:** Ишемический инсульт сопровождается активацией тромбоцитов и лейкоцитов, что проявляется формированием ТЛА в периферической крови.

*Игнатьева А.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭПИТЕЛИЕВ У ЧЕЛОВЕКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. кафедрой – проф. Э.Ф. Баринов,  
научный руководитель – проф. Н.Н. Бондаренко*

**Цель исследования** – расшифровка закономерностей и специфических механизмов регенерации одно- и многослойных эпителиальных тканей.

**Материал и методы исследования.** Проведен критический анализ источников отечественной и зарубежной литературы, где обсуждаются молекулярные и структурные особенности эмбрионального и постэмбрионального морфогенеза эпителиев – производных трех зародышевых листков.

**Результаты исследования.** Установили общую закономерность индукции регенерации эпителиев, независимо от источника их эмбриогенеза – устранение контактного торможения пролиферации камбиальных клеток путем изменения контактов клеток с базальной пластинкой (мембраной) и соседними клетками, обусловленное паракринным влиянием клеток, контролирующими барьерные функции эпителия. Регенерация разновидностей однослойных эпителиев определяется степенью агрессивности среды и длительностью жизненного цикла их клеток, зависит от сбалансированности механизмов редукции и синтеза базальной пластинки (мембраны). В многослойных эпителиях инициируют физиологическую регенерацию ткани клетки, контролирующие проницаемость или прочностные свойства данного барьера, а последующая судьба новообразованных клеток определяется вектором натяжения (горизонтальный в процессе роста эпителия или вертикальный при регенерации эпителия взрослого человека).

**Вывод.** Особенности регенерации разных видов эпителиев определяются спецификой системообразующих факторов в ткани.

*Кириенко И.С.*

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького,  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. кафедрой – проф. Э.Ф. Баринов,  
научный руководитель – доц. Б.П. Терещук*

**Цель исследования** – установить критерии реактивности базальной пластинки плаценты у рожениц, страдающих сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** С помощью гистохимических, общегистологических и морфометрических методов исследованы срезы плаценты у 24 рожениц с сахарным диабетом 2-го типа в анамнезе при антенатальной и перинатальной гибели плода (материал патологоанатомического бюро г.Красноармейска). В качестве критерия стресс-реактивности использовали чувствительность рецепторов кортизола (РК), определяемую в тестах *in vitro*. Контролем служили плаценты 8 женщин без сахарного диабета соответствующего срока гестации.

**Результаты исследования.** Установили различные структурные реакции в плаценте пациенток, страдающих сахарным диабетом, в зависимости от чувствительности РК. У женщин с низкой чувствительностью РК имели место признаки незавершенного ремоделирования артерий плацентарного ложа преимущественно в периферических участках, тромбоз материнских синусов базальной части и уменьшение площади сечения функционирующих материнских сосудов, снижение удельной площади децидуальных клеток. У женщин с высокой чувствительностью РК регистрировали дилатацию материнских лакун в центральных отделах органа с признаками гемостаза, ишемические некрозы, увеличение численности ДК с низким содержанием гликогена. Выявленные в плацентах расстройства гемоциркуляции и децидуализации могут изменять адгезивные свойства трофобласта.

*Parkhomenko A. V., Potapov V. V.*

### **BLOOD-ACVEOUS BARRIER AND CORNEA CHANGES AT EARLY TERMS AFTER EYE CONTUASION TRAUMA IN RABBITS**

*M. Gorky Donetsk National Medical University, Ukraine  
Department of histology, cytology and embryology (Head is professor E.F. Barinov),  
supervisor is associate professor O. N. Sulaieva*

**The purpose** of this report was to study the structural determinants and consequences of ocular hydrodynamic impairment after contusion.

**Material and methods.** The rabbit eye was injured by a 3 joule energy contusion caused by a free falling iron bar hitting the cornea. The affected corneas and ciliary processes morphology were observed by light microscopes after

1, 3, and 14 days. Cornea thickness, ciliary processes size, vessels density and diameter, ciliary epithelium height were measured using Adobe Photoshop CS5 Analysing tools and assessed by univariate analysis.

**Results.** Contusion disturbed the circulation in the ciliary processes within the first 3 days after injury. Microcirculatory disturbance was accompanied by lesion of the ciliary epithelium with dystrophy and apoptosis of non-pigment epithelium cells, releasing of melanin granules from pigment epithelium. These changes were associated with decrease of height of non-pigment ( $12,1 \pm 1,7$  mm; CI 10,8-13,8) more than pigment epithelium ( $19,9 \pm 2,7$  mm; CI 18,3-22,1). After first 3 days corneal thickness increased, endothelium dystrophy and desquamation were observed. In 2 weeks after trauma the blood-aqueous barrier structure recovered while in some ciliary processes lymphocytes were present. Repair of anterior corneal epithelium was associated with mitosis in limb region. Thickness of cornea was correlated with intense infiltration in ciliary processes ( $P=0.0317$ ) and non-pigment epithelium lesion ( $P=0,02$ ).

**Conclusion.** The degree of blood-aqueous barrier impairment determines the changes in dynamic and content of aqueous humor and nutrition of avascular structures of eye. Consequently, the cornea pathomorphosis depends on aqueous humor dynamic and can be considered as a mirror of ocular homeostasis.

*Романенко А.Р.*

### **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИБЕРНИРУЮЩЕГО МИОКАРДА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. кафедрой – проф. Э.Ф. Баринов,  
научный руководитель – проф. Н.Н. Бондаренко*

**Цель исследования** – создание гипотезы о механизмах гетерогенности структурно-метаболических изменений гибернирующего миокарда.

**Материал и методы исследования.** Проведен критический анализ источников отечественной и зарубежной литературы, где освещены результаты клинического обследования пациентов с помощью однофотонной и позитронно-эмиссионной томографии, стресс-эхокардиографии с добутамином, магнитно-резонансной томографии, контрастной эхокардиографии и ультраструктурного исследования миокарда.

**Результаты исследования и выводы.** Предложена гипотеза формирования гибернации миокарда, в основу которой положено перераспределение соответственно изменению кровоснабжения кардиомиоцитов путей внутриклеточного метаболизма, использования макроэргических соединений, снижение доли участвующих в сокращении миофибрилл за счет реорганизации диад. В результате, наступающее длительное снижение сократительной способности миокарда в ответ на умеренное ограничение коронарного кровотока, носит обратимый характер. В основе гетерогенности клинических форм гибернации миокарда (острая, подострая и хроническая) может лежать различная чувствительность аденозиновых рецепторов, что подтверждается различной степенью увеличения сократимости жизнеспособного миокарда при применении дипиридамола в сверхмалых дозах независимо от степени перфузии и обусловлено блокадой медленных кальциевых каналов (со снижением содержания Са в цитоплазме), стимуляцией гликолиза.

*Рябчук Ю.И.*

### **СИГНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ МОДУЛЯЦИИ АГРЕГАЦИОННОГО ОТВЕТА ТРОМБОЦИТОВ НА АДФ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии,  
зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Баринов Э.Ф.*

**Цель:** изучить сигнальные механизмы модуляции ответа тромбоцитов на различные концентрации АДФ in vitro с использованием ингибиторного анализа.

**Материалы и методы:** Проведена оценка агрегации тромбоцитов (АТ), выделенных из крови 85 здоровых добровольцев на агрегометре Solar 2110 (Беларусь). В качестве индуктора АТ использовали АДФ в концентрациях 5, 10, 20, 50, 100, 150, 200 мкМ. Кроме того оценивали эффект ингибитора протеинкиназы С (ПкС) и донатора оксида азота – нитропрусида натрия (НН). Статистический анализ проводили в пакете MedStat.

**Результаты:** Низкие концентрации АДФ (5-20 мкМ) вызывали слабый ответ тромбоцитов. Использование АДФ в дозе 50 и 100 мкМ сопровождалось дозозависимым подъемом АТ ( $p < 0,01$ ), тогда как добавление 200 мкМ АДФ вело к снижению АТ, вероятно, вследствие десенситизации пуриновых рецепторов. Преинкубация тромбоцитов с ингибитором ПкС и НН продемонстрировала альтернативные эффекты на АТ, зависящие от концентрации АДФ. При использовании 50 мкМ АДФ ингибитор ПкС и НН снижали АТ ( $p=0,05$  и  $p < 0,01$  соответственно). Однако преинкубация тромбоцитов с ингибитором ПкС при последующем введении 100 мкМ АДФ вызывала обратный эффект – подъем АТ ( $p < 0,001$ ), а НН не оказывал статистически значимого влияния.

**Вывод:** АТ, индуцированная разными дозами АДФ, определяется включением различных сигнальных каскадов, предопределяющих степень участия и эффекты ПкС и оксида азота в АТ и тромбогенезе в целом.

*Илларионова Е.А.*

### **КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ИММУННОЙ РЕАКЦИИ В СВЕТЛОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЧКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра патоморфологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Василенко И.В.*

**Цель.** Оценить хелперную и киллерную-супрессорную функции лимфоцитов в светлоклеточном раке почки.

**Материал и методы.** Исследовали 2 случая светлоклеточного рака почки с оценкой иммуноклеточной реакции с помощью моноклональных антител CD-4 для выявления Т-хелперов и Т-супрессоров-киллеров (CD-8). Проведен подсчет числа клеток с экспрессией указанных маркеров в 2-3 полях зрения при увеличении 400 микроскопа.

**Результаты.** Число Т-хелперов лимфоцитов составило 69, 117 в одном случае ( в среднем 93) и 41, 47, 92 в другом ( в среднем 60). Число Т-киллеров-супрессоров составило 183, 222 ( в среднем 202,5) в одном случае и 42, 192 (в среднем 117) в другом случае. На границе опухоли с окружающими тканями обычно более высокие показатели числа клеток, чем в центре опухоли. Данные пациентов разнятся незначительно, так как это сходные опухоли.

**Выводы.** Рак почки рассматривается как иммуногенная опухоль. В последнее время развитие фундаментальной онкоиммунологии создало условия для понимания сущности и особенностей формирования противоопухолевой иммунной защиты. Среднее число Т-хелперных лимфоцитов было значительно меньше, чем Т-киллеров-супрессоров. Доказано (Бережная 2005), что CD-8 достигает максимума на этапе наиболее активного роста опухоли, а роль CD-4 велика в ингибиции развития аутоиммунитета к тканеспецифическим антигенам, что может способствовать регрессии опухоли. Полученные данные могут использоваться для индивидуального прогноза рака почки

*Лавериненко Е.О.*

### **КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АТИПИЗМА В СВЕТЛОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЧКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра патоморфологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Василенко И.В.*

**Цель:** Выявить степень ядерного атипизма и пролиферативной активности опухолевых клеток рака почки.

**Материал и методы:** Исследовали 2 случая светлоклеточного рака почки для оценки степени ядерного атипизма по Фурману основанном на размерах ядер, наличия и величине ядрышек. Использован иммуногистохимический анализ пролиферативной активности с помощью Ki-67, который определяет клетки во всех фазах клеточного цикла. Проведен подсчет числа клеток с экспрессией указанного маркера в 2 полях зрения при увеличении 400 микроскопа.

**Результаты** При оценке степени ядерного атипизма по Фурману мы использовали широко распространено объединение 1-2 степени (низкой) и 3-4 (высокой). Она была сопоставлена с пролиферативной активностью опухолевых клеток по экспрессии Ki-67 и установлено, что при низкой степени она составила минимальное значение -7, максимальное – 29 (в среднем 18); при высокой степени ядерного атипизма минимальное значение -12, максимальное – 36 ( в среднем 24). Высокие показатели ядерного атипизма и пролиферативной активности обнаружены в очагах саркоматоидной дифференцировки.

**Выводы:** Имеется связь между степенью ядерного атипизма по Фурману и пролиферативной активности опухолевых клеток. Полученные данные могут использоваться для индивидуального прогноза рака почки.

*Бадалян Т.В.*

### **ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОГО ДЫМА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ, ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького*

*Кафедра патоморфологии, зав. кафедрой – проф. И.В. Василенко, научный руководитель – доц. Б.Б. Брук*

**Цель исследования** Обобщить данные литературы о влиянии табачного дыма и никотина на организм и его функции, последствия воздействия токсинов на развитие морфологических изменений в органах. Изучить влияние длительности курения на частоту возникновения рака легкого, распространенности опухолей, особенностей их гистогенеза, гистологического строения и метастазирования.

**Материал и методы:** Изучено 22 источника литературы о влиянии табака на развитие патологических процессов в различных системах организма. Проанализированы истории болезней 100 больных ,оперированных по поводу рака легкого в торакальном отделении ДОКТМО за 2009-2012 годы. Макроскопически и микроскопически изучены резецированные легкие. Учитывался внешний вид, распространённость опухолевого процесса, наличие метастазов и гистологическое строение опухолей

**Результаты:** На основании данных литературы обобщены изменения, возникающие вследствие курения

в: сердечно-сосудистой системе: развитие микроинфарктов в миокарде, микроинсультов, прогрессирование атеросклероза, приводящего к гангрене нижней конечности; пищеварительной системе: снижение секреции слюнных желез, образование язв желудка и гастритов, развитие гастро-эзофагального рефлюкса; дыхательной системе: накопление смолы в тканях легкого, развитие бронхитов и бронхиолитов, образование злокачественных опухолей; влияние на мочеполовую систему: снижение репродуктивных функций, импотенция; влияние курения на плод: малый вес плодов, увеличение частоты асфиксии. На основании проанализированных историй болезней выявлено что у 90 больных в одной возрастной группе (до 50 лет) рак развился при стаже курения более 20 лет, и только у 10 больных при стаже курения до 10 лет. Также обнаружено влияние длительности курения на распространенность опухоли - у 68 больных из 90 опухолевый процесс распространялся на 2 доли или все легкое. По гистогенезу в 90 процентах случаев имели место бронхогенные раки, развившиеся на фоне хронического бронхита, роль курения в генезе которого общепризнанна.

**Вывод:** Обзор данных литературы свидетельствует о крайне неблагоприятном влиянии табачного дыма и никотина на морфофункциональное состояние многих систем организма, в том числе жизненно важных органов (сердце, ЦНС, легкие). Анализ собственных данных позволяет подтвердить увеличение частоты рака легкого у курильщиков, зависимость их развития и распространенности от стажа курения.

*Бурьянова Е.И.*

### **РОЛЬ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ БИОПСИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра патоморфологии, зав. – проф. Василенко И.В., научный руководитель – проф. Шевченко Т.И.*

**Цель исследования.** Описание стереотаксической биопсии (СТБ) опухолей головного мозга, оценка ее роли в уточнении гистологического строения труднодоступных (глубинных) или множественных глиальных новообразований для определения тактики их лечения.

**Материалы и методы.** Проанализировано свыше 25 современных источников литературы, отображающих вопросы классификации, распространенности, дифференциальной диагностики, общих принципов лечения глиальных опухолей, техники выполнения СТБ.

**Результаты.** Гистологическое исследование ткани головного мозга, полученной при СТБ, является наиболее точным и эффективным методом дифференциальной диагностики глиом с воспалительными, дегенеративными, метастатическими и другими поражениями ЦНС.

**Выводы.** Преимущества СТБ определяются ее малоинвазивностью, краткостью выполнения (60-90 мин) под местной анестезией. В сочетании с последующей лучевой терапией СТБ может быть вариантом лечения глиом при невозможности или нецелесообразности их хирургического удаления (мультифокальность, диффузный характер роста, двусторонняя локализация с вовлечением мозолистого тела, поражение срединных структур и т.п.).

*Мухина О.Н.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗОВ ВЕН СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра офтальмологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Павлюченко К.П.*

**Цель исследования.** Изучить значение тромбофилических состояний у пациентов с тромбозами вен сетчатки в молодом возрасте.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 53 пациента в возрасте от 18 до 45 лет (25 мужчин и 18 женщин, средний возраст  $37,5 \pm 4,6$ ) с тромбозом ЦВС (22 больных) и тромбозом ветви ЦВС (31 больной), у которых по данным терапевтического обследования, клинического и биохимических анализов крови, УЗДГ сосудов головы и шеи, КТ головного мозга связь окклюзии вен сетчатки с каким-либо системным заболеванием не была установлена. Для выявления тромбофилии у наших больных мы определяли следующие факторы тромбофилических состояний: маркеры АФС - антифосфолипидные антитела (АФЛА) и волчаночный антикоагулянт (ВА); резистентность APC. АФЛА класса Ig G, Ig M определяли иммуноферментным методом (ELISA). ВА обнаруживали по удлинению времени свертывания крови в фосфолипидзависимых коагуляционных тестах. Резистентность APC определяли с помощью «Фактор V-PC тест». Для изучения состояния гемостаза у наших больных мы определяли количество тромбоцитов, время и степень их агрегации, международное нормализованное отношение, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое, тромбиновое время, антиромбин III (тест-системы фирмы «Технология-Стандарт»).

**Результаты.** У 11 из 53 обследованных пациентов ( $(20,75 \pm 5,56)$  %) были выявлены маркеры АФС - АФЛА и/или ВА. Уровень АФЛА у больных с тромбозами вен сетчатки в среднем был повышен в 7,5 раза. Время свертывания крови фосфолипидзависимых коагуляционных тестах, по которым диагностировали наличие ВА, было удлинено на 57 % по сравнению с контрольным исследованием. У 9 из 53 обследованных пациентов

((16,98±5, 16) %) была выявлена резистентность фактора V к активированному протеину C, значение которой в среднем составило (0,68±0,05) НО. Это достоверно ниже, чем при контрольном исследовании – (1,1±0,05) НО, ( $p < 0,05$ ). Проведенные исследования показали, что у 20 из 53 ((37,74±6,66) %) обследованных пациентов с тромбозами вен сетчатки в молодом возрасте выявлены те или иные факторы тромбофилического состояния. Следует отметить, что в 60 % случаев у этих пациентов в анамнезе уже имелись тромбозы в других органах. В 40 % случаев тромбозы вен сетчатки были первыми клиническими проявлениями тромбофилии.

**Выводы.** Целесообразно больным с тромбозами вен сетчатки в молодом возрасте наряду с базисными исследованиями гемостаза проводить скрининговые и специализированные тесты по распознаванию тромбофилических состояний. Такой подход будет способствовать установлению этиологии венозной окклюзии сетчатки, обуславливая новые подходы к ее лечению. Распознавание тромбофилических состояний у пациентов с тромбозами вен сетчатки, возможно, предотвратит развитие других опасных для жизни сосудистых осложнений

*Поколюдная Ю.И.*

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького*

*Кафедра патоморфологии, зав. кафедрой - проф. Василенко И.В., научный руководитель – проф. Дядык Е.А.*

**Цель исследования.** Изучение и оценка морфологической и лапароскопической картины эндометриоза.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 48 морфологических исследований и протоколов лапароскопических операций пациенток с подозрением на наружный генитальный эндометриоз. Исследование проводилось с октября 2012 по январь 2013 включительно на базе Донецкого регионального центра охраны материнства и детства. Возраст женщин от 24 до 48 лет, средний возраст 36,3±1,6.

**Результаты.** При первичном лапароскопическом исследовании визуализировались очаги эндометриоза. В патологический процесс вовлечены позадматочное и крестцово-маточное пространства в 100% (48 женщин) случаев, в 29% (14 больных) - наблюдалось поражение широкой связки матки. Эндометриозные гетеротопии отличались большим внешним разнообразием - от нескольких миллиметров до 1-2 сантиметров, причудливой формы от бордового до темно-красного цвета, окруженные белесоватыми звездчатыми рубцами, практически не выступающие над уровнем окружающих тканей, что является характерным признаком эндометриоза. В редких случаях визуализировались мелкие кистообразные образования, заполненные темно-коричневым непрозрачным содержимым. Поражение яичников было выявлено в 79% (38 женщин) случаев и представлено в виде эндометриозных кист, полости которых содержали красновато-коричневую густоватую жидкость, тестоватой консистенции. Такие образования получили название «шоколадные кисты». Наряду с описанными изменениями в полости малого таза наблюдался выраженный спаечный процесс. Механизм его образования связан с перифокальным воспалением вследствие гемолиза излившейся крови. В патологический процесс также были вовлечены и маточные трубы, которые были отечными, а также имели паратубарные спайки. В ходе операций были взяты измененные ткани с целью последующего патогистологического исследования (ПГИ). Микроскопически определялся эпителий (однослойный цилиндрический) и цитогенная строма (выражена в разной степени, внедряется между тканями пораженного органа, прокладывая путь для роста железистых элементов). Специфической особенностью эндометриоза является - инфильтрирующий рост (в любую ткань), однако такой рост не относится к злокачественным процессам - это эндометриозные гетеротопии. В маточных трубах обнаружена очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью эозинофилов, неравномерно выраженный фиброз стенки и ворсин. Стенки кист яичников были выстланы эндометриозными клетками.

**Вывод.** Лапароскопический метод при эндометриозе в настоящее время является золотым стандартом диагностики заболевания, как наиболее информативный и малоинвазивный не только в диагностике, но и лечении данной патологии. При помощи лапароскопии мы получаем материал для последующего ПГИ, что позволяет достоверно установить наличие эндометриоза и определить тактику лечения этой группы больных.

## **ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ**

*Бибешко М. В.*

### **АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА В ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет, кафедра патофизиологии,*

*зав. кафедрой – член-корр. НАМН Украины, проф. Ельский В.Н., науч. рук. – доц. Колесникова С.В.*

**Цель:** изучить патофизиологические особенности повреждения гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) при черепно-мозговой травме (ЧМТ).

**Материалы и методы исследования:** были изучены данные отечественной и зарубежной литературы, в эксперименте смоделирована черепно-мозговая травма на лабораторных крысах-самцах.

**Результаты:** при изучении патофизиологических аспектов ЧМТ было установлено, что в биомеханике её деструктивного воздействия на ткани мозга участвует сложный мультифакториальный первичный повреждающий комплекс. ЧМТ приводит к различным по степени и распространенности структурно-функциональным повреждениям мозга на субклеточном, клеточном, тканевом и органном уровнях. В ответ на это возникают нарушения церебрального кровообращения и ликвороциркуляции, резко повышается проницаемость ГЭБ. Поражение ГЭБ следует рассматривать как триггерный фактор, являющийся пусковым в патофизиологическом каскаде как клеточных и тканевых, так и органных изменений в головном мозге. Изучив особенности функционирования ГЭБ при ЧМТ можно теоретически и практически смоделировать характер и степень тяжести течения таких посттравматических осложнений ЧМТ, как отек-набухание и ишемия мозговой ткани, геморрагические изменения и расстройства микроциркуляции.

**Выводы:** изучение вопросов патофизиологии ЧМТ и, в частности, особенностей повреждения ГЭБ в условиях данной патологии может сформировать основу для разработки принципиально новой стратегии восстановительной терапии, как ведущего направления в лечении ЧМТ.

*Берест Е. Л., Нечепорчук А. В.*

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет, кафедра патофизиологии, зав. кафедрой – член-корр. НАМН Украины, проф. В. Н. Ельский, научный руководитель – проф. Ю. Я. Крюк*

**Цель исследования:** разработка метода прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти при изолированной и сочетанной челюстно-мозговой травме в эксперименте.

**Материал и методы.** Работа выполнена на половозрелых крысах обоего пола массой 190-220 г. ЧМТ и челюстную травму моделировали с помощью устройства, имеющего пружинный ударник, осуществляющий в заданное время дозированный удар по зафиксированному черепу наркотизированной крысы.

**Результаты.** При разработке критериев и метода прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений травмы челюсти нами взяты исследованные бактериологические и иммунологические показатели. В исследование включены все случаи, при которых возникали гнойно-воспалительные осложнения, независимо от того какую травму моделировали – изолированную или сочетанную травму (нижняя челюсть+ЧМТ).

**Выводы.** Признаками гнойно-воспалительных осложнений травмированной челюсти являются увеличение в крови при трехкратном посеве грамнегативных палочек с частотой  $\geq 84\%$ , грампозитивных диплококков  $\geq 38\%$ , грампозитивных палочек  $\geq 42\%$ , E.coli –  $\geq 69\%$ , E.faecalis –  $\geq 74\%$ , S.epidermidis –  $\geq 32\%$ , S.aureus –  $\geq 35\%$ , N.flavescens –  $\geq 33\%$ , Candidae spp. –  $\geq 75\%$ , увеличение числа лейкоцитов  $\geq 6,8$ г/л, снижение фагоцитарного индекса  $\leq 49\%$ , фагоцитарного числа  $\leq 5,9$ , возрастание концентрации IgG  $\geq 18,0$ г/л, и цитокинов, в частности, ИЛ-1  $\geq 47,0$ пг/мл, ИЛ-4  $\geq 28,0$  пг/мл, ИЛ-6  $\geq 47,0$ пг/мл, ИЛ-8  $\geq 66,0$ пг/мл, ФНО- $\geq 81,0$ пг/мл.

*Билык Я.О.*

### **ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ СТВОЛОВЫХ И РАКОВЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра химии, зав. кафедрой – д.х.н. Матвиенко А.Г., науч. руководитель – к.м.н. Шатова О.П.*

**Цель исследования.** Изучение маркеров стволовых и раковых стволовых клеток.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели проведен анализ данных современной отечественной и зарубежной литературы.

**Результаты.** В ходе исследования было установлено, что как нормальные, так и раковые стволовые клетки позитивны по рецептору CD133 или он известен как проминин1 (PRPM1). Также показано, что во многих злокачественных опухолях наблюдается повышенная экспрессия рецептора CD44, который участвует в процессах адгезии и миграции клеток. Описано, что в раковых и нормальных стволовых клетках наблюдается повышенная экспрессия хемокинового рецептора CXCR4, его лигандом является SDF1a, что в свою очередь способствует клеточной миграции. Также следует отметить увеличение в опухолях экспрессии белка-маркера стволовых клеток ALDH1, что связано с мутацией гена BRCA1. Установлено, что белок T133 гиперэкспрессируется в стволовых опухолевых клетках и определяет выживание раковых клеток после облучения, такие клетки обладают повышенной туморогенностью. Механизмы внутриклеточного сигналинга в раковых стволовых клетках направлены на пролиферацию и миграцию. Путь Hedgehog имеет большое значение в поддержании стволовых клеток в период эмбрионального развития. Wnt сигнальный каскад участвует в регуляции развития сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, почек, легких. В постнатальный период этот сигнальный каскад играет ключевую роль в регуляции регенерации ткани и возможно злокачественной пролиферации. Notch сигнальный путь имеет очень большое значение в межклеточных взаимодействиях во время эмбрионального развития, и он также играет важную роль



в процессе гемопоэза и регулируется клетками-микроокружения. То есть, клеточное микроокружение имеет большое значение при пролиферации в эмбриональном периоде и для опухолевой трансформации. Гиперэкспрессия генов любого сигнального пути способствует изменению клеточной пролиферации, что является инициаторным фактором в канцерогенезе.

**Вывод.** Теория происхождения злокачественных опухолей из трансформированных стволовых клеток дает возможность более глубокого подхода к изучению проблемы опухолевого роста. Анализ данных подчеркивает недостаток изученности данной темы и ее актуальность.

*Колесникова В. С.*

### **КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет, кафедра патофизиологии,  
зав. каф. и научный руководитель – член-корр. НАМН Украины, профессор В. Н. Ельский*

**Цель исследования** – изучение фармакологической коррекции эндогенной интоксикации при разных моделях травматической болезни.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на 184 белых крысах-самцах массой  $190 \pm 10$  г. Для исследования раннего периода травматической болезни (ТБ) использовали модели: черепно-мозговой травмы, травмы по Кеннону и синдром длительного раздавливания (СДР). В 1-й серии животным после травмы внутривенно вводили 1 % р-р тиотриазолина, во 2-й серии – физиологический раствор. Унифицированными методами исследовали показатели, характеризующие уровень эндогенной интоксикации – молекулы средней массы (МСМ), интенсивность ПОЛ и состояние АОС.

**Результаты исследования.** Результаты исследования показали, что в 1-й серии животных показатели: МСМ, МДА и ДК были существенно ниже, чем во 2-й серии животных, в то же время содержание  $\alpha$ -токоферола и активность СОД достоверно выше. Но исследование показателей, характеризующих уровень эндогенной интоксикации в группах животных с различными моделями ТБ, показало отличия. Так, введение тиотриазолина наиболее эффективно снизило содержание МСМ (на 21 %,  $p < 0,05$ ), МДА (на 20 %,  $p < 0,05$ ) и ДК (на 23 %,  $p < 0,05$ ) у животных с черепно-мозговой травмой. Наиболее резистентными к введению препарата оказались животные с моделью СДР. Анализ летальности в раннем периоде ТБ показал, что животные с введением тиотриазолина на фоне СДР имели большую выживаемость, чем животные с СДР с введением 0,9 % раствора NaCl.

**Выводы.** Тиотриазолин может быть рекомендован для клинической апробации при коррекции эндогенной интоксикации при травматической болезни.

*Абашин А.Г., Маковеев Д.С.*

### **ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра патологической физиологии, зав. – член-корр. НАМН Украины, д.мед.н., проф. Ельский В.Н., научный руководитель – проф. Зяблицев С.В.*

**Цель исследования:** изучить патофизиологическую роль системы простагландинов (ПГ) для формирования посттравматических нарушений центральной гемодинамики при черепно-мозговой травме (ЧМТ).

**Материалы и методы.** ЧМТ моделировали по В.Н. Ельскому (2005) у 90 крыс-самцов. Иммуноферментным методом определяли содержание в циркулирующей крови, тканях головного мозга и миокарда ПГЕ2, ПГF2 $\alpha$ , тромбоксана и простациклина. Методом импедансной грудной реографии определяли показатели центральной гемодинамики: среднединамическое артериальное давление (САД), ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы, частоту сердечных сокращений (ЧСС) и удельное периферическое сопротивление сосудов (УПСС).

**Результаты.** По динамике САД и СИ животные были распределены на две группы: 1-я – с гиподинамическим и 2-я – с декомпенсированным типами реакции центральной гемодинамики. Общими закономерностями этой реакции явились падение САД и производительности сердца (снижение УИ и СИ) на фоне значительного (более чем трехкратного) прироста УПСС и увеличения ЧСС. В большей степени это было выражено во 2-й группе. Максимальной у животных 2-й группы была летальность (80 % через 48 часов после травмы). Динамика содержания ПГЕ2 и простациклина характеризовалась снижением в первые часы с дальнейшим восстановлением, но только в 1-й группе. Динамика содержания ПГF2 $\alpha$  и тромбоксана была противоположно направленной и восстанавливалась также только в 1-й группе. Отличиями 2-й группы явилось также значительное накопление в крови и тканях ПГF2 $\alpha$  и тромбоксана при снижении содержания ПГЕ2 и простациклина через 48 часов после травмы.

**Выводы.** Показано, что обнаруженные посттравматические нарушения центральной гемодинамики могли быть следствием нарушения соотношения ПГ с разнонаправленным типом регуляции гемодинамических реакций.

*Андреева А. П., Шляхов В. Ю.*

### **РОЗЛАДИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ, ЩО ЗАЗНАЛИ ДОЗОВАНОГО ОПІКУ ВІДКРИТИМ ПОЛУМ'ЯМ ТА ПОДАЛЬШОГО ВПЛИВУ ПОЛЯРИЗОВАНОГО СВІТЛА**

*Донецький національний медичний університет, кафедра патофізіології*

*Зав. кафедри – член-кор. НАМН України, проф. Ельський В. М., науковий керівник – доцент Лінчевська Л. П.*

**Метою дослідження** було експериментально встановити вплив поляризованого світла на імунні порушення у щурів, що зазнали дозованого опіку відкритим полум'ям.

**Матеріал і методи дослідження.** Експерименти було виконано на 70 білих нелінійних щурах-самцях масою 200-220 г. Дослідження проводилися у трьох групах тварин. Інтактні щури, група щурів із моделюванням опіку та група щурів із моделюванням опіку та подальшим впливом поляризованого світла. Опіки здійснювались відкритим полум'ям (газ пропан, температура горіння ~ 1800 °С) з відстані 15 мм та часом експозиції 3 секунди, 5 % площі тіла. Вплив поляризованого світла здійснювався апаратом БІОПТРОН-компакт з відстані 10 см, протягом 10 хвилин три рази на добу.

**Результати та їх обговорення.** Вплив поляризованого світла спричинив модуляцію процесів запалення із тенденцією до нормалізації абсолютної кількості лейкоцитів, а саме поліморфноядерних та моноцитарних лейкоцитів (на відміну від контрольної групи). Також відмічено стимуляцію лімфоцитарної ланки імунітету, з підвищенням абсолютної кількості НК та В-лімфоцитів через тиждень спостереження із відповідним збільшенням їх відсоткової частки у лімфограмі. Та стимуляцію Т-клітинної ланки імунітету із збільшенням як абсолютної, так і відсоткової кількості і Т-хелперів, і Т-супресорів. Спостерігалась активація фагоцитарної ланки імунітету із стимуляцією як загальної фагоцитарної активності так і окремого фагоцитарного клінінгу.

**Висновки.** Поляризоване світло може бути рекомендовано для корекції імунних порушень при опіковій травмі.

*Худолей С.А., Бондарев Н.В.*

### **ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АГОНИСТА M<sub>2</sub>-ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра патологической физиологии, зав. кафедрой – член-корр. НАМНУ, проф. Ельский В.Н., научный руководитель – проф. Зяблицев С.В.*

**Цель:** обосновать применение агониста M<sub>2</sub>-холинорецепторов ( $\alpha$ -глицерилфосфорилхолина (Глиатилин)) при черепно-мозговой травме.

**Материалы и методы:** анализ данных отечественной и зарубежной литературы, материалов сети Pub Med.

**Результаты:** Нами были проанализированы данные клинических исследований пациентов с ЧМТ разе личной степени тяжести, на фоне парентерального приема Глиатилина в дозировке 1000 мг/сутки Скопец А.П. (2010), Беневольская (2004), Bergmanschi(1995). Исследуемым проводилась оценка неврологического и нейропсихического статуса, в первые сутки и на 21-й день выполняли ЭЭГ и КТ головного мозга, оценку мозгового кровотока проводили доплерографическим методом. В сравнительном анализе пациентов в контрольной группе и на фоне приема Глиатилина, отмечали существенное снижение уровня депрессии, на 27% снизились показатели дезориентации, на 41% – нарушение кортикальных функций, у 54% испытуемых восстановилось чтение и письмо. Непосредственно после введения, Глиатилин проникает через ГЭБ в структуры мозга, стимулирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптических терминалий, способствует восстановлению нейротрансмиттерной передачи между нейронами корково-подкорковых структур мозга. Именно с этими процессами, связывают пробуждающий эффект препарата, который, вероятно основан на стимуляции кортикально-гиппокампальных связей лимбической системы, отвечающих за сознание.

**Выводы:** Глиатилин значительно улучшает состояние пациентов с ЧМТ, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения физиологических воздействий препарата на структуры мозга в эксперименте.

*Долинский В.В., Иофе Е.И.*

### **РОЛЬ СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ КАК ФАКТОРА ПАТОГЕНЕЗА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького, кафедра патофизиологии, зав. кафедрой – проф. Ельский В.Н., научный руководитель – проф. Зяблицев С.В.*

**Цель исследования.** Доказать ведущую роль стресса в возникновении функциональной гиперпролактинемии как фактора патогенеза нарушений менструального цикла у женщин первой половины репродуктивного возраста.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования послужили данные, полученные при обследовании 71 женщины в возрасте от 21 до 28 лет, которые обратились с жалобами на нерегулярный менструальный цикл либо отсутствие менструации, снижение уровня сексуального влечения, увеличение размеров молочных желез и галакторею. В крови пациенток с помощью иммуноферментного анализа определяли концентрацию пролактина, кортизола и тиреотропного гормона. Затем была проведена ста-

тистическая обработка полученных данных с помощью программ MedStat и Statmed.

**Результаты.** Маркером стресса был выбран гормон кортизол. Для исключения клинических случаев с гормонпродуцирующей опухолью аденогипофиза в качестве контрольного показателя выбрали тиреотропный гормон. Содержание пролактина у всех обследованных превышало норму и составило от 15,0 до 305,1 мкг/л. Статистическая обработка данных показала наличие корреляционной связи между повышением уровней кортизола и пролактина ( $R_0=0,528$  на уровне значимости  $p=0,01$ ) и отсутствие таковой между уровнями тиреотропного гормона и пролактина.

**Выводы.** Была доказана статистически значимая связь между повышением концентрации постстрессорного гормона кортизола и патологически высоким уровнем пролактина.

*Вірченко О.В., Фалалєєва Т.М., Єфіменко О.Ю., Берегова Т.М., Янковський Д.С.*

### **МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ЩУРІВ ЗА УМОВ СТРЕСУ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВВЕДЕННЯ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СИМБІТЕР АЦИДОФІЛЬНИЙ КОНЦЕНТРОВАННИЙ»**

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка, ННЦ «Інститут біології», НДЛ «Фармакології і експериментальної патології», Зав. лаб. – д.б.н., проф. Берегова Т.В., наук. кер. – д.б.н., с.н.с. Фалалєєва Т.М.*

**Метою даної роботи** був морфологічний аналіз СОШ щурів за умов стресу і профілактичного введення МС.

**Матеріал і методи.** Дослідження було проведено на 24 білих щурах вагою 180 - 200 г. Тварини були розділені на 3 групи по 8 щурів у кожній: 1 - контроль (інтактні щури), групи 2 і 3 - щури, які були піддані дії 3-годинного водно-імобілізаційного стресу (ВІС). Щурам 2-ї групи вводили воду (плацебо) об'ємом 0,5 мл/200 г впродовж 14 днів, а щурам 3-ї групи - 0,5 мл/200 г водного розчину МС в дозі 140 мг/кг впродовж 14 днів. Одразу після нанесення стресу вирізали по 2-3 шматочки стінки шлунка для гістологічної діагностики, фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну. Далі матеріал проводили у гістопроекторі карусельного типу STP-120. Для заливки парафінових блоків використовували станцію ЕС-350, для різки парафінових блоків – ротаційний мікротом серії НМ-340Е, для фарбування гістологічних препаратів – автомат Robot-Stainer HMS-740 (всі апарати фірми MICROM International GmbH). Гістологічні препарати фарбували гематоксиліном-еозином та аналізували з використанням мікроскопа Axioskop 40.

**Результати.** В літературі останніх років з'явилися повідомлення про здатність пробіотиків окрім лікування дисбактеріозів безпосередньо зменшувати ураження в шлунково-кишковому тракті. Вивчення мультипробіотика “Симбітер ацидофільний концентрований” (МС), одного з найбільш ефективних сьогодні пробіотиків, виявило його чудові цитопротективні властивості у лікуванні уражень шлунка. В результаті проведеного дослідження морфологічний аналіз показав, що в СОШ інтактних щурів патології не було. У групі, що піддавалася дії ВІС і отримувала профілактично плацебо, були виявлені ураження СОШ: кровотечі, у щурів мали тільки ерозії, S - одну виразку, j - 2-3 виразки. Характер виразок і ерозій був переважно некротично-денскамативний без лейкоцитарної інфільтрації. Дистрофічні зміни виражалися у вакуолізації цитоплазми, пікнозі ядер і десквамації епітелію. При виразках некротичні зміни досягли м'язового шару стінки шлунка. В судинах були виявлені стаз еритроцитів, плазматичне просочування, фібринозно-еритроцитарні тромби, одночасно з якими спостерігались десквамація і дегенерація епітелію, осередкові некрози у слизовій оболонці. Ерозії були переважно множинними. Характерною рисою всіх змін було переважання дистрофічних процесів над запальними. У 3-й групі щурів, яким вводили МС, не було виразкових уражень, були виявлені окремі поверхневі ерозії в 37,5% випадків, крововиливи в 25%, а в 37,5% патології не спостерігалось.

**Висновки.** Таким чином, в групі тварин, яким профілактично вводили МС впродовж 14 днів, ураження в СОШ були меншими у порівнянні зі щурами, яким вводили плацебо, що підтверджує дані, отримані при макроскопічному аналізі, і обґрунтовує використання МС для профілактики стрес-індукованих ерозивно-виразкових уражень шлунка.

*Запольська К.М., Поляченко Ю.В., Салютін Р.В.*

### **ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ЖИРОВОГО ГРАФТУ ЗБАГАЧЕНОГО АЛОГЕНИМИ МЕЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОББУРОВИМИ КЛІТИНАМИ ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТУ IN VIVO**

*ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України (м. Київ, Україна), науковий керівник: доктор медичних наук, професор Поляченко Ю.В.*

Для корекції об'ємно-контурних деформацій м'яких тканин, застосовується метод трансплантації жирової тканини, що збагачена аутологічними стовбуровими клітинами ліпоаспірату. Пересадка збагаченої стовбуровими клітинами жирової тканини запобігає тканинному лізису (резорбції) та пролонгує клінічний і естетичний ефект.

**Мета дослідження** – визначення можливості та доцільності використання алогених стовбурових клітин, що виділені з донорського ліпоаспірату для захисту для захисту трансплантованого жирового графту від тканинної резорбції.

**Матеріали і методи дослідження.** В експерименті використовувались самки мишей «дикого типу» ліній FVB та FVB-Cg-Tg(GFPU)5Nagy/J (донори підшкірної жирової тканини, з якої отримували мультипотентні мезенхімальні стовбурові клітини (ММСК) з середньою масою тіла  $27 \pm 1,12$  г. Після механічної та ферментативної обробки донорської підшкірної клітковини отримували алогенні ММСК, якими збагачували з розрахунку  $0,5 \times 10^6$  клітин для однієї ін'єкції жировий графт. Піддослідним тваринам гетеротопічно (під шкіру по обидва боки від хребта) пересаджували два графти (отримували з інвагінальних ділянок): тканинний та клітинно-тканинний (збагачений алогенними ММСК). На 14 та 28 добу після початку експерименту, після евтаназії у тварин вилучали трансплантовані фрагменти, для проведення гістологічних, імуногістохімічних та морфометричних досліджень.

**Результати дослідження** свідчили про те, що збагачення жирового графту алогенними ММСК призводила до тимчасового, короткотривалого збільшення маси трансплантованого графту, з послідуєчим активним її зменшенням (до 28 доби експерименту). Окрім того, збагачення жирового графту донорськими ММСК призводить (на 2 тижень експерименту) до активації імунологічно детермінованого запального процесу, що проявлялось у вигляді слайджу еритроцитів, лімфоцитарно-макрофагальної інфільтрації та перивизикального набряку, накопиченню позаклітинної рідини, що і зумовлює тимчасове збільшення маси трансплантата. В подальшому в клітинно-тканинних графтах запальний процес переходить в фазу фібриноїдного некрозу жирової тканини, утворення сполучнотканинних тяжів, кальцифікатів та фіброзування, що призводить до зменшення маси трансплантатів. В тканинних графтах починаючи з 2 тижня експерименту фіксувались прояви фібриноїдного некрозу жирової тканини та активного фіброзування, що призводило до поступової втрати маси трансплантатів. Морфометричний аналіз показав, що в тканинно-клітинному графті спостерігається тенденція до підвищення інтенсивності некрозу адипоцитів, з 26,7% площі адипоцитів від загальної площі гістологічного препарату на 2 тижень до 9,8% на 4 тижень експерименту що в 2,5 рази було менше відсотку площі адипоцитів тканинних графтах у відповідні терміни.

**Висновки.** Збагачення алогенними ММСК жирової тканини призводить до розвитку імунологічно детермінованого запального процесу з наступною активною резорбцією трансплантованого жирового графту. Результати дослідження свідчать про те, що використання в клінічній практиці алогенних ММСК з метою запобігання тканинної резорбції жирового трансплантата є недоцільним та може призвести до значних негативних побічних реакцій.

*Зяблицев Д.С., Чернобривцев А.П., Маковеев Д.С.*

## **ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОДЕФИЦИТА У ЖЕНЩИН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Центральная научно-исследовательская лаборатория, заведующий и науч. рук. – проф. Уманский В.Я.*

**Цель исследования:** сравнительная оценка роли гормональных изменений в патогенезе остеодистрофии (ОД) у женщин пребывающих в пре- и постменопаузальном периоде.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 76 женщин в возрасте от 35 до 70 лет. Из них 39 (51,3%) были с сохранным овариальным циклом (1-я группа) и 37 (48,7%) - в периоде менопаузы (2-я группа). По результатам двухэнергетической рентгеноостеоденситометрии проксимального отдела бедренной кости рассчитывали минеральную плотность кости (МПК). Содержание в крови остеоассоциированных гормонов - паратирин (ПТГ), кальцитонина (КТ), остеокальцина (ОК), инсулина (ИН), кортизола (КР), трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) и половых гормонов - эстрадиола (Э2), тестостерона (ТС) и прогестерона (ПГ) исследовали иммуноферментным методом. Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы StatPlus 9.0 (AnalystSoft Inc.).

**Результаты.** По данным МПК диагноз ОД установлен в 36,8 % наблюдений, причем остеопения (ОП) в 27,6 % и остеопороз (ОПР) в 9,2 %. 1-я и 2-я группы женщин достоверно ( $p < 0,001$ ) отличались между собой по параметрам МПК ( $0,96 \pm 0,070$  SD и  $1,44 \pm 0,100$  SD, соответственно). В 1-й группе ОД имел место в 15,4 % случаев и был представлен только ОП. Во 2-й ОД диагностирована у 59,5 % ( $p < 0,001$ ) пациенток, при этом ОП констатирована в 40,5 % наблюдений, а ОПР в 18,9 % ( $p < 0,001$ ). Развитие ОД у представительниц 1-й группы сопровождалось увеличением в 2,3 раза содержания ПТГ ( $p < 0,001$ ) и на 30 % ОК ( $p = 0,001$ ) при уменьшении на 40 % КТ ( $p < 0,001$ ), на 18 % Т3 ( $p = 0,005$ ) и в 10,3 раза Э2 ( $p < 0,001$ ). У женщин 2-й группы наличие ОД вызывало увеличение на 41 % содержания ПТГ ( $p = 0,025$ ) и на 25 % - КР ( $p = 0,011$ ) при уменьшении на 26 % - КТ ( $p = 0,002$ ), в 4,8 раза Э2 ( $p < 0,001$ ), вдвое ТС ( $p < 0,001$ ) и на 10 % Т3 ( $p = 0,025$ ). При сопоставлении содержания КР у женщин обеих групп с ОП установлено, что на развитие ОД у менструирующих женщин указывала концентрация КР  $< 260$  нмоль/л ( $< M - 3\delta$  в 1-й группе), а у женщин в менопаузе - КР  $> 580$  нмоль/л ( $> M + 3\delta$  во 2-й группе). При исследовании женщин 2-й группы с разной тяжестью ОД (с ОП и ОПР) установили, что при ОПР на 16 % возрастало значение ПТГ ( $p = 0,008$ ), что сопровождалось уменьшением на 42 % концентрации ПГ ( $p = 0,017$ ) и на 48 % ТС ( $p = 0,020$ ). В связи с этим показатели в крови ПТГ  $> 70$  нг/мл ( $> M + 3\delta$  женщин с ОПР), ПГ  $< 10$  нмоль/л и ТС  $< 100$  пмоль/л ( $< M - 3\delta$  женщин с ОПР) могут быть использованы в качестве критериев тяжести ОД в постменопаузальном периоде.

**Выводы.** Таким образом, развитие остеодефицита у менструирующих женщин сопровождалось повы-

пением в крови уровней паратиринина и остеокальцина на фоне уменьшения содержания кальцитонина, эстрадиола и трийодтиронина, в то время когда у женщин находящихся в постменопаузальном периоде — соответственно паратиринина, кортизола, кальцитонина, эстрадиола, тестостерона и трийодтиронина. При усугублении костных изменений от остеопении к остеопорозу еще больше возростала концентрация в крови паратгормона, но снижались содержания прогестерона и тестостерона. При этом наличие остеодефицита у женщин отражали показатели кортизолемии, а тяжесть остеопороза в постменопаузальном периоде — содержание в крови паратиринина, прогестерона и тестостерона.

*Кириенко И.С.*

## **ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯИЧНИКОВОЙ АМЕНОРЕИ У ЖЕНЩИН В ПРЕДМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Центральная научно-исследовательская лаборатория, заведующий – проф. Уманский В.Я.,  
научный руководитель – проф. Зяблицев С.В.*

**Цель исследования.** Разработка критериев гормональной диагностики яичниковой аменореи у женщин в предменопаузальном периоде.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования явились данные, полученные при обследовании 73 женщин в возрасте от 30 до 40 лет. Пациентки обращались по поводу прекращения менструаций, симптомов вегето-сосудистой дистонии, слабости, головной боли, быстрой утомляемости. В крови пациенток методом иммунологического анализа с использованием наборов реактивов фирмы IMMUNOTECH (Чехия-Франция) определяли содержание гормонов: эстрадиола (Е2), прогестерона (Пг), фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ “STADIA. 6.1/prof”, “STATISTIKA”.

**Результаты.** Содержание в крови половых гормонов во многом определяет клиническую картину и необходимость в последующей гормонотерапии. По содержанию в крови половых гормонов выделяют три формы яичниковой аменореи: **1)** периферическая (первичная), для которой характерен высокий уровень гонадотропинов (гипергонадотропный гипогонадизм) — 37 % от общего количества наблюдений; **2)** центрально-гипофизарная (вторичная), на фоне низкого уровня гонадотропинов (гипогонадотропный гипогонадизм) — 49,3 %; **3)** центрально-гипоталамическая (третичная) с низким уровнем гонадотропинов — 13,7 %. Для дополнительной дифференциальной диагностики пациенток второй и третьей групп использовали стимулирующую пробу с диферелином — искусственным аналогом гонадотропин-релизинг гормона. Диагноз подтверждали увеличением в два-три раза содержания ФСГ и ЛГ у больных второй группы и отсутствием такого у больных третьей группы.

**Вывод.** Таким образом, определение гормонов в крови дает основание для проведения диагностики яичниковой аменореи.

*Могилевский А. С, Стрельченко Ю. И.*

## **СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет, кафедра патофизиологии, Заведующий кафедрой и  
научный руководитель – член-корр. НАМН Украины, проф. Ельский В.Н.*

**Цель исследования.** Установить патогенетическое значение синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) в развитии сепсиса и полиорганной недостаточности (ПОН) в условиях травматической болезни.

**Материалы и методы.** В эксперименте на 100 крысах моделировали ССВО в условиях травматической болезни, проведены иммунологическое (количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, концентрация иммуноглобулинов), иммуноферментное (определение в крови концентрации медиаторов) и статистическое методы исследования.

**Результаты.** В крови определялся лейкоцитоз  $>12$  тыс. и более 10% незрелых форм (сдвиг лейкоцитарной формулы влево). В дальнейшем у 20% особей развился сепсис с признаками ПОН. В крови: IL-1:  $211.2 \pm 7.8$ , IL-6:  $201.5 \pm 6.1$ , IL-8:  $157.7 \pm 5.9$ , TNF $\alpha$  -  $299.7 \pm 6.2$ , ИНФ $\gamma$  -  $33.1 \pm 3.8$ . Таким образом, цитокиновый ответ в динамике наблюдения за крысами с травмой носит системный характер. Выброс цитокинов обусловлен поступлением в кровотока из поврежденных тканей лизосомальных ферментов, активных метаболитов кислорода, тканевых антигенов и активацией клеток, синтезирующих цитокины: активированные лейкоциты, тканевые макрофагами, эндотелиальные клетки, а также тканевые базофилы (лаброциты, тучные клетки).

**Вывод:** Изучили в эксперименте на крысах патофизиологические процессы, ведущие к развитию ССВО в условиях травматической болезни. Также были изучены показатели сыворотки крови при развитии ССВО. Эти данные показали, что в патогенезе развития сепсиса и ПОН лежит ССВО — гиперпродукция цитокинов.

*Романенко В.Р.*

## **ПАТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра химии, зав. кафедрой – д.х.н. Матвиенко А.Г., науч. руководитель – к.м.н. Шатова О.П.*

**Цель исследования:** Изучение свойств тиреопероксидазы (ТПО) и её роли в развитии аутоиммунного тиреоидита (АИТ).

**Материалы и методы.** Анализ современных литературных источников.

**Результаты.** ТПО является ключевым ферментом в процессе биосинтеза тиреоидных гормонов, а также одним из основных антигенов при аутоиммунных патологиях щитовидной железы (ЩЖ). ТПО относится к суперсемейству пероксидаз животных (оксидоредуктаза, ЕС 1.7.1.11), семейству миелопероксидаз. Это гем-содержащий гликозилированный трансмембранный белок 1-го типа, который локализуется в апикальной части фолликулярных клеток ЩЖ. В настоящее время известно несколько изоформ тиреопероксидазы, из которых только ТПО-1, ТПО-3 и ТПО-4 обладают ферментативной активностью. В настоящее время мало работ, в которых описана роль различных изоформ ТПО при аутоиммунном тиреоидите. Из литературных источников установлено, что аутоиммунная патология ЩЖ развивается вследствие направленной на ТПО агрессии как гуморального, так и клеточного звеньев иммунитета. Аутоантитела к ТПО (АТ-ТПО) являются специфическим маркером АИТ. Они присутствуют в сыворотке у большинства пациентов с данной патологией (более 90 %). АТ-ТПО относятся к классу IgG. Они выявляются при различных состояниях: от эутиреоза до гипотиреоза и от атрофии ЩЖ до зоба огромных размеров. Недавно было высказано предположение, что для оказания эффектов АТ-ТПО необходимо участие FcR — рецептора иммуноглобулина, экспрессируемого тироцитами, который участвует в транцитозе IgG сквозь эпителий. Аутоиммунные процессы в ЩЖ являются Т-лимфоцитзависимыми процессами. Специфические антитела могут видоизменять Т-клеточную реакцию на ТПО при помощи модулирования презентации различных пептидов для Т-клеток. Конкретный эпитоп ТПО, который задействован при АИТ, остается до конца неизвестен. Однако некоторые исследования идентифицировали фрагменты эпитопов ТПО и подтвердили переменчивую природу иммунодоминантного региона (ИДР) ТПО.

**Выводы:** Тиреопероксидаза как антиген и специфические антитела к ней играют ключевую роль в патогенезе аутоиммунного тиреоидита. Дальнейшие исследования изоферментов ТПО и установление иммунодоминантного региона ТПО могут в существенной мере помочь разработке подходов к модулированию иммунного ответа при аутоиммунных заболеваниях ЩЖ.

*Чернобровцев А.П., Зяблицев Д.С., Маковеев Д.С.*

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «УРАН»**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Центральная научно-исследовательская лаборатория, заведующий и науч. рук. – проф. Уманский В.Я.*

**Цель исследования:** определить влияние использования лабораторной информационной системы (ЛИС) на организацию технологического процесса в клинико-диагностической лаборатории.

**Материалы и методы.** В качестве ЛИС нами был использован программный комплекс «УРАН» (v.3) разработанный коллективом авторов на базе ЦНИЛ Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в период 2002 – 2011 гг. Для хранения данных использовали свободно распространяемую систему управления базами данных Firebird v.2.1. Программа разработана в среде Embarcadero Delphi 2010 в сочетании с FastReport® 4 VCL (дизайнер, генератор и просмотрщик отчетов), DevExpress VCL Controls (build 50) (компоненты для визуализации интерфейса), FibPlus 6.9.9. (приложения и библиотека для прямого доступа к Firebird). Единицей информационно-аналитического потока в ЛИС принят идентифицированный биологический материал, проходящий через стандартные этапы лабораторного анализа.

**Результаты.** Важность внедрения лабораторных информационных систем (ЛИС) определяется прежде всего тем, что лабораторные методы занимают все больший удельный вес в структуре диагностического процесса, как по количеству исследований, так и по клинической значимости результатов. Применение ЛИС «УРАН» позволило сократить временные затраты на проведение контроля качества, повысить его значимость путем использования современных критериев и методов статистической обработки, увеличить надежность и точность исследований, уменьшить траты на необоснованные и повторные лабораторные исследования, способствует существенному повышению эффективности производственной деятельности. Высокий уровень производительности и интенсивности труда, обеспечивается неукоснительным соблюдением регламента технологических процессов, которые значительно упрощают внутрилабораторные взаимодействия. Автоматизация управления на стадии формирования заданий лаборантам и загрузки анализаторов позволила сократить временные потери, уменьшить случайные ошибки при идентификации материала, осуществить оперативный контроль качества путем ведения контрольных карт с оценкой точности и воспроизводимости правильности в реальном времени и получать данные для оценки качества работы персонала.

Особенно важно, что внедрение ЛИС в лабораторный процесс привела к существенному снижению числа ошибок преаналитического, собственно аналитического и постаналитического этапов проведения анализов, что позволило оптимизировать диагностический процесс в целом. Вычислительные возможности ЛИС в сочетании с информационным наполнением базы данных позволило выявлять корреляционные связи между исследуемыми параметрами, проводить текущую корректировку референсных значений, согласно принятых принципов GLP, осуществлять выборки данных для научно-исследовательских разработок с последующим выполнением статистической обработки в среде стандартных пакетов офисных программ.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование показало, что интеграция ЛИС в работу лаборатории позволила перейти из состояния простой «обработки» образцов исследуемого материала к всестороннему анализу информационных потоков с осуществлением функций контроля и управления качеством деятельности лаборатории в режиме реального времени.

*Суходоля С.А., Фалалеева Т.М., Любенко Д.Л., Дронов О.И., Петрусенко В.В.*

## **ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ВИКЛИКАНОГО L-АРГІНІНОМ У ЩУРІВ**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

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

*ФПО Хмельницька обласна лікарня зав. каф. дмн. проф. Суходоля А.І., наук. кер. дмн. проф. Петрусенко В.В.*

**Метою роботи** було оцінити ефективність застосування рофекоксибу в лікуванні експериментального ХП у щурів.

**Матеріал і методи досліджень.** Дослідження проведені на 30 білих щурах-самцях лінії Вістар масою 200-250 грам, що були розділені на 3 групи. Щурам I групи (інтактний контроль) внутрішньоочеревинно вводили розчин (плацебо) в об'ємі 0,4 мл. ХП у щурів II та III груп викликали 21-денним введенням L-аргініном (100 мг/100г, в/о в об'ємі 0,4 мл). Щурам II групи після закінчення введення L-аргініну упродовж 14-ти днів в/о вводили плацебо. Щурам III групи після закінчення введення L-аргініну упродовж 14-ти днів вводили рофекоксиб (5 мг/кг, в/о). Через 35 днів від початку експерименту щурів всіх груп умертвляли, після чого видаляли підшлункову залозу та фіксували її в 10% нейтральному формаліні та заливали в парафін. Парафінові зрізи товщиною 5-7 мкм виготовляли на роторному мікротомі, фарбували гематоксиліном та еозином за Бюмером. Гістологічні препарати аналізували при збільшенні мікроскопа x100 та x400. Кольорові мікрофотографії отримували за допомогою цифрової фотокамери Olympus C-500 Zoom та мікроскопа Olympus BX-41 (Olympus Europe GmbH, Японія).

**Результати досліджень.** У щурів I групи підшлункова залоза щурів мала типову будову. У щурів II групи в підшлунковій залозі виявились виражені зміни, які було поділено на три підгрупи – фіброзні і запальні зміни та аденоми. В усіх випадках спостерігались розростання фіброзної тканини; помірна її поліморфно-клітинна інфільтрація, місцями відмічався вогнищевий ліпоматоз. В одному з випадків був знайдений пара панкреатичний лімфатичний вузол з реактивним центром (у стані імунної відповіді). Двотижневе застосування рофекоксибу у щурів III групи призвело до покращення стану підшлункової залози. В даній групі відмічалася помірна поліморфно-клітинна інфільтрація міждолькової фіброзної тканини (помірні запальні зміни). Були наявні міждолькові вивідні протоки без патологічних змін і міждолькові вивідні протоки з потовщеною стінкою, наявністю залоз (по типу формування аденоми) в фіброзній тканини потовщеної стінки. Однак, спостерігались і аденоми як з дисплазією низького ступеню і переважанням фіброзної стромы, так і з дисплазією високого ступеню, хоча кількість їх була значуще меншою ( $p < 0,05$ ), ніж у II групі.

**Висновок.** Отримані результати є експериментальним обґрунтуванням можливості застосування нестероїдних протизапальних препаратів у комплексному лікуванні ХП.

## **ФІЗІОЛОГІЯ**

*Бадалян Т.В.*

### **ЭТИОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ КЕТОНОВЫХ ТЕЛ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького*

*Кафедра физиологии, заведующий кафедрой – акад. НАМН Украины, проф. В.Н. Казаков,*

*научный руководитель – д.мед.н., проф. кафедры Т.И. Панова*

**Цель.** Обобщить данные литературы о влиянии алкоголя и кетонových тел на организм. Выявить последствия воздействия токсинов на органы.

**Материал и методы:** научная литература 2010-2011 гг.

**Результаты.** В процессе метаболизма алкоголя в печени скорость восстановления никотинамидаденин-динуклеотида (NAD) превышает скорость окисления митохондриального NADH, что приводит

к уменьшению доступного NAD. Это состояние сохраняется в течение нескольких дней, несмотря на прекращение употребления алкоголя. Таким образом, NAD-зависимая стадия окисления жирных кислот в митохондриях гепатоцитов заменяется образованием кетоновых тел. При алкогольном кетоацидозе уровень инсулина в крови снижен, тогда как содержание кортизола, гормона роста, глюкагона и адреналина повышено, возможно, в результате алкогольной гипогликемии. Такой гормональный уровень способствует липолизу, который повышает уровень свободных жирных кислот, доступных для превращения в кетоны. Так же метаболизм ацетата (продукта расщепления алкоголя) провоцирует структурные митохондриальные изменения, ускоряющие кетонообразование и уменьшение содержания фосфора в митохондриях, что тормозит утилизацию NADH и увеличивает образование кетоновых тел. И, наконец, рвота и голодание на фоне хронической недостаточности питания также способствуют кетоацидозу. Основными кетонами являются ацетоацетат и бета-гидроксibuтират. Эти кетоны являются промежуточными продуктами окисления жирных кислот; в норме они образуются в равных количествах и практически не определяются в крови. Ацетон является летучим кетоном нейтральной реакции, который образуется из ацетоацетата в процессе необратимого спонтанного декарбокислирования. Его присутствие отражает степень и продолжительность повышения уровня ацетоацетата и указывает на устойчивый и тяжелый ацидоз.

**Вывод.** У больных с алкогольной интоксикацией отмечается невозможность приема пищи и алкоголя из-за тошноты, упорной рвоты и болей в животе, имеющих место в течение 24-72 часов. Именно в этот период развивается кетоацидоз. Сопровождается учащенным дыханием, тахикардией и диффузными болями в животе. У большинства больных отмечается беспокойство, но может наблюдаться и некоторая дезориентация, а в отдельных случаях коматозное состояние из-за перестройки питания головного мозга с глюкозы на кетоновые тела с предельно высоким уровнем в крови.

*Бортникова А.К., Моргунова М.Н., Ганиева А.Р., Глобенко Н.С.*

### **ГЕДОНИЯ У АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий кафедрой – акад. НАМН Украины, проф. В.Н. Казаков,  
научный руководитель – д.мед.н., проф. кафедры Т.И. Панова*

**Цель:** изучить гедонические характеристики глюкозы у алкогользависимых крыс, так как гипогликемия – характерный симптом алкоголизма и причина энергетического голода мозга.

**Материал и методы.** У 60 крыс определяли гедонические свойства глюкозы по предпочтению одного из видов питья: чистой воды и 5 % глюкозы. Затем проводили принудительную алкоголизацию 10 % этанолом. Крыс первой группы (n=20) алкоголизировали 8 недель, второй (n=20) – 12 недель, третьей (n=20) – 16 недель. После окончания принудительной алкоголизации у каждого животного был свободный выбор между водой, 10% этанолом, 5% глюкозой. Регистрировали количество выпитого из каждой поилки.

**Результаты и их обсуждение.** До алкоголизации крысы ежедневно выпивали  $6,5 \pm 2,5$  мл воды и  $4,5 \pm 1,5$  мл 5 % глюкозы. Это свидетельствует, что глюкоза для крыс – лакомство. В ходе алкоголизации животные потребляли  $16,5 \pm 5,5$  мл этанола. После окончания алкоголизации животные первой группы выпивали  $8,5 \pm 2,0$  мл этанола,  $4,8 \pm 2,2$  мл воды,  $5,8 \pm 1,1$  мл глюкозы. Животные второй группы:  $12,4 \pm 8,1$  мл этанола,  $3,8 \pm 2,2$  мл воды,  $3,8 \pm 1,1$  мл глюкозы. Животные третьей группы:  $16,4 \pm 6,1$  мл этанола,  $1,8 \pm 0,5$  мл воды,  $0,8 \pm 0,5$  мл глюкозы. Уменьшение потребления глюкозы говорит, что глюкоза для алкогользависимых крыс уже утратила свои гедонические свойства. Причина этому – глубокие нарушения в лимбических структурах. Также это говорит о снижении активности ферментов гликолиза, для которых глюкоза – субстрат.

**Выводы.** 1. Для алкогользависимых крыс глюкоза не имеет гедонических свойств. 2. Предпочтение глюкозы уменьшается по мере нарастания степени алкогольной зависимости.

*Бугашев К.С.*

### **ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРВЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ ЭПИЗОДОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий кафедрой – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,  
научный руководитель – доц. Снегирь А.Г.*

**Цель исследования.** Выявить основные нейрофизиологические маркеры ранних психотических эпизодов и сравнить эффективность тестов когнитивных вызванных потенциалов мозга (ERP) зрительной и слуховой модальности.

**Методы исследований.** Осуществлялась регистрация времени сенсомоторной реакции, ERP зрительной и слуховой модальности на предъявление стимулов в oddball парадигме в группе больных шизофренией с первыми психотическими эпизодами и у психически здоровых лиц соответствующей возрастной группы. Исследовались обоюполюе группы в возрасте 18-35 лет по 20 человек в каждой.

**Результаты исследований.** Были выявлены характерные для исследуемой группы больных изменения



показателей ERP и времени сенсомоторной реакции зрительной и слуховой модальности. Наиболее вытравженными оказались изменения времени сенсомоторной реакции, амплитуд компонентов P100, N200 и P300. Как зрительные, так и слуховые ERP позволяют выявить изменения электрической активности мозга в исследуемой группе.

**Вывод.** Для ранней диагностики шизофрении на начальном этапе ее развития возможно использовать ERP зрительной и слуховой модальности используя различные режимы стимуляции и различные маркеры для каждой модальности.

*Димитриев А.С.*

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МИОКАРДА НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий кафедрой – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,  
научный руководитель – доц. Коноплянко В.А.*

**Цель исследования.** Изучить особенности влияния длительного приема этанола на работу сердца крыс в покое и при стресс-имитирующей нагрузке в эксперименте.

**Материал и методы.** Экспериментальная часть работы выполнялась на крысах – самцах породы Вистар-Кайота (№20), которым был обеспечен свободный доступ к алкоголю (20% раствор этанола), без доступа к воде в течение шести месяцев. В условиях медикаментозного сна выполняли электрокардиографическое исследование электрической активности миокарда крысы в I стандартном отведении. Стрессовую нагрузку моделировали внутримышечным введением раствора изопропилнорадреналина. Статистическую обработку выполняли с помощью пакета программ Statistica 6.0.

**Результаты.** Анализ электрокардиограмм (ЭКГ) у группы животных с алкогольным гепатитом выявляет некоторые отличия от таковой интактных животных. Прежде всего, ЧСС составила  $263 \pm 30$  уд/мин, что значительно ниже таковой контроля –  $485 \pm 43$  уд/мин ( $p < 0,05$ ). Ритм синусовый, правильный. Моделирование стрессовой нагрузки введением катехоламинов сопровождалось увеличением ЧСС у всех животных ( $p < 0,05$ ), к третьей минуте стресс-имитирующей нагрузки у животных экспериментальной группы отмечается появление единичных экстрасистол, различие в амплитуде зубцов R, выпадение отдельных комплексов QRS, депрессия сегмента ST, аритмия. Дальнейшие наблюдения выявили формирование патологических зубцов Q и (или) трепетание предсердий. К окончанию наблюдений, через 18-21 минуту после стресс-имитирующей нагрузки, у животных с алкогольным поражением печени не выявлялось признаков восстановления сократительной функции миокарда.

**Выводы.** Ежедневный прием этанола крысами в эксперименте демонстрирует, что интоксикационное действие алкоголя на печень и кардиомиоциты вызывает различные виды аритмий, снижение базового уровня сокращения сердца, более длительное восстановление работы сердца после прекращения воздействия стресс-имитирующей нагрузки катехоламинами. Данная модель алкогольного поражения сердца может в дальнейшем использоваться для изучения различных препаратов протекторного направления для кардиомиоцитов и гепатоцитов.

*Зубова А.С., Зубов А.А.*

## **ЗНАЧЕНИЕ УСЛОВИЙ СОДЕРЖАНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИСТРАСТИЯ К АЛКОГОЛЮ У КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,  
научный руководитель – д.мед.н., проф. кафедры Панова Т.И.*

**Цель:** изучить влияние способа жизни крыс – поодиночке и в группе – на формирование алкогольной зависимости.

**Материал и методы.** В течение 12 недель принудительно алкоголизировали 10% этанолом 30 крыс. 10 из них содержались по одной в клетке, 10 – вместе в одной клетке, 10 – находились по две особи в пяти клетках. Для совместного содержания отбирали однополых особей. После окончания принудительной алкоголизации у крыс был свободный выбор между водой и 10 % этанолом. Ежедневно регистрировали количество выпитого алкоголя. При обработке результатов использовали пакет Statistika 5,5.

**Результаты.** Среди факторов, способствующих (или провоцирующих) развитие влечения к алкоголю, фактор условий и качества жизни считается одним из важнейших. После окончания принудительной алкоголизации, в условиях свободного выбора, больше всех алкоголя потребляли крысы, содержащиеся поодиночке:  $14,5 \pm 5,5$  мл этанола и  $5,5 \pm 2,0$  воды. Немного меньше – животные, жившие вдвоем в одной клетке:  $11,5 \pm 5,0$  мл и  $7,5 \pm 2,5$  воды. Меньше всех – крысы, содержащиеся по двое:  $8,5 \pm 3,5$  мл и  $9,0 \pm 3,0$  воды. Но указанные различия между разными группами являются статистически недостоверными, так как  $p > 0,05$ . Характерно, что суммарное потребление жидкости (этанол + вода) во всех группах было примерно

одинаковым:  $20,0 \pm 7,5$  мл,  $19,0 \pm 7,5$  мл и  $17,5 \pm 6,5$  мл, соответственно.

**Вывод.** Мы не обнаружили статистически значимых различий потребления этанола крысами, содержащимися в разных условиях: поодиночке и в группе.

*Кошеленко Е.С., Чижевская Ю.В.*

### **РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,  
научный руководитель – д.мед.н., проф. кафедры Панова Т.И.*

**Цель:** изучение влияния ежедневного, на протяжении двух месяцев, эмоционального стресса на формирование алкогольной зависимости у крыс.

**Материал и методы.** В течение 8 недель проводили принудительную алкоголизацию 10 % этанолом белых лабораторных крыс ( $n = 20$ ). Животных экспериментальной группы ( $n = 10$ ) ежедневно подвергали стрессу в тесте вынужденного плавания (10 минут, температура воды  $25 \pm 0,5$ °C). После окончания принудительной алкоголизации у крыс был свободный выбор между водой и этанолом. Регистрировали количество выпитого. Использовали Statistika 5,5.

**Результаты.** В основе привыкания, а затем и пристрастия к алкоголю лежат глубокие перестройки нейротрансмиссии. Ведущая роль при этом принадлежит дофаминергической системе, которая, в свою очередь, находится в тесном взаимодействии с адренергической системой – системой стресса. Животные контрольной группы в первые две недели выпивали по  $9,5 \pm 3,5$  мл алкоголя. К концу третьей недели потребление возросло до  $14,5 \pm 4,5$  мл. К четвертой-пятой неделям практически у каждой особи был достигнут «потолок» потребления:  $18,5 \pm 7,5$  мл алкоголя. В экспериментальной группе аналогичные показатели в соответствующие временные периоды были такими:  $15,0 \pm 5,5$  мл;  $18,5 \pm 6,5$  мл и  $21,0 \pm 8,5$  мл алкоголя. После окончания принудительной алкоголизации контрольные крысы ежедневно выпивали  $6,5 \pm 4,5$  мл воды и  $6,0 \pm 2,0$  этанола; экспериментальные животные –  $3,5 \pm 2,5$  мл воды и  $13,5 \pm 3,5$  мл этанола.

**Вывод.** Ежедневный эмоциональный стресс увеличивает потребление алкоголя.

*Курилов В.Л.*

### **БЛОКАДА ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ УВЕЛИЧИВАЕТ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЭТАНОЛА У АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий и научный руководитель – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.*

**Цель:** изучить значение дофаминергической системы для формирования алкогольной зависимости путём блокады дофаминовых рецепторов.

**Материал и методы.** В течение 12 недель принудительно алкоголизировали 10% этанолом 20 крыс. После окончания принудительной алкоголизации в течение недели у животных был свободный выбор между водой и 10 % этанолом. Затем ежедневно *per os* вводили галоперидол, 0,02 мг/кг (Гедеон Рихтер, Будапешт). Сравнивали потребление алкоголя до и после введения галоперидола. Использовали пакет Statistika 5,5.

**Результаты.** По предпочтению этанола в условиях свободного выбора крыс разделили на три группы. Малолюбящие ( $n = 3$ ) потребляли в день этанола  $3,5 \pm 2,5$  мл/кг; соотношение этанол/вода 30/70 %. Умеренно любящие ( $n = 11$ ) выпивали этанола  $8,0 \pm 3,5$  мл; этанол/вода 50/50 %. Сильно любящие ( $n = 6$ ) выпивали этанола  $14,0 \pm 5,5$  мл; этанол/вода 70/30 %. Блокада дофаминовых рецепторов галоперидолом вызывала седативный эффект и увеличивала потребление алкоголя: у малолюбящих крыс на 30 % ( $p < 0,05$ ) ( $4,5 \pm 2,0$  мл этанола; этанол/вода 40/60 %); у средне любящих на 50 % ( $p < 0,05$ ) ( $9,5 \pm 4,0$  мл этанола; этанол/вода 70/30 %); у сильно любящих на 100 % ( $p < 0,001$ ) ( $18,5 \pm 6,5$  мл этанола; этанол/вода 95/5 %). Наиболее значительное увеличение потребления этанола в группе сильно любящих крыс можно объяснить изначально низким уровнем функциональной активности мезолимбической дофаминергической системы награды.

**Вывод.** Чем ниже активность дофаминергической системы мозга, тем сильнее выражено предпочтение этанола.

*Петрова М.А.*

### **БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра физиологии, заведующий – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,  
научный руководитель – доц. Прокофьева Н.В.*

**Цель исследования.** Изучить особенности биохимических показателей крови крыс при вызванном алкогольном гепатите в эксперименте.

**Материал и методы.** Экспериментальная часть работы выполнялась на крысах самцах породы Вистар-Кай-

ота (№20), которым был обеспечен свободный доступ к алкоголю (20% раствор этанола), без доступа к воде в течении шести месяцев.

**Результаты.** При изучении биохимических показателей крови экспериментальных животных обнаружено достоверное увеличение аланинаминотрансферазы (АлАТ) до  $136,7 \pm 12,8$  Ед/л (в норме до  $58 \pm 7$  Ед/л), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) до  $278 \pm 24$  Ед/л (в норме до  $89 \pm 6$  Ед/л), повышение общего холестерина до  $0,57 \pm 0,04$  ммоль/л (норма до  $0,11 \pm 0,04$  ммоль/л). Такое повышение АлАТ свидетельствует о гибели гепатоцитов и, как следствие, нарушении работы печени; повышение АсАТ может быть признаком повреждения миокардиоцитов. Иными словами, общее интоксикационное действие этанола на организм и печеночная недостаточность приводит к нарушению работы сердца. Таким образом было продемонстрировано цитотоксическое действие этанола на ткани печени и сердца.

**Выводы.** Ежедневный прием этанола крысами в эксперименте моделирует развитие алкогольной болезни печени, подтвержденной биохимическими данными в виде повышения уровня содержания ферментов цитолиза (АлАТ в 2,4 раза; АсАТ в 3,1) в крови крыс. Данная модель алкогольного поражения печени и сердца может в дальнейшем использоваться для изучения различных препаратов протекторного направления для кардиомиоцитов и гепатоцитов.

*Челюбеев С.С.*

### **ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КРЫС ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПРЕДПОЧТЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра физиологии, заведующий и научный руководитель – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.*

**Цель:** изучить вклад функциональной активности дофаминергической нейротрансмиссии в формирование алкогольной зависимости у крыс.

**Материал и методы.** В течение 12 недель принудительно алкоголизировали 10% этанолом 20 крыс. После окончания алкоголизации в течение недели у крыс был свободный выбор между водой и 10 % этанолом. Затем ежедневно *per os* вводили левокома, 0,02 мг/кг (Фарма Старт, Украина). Сравнивали потребление алкоголя до и после введения левокома. При обработке результатов использовали пакет Statistika 5,5.

**Результаты.** С нейробиологической точки зрения, причина алкоголизма – это недостаток естественных позитивных эмоций. Человек пытается восполнить недостаток эмоций искусственным путём: алкоголем. Дефицит положительных эмоций вызван слабым функционированием подкрепляющей системы мозга (системы награды, или поощрения). Её главный медиатор – дофамин. По предпочтению этанола в условиях свободного выбора крыс разделили на три группы. Малолюбящие ( $n = 3$ ) потребляли в день этанола  $3,5 \pm 2,5$  мл/кг, умеренно пьющие ( $n = 11$ ) –  $8,0 \pm 3,5$  мл, сильно пьющие ( $n = 6$ ) –  $14,0 \pm 5,5$  мл. Стимуляция дофаминовых рецепторов левокомом уменьшала потребление алкоголя: у малолюбящих крыс на 60 % ( $p < 0,05$ ) ( $1,0 \pm 0,5$  мл); у умеренно пьющих на 30 % ( $p < 0,05$ ) ( $5,5 \pm 2,0$  мл); у сильно пьющих на 20 % ( $p < 0,05$ ) ( $15,0 \pm 5,0$  мл). Наиболее значительное уменьшение потребления этанола в группе малолюбящих крыс можно объяснить изначально высоким уровнем функциональной активности дофаминергической системы мозга.

**Вывод.** Дофамин уменьшает предпочтение этанола.

*Чертисев А., Излева М.Ю..*

### **РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра физиологии, заведующий – академик НАМН Украины, проф. Казаков В.Н.,*

*научный руководитель – д.мед.н., проф. кафедры Панова Т.И.*

**Цель:** изучить вклад функциональной активности дофаминергической нейротрансмиссии на формирование алкогольной зависимости у крыс. Наркологи, психиатры, психологи едины в выводах: чаще всего человека подталкивают к рюмке алкоголя разного рода неудачи: нереализованность в какой-то из сфер жизни, душевная пустота, неумение или невозможность занять себя, одиночество, трагедии и т.п. С нейробиологической точки зрения, у всех этих причин есть общий корень – это недостаточное количество естественных позитивных эмоций у человека. И тогда человек пытается восполнить недостаток положительных эмоций искусственным путём: алкоголем. Дефицит естественных положительных эмоций вызван слабым функционированием дофаминергической системы награды, или поощрения.

**Материал и методы.** В течение 12 недель у 30 здоровых крыс был свободный выбор между водой и 10% этанолом. Одновременно ежедневно *per os* вводили различные модуляторы дофаминовой рецепции: стимулятор левокома, 0,02 мг/кг (Фарма Старт, Украина) ( $n=10$ ); блокатор галоперидол, 0,02 мг/кг (Гедон Рихтер, Будапешт) ( $n=10$ ). Контрольные животные ( $n=10$ ) получали 1 мл 0,9 % NaCl. Регистрировали потребление алкоголя и воды.

**Результаты.** Потребление этанола составило: у крыс контрольной группы  $16,5 \pm 5,5$  мл; получавших

левокома –  $7,0 \pm 2,5$  мл ( $p < 0,05$ ), получавших галоперидол –  $21,5 \pm 6,0$  мл ( $p = 0,05$ ).

**Вывод.** Стимуляция активности дофаминергической системы уменьшает, а угнетение дофаминергической системы способствует формированию алкогольной зависимости у крыс.

*Бортник Ю. В.*

### **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ТВАРИН ІЗ ГІПОТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ КОМБІНОВАНОГО ДЕФІЦИТУ ЙОДУ ТА ЗАЛІЗА**

*ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна  
Кафедра фізіології, завідувач кафедри - проф. Ємельяненко І. В., наук. кер. – проф. Воронич-Семченко Н. М.*

Одним із пріоритетних медико-соціальних напрямків охорони здоров'я є подолання йододефіциту. У той же час погіршення екологічної ситуації, недостатня ефективність профілактики та лікування йододефіцитних захворювань зумовлює постійне зростання йодобумовленої патології щитоподібної залози. Актуальність представленого дослідження зумовлена значною поширеністю кардіологічної патології у регіонах йодного дефіциту, а також великою вірогідністю обмеженого поступлення в організм двох і більше мікроелементів у біогеохімічних провінціях.

**Мета дослідження:** З'ясувати особливості ліпідного спектру крові у щурів із гіпотиреоїдною дисфункцією на тлі монодефіциту йоду та комбінованого дефіциту йоду та заліза.

**Матеріал та методи.** Дослідження виконані на щурах, у яких викликали гіпотиреоїдну дисфункцію (Чарнош С.М., 2007). Тварини були розділені на дві дослідні групи: 1-ша ( $n=30$ ) – тварини із монодефіцитом йода, 2-га ( $n=30$ ) – тварини із комбінованим дефіцитом йоду та заліза. Для формування йодної депривації тварин утримували на йододефіцитній дієті (Martinez-Galan J.R., 1997). Залізодофіцитний стан викликали завдяки щоденному внутрішньоочеревинному введенню хелатора дефероксаміну у дозі 20мг/100г маси тіла (Ходоровський В.М., 2006). Для визначення функціонального стану щитоподібної залози у сироватці крові визначали вміст тиреотропного гормону (ТТГ), вільних трийодтироніну (fT3), тироксину (fT4) із наступним обчисленням індексів fT3/fT4 та ТТГ/fT4. Вміст заліза визначали методом атомно-абсорбційної спектроскопії у еритроцитарній масі, тканинах головного мозку, щитоподібної залози, серця та печінки. Стан йодного забезпечення тварин оцінювали за вмістом йоду в сечі (Dunn J., 1993). Ліпідний статус щурів оцінювали шляхом визначення в сироватці крові загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНП), ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВП), а також обчислювали коефіцієнт атерогенності (КА). Аналогічні дослідження проведені на інтактних тваринах ( $n=30$ ), яких утримували на стандартному харчовому раціоні (контрольна група). Утримання, вигодовування та етаназія відповідали міжнародним вимогам щодо гуманного відношення до тварин.

**Результати.** У результаті дослідження встановлено суттєві зміни вивчених показників ліпідного профілю у всіх тварин із мікроелементним дисбалансом. Зокрема, у щурів 1-ої дослідної групи (монодефіцит йоду) спостерігали зростання ХС (на 59,0 %,  $p < 0,001$ ), ХС ЛПНП (на 69,5 %,  $p < 0,001$ ), ТГ (на 50,8 %,  $p < 0,01$ ), КА (у три рази,  $p < 0,001$ ) щодо контролю. Комбінований дефіцит мікроелементів супроводжувався більш вираженими змінами показників ліпідного статусу. Так, у тварин 2-ї дослідної групи виявили зростання ХС (на 70,4 %,  $p < 0,001$ ), ХС ЛПНП (на 89,0 %,  $p < 0,001$ ), КА (у 4,4 рази,  $p < 0,001$ ) на тлі зменшення ХС ЛПВП (на 41,2 %,  $p < 0,001$ ) та ТГ (на 68,7 %,  $p < 0,001$ ) щодо аналогічних показників у контрольній групі. Установлено наявність кореляційного взаємозв'язку між накопиченням заліза у досліджуваних тканинах та показниками ліпідного спектру крові.

**Висновки.** У тварин із гіпотиреоїдною дисфункцією на тлі йодного дефіциту розвивається вторинна дисліпідемія. Комбіноване обмеження поступлення йоду та заліза значно збільшує ступінь порушення ліпідного обміну та може супроводжуватись збільшенням ризику розвитку атеросклерозу.

*Варунків С. В.*

### **СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ**

*ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна  
Кафедра фізіології, завідувач кафедри – проф. Ємельяненко І. В., наук. кер. – проф. Воронич-Семченко Н. М.*

**Мета дослідження:** З'ясувати стан психофізіологічного розвитку дітей шкільного віку, які проживають у йододефіцитному регіоні.

**Матеріал та методи.** Обстежено 35 дітей віком від 8-и до 17-и років, які проживають на території йодної депривації (основна група) та 176 однолітків інтактного регіону (контрольна група). За віком усі школярі були розділені на три групи: 1-ша – діти віком від 8-ми до 10-ти років, 2-га – 11-14 років, 3-тя – 15-17 років. Психофізіологічний розвиток оцінювали шляхом вивчення особливостей уваги, її стійкості та концентрації в результаті проведення коректурної проби (Утенаїна В. В. и соавт., 2006). Для якісної характеристики уваги обчислювали коефіцієнти точності виконуваної роботи (оцінюється за кількістю допущених помилок), стійкості уваги (працездатність), швидкість опрацювання інформації. Дослідження темпу сенсомоторних

реакцій визначали за допомогою модифікованих таблиць Шульте (Утенаина В. В. и соавт., 2006).

**Результати.** За даними коректурної проби у всіх дітей гірського регіону коефіцієнт точності виконуваної роботи був менший на 14,86 - 16,10 % ( $p < 0,05$ ) порівняно з аналогічними показниками контролю. Школярі інтактного регіону при тестуванні допускали менше помилок, темп виконання роботи у них протягом 5-и хвилин залишався стабільно високим. Стійкість уваги дітей ендемічного регіону у всіх вікових групах зростала на 3-4-ту хвилину дослідження, а на 5-ту – знижувалась, що характеризує інертність психічних реакцій та швидкий розвиток втоми. У цілому дефіцит стійкості уваги цих школярів складав 14,65 - 42,70 % ( $p < 0,001$ ) порівняно із контрольними даними. У здорових однолітків стійкість уваги залишалась стабільно високою протягом усіх 5-ти хвилин тестування. Слід зазначити, що у них зростання стійкості уваги спостерігалось уже на 2-3-ій хвилині, що характеризує швидке впрацьовування у таких дітей. Швидкість аналізу інформації школярів йододефіцитного регіону мала чітку тенденцію до зниження на 5-ту хвилину тестування і була на 23,97 - 30,85% нижча у всіх вікових групах порівняно з аналогічними даними у однолітків інтактного регіону. Підтвердили зміни психофізіологічних функцій у дітей гірського регіону результати дослідження темпу сенсомоторних реакцій та особливостей уваги. Діти йододефіцитного регіону нерівномірно знаходили числа у таблицях Шульте. Кількість знайдених ними чисел була меншою на 10,32 - 28,63 % ( $p < 0,05$ ), ніж однолітками інтактного регіону. На 5-ту хвилину дослідження кількість знайдених цифр школярами вірогідно знижувалась, незалежно від віку. Такі результати характеризують лабільність уваги, зниження здатності до її концентрації. У той же час за даних умов діти контрольної групи зберігали високий темп роботи та стійкість уваги протягом усього часу тестування.

**Висновки.** У школярів, які проживають на території зобної ендемії, виявлена інертність психічних функцій, зниження стійкості уваги та здатності до її концентрації, сповільнений темп сенсомоторних реакцій щодо однолітків інтактного регіону. Такі зміни психофізіологічних функцій можуть бути зумовленими дефіцитом йоду.

Гуранич Т. В.

### **ЗМІНИ ВМІСТУ НІТРИТ-ІОНУ ТА АКТИВНОСТІ NO-СИНТАЗ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПОТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

*ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна  
Кафедра фізіології, завідувач кафедри - проф. Ємельяненко І.В., наук. кер. – проф. Воронич-Семченко Н. М.*

**Мета дослідження.** Вивчення вмісту нітрит-іону, активності NO-синтаз у тварин із експериментальним гіпотиреозом на тлі йододефіциту, комбінованим дефіцитом йоду та міді та дослідження можливостей ефективною корекції.

**Матеріал та методи.** Дослідження проводили на щурах, які були розділені на п'ять дослідних груп: тварини із експериментальним йододефіцитним гіпотиреозом (1-ша дослідна група,  $n=30$ ), тварини із комбінованим дефіцитом йоду та міді (2-га дослідна група,  $n=30$ ), тварини із корекцією комбінованого дефіциту йоду та міді йодидом калію (препарат „Йодид-100”) (3-тя дослідна група,  $n=30$ ), тварини із корекцією комбінованого дефіциту йоду та міді йодидом калію та сульфатом міді (4-та дослідна група,  $n=30$ ), тварини із корекцією комбінованого дефіциту йоду та міді йодидом калію, сульфатом міді,  $\alpha$ -токоферолу ацетатом та L-аргініну-аспаратом (препарат „Тівортін-аспарат”) (5-та дослідна група,  $n=30$ ). Тварини усіх дослідних груп знаходились на йододефіцитній дієті (Martinez-Galan J. R., 1997). Гіпотиреїдну дисфункцію моделювали, використовуючи тиреостатичний препарат мерказоліл (Чарнош С.М., 2007). Обмежене поступлення міді відтворювали введенням тваринам d-пеніциламіну (Masahiko Yamamoto et al., 1990). Тиреїдний статус оцінювали шляхом визначення вмісту тиреотропного гормону аденогіпофіза (ТТГ), вільного трийодтироніну ( $fT_3$ ), вільного тироксину ( $fT_4$ ) у сироватці крові. Для характеристики системи оксиду азоту визначали вміст нітрит-іону у сироватці крові (Green L., 1982), активність загальної NO-синтази (NOS), конститутивної NO-синтази (cNOS) та індукційної NO-синтази (iNOS) у тканинах головного мозку, серця та печінки (Сумбаєва В.В., Ясинська І.М., 2002). Для контролю відповідні дослідження проводили на 30 інтактних щурах. Утримання, вигодовування та евтаназія відповідали міжнародним вимогам щодо гуманного відношення до тварин.

**Результати.** Встановлено, що за умов гіпотиреїдної дисфункції на тлі йододефіциту виникають суттєві зміни показників системи L-аргінін-NO. Найбільш виражені зміни NO-синтаз зафіксовано у тканині головного мозку тварин 1-ї та 2-ї дослідних груп, де активність NOS зросла у 2,0 та 2,5 рази ( $p < 0,05$ ), а cNOS – у 4,0 та 5,5 рази ( $p < 0,05$ ) відповідно щодо контрольних даних. У тканині печінки щурів із експериментальним гіпотиреозом та комбінованим дефіцитом йоду і міді відмічалось зменшення активності NOS та cNOS на 72,23% і 66,39% ( $p < 0,05$ ) та 51,72% і 71,6% ( $p < 0,05$ ) відповідно проти контролю. Зміни показників iNOS та вмісту нітрит-іону в сироватці крові у щурів обох дослідних груп були більш інертними. Ефективним для корекції тиреїдного статусу є введення тваринам йодиду калію, про що свідчить зростання вмісту  $fT_3$ ,  $fT_4$  у сироватці крові на тлі зниження ТТГ. При цьому показники системи оксиду азоту не зазнавали суттєвих змін. Необхідно відмітити достовірне зростання ефективності корекції при залученні до схеми лікування  $\alpha$ -токоферолу та L-аргініну, що підтверджується змінами показників тиреїдного статусу та системи оксиду азоту. Зокрема, у тварин 5-ї дослідної групи дані активності NO-синтаз у тканинах печінки та головного мозку вірогідно не відрізнялись від аналогічних показників у інтактних тварин.

**Висновки.** Таким чином, за умов гіпотиреоїдної дисфункції на тлі обмеженого поступлення до організму йоду та міді виникають виражені зміни показників L-аргінін-NO, які потребують диференційованого підходу щодо їх корекції. Ефективним для відновлення тиреоїдного статусу та показників системи оксиду азоту є введення тваринам мікроелементів (йоду та міді), а також антиоксидантів ( $\alpha$ -токоферолу) та донаторів оксиду азоту (L-аргініну).

*Николишин Л. В.*

### **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ КИСНЕЗАЛЕЖНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ЩУРІВ ІЗ ГІПОТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ КОРЕКЦІЇ ПРЕПАРАТАМИ ЙОДУ, СЕЛЕНУ, АНТИОКСИДАНТАМИ ТА ДОНАТОРАМИ ОКСИДУ АЗОТУ**

*ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна  
Кафедра фізіології, завідувач кафедри - проф. Ємельяненко І. В., наук. кер. – проф. Воронич-Семченко Н. М.*

У раціональному харчуванні важлива роль належить збалансованому систематичному споживанню макро- та мікроелементів. До життєво необхідних мікроелементів належить йод, дефіцит якого відіграє визначальну роль у формуванні гіпотиреоїдної дисфункції. В останні роки у патогенезі гіпофункції щитоподібної залози вивчають роль інших есенціальних мікроелементів (зокрема, селену). Селен входить до складу ферментів йодтиронін-5-дейодинази, глутатіонпероксидази (ГП), забезпечує захист мембран клітин від дії токсичних продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), сприяє виведенню вільних радикалів із організму.

Тому **метою** даного дослідження було вивчення киснезалежних процесів та стану антиоксидантного захисту у щурів із експериментальним гіпотиреозом, за умов корекції гіпотиреоїдної дисфункції препаратами йоду, селену, антиоксидантами та донаторами оксиду азоту.

**Матеріали і методи.** Дослідження виконували на білих безпородних статевозрілих щурах масою 100-150 г, які були розділені на п'ять дослідних груп: 1-ша (n=30) - тварини із гіпофункцією щитоподібної залози (Чарнош С.М., 2007) на тлі йододефіциту (Martinez-Galan J. R., 1997), 2-га (n=30) - тварини із гіпотиреоїдною дисфункцією на тлі комбінованого дефіциту йоду та селену (Барышева Е.С., 2008), 3-тя (n=30) та 4-та (n=30) – щури із корекцією мікроелементного дисбалансу йодидом калію (Воронич-Семченко Н.М., 2007) та у комбінації із селеном, 5-та (n=30) - тварини із корекцією комбінованого дефіциту йоду та селену йодидом калію, селеном,  $\alpha$ -токоферолу ацетатом (Тучак О.І., 2009) та L-аргініну-аспартатом. Контрольну групу склали 30 інтактних тварин. Для оцінки рівня процесів ПОЛ знаходили вміст дієнових кон'югатів (ДК), малонового альдегіду (МА) у сироватці крові та тканинах проміжного мозку, щитоподібної залози і печінки. Вільнорадикальне окиснення білків (ПОБ) оцінювали за рівнем їх окислювальних модифікацій (ОМБ) методом спектрофотометрії при довжинах хвилі 356, 370, 430, 530 (нм) у всіх досліджуваних тканинах. Антиоксидантний статус характеризували за активністю каталази (К), супероксиддисмутази (СОД), вмістом церулоплазміну (Цп), глутатіонпероксидази (ГП) і глутатіонредуктази (ГР) у сироватці крові, насиченістю трансферину залізом (Тр).

**Результати.** Встановлено, що у тварин із мікроелементним дисбалансом (1-ша та 2-га дослідні групи) активуються процеси ліпопероксидації (зростання вмісту ДК у сироватці крові та тканині щитоподібної залози, МА – у сироватці крові та проміжному мозку), сповільнюються реакції ПОБ (зниження окремих фракцій ОМБ у досліджуваних тканинах) на тлі зниження антиоксидантного захисту (за рахунок СОД, Тр, Цп, Гр). За умов корекції гіпотиреоїдної дисфункції йодидом калію спостерігали стабілізацію ПОЛ, про що свідчить вірогідне зменшення вмісту ДК у тканині серця та МА у тканинах проміжного мозку, серця та печінки), зростання вмісту антиоксидантних ферментів у сироватці крові на тлі зниження активності К. Введення до схеми корекції антиоксидантів та донаторів оксиду азоту має позитивний вплив на відновлення балансу в системі ПОЛ-АОС.

**Висновки.** У щурів із гіпотиреоїдною дисфункцією на тлі мікроелементного дисбалансу активуються процеси ліпопероксидації та знижується антиоксидантний статус. Ефективними для корекції виявлених змін є препарати йоду та селену. У більшій мірі стабілізує перебіг киснезалежних процесів та підвищує антиоксидантний захист введення до схеми корекції антиоксидантів та донаторів оксиду азоту.

*Стецевьят В. Б.*

### **ВЛИЯНИЕ ХЛОРА И ФТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЙОДИДОМ КАЛИЯ**

*ГВУЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, г. Івано-Франківськ, Україна  
Кафедра фізіології, зав. каф. - проф. Ємельяненко І. В., науч. рук. – проф. Воронич-Семченко Н. М.*

Не смотря на множество экспериментальных и клинических исследований, посвященных изучению йододефицитных заболеваний, в Украине наблюдается тенденция по увеличению заболеваемости на тиреоидную патологию. Все чаще регистрируются случаи гипотиреоидной дисфункции не только в эндемических регионах, но и на территориях с достаточным содержанием йода в окружающей среде. Ограниченными являются данные о роли других макро- и микроэлементов в патогенезе эндемического зоба. В последнее время все больше внимания уделяется изучению эссенциальных микроэлементов (селена, цинка, железа и др.) и их роли в патогенезе гипотиреоидной дисфункции щитовидной железы. Известно о роли токсических микроэлементов (кадмия) на тиреоидный гомеостаз.

**Цель исследования.** Изучение влияния хлора и фтора на эффективность коррекции тиреоидного статуса животных с гипопункцией щитовидной железы йодидом калия.

**Материал и методы.** Исследования проведены на 70 половозрелых крысах массой 150-230 г. 60 животных находились на йододефицитной диете (Martinez-Galan J.R., 1997), а 10 – на стандартном питательном рационе. Содержание, вскармливание и эвтаназия соответствовали международным требованиям гуманному отношению к животным. Тиреоидный статус животных оценивали за уровнем  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ в сыворотке крови, а также определяли индексы  $ТТГ/T_4$ ,  $T_3/T_4$ . Для изучения состояния йодного обеспечения животных в их моче определяли содержание йода. Указанные показатели изучали в условиях гипопункции щитовидной железы в условиях йододефицита (1-я экспериментальная группа, n=15), коррекции йододефицита йодидом калия (препарат „Йодид-100”, 2-я экспериментальная группа, n=15) и при одновременном введении йодида калия и хлорида натрия или фторида натрия (соответственно 3-я и 4-я экспериментальные группы, по 15 животных). Контрольную группу составили интактные животные (n=10)

**Результаты.** В результате исследования установлено, что тиреоидный статус животных в условиях йодной депривации характеризуется снижением содержания  $T_3$ ,  $T_4$  и увеличением уровня ТТГ в сыворотке крови, а также нарушением соотношения между гормонами (изменения индексов  $ТТГ/T_4$ ,  $T_3/T_4$ ). Подтверждает наличие йододефицита у животных снижение содержания йода в моче. Эффективным для коррекции гипотиреоидной дисфункции является введение животным йодида калия, о чем свидетельствует увеличение содержания  $T_3$  и  $T_4$  в сыворотке крови, снижение ТТГ, увеличение йода в моче. При этом показатель  $T_3/T_4$  у животных 2-ой экспериментальной группы достоверно не отличался от аналогичного показателя у интактных крыс. Положительный эффект от использования йодида калия в условиях введения животным хлорида натрия снижался, о чем свидетельствует уменьшение содержания  $T_3$  и  $T_4$  в сыворотке крови соответственно на 25,3 % и на 24,1 % ( $p_{2,3}<0,05$ ), снижение индекса  $T_3/T_4$  на 18,1 % ( $p_{2,3}<0,05$ ) относительно аналогичных показателей 2-ой экспериментальной группы, а также снижение  $T_3/T_4$  на 23,8 % ( $p<0,05$ ) относительно контроля. Аналогичные изменения наблюдались у крыс 4-ой экспериментальной группы:  $T_3$  был меньше на 16,3 % ( $p_{2,4}<0,05$ ),  $T_4$  – на 38,4 % ( $p_{2,4}<0,05$ ),  $T_3/T_4$  – 31,6 % ( $p_{2,4}<0,05$ ) относительно животных с монотерапией йодидом калия.

**Выводы.** Эффективным для коррекции гипотиреоидной дисфункции является йодид калия. Уменьшает эффективность лечения поступление в организм животных хлоридов и фторидов, что надо учитывать при терапии тиреоидной патологии препаратами йода.

## ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВО-ДОСЛІДНА ЛАБОРАТОРІЯ

*Белецкий С.Г., Шрамко А.С.*

### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий отделом и научный руководитель – ЗДНТУ, проф. Шлопов В.Г.*

**Цель исследования** – Целью данного исследования было определить, рентгенографически, морфологические характеристики маточных труб у женщин детородного возраста.

**Материал и методы.** С 2011 по 2012 были собраны результаты исследования женщин в возрасте 19-45 лет проходящих оценку плодородия кто имел нормальные сальпингограммы. Женщины, которые имели патологию изображений на сальпингограммах, УЗИ, гистероскопиях, с патологией малого таза, лихорадкой, или во время сальпингограммы принимали оральные контрацептивы были исключены. Из общего числа исследуемой группы патологию маточных труб отметили в 8% случаев.

**Результаты исследования.** Мы проанализировали сальпингограммы 67 женщин. Интерстициальные части трубы воронкообразные. Средний диаметр проксимальной трубной открытии составил  $1,07 \pm 0,43$  мм. Средняя длина интерстициальной части была  $5,27 \pm 4,28$  мм, а средний внутренний диаметр средних и дистальных сегментов интерстициальной части были  $0,50 \pm 0,22$  мм и  $0,32 \pm 0,12$  мм соответственно. Самая узкая часть маточной трубы была дистального сегмента интерстициальной части, которая существенно отличается от внутреннего диаметра перешейка ( $0,46 \pm 0,28$  мм).

**Выводы.** Это исследование предоставляет подробные данные о нормальной маточной трубе, что может иметь значение при разработке новых противозачаточных средств, лечения бесплодия, а также рассмотрения маточной трубы как ауто трансплантата при пластиках дистальной трети мочеточников у женщин.

*Гончарова С.В.*

### ПАТОМОРФОЛОГІЯ НИЗЬКО- ТА НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,*

*Відділ патоморфології Центральної науково-дослідної лабораторії*

*Завідувач відділу – ЗДНТУ, проф. Шлопов В.Г., науковий керівник – проф. Волос Л.І.*

**Мета дослідження:** Визначити морфологічні ознаки раку молочної залози різного ступеня катаплазії для забезпечення вірогідності та об'єктивності патогістологічного діагнозу.

**Матеріал і методи:** Морфологічно вивчено 47 спостережень раку молочної залози до лікування: G3 (низькодиференційований) – 24 випадки і G4 (недиференційований) – 23 випадки у жінок у віці до 45 років.

**Результати дослідження:** Клітини паренхіми низькодиференційованого часточкового інвазивного раку молочної залози (G3) широко варіюють за величиною і формою. По периферії пухлинних комплексів переважають полігональні клітини зі світлою, слабко еозинофільною цитоплазмою, які містять овоїдні ядра з нерівномірним розподілом хроматину, що переважно конденсується в периферичних відділах, ближче до ядерної мембрани. Співвідношення ядра і цитоплазми в таких клітинах при візуальній оцінці приблизно рівне. Для частини пухлинних комплексів, що розташовуються поблизу базальної мембрани, характерні гіперхромні ядра, що займають майже весь об'єм клітини. Ці ядра оточені вузьким ободком базофільної цитоплазми. Виявляється велике число патологічних форм мітозів. Клітини паренхіми недиференційованого часточкового інвазивного раку молочної залози (G4) до лікування відрізняються різко вираженою катаплазією, поліморфізмом і дисконкомплексцією пухлинних клітин. Ядра великі поліморфні, гіперхромні з крупнодисперсним розподілом хроматину, містять декілька добре контурованих ядерців. Виявляється багато патологічних форм мітозу. Співвідношення стромы і паренхіми варіабельне, на окремих ділянках виражене переважання стромы зумовлене набряком і розпушенням волокнистої сполучної тканини. Виявляються ділянки гнійного запалення і великі осередки некрозу.

**Висновок.** Рак молочної залози – одна з найчастіших пухлин і на неї припадає майже чверть всіх новоутворень у жінок. Серед злоякісних пухлин у жінок рак молочної залози займає перше місце. До особливих характеристик низько- і недиференційованих інфільтративних карцином молочної залози варто віднести велику частоту проростання стінок кровоносних і лімфатичних судин і наявність у них пухлинних емболів як у центральних, так і в периферичних відділах пухлини

*Діброва Ю. В.*

### **ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ВІДПОВІДНОСТІ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПУ**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Кафедра патологічної анатомії, Зав. каф. – д.мед.н., проф. В.М. Благодаров  
Науковий керівник – ЗДНТУ, д.мед.н., проф. В.П. Терещенко*

**Мета дослідження** – визначити патоморфологічне підґрунтя тяжкого перебігу грипу на прикладі його А(Н1N1) – різновиду.

**Матеріал та методи.** Досліджено матеріали 10 розтинів померлих осіб віком від 26 до 53 років. Задіяно оглядові морфологічні методи досліджень.

**Результати.** Етіологія захворювання була підтверджена вірусологічно. За даними структурного аналізу слизові оболонки гортані та трахеї були набряклі, гіперемовані, потовщені, тьмяні, з пливчастими нашаруваннями брудно-сірого кольору. Поверхневий епітелій десквамований, з ознаками плоскоклітинної метаплазії. Субепітеліальна сполучна тканина гіперемована, наявні дрібновогнищеві геморагії і поодинокі дифузні лімфоцитарні інфільтрати. Просвіти бронхів дилатовані, заповнені слизом, що містив велику кількість макрофагів. Бронхіальний епітелій з множинними вогнищами плоскоклітинної метаплазії, зустрічались поодинокі інтраепітеліальні плазматичні клітини. У просвіті дрібних бронхів, альвеолярних ходів і поодиноких альвеол документували скупчення багатоядерних симпластів. Характерні зміни спостерігалися в легенях. Вони були збільшені в розмірах, дифузно ущільнені, «м'ясистої» консистенції, безповітряні, строкаті (чергування темно-червоних, червоно-бордових та невеликих світло-червоних ділянок). Тканини легень надмірно гідратовані, з поверхні розрізу легень стікала велика кількість пінистої сіро-рожевої рідини, темної крові та тьмяної пінистої рідини. Альвеоли заповнені набряковою рідиною та коагулятами фібрину. В альвеолах та альвеолярних ходах сформовані гіалінові мембрани. Крім того відмічались вогнищеві інтраальвеолярні геморагії, локальний гемосидероз, порожнини містили надмірну кількість клітин з переважанням макрофагів та лімфоцитів. Подекуди в альвеолах скупчувалися нейтрофіли. Міжальвеолярні перетинки були потовщені внаслідок інтерстиційного набряку, наявності незначного дифузного лімфоцитарного інфільтрату та гіперемії капілярів.

**Висновок.** Як і при інших різновидах грипу, тяжкий перебіг захворювання визначали глибокі та розповсюджені патоморфологічні зміни органів дихання з розвитком дихальної недостатності, респіраторної, циркуляторної та тканинної гіпоксії.

*Кузьменко О. Ю.*

### **ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Отдел патоморфологии Центральной научно-исследовательской лаборатории  
Научный руководитель – ЗДНТУ, проф. Шлопов В. Г.*

**Цель исследования.** Изучение клинико-эпидемиологических особенностей гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных.

**Методы.** Изучены источники зарубежной и отечественной литературы по поводу гнойно-воспалительных



заболеваний у новороджених дітей. Епітопами були кожа, глаза, пупок, зев и нос, кишечник. Для определения этиологии заболевания всем детям проводили бактериологический посев с различных эпителиев.

**Результаты.** По данным различных авторов абсолютное большинство (60-80%) новорождённых родились доношенными и в результате естественных родов. Наиболее часто были зарегистрированы инфекционные заболевания кожных покровов и слизистых оболочек — везикулопустулёз (до 40%), гнойный конъюнктивит (15-20%) и омфалит (12-15%), реже — пневмония (4-6%), пиодермии (3-5%), панариций (3-5%) и поражение мочевыводящих путей (6-8%). В 80-90% случаев гнойно-воспалительные заболевания протекали в средне-тяжёлой форме. Воспалительные изменения в крови обнаружены лишь в 10-15% случаев, они проявлялись лейкоцитозом и нейтрофилёзом различной степени выраженности. В подавляющем большинстве (90%) случаев заболевание развивалось в первые 3 дня после рождения, что свидетельствует об интранатальном либо внутриутробном пути инфицирования этих новорождённых. В 40-50% случаев у женщин во время беременности возникали инфекционные заболевания урогенитального тракта. При микробиологическом исследовании из наружных эпителиев наиболее часто высевали *S. aureus* и *S. epidermidis*.

**Вывод.** По данным отечественной и зарубежной литературы, наиболее распространёнными гнойно-воспалительными заболеваниями у новорождённых, были заболевания кожных покровов и слизистых оболочек — везикулопустулёз, гнойный конъюнктивит и гнойный омфалит, развитие которых происходило в первые 3 дня после рождения, а основными этиологическими факторами их возникновения были *S. aureus* и *S. epidermidis*

*Trofimets D.A.*

## **PATHOMORPHOLOGY OF ACTINIC KERATOSIS AS THE MALIGNANT NEOPLASMS**

*Donetsk national medical university named after M.Gorky*

*City clinical hospital №2 «Energetik», Donetsk*

*Department of pathology, the head of department – prof. Shlopov V.G.,  
the supervisor of studies – prof. Svistunov I.V.*

**Background and purpose.** Actinic keratoses (AKs) are proliferations of transformed, neoplastic keratinocytes confined to the epidermis induced by exposure to ultraviolet (UV) radiation in sunlight. They are extremely prevalent and are seen in most middle-aged to elderly Caucasian persons with a history of significant sun exposure. These lesions are currently termed AKs while they remain confined to the epidermis, but when they extend more deeply to involve the papillary and/or reticular dermis, they are termed squamous cell carcinoma (SCC). The term AK was developed on the basis of clinical appearance and texture of these lesions without regard to histopathology or pathobiology.

**Methods and Materials.** This study was based on a current and historical literature review.

**Results.** AKs and SCC represent the same disease process at different stages of evolution. Neoplastic transformation occurs in keratinocytes exposed to UV radiation manifest primarily as mutations in the p53 gene. In time, these cells proliferate in the epidermis and eventually extend into the dermis at which point metastatic spread can occur. Cytological atypia is visible in early stages and is identical to that seen in SCC that is present in the dermis or in metastatic lesions. This sequence of events is directly analogous to that of evolving carcinoma of the uterine cervix that has been termed cervical intraepithelial neoplasia.

**Conclusion.** AKs are malignant neoplasms in evolution and demonstrate histological and molecular genetic features of malignancy. Because the name currently used to describe these lesions does not reflect the pathobiology of the process, we propose that a new, more appropriate name be given to these lesions. We propose that a classification scheme analogous to that used by gynecologists for evolving carcinoma of the uterine cervix using the terminology “keratinocytic intraepidermal neoplasia” or another term such as “solar keratotic intraepidermal SCC” be used to define these lesions and that the term actinic (solar) keratosis be eliminated.

*Евпак О. В.*

## **ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНЫЕ КАРЦИНОМЫ ЛОХАНКИ ПОЧКИ И МОЧЕТОЧНИКА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий и научный руководитель – ЗДНТУ, профессор Шлопов В.Г.*

**Цель исследования:** Изучить морфологические особенности переходно-клеточной разновидности уротелиальных карцином лоханки почки и мочеточника; определить наиболее эффективные способы лечения данных опухолей.

**Материалы и методы.** Проведен анализ источников литературы зарубежных авторов с 2006 по 2013 гг. Определены основные черты строения переходно-клеточных карцином, их клинические проявления, группы риска, методы, используемые для выявления и лечения данных опухолей, а также прогностические факторы рецидива и метастазирования переходно-клеточных карцином после лечения.

**Результаты.** Переходно-клеточные карциномы лоханки почки и мочевого пузыря возникают довольно редко и составляют 5% всех уротелиальных опухолей. Основным симптомом данного заболевания является макроскопическая гематурия (80% случаев), иногда боль в боку (20-40% случаев). Наиболее информатив-

ный метод инструментального обследования - экскреторная урография (100% случаев). Основным методом лечения этих опухолей считается нефроуретерэктомия.

**Выводы.** Подобные опухоли развиваются в основном у мужчин. Большинство переходно-клеточных карцином лоханки почки и мочеточника – инфильтративны, и для их лечения используется нефроуретерэктомия, химиотерапия играет вспомогательную роль. Не обнаружено ни одной клинико-патологической переменной, которая повышала бы риск развития рецидива; инфильтративная опухоль может метастазировать за пределы мочевыводящих путей.

*Prilutska A.S., Prilutskiy A.A.*

## **BENIGN MELANOCYTIC LESIONS AS PRECURSORS FOR THE DEVELOPMENT OF CUTANEOUS MELANOMA**

*Donetsk national medical university named after M. Gorky*

*Department of dermatovenerology, department of pathology, the head of department – prof. Shlopov V.G., the supervisor of studies – prof. Svistunov I.V.*

**Objective.** To assess the frequency of the histologic association of benign melanocytic lesions with cutaneous melanoma of a maximum thickness of 1,00 mm. The possibility that the spatial association of benign lesions with melanoma may be coincidental was also investigated.

**Materials and Methods.** The study subjects representing 14 cases of cutaneous melanoma of maximum thickness 1,00 mm (or less) were examined histologically for the presence of an associated benign melanocytic lesions, including lentiginous melanocytic proliferation, compound or intradermal nevus, dysplastic nevus and congenital nevus contiguous with or adjacent to the melanoma. The effects of age, tumor thickness, level of invasion, histologic type, and anatomic site on the association of benign melanocytic lesions with melanoma were assessed. In the control subjects 5 basal cell carcinomas and 5 compound nevi (not dysplastic) randomly chosen and matched for age (+/- 1 year) and site (head/neck, trunk, upper and lower limbs) with a melanoma case were examined to assess the proportion of these cases associated with benign lesions compared with the matched melanoma cases.

**Results.** A nevus was associated with melanoma in 50% of cases (n = 7). Of the remaining 7 cases, 4 (57%) were dysplastic nevi, 2 (29%) were common acquired nevi, and 1 (14%) were congenital nevi. Lentiginous melanocytic proliferation was present in the epidermis adjacent to 10 melanomas (71%) and in 50% (n=2) of these 4 cases a coexisting nevus was also present.

**Conclusion.** The results of this study lend further support to the concept of common acquired nevi and dysplastic nevi as precursors of cutaneous melanoma. In addition, lesions diagnosed clinically as simple lentigo and solar lentigo may be important as potential precursors of melanoma, particularly in the elderly.

*Евнак О. В.*

## **ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ УРОТЕЛИАЛЬНЫХ КАРЦИНОМ ЛОХАНКИ ПОЧКИ И МОЧЕТОЧНИКА**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий и научный руководитель – ЗДНТУ, профессор Шлопов В.Г.*

**Цель исследования:** Изучить морфологические особенности гистологических разновидностей уротелиальных карцином лоханки почки и мочеточника.

**Материалы и методы.** Проведен анализ источников литературы зарубежных авторов с 2006 по 2013 гг. Выделены основные черты строения и диагностические отличия различных разновидностей уротелиальных карцином.

**Результаты.** Установлено, что уротелиальные карциномы лоханки почки и мочеточника в большинстве случаев высокодифференцированы и имеют склонность к частому возникновению в них необычных морфологических черт и метапластических феноменов. Наиболее часто встречаются сквамозная и железистая дифференциация; нередко в тканях одной опухоли могут определяться несколько разновидностей уротелиальных карцином.

**Выводы.** По данным литературы, уротелиальные карциномы лоханки почки и мочеточника могут иметь множество гистологических черт, похожих на те, что определяются в мочевом пузыре; но, в отличие от последних, карциномы лоханки почки обычно высокодифференцированы а также зачастую имеют признаки, не характерные для уротелиальных опухолей. Для постановки верного диагноза важно правильное взятие проб, а также использование специфических иммуногистохимических маркеров.

*Prilutskiy A.A., Prilutska A.S.*

## **PATHOMORPHOLOGY OF BASAL CELL CARCINOMA AND CLINICAL VARIANTS**

*Donetsk national medical university named after M. Gorky*

*Department of dermatovenerology, department of pathology, the head of department – prof. Shlopov V.G., the supervisor of studies – prof. Svistunov I.V.*

**Purpose.** To study the characteristics and morphological differences of clinical variants of basal cell carcinoma.

**Cases and Methods.** The studied group included 35 cases of basal cell carcinoma selected from histopathologic archive of Department of Dermatology and City Dermatologic hospital, Donetsk National Medical University. The samples were selected by a simple sampling method. Paraffin-embedded tissue sections were obtained from archival tissue blocks of the hospital. Hematoxylin and eosin sections were reviewed to confirm diagnosis.

**Results.** This study included 35 cases of basal cell carcinoma. Different variants as nodular, cystic, micronodular, superficial, pigment basal cell carcinoma are described in our cases and the differential diagnosis in some cases could be difficult. Nodular basal cell carcinoma comprises about 80% of the all cases and occurs most often on the skin of the head. Clinically it is presented by elevated, exophytic pearl-shaped nodules with telangiectasie on the surface and periphery. Subsequently, nodular basal cell carcinoma can extend into ulcerative or cystic pattern. The endophytic nodules are presented clinically as flat enduring plaques. The hemorrhagic lesions can resemble hemangioma or melanoma, especially if are pigmented. The lesions with big sizes and the central necrosis are defined as ulcus rodens. Histology reveal nest-like infiltration from basaloid cells. Differential diagnosis can be made by traumatically changed dermal nevus and amelanotic melanoma. Infiltrated basal cell carcinoma in our 4 cases is presented as thin bundles of basaloid cells with nest-like configuration located between the collagenous fibers on the dermis and infiltrating in the depth. Clinically, it is a whitish, compact, not-well defined plaque. The most common localization is in the upper part of the trunk or the face. Seldom had the paresthesia or hyperesthesia as a symbol of perineural infiltration appeared, especially when the tumor is localized on face. This clinical version is often underestimated when the borders of surgical excision are estimated. Histologically this variant is presented as thin, nest-like bundles of basaloid cells infiltrating in the dermal collagenous fibers. Superficial basal cell carcinoma occurs as erythematous plaque with different sizes (from several millimeters to more than 10 cm). It is about 30% of basal cell carcinoma and occurs on the body skin. There is an erythematous squamous plaque with clear borders, pearl-shape edge, superficial erosion, without tendencies for invasive growth. The regression areas are presented as pale sections with fibrosis. The differential diagnosis includes Bowen disease, psoriasis, or eczema. The numerous superficial basal cell carcinoma are met often in case of arsenic exposure. Histology showed nests of basaloid cells located subepidermally, with clear connection with the basal layer of the epidermis and no infiltration of tumor cells in the reticular dermis.

**Conclusion.** The results of the present study indicate that basal cell carcinoma is a relatively frequent disease which is regularly diagnosed at the outpatients' practice. The early diagnostics based on the good knowledge and timely organized and adequate treatment is a precondition for better prognosis. Despite the slow progress and numerous therapeutic methods, the basal cell carcinoma should not be underestimated. Numerous methods of treatment do not absolutely dissolve the risk of relapses and if the case is neglected, let without further control or received no adequate therapy, basal cell carcinoma may destroys the underlying tissues and spread metastases.

*Орехов О.А.*

## **МОРФОГЕНЕЗ УШКОДЖЕНЬ СЕРОЗНИХ ОБОЛОНОК ПОРОЖНІХ ОРГАНІВ ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБІ З ЧАСТКОВОЮ АБО ПОВНОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ**

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

*Кафедра хірургії з основами абдомінальної та ендоскопічної хірургії,  
завідувач кафедри і науковий керівник – проф. Бондарев Р.В.*

**Мета дослідження** – встановити морфогенез ушкоджень серозних оболонок порожніх органів при спайковій хворобі з частковою або повною кишковою непрохідністю.

**Матеріал і методи.** Проведене комплексне морфологічне дослідження операційного матеріалу серозних оболонок порожніх органів із частковою або повною кишковою непрохідністю у 26 хворих, в яких при мікроскопічному дослідженні переважало альтеративно-ексудативне запалення в стінці органів у вигляді флегмонозного і флегмонозно-некротичного запалення. Шматочки тканини фіксували в нейтральному 10%-ому формаліні, проводили через спирти висхідної концентрації, заливали в парафін за стандартною методикою. На ротаційному мікромомі МПС-2 виготовляли серійні гістологічні зрізи товщиною  $5 \pm 1$  мкм, які потім забарвлювали гематоксиліном та еозином, за ван Гізоном, Вергоффом, трихромом за Массоном, на фібрин за Шуєніновим, толуїдиновим синім при рН 2,6 і 5,3, ставили ШИК-реакцію з обробкою контрольних зрізів амілазою. Поряд із світловою проводилася поляризаційна мікроскопія.

**Результати.** Залучення в запальний процес серозної оболонки при флегмонозному і флегмонозно-некротичному запаленні в досліджуваних органах спостерігалось в  $91,6 \pm 4,8\%$  випадків. У більшості випадків запальний інфільтрат складався переважно з поліморфно-ядерних лейкоцитів, виявлявся у вигляді вогнищ різних розмірів, частина з яких розташовувалася периваскулярно. Відзначалися набряк субсерозної зони, збереження базальної мембрани і мезотеліального шару очеревини з явищами їх набухання і десквамацією одиничних мезотеліальних клітин. У  $12,7 \pm 2,1\%$  досліджуваних випадків даної групи відзначалося виражене гостре гнійне та гнійно-некротичне запалення в серозній оболонці з руйнуванням субсерозного шару, порушенням цілісності вісцерального листка очеревини і масивними фібринозними накладеннями. В колагенових волокнах зменшується інтенсивність ШИК-реакції і метахромазії в слизу при фарбуванні толуїдиновим синім (рН-5, 3), що свідчить про зниження в ній концентрації нейтральних мукopolісахаридів.

ридів і глікозаміногліканів. В окремих колагенових пучках в лінійно-поляризованому світлі різко знижена яскравість подвійного променезаломлення, аж до осередкової втрати цими волоконцями анізотропних властивостей. У  $6,2 \pm 0,3\%$  випадків в серозній оболонці виявлявся інтенсивний запальний інфільтрат, представлений поліморфно-ядерними лейкоцитами з домішкою великої кількості моноцитів-макрофагів, плазматичних клітин і лімфоцитів. Серед них виявляються веретеноподібні клітини зі світлою, злегка базофільною цитоплазмою, овальним світлим ядром, яке містить рівномірно розпилений хроматин і 2-3 ядрця (фібробласти). У периваскулярній зоні виявляються одиничні фибробласти, а в ділянках пошкодження цілісності серозної оболонки і фібринозних накладень відзначаються нечисленні скупчення цих клітин без упорядкованого їх розташування. Морфологічна будова спайок у вигляді тонких ниток або невеликих площинних утворень з м'яко-еластичною консистенцією була нами відзначена у пацієнтів, в анамнезі яких операція проводилася з приводу катарального запалення (апендицит, холецистит, сальпінгіт і т.і.) з наявністю дрібних вогнищ пошкодження і порушення цілісності серозного покриву органу, а також за наявності флегмонозного запалення з незначними запальними та мікроциркуляторними змінами в серозній оболонці.

**Висновки.** Таким чином, морфологічна картина з вираженими альтеративно-ексудативними змінами в серозній оболонці і великими ділянками порушення цілісності базальної мембрани з мезотеліальною вистилкою, а також явища трансформації «молодої» сполучної тканини в рихлу волокнисту сполучну тканину у спайках, місцями – з утворенням ділянок щільної неоформленої сполучної тканини, поява камбіальних клітин сполучної тканини (фібробластів) серед запального інфільтрату в серозній оболонці і субсерозній зоні спостерігалася у пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання з приводу флегмонозного або флегмонозно-некротичного запалення в стінці органів.

*Щенко К.Б.*

### **КАРЦИНОМА НИРКОВОЇ МИСКИ І СЕЧОВОДУ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,*

*Відділ патоморфології Центральної науково-дослідної лабораторії, науковий керівник – проф. Волос Л.І.*

**Мета дослідження.** Встановити клініко-морфологічні особливості карциноми ниркової миски та сечоводу для визначення критеріїв прогресування та рецидивування раку.

**Матеріал і методи.** Ретроспективно вивчено дані первинного обстеження і п'ятирічного диспансерного спостереження після радикального оперативного лікування 39 хворих на перехідноклітинний рак ниркової миски і сечоводу. Морфологічно досліджено препарати видаленої тканини новоутворень із застосуванням загальнооглядових та сучасних імуногістохімічних методик. Визначали проліферативну активність (Ki-67) пухлин нирки, стромальний компонент і співставляли з ознаками прогресування та рецидивування раку в сечовий міхур і п'ятирічну виживаність пацієнтів.

**Результати.** П'ятирічна виживаність без прогресування раку була нижчою у хворих з лівобічним розташуванням пухлини ( $p = 0,043$ ), пізнім зверненням до спеціаліста за наявності симптомів захворювання ( $p = 0,035$ ), високим рівнем креатиніну ( $p = 0,024$ ), більшою глибиною інвазії ( $p = 0,003$ ), низьким ступенем диференціювання ( $p = 0,002$ ), рецидивуючим перебігом ( $p = 0,042$ ), високим індексом проліферації Ki-67 ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,003$ ), а також більш вираженою інфільтрацією пухлинної строми макрофагами ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,015$ ). При регресійному аналізі про ймовірність рецидивування раку в сечовий міхур найбільш точно свідчили низький ступінь диференціювання ( $p = 0,0001$ ) і високі значення індексу Ki-67 ( $p = 0,0005$ ). При прогнозуванні п'ятирічної виживаності без прогресії згідно з результатами багатофакторного аналізу (RI = 0,81; F = 40,93;  $p < 0,0001$ ) найбільш цінними ознаками виявилися ступінь диференціювання G, індекс Ki-67 і вираженість стромальної інфільтрації макрофагами.

**Висновки.** Сукупна оцінка клінічних, традиційних морфологічних, а також додаткових морфометричних та імуногістохімічних показників у хворих з карциномами ниркової миски і сечоводу дозволяє уточнити ризик рецидивування і прогресування раку.

*Ishchenko K.B.*

### **HIGH-GRADE UROTHELIAL CARCINOMA OF THE RENAL PELVIS: CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 33 CASES WITH UNUSUAL MORPHOLOGIC VARIANTS**

*Donetsk national medical university named after M. Gorky*

*Department of pathology, the head of department and supervisor of studies – prof. Shlopov V.G.*

**Purpose.** To study of 33 cases of high-grade urothelial carcinomas of the renal pelvis with unusual morphologic variants.

**Materials and Methods.** The studied group included micropapillary areas (5 cases), lymphoepithelioma-like carcinoma (2 cases), sarcomatoid carcinoma (3 cases, including pseudoangiosarcomatous type), squamous differentiation and squamous cell carcinoma (10 cases), clear cells (2 cases), glandular differentiation (2 cases), rhabdoid, signet-ring or plasmacytoid cells (3 cases), pseudosarcomatous stromal changes (3 cases) and intratubular extension into the renal pelvis (3 cases).

**Results.** Pathological staging was available in 33 patients; of these, 23 cases (69,7%) were in high stage (pT2–pT4) and 10 (26%) were in low stage (pTis, pTa, pT1). Clinical follow-up ranging from 1 to 256 months (median: 50 months) was available in 28 patients; of these, 18 (78,2%) died of tumor with a median survival of 31 months. The patients who did not die of their tumors showed only minimal or focal infiltration of the renal parenchyma by urothelial carcinoma, whereas those who died of their tumors showed massive infiltration of the kidney by the tumor. High-grade urothelial carcinomas of the renal pelvis can show a broad spectrum of histologic features similar to those seen in the urinary bladder. Our results support the finding that, unlike urothelial carcinomas of the bladder, the majority of primary urothelial carcinomas of the renal pelvis are of high histologic grade and present in advanced stages.

**Conclusion.** The results of the present study indicate that, in the renal pelvis, urothelial carcinomas show a tendency to frequently display unusual morphologic features and metaplastic phenomena. The importance of recognizing these morphologic variants of urothelial carcinoma in the renal pelvis is to avoid confusion with other conditions. The possibility of a high-grade urothelial carcinoma should always be considered in the evaluation of a tumor displaying unusual morphologic features in the renal pelvis, and attention to proper sampling as well as the use of immunohistochemical stains will be of importance to arrive at the correct diagnosis.

*Сахно Н.С.*

## **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ КРОВОВИЛИВАХ**

*Донецький національний медичний університет імені М.Горького*

*Відділ патоморфології ЦНДЛ, завідувач і науковий керівник - ЗДНТУ, професор Шлопов В.Г.*

**Мета дослідження:** за даними літератури визначити клінічні прояви і патоморфологічні зміни при внутрішньочерепних крововиливах у новонароджених дітей.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано наукові статті у фахових виданнях вітчизняних і зарубіжних авторів. Вивчено спостереження із практики неонатальних клінік, зокрема дані про 5 недоношених дітей і 7 новонароджених в термін у віці від 7 днів до 2 місяців життя, у яких спостерігалися внутрішньочерепні крововиливи. Проаналізовано морфологічні дослідження аутопсійного матеріалу 12 спостережень при внутрішньочерепних крововиливах.

**Результати дослідження і висновки.** Внутрішньошлуночкові крововиливи спостерігалися у всіх недоношених дітей і у дітей, народжених матерями з обтяженим акушерським анамнезом. Проведені клінічні та патологоанатомічні дослідження дозволили уточнити симптоматику і клінічний перебіг внутрішньошлуночкових крововиливів й особливості патоморфологічних змін при внутрішньочерепних крововиливах. Вивчення історій хвороби показали, що в 10 (83,3%) новонароджених дітей з внутрішньошлуночковими крововиливами в загальній клінічній картині першої доби життя переважав синдром пригнічення центральної нервової системи, що характеризувався агонією або гіпотонією, зниженням або відсутністю спонтанної рухової активності, гіпорексисом або арефлексією, нападами апное або вторинної асфіксії. Стан пригнічення у деяких дітей переривався епізодичними короткочасними тонічними і клонічними судомами. Макроскопічно виявлялися наступні морфологічні варіанти внутрішньошлуночкових крововиливів: внутрішньошлуночкові крововиливи без розширення бічних шлуночків зустрілися у 4 новонароджених (33,3%). При цьому кров заповнювала бічні шлуночки не повністю або сумішшю крові з цереброспінальною рідиною; внутрішньошлуночкові крововиливи з розширенням бічних шлуночків виявлялися у 7 померлих новонароджених (58,3%). Крововиливи були масивні, а кров іноді поширювалася в III–IV шлуночки мозку; внутрішньошлуночкові крововиливи в поєднанні з перивентрикулярними геморагічними інфарктами, перивентрикулярна лейкомаляція і перивентрикулярний внутрішньомозковий крововилив виявлені в 1 померлого новонародженого (8,3%). У старих крововиливах вміст бокових шлуночків був представлений згустками крові різних розмірів або мутною рідиною з коричневими пластівцями. При мікроскопічному дослідженні головного мозку при внутрішньошлуночкових крововиливах у недоношених і доношених дітей виявлялися крововиливи в судинні сплетення і субependімальний матрикс бокових шлуночків, виражене повнокров'я, периваскулярний набряк, стази в капілярах, складж в судинах переважно білої речовини перивентрикулярних зон. Спостерігався каріолізис і каріорексис клітин гермінативного матриксу, в стовбурній частині мозку виявлялися змінені нейрони з явищами сателітозу і нейронофагії. У частини спостережень зустрічалася перивентрикулярна лейкомаляція у вигляді вогнищ коагуляційного некрозу з утворенням аксональних куль.

*Bordik-Starenko N. Yu.*

## **CYTOKERATIN 19 AS A MARKER OF PROGNOSIS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND COMPARISON WITH OTHER LIVER CANCERS**

*National Medical University Named After O.O. Bogomoletz*

*Department of pathology, the head of department and supervisor of studies – prof. V.M. Blagodarov*

**Objective.** To investigate expressing biliary phenotype cytokeratin 19 predicted poor outcome after the surgical treatment in primary liver cancers.

**Materials and Methods.** Out of 44 patients that underwent liver resection due to hepatocellular carcinoma (HCC),

liver specimens of 25 patients with HCC were evaluated for biliary components by cytokeratin (CK) 19 immunostain (CK19<sup>-</sup> HCC and CK19<sup>+</sup> HCC). CK19 positivity was defined as membranous and/or cytoplasmic expression in  $>=5\%$  of tumor cells with moderate or strong intensity. Patients with other primary liver cancers, such as combined HCC and cholangiocarcinoma (cHCC-CC), intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) who received curative liver resection, were also included in the study. Clinical characteristics of CK19<sup>-</sup> HCC and CK19<sup>+</sup> HCC patients, including survival outcome after curative liver resection, were compared with that of cHCC-CC and ICC patients.

**Results.** The overall survival (OS) rate of CK19<sup>-</sup> HCC (n = 9) after the curative surgical treatment was 90%, and 80% at 1 and 5 years after the resection. OS rate of CK19<sup>+</sup> HCC (n = 7) was 75%, 29% and OS rate of cHCC-CC (n = 5) was 67%, 31% at 1 and 5 years after the surgery. For ICC (n = 4), 1 and 5-year-OS rate was 49% and 13% after the curative resection. The OS rates of CK19<sup>+</sup> HCC and cHCC-CC were significantly lower than that of CK19<sup>-</sup> HCC, but higher than the OS rate of ICC. There was no statistically significant difference in OS rate between CK19<sup>+</sup> HCC and cHCC-CC. The disease free survival (DFS) rate of CK19<sup>-</sup> HCC was 71% and 53% at 1 and 3 years after the surgical treatment. DFS rate of CK19<sup>+</sup> HCC was 54%, 35% and DFS rate of cHCC-CC was 52%, 40% at 1 and 3 years after the resection. For ICC, 1 and 3-year-DFS rate was 29% and 13% after the curative resection. DFS rate of CK19<sup>-</sup> HCC was significantly higher than that of ICC (P = 0.017), but marginally higher than DFS rate of either CK19<sup>+</sup> HCC or cHCC-CC (P = 0.097, P = 0.089, respectively). Predictors of outcome after the surgery of primary liver cancer were pathology of the resected mass, existence of microvascular invasion and accompanying satellite nodule.

**Conclusion:** Primary liver cancers with biliary components tended to show poorer surgical outcome. This suggested that immuno-phenotype of liver cancers was as important as their morphological classification.

*Мальцев А.В.*

## ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий и научный руководитель – ЗДНТУ, профессор Шлопов В.Г.*

**Цель исследования:** определить эффективность лечебного патоморфоза переходно-клеточного рака мочевого пузыря под влиянием неоадьювантной терапии.

**Материал и методы.** Проведено комплексное гистологическое и морфометрическое исследование ткани переходно-клеточного рака мочевого пузыря у 62 больных и установлена качественная и количественная оценка степени лечебного патоморфоза переходно-клеточного рака мочевого пузыря под влиянием различных схем неоадьювантного лечения. Забор материала проводился сразу после операции из удаленного препарата для количественной характеристики изменений, происходящих в ткани мочевого пузыря. Кусочки ткани операционного материала фиксировали в 10%-ном растворе холодного нейтрального формалина (рН 7,4) в течение 24 часов. Фиксированные в формалине кусочки после дегидратации в спиртах заливали в высоко очищенный парафин с полимерными добавками (Richard-Allan Scientific, США) при температуре не выше 60°C. С парафиновых блоков изготавливали серийные гистологические срезы толщиной  $5\pm 1$  мкм, затем окрашивали гематоксилином и эозином, толуидиновым синим при рН 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Гистологическое исследование осуществлялось с помощью микроскопа Hund H500 (Германия).

**Результаты.** Установлено отчетливое, статистически значимое ( $p\leq 0,001$ ) уменьшение плотности и возрастание равномерности распределения клеточных инфильтратов (со  $181,5\pm 11,3$  до  $17,6\pm 3,1$  иммунокомпетентных клеток на  $1\text{ мм}^2$  стромы опухолевых комплексов) с преобладанием лимфоцитов ( $82,1\%\pm 2,4\%$ ) у пациентов IV группы, что свидетельствует в пользу оптимального применения схемы неоадьювантного лечения переходно-клеточного рака мочевого пузыря, компонентами которого служат эндолимфатическая полихимио- и лучевая терапия.

**Выводы.** Разработанные способы неоадьювантного химиолучевого лечения с использованием эндолимфатического пути введения химиопрепаратов обладают более выраженным повреждающим воздействием на опухоль мочевого пузыря, что подтверждено морфологическим исследованием. Эндолимфатическая полихимио- и лучевая терапия способствует регрессии опухолевой паренхимы на  $73,6\pm 6,1\%$  относительно показателя контрольной группы, снижению митотического индекса с  $24,2\pm 3,4\%$  до  $2,1\pm 0,4\%$ , снижению процента клеток с положительной реакцией к PCNA с  $82,5\pm 6,9\%$  до  $11,3\pm 4,5\%$  и росту апоптотического индекса с  $4,1\pm 1,1\%$  до  $14,5\pm 1,7\%$ , ( $p\leq 0,001$ ).

*Прилуцкий А.А., Власенко Е.Н.*

## ПАТОМОРФОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ БЕНЬЕ-БЕКА-ШАУМАНА

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий и научный руководитель – ЗДНТУ, профессор Шлопов В.Г.*

**Цель исследования:** определить патоморфологические особенности системного заболевания, характеризующего развитием продуктивного воспаления с образованием в пораженных органах саркоидных гранулем.

**Материал и методы.** Микроскопически изучены три наблюдения саркоидоза или болезни Бенье-Бека-Ша-

умана. Кусочки тканей по общепринятым методикам проводили через серию восходящей концентрации спиртов, заливали в парафин, готовили срезы  $5 \pm 1$  мкм, затем окрашивали гематоксилином и эозином. Препараты изучали в световом микроскопе.

**Результаты.** Этиологический фактор заболевания до настоящего времени полностью не выяснен, заболевание характеризуется развитием продуктивного воспаления с образованием в пораженных органах саркоидных гранул, нарушениями в иммунной системе организма, имеющее преимущественно хроническое волнообразное течение. Морфологически случаи саркоидоза характеризовались развитием саркоидной гранулемы, характерными чертами которой является отсутствие экссудативного воспаления с перифокальной мононуклеарной зоной, состоящей из лимфоцитов и макрофагов; отсутствие в центре гранулемы казеозного некроза; раннее развитие кольцевидного склероза с гиалинозом в зоне бластных клеток. Центральная зона гранулемы образована эпителиоидными и гигантскими клетками, в том числе клетками Пирогова-Лангханса, а также макрофагами, гистоцитами и лимфоцитами. Периферическая зона состоит из лимфоцитов, макрофагов, фибробластов, плазматических клеток, свободно расположенных коллагеновых волокон, там же локализуются лимфатические и кровеносные сосуды. Гранулемы располагаются обособленно, даже при их многочисленности довольно четко отграничены от окружающей ткани. Особенностью гранулемы является её однотипность независимо от органа, в котором она встречается. Основными клеточными элементами саркоидной гранулемы являются эпителиоидные клетки и макрофаги. Наряду с ними встречаются гигантские клетки типа клеток Пирогова-Лангханса и клетки типа инородных тел. В цитоплазме гигантских клеток могут находиться включения — астероидные тельца, базофильные включения Шауманна. В центральных зонах гранул могут встречаться зернистые эозинофильные массы, напоминающие фибриноидный некроз. В гранулеме происходит фибриноидное набухание соединительнотканых структур с их некробиозом без выпадения фибрина и без терминальной казеификации. Характерно раннее развитие волокнистой соединительной ткани в гранулеме. Процесс фиброобразования начинается с появления аргирофильных волокон, затем формируются быстро созревающие коллагеновые волокна и рано появляется гиалиноз. В этот период усиливается склероз в окружающей легочной ткани. Расширяются межальвеолярные перегородки, искривляются стенки альвеол, бронхов и кровеносных сосудов, изменяются интимные взаимоотношения между воздухом и кровью, необходимые для нормального газообмена.

**Выводы.** Таким образом, основные различия между туберкулезным бугорком и саркоидозным заключаются в однородности структуры гранулемы, отсутствии казеозного некроза в центре, в наличии базофильных включений, астероидных телец, тенденции к распаду у ткани пораженного органа, хотя при далеко зашедшем саркоидозе могут встречаться буллезные образования в легких. Для саркоидоза характерно более быстрое склерозирование гранул. В то же время сходство между ними значительное, что и явилось одной из причин отождествления этиологического фактора при саркоидозе и туберкулезе.

*Ермилов С.Г.*

## **ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра урологии, заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Шамраев С.Н.*

**Цель исследования** - установить основные морфогенетические механизмы фибропластической индурации полового члена (болезнь Пейрони) путем комплексного гистологического, гистохимического и морфометрического изучения структуры белочной оболочки и пещеристых тел.

**Материал и методы исследования.** Предметом морфологического изучения послужили кусочки белочной оболочки и кавернозной ткани полового члена при болезни Пейрони, взятые интраоперационно у 22 больных. Кусочки ткани фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин по стандартной методике. На ротационном микротоме МПС-2 изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 мкм, которые затем окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизону, Вергоффу, на фибрин по Шуенинову, толуидиновым синим при pH 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Исследования проводилось в световом и поляризованном свете. Для проведения статистического анализа результатов исследования использовались статистические пакеты Statistica 5.5 (StatSoft Inc., 1999) и MedStat версия 3 № MS 00032 [Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А., 2006]. Морфологическое изучение и морфометрический анализ гистологических препаратов проведены в отделе патоморфологии Центральной научно-исследовательской лаборатории Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выраженные морфологические изменения в виде дисплазии, метаплазии, дистрофических изменений соединительной ткани выявлялись не только в белочной оболочке, но и в кавернозных структурах пениса. Наряду с пучками коллагеновых волокон, сохраняющих высокую степень дифференцировки, у больных с фиброзной индурацией полового члена выявляются очаги дисплазии волокнистой соединительной ткани, которые имеют морфологические характеристики первичной мезенхимы. Эти изменения носят очаговый характер и отличаются степенью дифференцировки клеточного и

волокнистого компонентов. Множественные мелкие участки дисплазии различной степени выраженности нами выявлены в волокнистом компоненте белочной оболочки во всех наблюдениях. Ни в одном из наших наблюдений болезни Пейрони не было отмечено значительных воспалительных инфильтратов. Выявлялись одиночные мелкие скопления лимфоцитов, преимущественно в кавернозной ткани. К основным морфологическим изменениям пещеристого тела (*corpora cavernosa*) полового члена, выявленным нами во всех 22 наблюдениях болезни Пейрони, следует отнести атрофию пещеристой ткани, ассоциированную с ней деформацию просвета сосудов синусоидного типа, атрофию периваскулярных гладкомышечных волокон, фибро-мускулярную продольную и нодулярную гиперплазию гладкомышечных волокон, очаговую пролиферацию фибробластов, дисплазию соединительной ткани и кровеносных сосудов пещеристых структур. Степень выраженности альтеративных, диспластических и дисрегенераторных процессов была разнообразной не только в различных наблюдениях, но и в пределах одного гистологического препарата. Нередко наблюдалось сочетание нескольких процессов, что и создавало полиморфную структурную перестройку пещеристого тела. Однако в ряде случаев доминирующими были альтеративно-диспластические и дисрегенераторные процессы. Воспалительная реакция в *corpora cavernosa* практически отсутствовала. Наличие нодулярной и диффузной гиперплазии гладкомышечных клеток в кавернозной ткани свидетельствует в пользу значительных дистормальных нарушений у пациентов возрастной группы 50–60 лет. Наблюдаемая периваскулярная очаговая перичитарная пролиферация сопровождается фиброзной трансформацией с вторичными изменениями в виде гиалиноза. При окраске по Массону такие коллагеновые волокна интенсивно малинового цвета, и дают яркое двойное лучепреломление в эллиптически поляризованном свете.

**Выводы.** Фибропластическая индурация полового члена (болезнь Пейрони) представляет собой дигонтогенетическое заболевание, в основе которого лежит дисрегенерация, дисплазия, метаплазия очагов гамартмной соединительной ткани и кровеносных сосудов с формированием очагов рубцевания в виде бляшек белочной оболочки. Основными морфогенетическими механизмами пещеристого тела полового члена при болезни Пейрони является атрофия сосудистых каверн и периваскулярных гладкомышечных волокон с уменьшением удельного объема сосудов синусоидного типа, дисплазия соединительной и кровеносной тканей, фибромускулярная нодулярная гиперплазия гладкомышечных волокон, обусловленная дисгормональными нарушениями.

*Мальцев А.В.*

## **ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького  
Кафедра онкологии и радиологии ФИПО,*

*заведующий и научный руководитель – член-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, профессор Думанский Ю.В.*

**Цель исследования:** определить эффективность разработанных неoadьювантных и адьювантных способов химиолучевой терапии в комбинированном лечении инвазивного рака мочевого пузыря при выполнении открытых органосохраняющих резекций

**Материал и методы.** Изучен лечебный патоморфоз ткани переходно-клеточного рака мочевого пузыря у 62 больных, которые распределись в 4 группы в зависимости от проведенного лечения. Установлена качественная и количественная оценка его степени под влиянием различных схем неoadьювантного и адьювантного лечения. Забор материала для морфологического исследования проводился после операции из удаленного препарата для количественной характеристики изменений, происходящих в ткани мочевого пузыря. Ткань операционного материала фиксировали в 10%-ном растворе холодного нейтрального формалина (рН 7,4) в течение 24 часов. После дегидратации в спиртах восходящей концентрации заливали в высокоочищенный парафин с полимерными добавками (Richard-Allan Scientific, США) при температуре не выше 60°C. С парафиновых блоков изготавливали серийные гистологические срезы толщиной  $5 \pm 1$  мкм, затем окрашивали гематоксилином и эозином, толуидиновым синим при рН 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Гистологическое исследование осуществлялось с помощью микроскопа Hund H500 (Германия).

**Результаты.** Разработанные способы неoadьювантного и адьювантного химиолучевого лечения с использованием эндолимфатического пути введения химиопрепаратов обладают более выраженным повреждающим воздействием на опухоль мочевого пузыря, что подтверждено морфологическим исследованием: установлена прямая положительная зависимость между степенью редукции паренхимы опухоли и проводимыми схемами неoadьювантной терапии: степень редукции по отношению к аналогичному показателю контрольной группы составила во II группе –  $42,0\% \pm 7,3\%$ , в III группе –  $51,2\% \pm 8,5\%$  и в IV группе –  $73,6\% \pm 6,1\%$ ; позитивным показателем эффективности лечебного патоморфоза переходно-клеточного рака мочевого пузыря служит снижение процента клеток с положительной реакцией к PCNA в опухолевой ткани, соответственно с  $82,5 \pm 6,9\%$  (I) до  $34,0 \pm 3,7\%$  (II),  $23 \pm 5,9\%$  (III) и  $11,3 \pm 4,5\%$  (IV), митотического индекса с  $24,2\% \pm 3,4\%$  (I) до  $4,12 \pm 1,3\%$  (II),  $3,03 \pm 1,1\%$  (III) и  $2,1\% \pm 0,4\%$  (IV) и нарастание апоптотического индекса, соответственно, с  $4,1 \pm 1,1\%$  (I) до  $6,2 \pm 0,8\%$  (II),  $9,08 \pm 1,36\%$  (III) и  $14,5 \pm 1,7\%$  (IV),  $p \leq 0,001$  при t-критерии Стьюдента, равном 2,19.



*Bordik-Starenko N.Yu.*

## **CLINIC AND PATHOMORPHOLOGY OF COMBINED HEPATOCELLULAR- AND CHOLANGIOCARCINOMA OF THE LIVER**

*National Medical University Named After O.O. Bogomoletz*

*Department of pathology, the head of department and supervisor of studies – prof. V.M. Blagodarov*

**Objective.** The investigate clinical and pathological features and proliferative activity of the combined hepatocellular and cholangiocarcinoma of the liver.

**Method and Material.** We investigated the histopathological features, Ki-67 and p53 of 18 surgically resected cases of combined hepatocellular and cholangiocarcinoma in Donetsk antitumoral centre between 2008-2012 years among 67 consecutive cases of surgically resected primary liver cancers. Microscopically, we classified the cases into the following three categories according to the arrangement of the hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma components. Group I in which hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma formed nodules that could easily be distinguished from each other, Group II in which the both components were finely mixed, so that the two components were almost indistinguishable, and Group III in which the tumors had lobular structures with hepatocellular carcinomas existing centrally and cholangiocarcinomas existing peripherally.

**Results.** Microscopically, the tumors were classified into Group I 7 tumors, Group II 5 tumors, and Group III 6 tumors. In one case of Group I, well differentiated hepatocellular carcinoma demonstrated cholangiocarcinoma in “nodules-in-nodules” fashion. The average of Ki-67 of hepatocellular carcinoma component of combined hepatocellular and cholangiocarcinoma was  $5,4 \pm 1,4\%$  and the index of cholangiocarcinoma component was  $10,3 \pm 2,5\%$ , which is significantly higher than that of the hepatocellular carcinoma component. On p53 immunohistochemistry, 5 of 18 cases (27,8%) were positive. In one case, the cholangiocarcinoma component was positive for p53, but the hepatocellular carcinoma component was negative. In the other 4 cases, both the hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma components were positive.

**Conclusions.** Microscopically, Group III seems to be a feature of metaplasia or proliferation of bipotential progenitor cells. Metaplasia of hepatocellular carcinoma to intrahepatic cholangiocarcinoma is assumed to be one of the pathogenic pathways of combined hepatocellular and cholangiocarcinoma.

*Прилуцкий А.А., Власенко Е.Н.*

## **ПЕРВИЧНЫЙ И ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького*

*Отдел патоморфологии ЦНИЛ, заведующий и научный руководитель – ЗДНТУ, профессор Шлопов В.Г.*

**Цель исследования:** определить морфо-функциональные особенности сердца у мужчин старшего возраста с инфарктом миокарда.

**Материал и методы.** Проведен анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов за последние пять лет. У мужчин старше 60 лет с первичным и повторным инфарктом миокарда изучены морфофункциональные особенности сердца в первые 48 часов и в конце третьей недели заболевания.

**Результаты.** Установлено, что ранние признаки сердечной недостаточности у мужчин, перенесших первичный и повторный инфаркт миокарда, определяется наличием у них как систолической, так и диастолической дисфункции. У больных, перенесших повторный инфаркт миокарда, они, а также явления сердечной недостаточности встречаются чаще и выражены сильнее, чем у больных, перенесших первичный инфаркт миокарда. К концу третьей недели от начала инфаркта миокарда у большинства больных с осложненным течением первичного и повторного инфаркта миокарда наблюдается отчетливая тенденция к улучшению систолической функции сердца, однако сохранялась дилатация левых камер сердца и нарушение диастолической функции по типу замедления процессов релаксации.

**Выводы.** По данным литературы, для предупреждения развития замедления процессов релаксации необходимо сосредоточить усилия на борьбе с ремоделированием сердца, ведущему к прогрессирующему нарушению систолической и диастолической функции сердца, сердечной недостаточности.

*Прилуцкий О.О., Кузьменко О.Ю., Шамраева Д.М.*

## **ПАТОМОРФОЛОГІЯ ХВОРОБИ ВІЛЬМСА (НЕФРОБЛАСТОМИ) У ДІТЕЙ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького,*

*Відділ патоморфології Центральної науково-дослідної лабораторії*

*Наукові керівники – ЗДНТУ, проф. Шлопов В.Г., проф. Волос Л.І.*

За даними ВООЗ, серед причин дитячої смертності злоякісні новоутворення займають друге місце, поступаючись лише нещасним випадкам.

**Мета дослідження:** визначити основні морфологічні характеристики епітеліального та неепітеліального компонентів хвороби Вільмса у дітей для забезпечення вірогідності та об'єктивності патогістологічного діагнозу.

**Матеріал і методи:** Морфологічно вивчено 5постережень нефробластоми у дітей у віці від 3 до 7 років

(всі 5 випадків – аутопсійний матеріал).

**Результати дослідження:** При мікроскопічному дослідженні пухлини Вільмса виявлено, що епітеліальний компонент був нерівномірно розподілений у тканині пухлини і знаходився в різному співвідношенні з мезенхімальними структурами. Епітеліальний компонент у нефробластомі був домінуючим на всьому протязі і різноманітним за мікроскопічною картиною. Місцями він знаходився в однаковому співвідношенні з мезенхімальним або був виражений незначно. Епітеліальний компонент копіював альвеолярні, тубулярні, солідні або гломерулярні структури. Неепітеліальний компонент нефробластоми мозаїчний за мікроскопічною картиною і представлений тканинами мезенхімального походження різного ступеня катаплазії. У ньому, як правило, окремо або в сукупності виявляються міксо-, ліпо-, фібро-, хондро-, остео-, нейро-, лейоміо- і рабдіоміо-аркоматоїдні структури. Така структура неепітеліального компонента нефробластоми дозволяє його розглядати як моно- і полікомпонентну мезенхімому. Строма представлена широкими, щільними колагеновими волокнами, які забарвлюються в інтенсивно червоний колір за ван Гізеном, між якими в невеликій кількості розташовуються фібробласти і фіброцити, а також кровоносними і лімфатичними судинами різного типу.

**Висновок.** Морфологічне дослідження пухлини Вільмса показало, що нефробластомі варто вважати дизембріональною, злоякісною, незрілою, багатокомпонентною пухлиною метанефрогенного походження, облігатною структурною одиницею якої є нефрогенна тканина різного ступеня диференціювання. Основними компонентами паренхіми є структури епітеліального (нефротелій) і неепітеліального, або мезенхімального походження.

*Сахно Н.С.*

## **НОВА ФОРМА БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У ДІТЕЙ**

*Донецький національний медичний університет імені М.Горького*

*Відділ патоморфології ЦНДЛ, завідувач і науковий керівник - ЗДНТУ, професор Шлопов В.Г.*

**Мета дослідження:** встановити клініко-морфологічні особливості нової форми бронхолегеневої дисплазії у дітей для визначення ступеня тяжкості та прогнозування її розвитку.

**Матеріал і методи.** Проведено ретроспективний аналіз клінічних і патоморфологічних даних 9 спостережень бронхолегеневої дисплазії.

**Результати.** За даними історій хвороби у всіх випадках бронхолегенева дисплазія (БЛД) або хронічне захворювання легенів, розвивалася у новонароджених дітей і проявлялася дихальною недостатністю, гипоксемією, стійкими обструктивними порушеннями і характерними рентгенологічними змінами, епізодами бронхообструкції, при прогресуванні захворювання - розвитком легеневої гіпертензії з формуванням легеневого серця і приєднанням серцево-судинної недостатності. Бронхолегенева дисплазія залежала від зрілості дитини і виявлялася у дітей раннього віку, які народилися з масою тіла при народженні менше 1000 г (3 спостереження) і від 1000-1500г (6 спостережень). Термін гестації був менше 28 тижнів (4 спостереження) і від 28-30 тижнів (5 спостережень). За ступенем тяжкості клінічного перебігу спостереження БЛД розподілилися таким чином: легкий ступінь - у спокої тахіпное відсутнє, симптоми бронхообструкції з'являються тільки на тлі респіраторної інфекції; середній ступінь – тахіпное при фізичному навантаженні, сухі хрипи на видиху і хрипи на тлі клінічного благополуччя, обструкція підсилювалася при респіраторній інфекції, рентгенологічно виявлялася емфізема і локальний пневмосклероз; важкий ступінь - у спокої тахіпное і виражена бронхообструкція, при аускультативній вислуховувалося ослаблене дихання, дитина відставала у фізичному розвитку, формувалася легенева гіпертензія з розвитком легеневого серця, грубі рентгенологічні зміни: емфізема, збіднення легеневого малюнка, множинні ділянки пневмосклерозу, ателектази, дисателектази, перибронхіальні зміни, деформація легеневого малюнка, кардіомегалія. Патоморфологічною основою бронхолегеневої дисплазії була фіброзна перебудова структур легенів. Крім класичної бронхолегеневої дисплазії, при якій має місце ушкодження легенів киснем при тривалій штучній вентиляції легень з використанням «жорстких» режимів і токсичних концентрацій кисню, тиском, об'ємом, що веде до запальної реакції, ураження дихальних шляхів, перерастянутих альвеол та емфіземи, інтерстиційного набряку, фіброзу, розглядається нова форма бронхолегеневої дисплазії, тобто паренхіматозне легеневе захворювання, що характеризувалося у наших спостереженнях порушенням росту і розвитку альвеол і судин малого кола кровообігу у дітей з дуже низькою масою тіла при народженні. В основі формування нової форми бронхолегеневої дисплазії лежить порушення процесів постнатальної альвеоляризації. Мікроскопічно виявлялося мало фіброзу, затримка альвеоляризації і мікросудинного розвитку, великі альвеоли.

**Висновки.** Таким чином, на бронхолегеневу дисплазію хворіють недоношені з низькою й екстремально низькою масою тіла при народженні, яким застосовувалися високі концентрації кисню або тривала оксигенотерапія, проводилася штучна вентиляція легенів; виявлено важкий респіраторний дистрес-синдром при народженні. Мали місце ателектази (лобарна, сегментарні), пневмоторакс; хронічна дихальна недостатність; правощлуночкова серцева недостатність і хронічне легеневе серце, яке є основною причиною смерті дітей з БЛД на першому році життя; часті респіраторні інфекції з вираженим обструктивним компонентом (бронхіти, бронхіоліти, пневмонії); рецидивуючий обструктивний бронхіт та розвиток бронхіальної астми

в більш старшому віці; епізоди гіпоксії, тому пацієнти з БЛД мають підвищений ризик синдрому раптової смерті; затримка росту і відставання фізичного розвитку, а також затримка нервово-психічного розвитку. Дуже складно прогнозувати розвиток бронхолегеневої дисплазії, а також ступінь тяжкості, в кожному конкретному випадку є свій клінічний перебіг. Сучасні методи лікування БЛД не є специфічними, однак використовується тактика профілактики і лікування БЛД дозволяє серйозно вплинути на результат захворювання, а також мінімізувати ступінь тяжкості і розвиток ускладнень, що значною мірою підвищує якість життя пацієнтів та зменшує ступінь інвалідизації.

*Yermilov S.G.*

## **OSSIFIED PEYRONIE'S PLAQUES: PROBLEMS AND TREATMENT**

*Donetsk national medical university named after M. Gorky*

*Department of Urology, the head of department and supervisor of studies – prof. Shamraev S.N.*

**Objective.** Ossified Peyronie's plaques at Peyronie's disease (PD) they may require surgical excision because of the palpable problems and penile curvature that result. As tunical excision can result in impotence and decrease penile sensation, we describe a novel method of tunical preserving excision of such lesions. This study was based on a current and historical literature review.

**Patients And Methods.** We studied according to the literature 15 men with dorsal penile curvature between 10° and 90°. Penile plaque size ranged from 1 to 5 cm. 75% had painful erections. An artificial erection was induced with intracavernous injection of papaverine to assess penile deformity. Via a circumcising or ventral incision, plication sutures were placed to correct penile curvature. A lateral longitudinal corporotomy was made and the calcified/ossified portion was dissected free from the tunica albuginea/plaque of the corpora cavernosa. Watertight tunical closure was then performed.

**Results.** Postoperatively, according to the literature 80% of men reported erections always adequate for intercourse and normal sensation with a mean follow-up of 6 months (range 2,3–10,4 months). All patients required simultaneous penile plication to ensure a straight phallus. Pathologic evaluation of plaque specimens all showed bone fragments. One ossified plaque had several spikes imbedded in the septum and required careful shaving of the septum to remove it. All plaques were sent for pathologic evaluation. All specimens were indistinguishable from bone and several even displayed early bone marrow several studies of the epidemiology and natural history of PD have classified a group of patients with a dense, calcified plaque. Such plaques are often palpable, bothersome to patients and may cause constant penile pain so that plication alone is inadequate treatment. A large heterotopic ossification often mandates surgical extirpation with simultaneous tunical excision. To repair the defect requires a large patch graft with resultant increased incidence of postoperative erectile dysfunction as well as sensory alteration. Using existing knowledge that calcified/ossified Peyronie's plaques usually form on the inner portion of the tunica albuginea bordering penile erectile tissue, we have developed a procedure to excise the ossified portion while sparing the superficial portion of the tunica/plaque.

**Conclusion.** Tunica-sparing excision of the ossified/calcified portion of Peyronie's plaques shows a durable benefit for large, ossified lesions and maintains potency and penile sensation. As ossified, Peyronie's plaques represent a rare disorder; patient accrual is slow, leading to our small numbers. In addition, as we continue to follow our patients longitudinally we will be better able to assess the durability of our treatment. Nevertheless, our results suggest that tunica-sparing plaque excision represents an effective treatment for removal of large, ossified penile plaques with good maintenance of potency and penile sensation, which obviates the need for plaque excision and grafting techniques.

## **ГУМАНИТАРНІ НАУКИ**

*Gordenko A.S., Doroshenko M.V.*

### **ENGLISH BORROWINGS IN RUSSIAN MASS MEDIA**

*M. Gorky Donetsk National Medical University, Ukraine*

*Department of Foreign and Latin Languages, head of the department - associate professor Puzik A.A.,  
Scientific supervisor - senior teacher Yeromyants I.S.*

**The purpose** of the study – to determine types of English loan words in Russian, differentiate the main factors of borrowings, to find out how deeply English borrowings have come into Russian.

**Materials and methods.** We analyzed 14 magazines and TV programs. We used comparative method of linguistic analysis.

**Results.** Nowadays the language that influences Russian the most is English. It is unsurprisingly because English has become an international language and is used all over the world. With the help of the Internet and the mass media, especially such channels as MTV, Animal Planet, CNN, and BBC, the number of English words is increasing. English is usually considered to be the language that can be easily learnt and this way understood. These words are used in all sorts of activities: politics, fashion, trade, medicine, law, military, mass media, and sports. Mass Media is a source of a big number of foreign words. We can see and hear a lot of English words on TV. The biggest part of borrowings comes from: the names of some channels, new kinds of programs invented in the USA and the UK, new types of films, sports programs, music programs.

**Conclusions.** 1. During the study of intercultural communication between Russian and English languages it turned clear that the process of new words borrowing occurs within the specific range of social or political events.

2. Any change in dictionary of any language by means of new words penetration into another language entails semantic or stylistic changes in original words already available in language and shifts in synonymic groups. The speed of foreign words penetration became faster within the development of mass media. It becomes obvious if we look through the classification of the periods when the borrowings were made.

*Shtih V.S., Naumova O.V.*

## THE PECULIARITIES OF SHORTENING IN MODERN ENGLISH

*M. Gorky Donetsk National Medical University, Ukraine*

*Department of Foreign and Latin Languages, head of the department - associate professor Puzik A.A.,  
Scientific supervisor - senior teacher Moroz T.V.*

**The purpose of the study** – to study, analyze, and sum up all the peculiarities of shortening in modern English, to mention scholars' opinions concerning the subject studied under consideration.

**Materials and methods.** Our study was based upon the investigations made by a number of well known English, Russian lexicologists as A. I. Smirnitsky, B. A. Ilyish, N. Buranov, V. V. Vinogradov, O. Jespersen and some others. We used the method of typological analysis.

**Results.** The shortening of the words is one of the main trends in the development of Modern English, especially in its colloquial layer, which in its turn to a great extent is supported by develop of modern informational technologies and simplification of alive speech. In our study we proved: 1) Shortening of words is one of the developing branches of lexicology nowadays. 2) Shortening reflects the general trend of simplification of a language. 3) Shortening is closely connected with the development of modern informational technologies. In particular, the shorten language of computer chats was taken into consideration.

**Conclusions.** 1. The problem of shortened words in Modern English is considered to be up-to-date nowadays. 2. There are several kinds of shortening: shortening proper, blending, abbreviations. 3. A number of famous linguists dealt with the problem of words' shortening in Modern English. L. Lipka pointed out non-binary contrast or many-member lexical sets and gave the type which he called directional opposition.

*Берющева Т.С.*

## ЕВФЕМИСТИЧНІ НЕОЛОГІЗМИ ЯК ЗАСІБ ЗАВУАЛЬОВАНОЇ ЛЕКСИКИ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*кафедра іноземних та латинської мов, зав. каф. – доц. Пузік А.А., науковий керівник – викладач Жданова К.В.*

**Мета дослідження** - розкрити специфіку нововведень в лексиці англійської мови, показати тенденцію використання евфемістично неологізмів в сучасній англійській мові.

**Матеріал та методи.** Матеріал дослідження склав близько 200 неологізмів, відібраних методом вибірки з The New Patridge Dictionary of Slang and Unconventional English. У ході дослідження нами використовувався синхронно-порівняльний метод лінгвістичного дослідження.

**Результати.** Евфемістичні неологізми є невід'ємною частиною лексичного складу будь-якої мови. Даний шар лексики розглядається як різновид іносказання з приведенням його відмінних ознак у вживанні від табуваною лексики і як мовний спосіб політичної коректності, що свідчить про тенденцію використання завуальованої або пом'якшуючої лексики в проблемних тематичних прошарках, таких, як расизм, сексизм, релігія, політична і економічна стабільність і ін. У ході дослідження виокремлені «неогенні» галузі, а саме: 1. небажані аспекти бізнесу і ділових відносин; 2. непрямі найменування наркотичних речовин; 3. звільнення і скорочення з роботи; 4. непрямі найменування смерті (природної і насильницької).

**Висновки.** В останні десятиліття більша частина евфемізмів виникає не у сфері традиційних табу, а в галузі ділових відносин між людьми, що може бути пов'язано з комерціалізацією життєвих принципів і цінностей людського суспільства в цілому і англомовного суспільства зокрема.

*Громова М.О.*

## ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ СКОРОЧЕНЬ В АНГЛІЙСЬКІЙ МОВІ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра іноземних та латинської мов, зав.*

*кафедри – доц., Пузік А.А., науковий керівник – викл. Виногорова А.І.*

**Мета дослідження:** Процес абрєвіації виступає активною частиною сучасного словотворення. Абрєвіація визнається винятковим джерелом новоутворень, тому заслуговує на особливу увагу.

**Матеріал та методи:** Використовувався метод компонентного аналізу значень абрєвіатур на основі словникових дефініцій. Приклади було відібрано з енциклопедичних і тлумачних словників.

**Результати:** Розповсюдження абрєвіатур пов'язують з появою в реальній дійсності складних денотатів, які для свого позначення потребують словосполучень чи складних слів. Функцією абрєвіатури у процесі комунікації є більш економне вираження думки і усунення надмірної інформації. В абрєвіатурах інформація передається меншою кількістю знаків, тому «ємність» кожного знаку більше, ніж у відповідних вихідних одиницях, що дає підставу розглядати абрєвіацію, одним із способів оптимізації мовного повідомлення.

Актуальність абрєвіації визначається потребою в найменуванні нових понять та об'єктів. Доцільність полягає у створенні найбільш економних і семантично номінативних одиниць. Абрєвіація отримала широке розповсюдження в європейських мовах у ХХ ст. По суті, вона мала характер безпосереднього запозичення складних найменувань зі сфери суспільно-політичних відносин. «Абрєвіатурний вибух» настав під впливом таких екстралінгвістичних факторів, як прискорений ритм життя, економія мовленнєвих зусиль. Появу скорочень різних видів, що призводить тільки до спрощення формальної структури мовної одиниці, часто пов'язують з тенденцією до економії мовних засобів та удосконаленню мовної форми. Сутність «економного» використання мови полягає в забезпеченні передачі максимальної кількості інформації в одиницю часу. З такої точки зору, використання абрєвіатур виступає одним із способів концентрації інформації з метою підвищення ефективності спілкування. При розгляді питання щодо використання у мові абрєвіатур чільне місце посідає комунікативна функція мови. Тенденція до підвищення інформативної цінності мовного повідомлення є одним із важливих факторів розвитку мови як соціального явища. Для більш глибокого розуміння проблеми розвитку скорочень необхідно звернути увагу на таку специфічну особливість, як лінійність мовного потоку. Лінійність мови обмежує її комунікативні можливості з причин існування «технічних» обмежень швидкості руху мовних органів чи пропускнуої здатності зорових каналів сприйняття. Іншим важливим аспектом виступає велика надмірність мови і нерівномірній розподіл інформації.

**Висновки:** Абрєвіація полягає в забезпеченні передачі максимальної кількості інформації при мінімальному використанні матеріальної оболонки мови (звукової оболонки та графічної форми), тобто у підвищенні ефективності комунікативної функції мови.

*Загородня Є.Л.*

## ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ ЕКОНЕОЛОГІЗМІВ В АНГЛІЙСЬКІЙ МОВІ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
кафедра іноземних та латинської мов, зав. каф. – доц. Пузік А.А.,  
науковий керівник – ст. викл. Волошкова Н.В.*

**Мета дослідження.** Аналіз лексичних одиниць-неологізмів у сфері екології, виявлення та характеристика моделей словотвору.

**Матеріал та методи.** Відібрано із словників і довідників нової лексики понад 100 еконеологізмів, які було проаналізовано за допомогою соціолінгвістичних і лінгвістичних методів, зокрема застосовувався метод компонентного аналізу за безпосередніми складниками.

**Результати.** Аналіз лексичних одиниць-неологізмів виявив наступні моделі словотвору: 1) Афіксальний, при чому більш поширеною виявляється префіксальна модель (префікси *eco-*, *bio-*, *myco-*, *hyper-*, *pre-*, *re-*). Найбільш продуктивним, виступає суфікс *-friendly*; 2) Словоскладання, де найбільш частотними виступають сполучення іменників (модель N+N, N+N+ suffix), або прикметників та іменників (модель Adj+N); 3) Телескопія, тобто створення одного слова з двох інших (моделі *ab+cd>ab/cd*, *ab+cd>ad*, *ab+cd>ab\cd*), яка є поширеною моделлю словотвору в інших європейських мовах; 4) Багатоконпонентні комбінації, за допомогою яких утворюються «складні слова синтаксичного типу»; 5) Аналогія, тобто створення нового слова за зразком певного лексичної одиниці, де модель слова-зразка заповнюється новим лексичним матеріалом шляхом заміни одного з компонентів; 6) Абрєвіація.

**Висновки.** В сучасній англійській мові існує достатньо велика кількість еконеологізмів, які найбільш продуктивно утворюються за афіксальною моделлю. Словотвір еконеологізмів з погляду когнітивної лінгвістики виконує важливу роль, оскільки виступає як процес, що орієнтований на передачу знань про світ, на структурування тих елементів навколишнього світу, які в процесі діяльності людина виділила та які опанувала.

*Курбатська Н.Б.*

## ЗБАГАЧЕННЯ СЛОВНИКОВОГО СКЛАДУ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ: МЕДИЧНІ НЕОЛОГІЗМИ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
кафедра іноземних та латинської мов, зав. каф. – доц., к.ф.н. Пузік А.А.,  
науковий керівник – ст. викл., к.і.н. Волошкова Н.В.*

**Мета дослідження.** Вивчення медичних неологізмів англійської мови походження та особливостей їх використання в сучасній англійській мові.

**Матеріал та методи.** Відбір інноваційної медичної лексики та її аналіз із застосуванням соціолінгвістичних і лінгвістичних методів.

**Результати.** Неологізми - нові слова, покликані до життя потребами суспільства, що відбивають сучасність. Вони є рухливою групою лексики. Беручи до уваги значення та сферу вживання, медичні неологізми можна поділити на наступні групи: 1. Назви медичних напрямів та фахівців, які в них працюють: *apitherapy* - *apitherapist*, *andrology* - *andrologist*; 2. Похідні слова, до складу яких входить назва хвороби: *anthrax bomb*, *anthrax letter*, *anthrax-proof*, *anthrax-shot*, *anthrax-terrorist*; 3. Медичні неологізми, що широко використовуються в популярній медичній літературі та ЗМІ: укр. клітина-вбивця – англ. *terror cell*, *jihad*

cell, Qaeda cell. 4. Позначення специфічних фізичних і психологічних станів, а також поведінки людини: alcotude (alcohol+attitude), Alcoheimers (alcohol+Alzheimer's), foodaholic, dietoholic, surgiholic, andropause; 5. Використання медичних термінів для позначення «хвороб» комп'ютерних систем та засобів їх лікування: antidote, virus, viral invasion, immunity, vaccine, disinfection, hygiene, vaccination programme.

**Висновки.** Дослідження медичних неологізмів англomовного походження вказують на те, що поява таких інноваційних слів призводить до збагачення словникового складу англійської мови. Цей процес відбувається досить динамічно і є результатом об'єктивного процесу історичного розвитку.

*Мосийчук Т.В.*

## **СПОСОБЫ ОБРАЗОВАНИЯ СЛОЖНЫХ НЕОЛОГИЗМОВ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра иностранных и латинского языков, зав. каф. – доц. Пузик А.А.,  
научные руководители – доц. Пузик А.А., ст. преп. Колесникова Е.Ю.*

**Цель исследования.** Изучить самые продуктивные способы образования сложных неологизмов в современном английском языке.

**Материалы и методы.** Общий объем исследованного материала составили 249 единиц из Интернет-версий популярных газет и журналов. Были использованы следующие методы лингвистического исследования: метод сплошной выборки, метод словообразовательного анализа, метод переводческого анализа, метод количественного анализа.

**Результаты.** Сложные существительные представлены следующими структурными моделями: 1) N + N: waistline, toothache; 2) Adj + N: blackboard, pussycat, green-room; 3) V + N: cutthroat, pickpocket, turncoat; 4) Gerund + N: sleeping car, writing table. Среди рассмотренных способов образования сложных неологизмов самую большую часть по структурному принципу составляют словосочетания, образованные по модели N+N+N=N, за которыми следуют словосочетания N+N=N. Аффикация и словосложение являются самыми продуктивными способами словообразования.

**Выводы.** Основным способом объединения компонентов сложных существительных является соединение основ различных частей речи, без какого бы то ни было их изменения. Характерной особенностью сложных существительных является то, что первый компонент может быть выражен основой любой части речи, в то время как последний чаще всего выражен основой существительного. Продуктивность данных моделей возрастает в современном английском языке.

*Protsai A.A.*

## **THE DIFFERENCES BETWEEN AMERICAN, BRITISH AND AUSTRALIAN ENGLISH**

*M. Gorky Donetsk National Medical University, the Department of Foreign and Latin Languages, Pouzik A.A.,  
Head of the Department, PhD, Associate Professor, Tchoudine A.G., Supervisor, Senior Teacher*

**Purpose.** To make an analysis of the ways the English language is used in Britain, the USA and Australia.

**Materials and methods.** The bulk of the material presented in the report has been taken from Internet. The original literature from some modern publications has been used as well. The material has been analysed by means of the comparative method.

**Results.** Standard English – the official language of Great Britain taught at schools and universities, used by press and spoken by educated people may be defined as that form of English which is recognized as acceptable whenever English is spoken or understood. The report deals with the variants of English spoken in the USA and Australia. American English cannot be called a dialect although it is a regional variety, because it has a literary normalized form called Standard American, whereas by definition a dialect has no literary form. Neither is it a separate language, because it has neither grammar nor vocabulary of its own. The vocabulary of Australian English is characterized by borrowing from the language of the people who inhabited the land before. They denote some specific realia of the country: local animals, plants, etc. The local words for new notions penetrate into the English language and may become international. International words coming from the English of Australia are such as “boomerang”, “dingo”, “kangaroo”.

**Summary.** The differences described in the present report do not undermine the understanding of the English vocabulary as a balanced system. They show, however, that alongside the main system that this report aims to describe there are several minor systems connected with it but possessing some features of their own.

*Рогова Ю. Д.*

## **АБРЕВІАЦІЯ ЯК ОДНЕ З НАЙПОШИРЕНІШИХ ДЖЕРЕЛ ЗБАГАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ ЛЕКСИКИ**

*Донецький національний медичний університет імені М. Горького,  
кафедра іноземних та латинської мов, зав. каф. - доц. Пузік А. А., науковий керівник – викл. Карабач О. В.*

**Мета дослідження.** Описати, проаналізувати та розглянути властивості і специфіку медичних аббревіатур

англійської мови на фоні їхніх українських відповідників, а також обґрунтувати статус медичної аббревіатури як особливого комплексу в мовній картині світу.

**Матеріал та методи.** При написанні роботи було використано такі методи, як метод компонентного аналізу значень аббревіатур на основі словникових дефініцій, а також метод контекстуального аналізу. При цьому було відібрано приклади з періодичної медичної літератури, тлумачних та енциклопедичних англомовних словників і словників медичних скорочень.

**Результати.** Очевидно, що термін є інструментом пізнання, оскільки дає можливість збагачувати наукові факти, примножувати знання та передавати їх наступним поколінням учених і дослідників. Таке явище словотворчого порядку як аббревіація визнане винятковим джерелом новоутворень, тому заслуговує на особливу увагу. Аббревіація є одним із найбільш розповсюджених джерел збагачення медичної термінологічної лексики, яку пов'язують із раціоналізацією мови. Наприклад: SARS (severe acute respiratory syndrome) – атипова пневмонія (тяжкий гострий респіраторний синдром); AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) – СНІД (синдром набутого імунodefіциту); HIV (human immunodeficiency virus) – ВІЛ (вірус імунodefіциту людини); ATS (antitetanic serum) – протиправцева сироватка; CHD (congenital heart disease) – уроджена вада серця; EDC (expected date of confinement) – орієнтовний термін пологів; EMS (emergency medical service) – невідкладна медична допомога. Крім того, у наш час при утворенні термінів часто використовується такий різновид аббревіацій як омоакронімія. Поява великої кількості термінів призводить до труднощів, пов'язаних з їхнім запам'ятовуванням, однак, зробивши їх схожими на певні відомі слова, які часто використовуються, можна пришвидшити їхній вхід до мовного вжитку та подальше закріплення в мові, оскільки стереотипність форм скорочення дає можливість легко зберегти їх у пам'яті. У якості моделі обирається не просто знайоме слово, а таке, щоб його значення асоціювалося з внутрішньою формою, значенням цього терміна. Відомо, що електрошок у медицині використовується в екстрених випадках, коли необхідні термінові дії, та є найкращим і найшвидшим способом повернення до життя при зупинці серця. В англійській мові формою позначення цього терміна є аббревіатура BEST (blitz electroshock therapy), при цьому значення слова «best» - «кращий». Таким чином, швидкість і продуктивність дії електрошокового апарату перенесено на термін. Загалом виявлено близько 330 прикладів омоакронімії, зокрема: - HOPE (Health Opportunities to People Everywhere) – назва благодійної програми, направленої на надання медичної допомоги, при цьому слово «hope» означає «надія»; - HEAR (hospital emergency ambulance radio) – рація карети невідкладної допомоги («hear» - чути) тощо.

**Висновки.** В даній роботі було проаналізовано та розглянуто властивості і специфіку медичних аббревіатур англійської мови на фоні українських еквівалентів, а також обґрунтовано статус медичної аббревіатури як особливого комплексу в мовній картині світу.

*Стьопкіна О.О.*

## ОСОБЛИВОСТІ АНГЛІЙСЬКИХ СОМАТИЧНИХ ФРАЗЕОЛОГІЗМІВ

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

*кафедра іноземних та латинської мов, зав. каф. – доц. Пузік А.А., науковий керівник – ст. викл. Єроманц І.С.*

**Мета дослідження** - розглянути фразеологічні одиниці з компонентами-соматизмами, встановити назви яких частин тіла частіше входять до складу таких фразеологічних одиниць, описати особливості даних фразеологізмів як на структурному-семантичному та функціонально-стилістичному рівнях.

**Матеріал та методи.** Матеріал дослідження склав близько 500 фразеологічних одиниць з компонентами-соматизмами, відібраних методом суцільної вибірки з англо-російського словника сталих словосполучень Collins. У ході дослідження нами використовувалися такі методи лінгвістичного дослідження: синхронно-порівняльний, метод фразеологічної ідентифікації, метод фразеологічного опису.

**Результати.** Зроблена спроба узагальнити відому інформацію по фразеологічним одиницям з компонентом-соматизмами, дати їм чітке визначення, співвіднести їх з конкретними функціями мови, виявити ті особливості, які проявляють фразеологічні одиниці з точки зору їх структурно-семантичних і функціонально-стилістичних особливостей.

**Висновки.** 1. Існують наступні групи фразеологічних одиниць: система міжособистісних відносин, чуттєва і розумова діяльність людини, фізична діяльність людини, фразеологізми, які не мають антропоцентричну спрямованість, зовнішність людини. 2. Відмінною особливістю соматичних фразеологізмів слід вважати їх здатність передавати прояви духовного і матеріального життя за допомогою слів-компонентів, що позначають фізичні, матеріальні процеси, властивості, стани, що сприймаються зором, слухом, що доступно кожній людині.

*Chorna D.A., Dorokhov N.S.*

## ILLEGAL DRUGS AND THEIR USE IN MEDICINE

*Donetsk National Medical University, Department of Foreign and Latin Languages, Pouzik A.A.,*

*Head of the Department, PhD, Scientific Adviser, Associate Professor – Shulgina A.A.*

**The aim of the article** is to tell about the most abused drugs, the effect they have on people and their use in medicine.

**Materials and Methods:** simple sampling was made from the list of drugs that have the most addictive character.

**Results:** Some drugs are administered for medical purposes. Those drugs are used to improve health. Some drugs can

be purchased without a prescription. These are called over-the-counter drugs. These drugs are illegal. Any use of these illegal drugs is considered drug abuse. Marijuana (Cannabis) – is a psychoactive drug. When smoked, or when heated or eaten, marijuana acts the nervous system, producing feelings of disorientation in time and space. Continuous use of marijuana can lead to psychological addiction and to a suppressed activity level. Opium was found to be a good remedy for nervous disorders. Also it has sedative and tranquilizing properties. Morphine and codeine, two types of prescription painkillers, are both made from opium. Heroin, considered one of the most highly addictive drugs, is a compound made from morphine. It is a powerful stimulant that raises heart rate, blood pressure, and body temperature. Cocaine acts by changing the chemistry of nerve synapses in the brain. It is extremely addictive, both psychologically and physically. Prolonged use can cause hallucinations, psychosis, and death. Inhaling cocaine also causes damage to the nasal septum.

**Conclusion:** Although many of these drugs are not legal, they save lives and help treat people around the world. Yet it is important not to be light minded when dealing with such drugs, and keeping in mind their lethal potential. Some illegal drugs are still one of the most effective and safest treatments for extreme chronic pain, like the suffering experienced by cancer patients.

*Iłana Chaikis*

## **METAPHORIC IMAGES IN PROFESSIONAL LANGUAGE OF THE DOCTORS**

*Donetsk National Medical University, Donetsk, Ukraine*

*Department of Foreign Languages and Latin, Head of department – associate professor Puzik A.A., supervisor – senior teacher Levenets N.G.*

**Goal of research.** To study the ways and background for development of metaphoric Latin terminological names in clinical section of professional language and to analyze the principles of their composition.

**Methods and material.** Material for analysis was found in terminological dictionaries of professional names included in the section of clinical terminology and reference books in Latin and English. Comparative and descriptive methods were used in research.

**Results of research.** In the course of investigation terminological dictionaries of professional names included in the section of clinical terminology and reference books on clinical names in Latin and English were analyzed. Clinical terminology is quite movable part of professional language and it is constantly developing. Movability and constant development of clinical terminology are conditioned by constant development of medical science and practice, appearance of new notions, new methods of examination and treatment, new diagnostic devices and machines, etc. Clinical names developed as metaphoric ones can be classified up to the following characteristics: a) identity of size, shape and other morphologic manifestations; b) color associations; c) functions and other outer manifestations; d) mythological images.

**Conclusions.** Analysis taken shows, that professional language of clinical medicine is not simply the system of names, but it is the system of bright images that turn professional vocabulary of medical science into live and diverse language. Knowledge of the history of medicine and the development of its special language helps in profound study and understanding clinical names and notions to which they correspond.

*Волошина Д.С.*

## **СЕМАНТИКА И ЭТИМОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра иностранных и латинского языков, зав. кафедрой - доцент Пузик А.А., научный руководитель – ст. преп. Косенкова-Дудник Е.А.*

**Цель исследования.** Изучить взаимоотношение этимологических и семантических особенностей греко-латинских терминологических элементов.

**Материалы и методы исследования.** Проведен сравнительный анализ современных значений заимствованных терминологических элементов греко-латинского происхождения со значением этих слов в классических языках- источниках.

**Результаты исследования.** Было проанализировано около 100 клинических терминов. Анализ показал, что существует две группы заимствований. Одна группа - полные заимствования звукового комплекса слова с сохранением основных элементов его значения в классическом языке (ср. греч. *apathia*, *asthma*, *haemorrhagia*; лат. *abscessus*, *pulsus*, *lumbago*). Другая группа - слова, которые в медицине приобрели новое значение. Среди них одни не имели медицинского значения, другие применялись в древней медицине, но в значениях отличающихся от современных. Например, *идиотия*, его значение в психиатрии не имеет ничего общего с греч. *idioteia* (невежество, жизнь человека, отдалившегося от общества). *Асфиксия* (*a-* - отрицание, *-sphyxus* - пульс) – раньше называли состояния, для которых был характерен слабый пульс, в современной медицине – это угрожающее жизни патологическое состояние, обусловленное развивающейся гипоксией. Греч. корень *hist-* (в медицине - “ткань”) был связан с ремесленной терминологией корабелов (корабельная мачта). Греч. *podagra* (*podos-* - нога, *-agra* - охота, ловля) – первоначально означало капкан.

**Выводы.** Детальное изучение взаимоотношения этимологии и семантики терминов позволяет студентам, лучше понять, почему данное слово стало использоваться для обозначения определенного медицинского понятия.



*Ковальова М. С.*

## ГОЛОВНІ ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ НАУКОВИХ ТА НАРОДНИХ НАЗВ ЗАХВОРЮВАНЬ У РОСІЙСЬКІЙ МОВІ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра іноземних та латинської мов, завідувач кафедри – доц. А. А. Пузік,  
науковий керівник – викладач Т. Є. Карлова*

**Мета дослідження.** Проаналізувати шляхи формування наукових назв захворювань та їх народних аналогів, а також дослідити етимологію народних назв.

**Матеріал і методи дослідження.** Матеріалом даної роботи постали клінічні медичні терміни – назви захворювань та їх народні аналоги. У дослідженні були застосовані методи порівняльного, описового аналізу і метод формалізації.

**Результати дослідження.** Наукові назви захворювань складаються з грецьких (іноді латинських) терміноелементів. Зазвичай початковий компонент вказує на анатомічне утворення, а кінцевий – на різновид захворювання. Наприклад, гепатит (hepat – печень, itis – воспаление), або отит (ot – ухо, itis – воспаление). Також можливе тлумачення назв захворювань через їх іншомовні (частіше латинські, грецькі) етимони. Наприклад, ангина (від лат. angio – душу), епілепсія (від лат. epilepsia – схвачений), малярія (від іт. mala aria – плохой воздух), дифтерія (від diphthero – кожа), туберкульоз (від лат. tuberculum – бугорок). Вивчення переліку захворювань свідчить, що в основі формування народних найменувань задіяні процеси метафоризації та метонімізації. Так, на основі метафоричного переносу створені російські назви желтуха (гепатит), свинка (паротит), лейкоцитоз (лейкемия), жаба (ангина), грудная жаба (стенокардия). На основі метонімічного (виділення органу або однієї з ознак захворювання) – такі слова, як знобуха (лихорадка), чахотка (туберкульоз), грудница (мастит).

**Висновки.** Утворення наукових назв захворювань відбувається на основі терміноелементів, тоді як метафоризація та метонімізація більш притаманні народним назвам.

*Куліш М.О., Рязанцев А.О., Садрицька Я.В.*

## ІЗ ІСТОРІЇ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра іноземних та латинської мови,  
завідувач кафедри доцент Пузік А.А., науковий керівник – доц. Мах Г.С.*

**Мета:** показати шляхи формування медичної термінології у латинській мові.

**Матеріали і методи:** відібрано найбільш цікаві в етимологічному плані медичні терміни з розділу анатомії, клінічних дисциплін та фармакології.

**Результати:** в античні часи медицина ще не виділилась в окрему галузь знань і тісно пов'язувалась із ремеслом, магією, технікою, музикою із суспільною практикою взагалі. Тому уся творча спадщина греків рясніє медичним матеріалом. Наприклад: acetabulum, ampulla, aroneurosis atlas, atrium, clavicula, cubitus, musculus, vomer, vestibulum, zona і т.д. Acetabulum - вертлужна впадина тазової кістки – за однією версією термін утворений від слова acetum – оцет: так називалась посудина для оцту і чашка для кульок, які кидали під час гри. У Середньовіччі цей термін виводили з дієслова accerto – приймаю і писали спочатку accetabulum тому, що ця впадина ніби приймає головку тазової кістки. Амбула – колбо видний посуд. У римлян так називали посуд із глини і скла з вузькою шийкою і видутим у формі колби дном. Інша версія, що слово пов'язано із ampla bulla – великий міхур. Термін lympha – дослівно: джерельна вода, утворено від грецького Німфа – богиня джерел, дібров і гір. Міфологічні назви широко використовуються у клінічній і фармацевтичній термінології. Захворювання «єдипів комплекс» - підсвідомий сексуальний потяг сина до матері та водночас неприязнь до батька; «голова медузи» - почервонілі колатералі навкруг пупка нагадують червоних змій – такою була зачіска медузи Горгони.

**Висновки:** звернення до етимології того чи іншого терміна збуджує інтерес до засвоєння медичної термінології та оптимізує навчальний процес з латинської мови.

*Панасенко К.В.*

## ИЗ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ НАЗВАНИЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького  
Кафедра иностранных и латинского языков – заведующий доцент А.А. Пузик,  
научный руководитель – старший преподаватель Т.И. Парамонова*

**Цель исследования.** Изучить имеющуюся учебную и справочную литературу, в которой приводятся названия лечебно-профилактических учреждений, с целью улучшения информированности преподавателей, использующих отечественные и зарубежные названия медицинских учреждений в процессе обучения, студентов медицинских ВУЗов и всех, кто интересуется медицинской терминологией.

**Материалы и методы исследования.** Использованы количественный и сравнительно-исторический методы исследования, имеющейся в библиотеке медицинского университета учебной и справочной литературы.

**Результаты исследования.** Выделено более 30 названий лечебных учреждений, 21 из которых приводится в учебной и социальной медицине в качестве классификаций «лікувально-профілактичних закладів України»: амбулатория, диспансер, бюро (суд. мед. экспертизы), центр, санаторий, профилакторий, и др.. Отсутствуют такие названия как клиника, клиническая больница. В учебнике по соц. медицине нет сравнительной характеристики зарубежных и отечественных медицинских учреждений, хотя в современной практике уже прослеживается тенденция заимствования, например, появление названия лечебного учреждения для умирающих больных «госпис».

**Выводы.** Современные студенты-медики и врачи должны иметь информацию о таких исчезнувших из употребления названиях как недужница, богадельня, скорбный дом, лазарет, бедлам, нозокомиум; использовать украинское название «шпиталь» (заимствование от нем. Spital «госпиталь») только в разговорной речи.

*Сологуб И.А.*

### **МИФОЛОГИЧЕСКИЕ ИСТОКИ НАЗВАНИЙ НЕБЕСНЫХ ТЕЛ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра латинского языка и основ медицинской терминологии, заведующий кафедрой – доц. А.А. Пузик, научный руководитель - преподаватель А.В. Якобчук*

**Цель исследования.** Установление исторических и мифологических источников происхождения названий небесных тел.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ учебной, научной и художественной литературы по астрономии и греко-римской мифологии.

**Результаты исследования.** В процессе исследования мы отобрали 45 единиц, включающих названия звезд, созвездий, планет, спутников и т.д. В результате выяснили, что названия небесных тел преимущественно восходят к античной мифологии. Так третий спутник Сатурна Тефию называют иногда Фетидой. Раздвоение названия произошло вследствие ошибки. Тефия и Фетида – два разных персонажа древнегреческой мифологии. Ж. Кассини, открывший в 1684г. спутник, назвал его именем титаниды, дочери Урана и Геи, Тефии. На латинском языке это имя пишется Tethys, похоже на имя nereиды Фетиды. Название галактики Млечный путь восходит к циклу мифов о Геракле. Однажды Гера увидела лежащего в поле младенца Геракла и, не узнав его, решила покормить его. Но мальчик так сильно укусил богиню, что Гера оттолкнула дитя, а молоко брызнуло на небо, образовав Млечный путь. Само слово «галактика» происходит от греческого «galactos» - молоко.

**Выводы.** Мифологическое мышление античных людей старалось приблизить непонятные явления окружающего мира, к которым относилось и звездное небо, к понятным и объяснимым и сделать их таким образом менее пугающими.

*Талан О.С., Чекалюк Є. М.*

### **АНТИЧНА МІФОЛОГІЯ – ДЖЕРЕЛО ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра іноземних та латинської мов, завідувач – доц. А.А. Пузік, науковий керівник – доц. Г.С. Мах*

**Мета дослідження.** Вивчити шляхи формування медичних термінів, пов'язаних з античною міфологією.

**Матеріал і методи дослідження.** Використано картотеку термінів, відібраних із наукової, словникової та енциклопедичної літератури. Показано функціонування цих термінів у сучасній медичній науці.

**Результати дослідження.** Антична міфологія послужила могутнім імпульсом для формування медичної термінології. Назва I-го шийного хребця—atlas запозичена із міфа про грецького героя Атланта, який тримає на своїх плечах земну кулю. Збірник географічних карт, збірник малюнків в анатомії називають атласом. Tendo calcaneus—ахіллове сухожилля. Мати Ахілла купала його у річці Стікс і тримала за п'ятку. З іменем Ахілла пов'язані і клінічні терміни: біль у ахілловому сухожиллі, зшивання ахіллового сухожилля. Клінічний термін exitus letalis—смертельний кінець, пов'язаний із міфом про підземельну річку Лета. Річка Лета була у місцях перебування померлих, то прикметник letalis-набрав значення—смертельний. Богиня і кохання Венера дала своє ім'я назвам хвороб. Лікарський засіб морфій походить від імені бога снів Морфея, сина бога Гіпноса, який в свою чергу послужив основою для іншого терміну—гіпноз. Полин *Arenisia cina (absinthium)*- цитварний, гіркий полин, має у собі ім'я богині Артеміди, покровительки жінок. Від імені бога Адоніса взята назва *Adonis vernalis*- весняний горицвіт. М'ята *Mentha* грецького походження. Ментою звалася одна із німф, покровителька природи.

**Висновки.** Антична міфологія є вагомим підґрунтям і ключем для розуміння медичних термінів.

*Тихонова А.С., Калюжний Д.Г.*

### **САКРАЛЬНЫЕ ЯЗЫКИ. ЛАТЫНЬ В КАТАЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра латинского языка и основ медицинской терминологии, зав. кафедрой – доц. А.А. Пузик, научный руководитель – преподаватель А.В. Якобчук*

**Цель исследования.** Исследовать и проанализировать возникновение, развитие и использование в настоящее время сакральных языков; роль латинского языка в католической церкви.

**Матеріали и методы исследования.** Проведен анализ научной и периодической литературы и интернет источников.

**Результаты исследования.** В результате исследования было установлено, что латинский язык относится к так называемым пророческим или сакральным. Сакральные языки используются в богослужении и для записи вероучительных текстов. Кроме латыни к сакральным языкам относятся ведийский, санскрит, древнееврейский и арамейский языки иудейского канона, старославянский, классический арабский и некоторые другие. В настоящее время латынь является официальным языком католической церкви (Ecclesia Catholica Romana), выполняя роль языка богословия, канонического права, церковной канцелярии, богослужения; а также государственным языком города-государства Ватикан (Status Civitatis Vaticanae), суверенной территории Святого Престола резиденции высшего духовного руководства римско-католической церкви.

**Выводы.** Изучение истории латинского языка и его связи с другими областями знаний, наукой, религией и т.д., развивает мировоззрение и способствует формированию гармонически развитой личности.

*Шаповалова Є. В.*

### **ТЕРМІНИ-ГІБРИДИ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

*Донецькій національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра іноземних та латинської мов, завідувач кафедри – доц. Пузик А.А.,  
науковий керівник – викладач Карлова Т. Є.*

**Мета дослідження.** Проаналізувати моделі конструювання складних та похідних анатомічних термінів і вивчити особливості побудови термінів-гібридів.

**Матеріал і методи дослідження.** Матеріалом даної роботи постали анатомічні терміни, відібрані методом суцільної вибірки з міжнародної анатомічної номенклатури. У дослідженні були застосовані методи порівняльного, описового аналізу і метод формалізації результатів дослідження.

**Результати дослідження.** Складні та похідні терміни не рідко стають предметом наукового дослідження, однак об'єктом таких робіт зазвичай виступають клінічні терміни. Анатомічна термінологія теж містить значну кількість таких найменувань, які потребують досконалого вивчення. При утворенні складних та похідних термінів основи та афікси в межах одного слова повинні належати до однієї мови. Найчастіше такі терміни формуються від грецьких терміноелементів (pterygopharyngeus, glossopharyngeus). Латинські найменування ж зустрічаються значно рідше (nasolacrimalis, musculocutaneus, subcostalis). У той же час у анатомічній термінології спостерігається певне відхилення від норми, в наслідок чого формується та використовується значна кількість слів-гібридів, що складаються з грецьких і латинських елементів одночасно. Наприклад, zygomaticofrontalis, fibromusculocarthalagineus, pterygomandibularis, myoseptum.

**Висновки.** Квантитативний аналіз кількості складних та афіксальних анатомічних термінів за їх походженням свідчить про те, що терміни-гібриди у цьому розділі медичної термінології – явище достатньо розповсюджене. Так, серед відібраних слів 56 % належать термінам, сформованим лише на грецьких елементах, 26 % – терміни-гібриди, 18 % – латинські найменування.

## **НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІЦЕЇСТІВ, ШКОЛЯРІВ ТА УЧНІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ**

*Мельник А.В., Аверчук А.С.*

### **ОСОБЛИВОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ АНТИСЕПТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕКСТРАКТІВ ЛИШАЙНИКІВ**

*Донецький обласний медичний ліцей-інтернат з поглибленим вивченням природничих наук Донецької обласної ради, Директор – доц. Г.М. Манжелеєв, науковий керівник – доц. В.А. Мельник.*

**Мета досліджень** – виготовлення засобу санації шкірних покривів рук за допомогою екстрактів лишайників (Л). У зв'язку з поставленою метою основні завдання дослідження такі: дослідити особливості отримання ліхенінів з кущистих видів Л; виготовити ефективний ліхеносанітайзер. Об'єкт дослідження: ліхеноремедіація шкірних покривів людини. Предмет досліджень: ремедіативна здатність Л.

**Матеріали та методи.** Сухий Л *Cladina arbuscula* (Wallr.) Hale et W. L. Culb., попередньо очищений від механічних домішок, обробляють відповідно до методу (Пат. 51708 Україна. МПК (2009) A01B 79/00. Спосіб аероо санації ізолюваного середовища за допомогою екстрактів Л / Глухов О.З., Аверчук А.С., Хархота Г.І. Заявник та власник Донецький ботанічний сад НАН України. – № u 2010 01759; заявл. 18.02.2010; опубл. 26.07.2010. – Бюл. № 14. – 8 с.). Отриманий таким способом розчин ліхеніна не обезводнювали. Після остуджування екстракт стає желеподібним. Після чого додатково додаємо допоміжні компоненти у наступному співвідношенні: розчин ВСВ (35%); гліцерин (5 %); ПЕГ-7 гліцерил кокоат (2 %); загусник (10 %); алантоїн (0,5 %); ТЕА (3 %); бензалконіум хлорид (1 %); запашні речовини (0,04 %); вода очищена (до 100 %), дезінфектор (50 %). Дослідження проводили в умовах навчального закладу, де для експерименту відбирали десять учасників у відповідності щодо віку, курсу, групи, розкладу навчального процесу (до уваги приймали відвідування тих

самих приміщень, що, безсумнівно, вплине на показники забруднення рук мікроорганізмами). Учасників відбирали з їхньої згоди. Висів мікроорганізмів з поверхні рук респондентів проводили за загально прийнятою методикою (Методические указания к выполнению лабораторных работ по курсу “Микробиология с основами вирусологии” / Отв. за выпуск Г.П. Липницкая. – Донецк: Норд Компьютер, 2002. – 56 с.), по чотири чашки (по дві чашки на кожную руку) на кожную особу, дві з яких використовували як контроль, відповідно по одній на ліву та праву руку, після чого культивували 3 доби у термостаті. Після приготування санітайзера із наповнювачем з екстрактів *L. Cladina arbuscula* (Wallr.) Hale et W. L. Culb. готовий препарат пропонували респондентам для використання у довільному обсязі, оскільки кількість санітайзера на його якість не впливає. Після оброблювання рук гелевою масою було проведено висів мікроорганізмів з поверхні шкіри.

**Результати досліджень.** У результаті проведених досліджень модифіковано спосіб отримання ліхенінів із лишайникової сировини, особливості модифікації полягають у більш детальному очищенні від домішок полісахаридів, що спричиняють застигання розчину та його затвердінню. Виготовлено засіб для санації поверхні шкіри рук – санітайзер - що містить екстракт *L. Cladina arbuscula* (Wallr.) Hale et W. L. Culb. при наступному співвідношенні компонентів у масових відсотках: розчин ВСВ (~ 35%), гліцерин (5 – 7 %), ПЕГ-7 гліцерил кокоат (2 - 5 %), загусник (до 10 %), алантоїн (0,5 – 1 %), ТЕА (~ 3 %), бензалконіум хлорид (~ 1 %), запашні речовини (0,04 - 0,06 %), вода очищена (до 100 %), дезінфектор (~ 50 %). Ефективність запропонованого препарату складає ~ 70 %.

*Осокін А.Е.*

## ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕЛЕМЕНТАРНОГО СКЛАДУ ЕФЕКТИВНОГО УНІВЕРСАЛЬНОГО ПОЖИВНОГО СЕРЕДОВИЩА

*Донецький обласний медичний ліцей-інтернат з поглибленим вивченням природничих наук  
Донецької обласної ради Директор – доц. Г.М. Манжелеєв, науковий керівник – к.б.н. Аверчук А.С.*

**Мета досліджень** – визначити ефективний склад мікроелементів для виготовлення універсального поживного середовища. У зв'язку з поставленою метою основні завдання дослідження такі: дослідити особливості росту мікроорганізмів при різних концентраціях основних елементів поживного середовища; встановити ефективний склад мікроелементів для виготовлення універсального поживного середовища. Об'єкт дослідження: виготовлення універсального поживного середовища. Предмет досліджень: особливості росту мікроорганізмів в умовах різної концентрації основних елементів поживного середовища.

**Матеріали та методи.** Виготовлення субстрату проводили із розрахунку на 1 л, після чого розливали в 10 пробірок по 20 мл кожна. Для приготування субстрату використовували речовини, що містять N, Mg, P, K ( $\text{NH}_4\text{Cl}$ ,  $\text{MgCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ ,  $\text{H}_3\text{PO}_4$ ,  $\text{KCl}$ ) і сахарозу із різним ступенем їх концентрації в розчині, що потрібно для вибору оптимального співвідношення даних елементів в живильному середовищі. Набору реагентів (3,5 гр) розмішували в 1 л дистильованої води, кип'ятили 2 хв до повного розплавлення агару, після чого фільтрували через ватно-марлевий фільтр. Далі розливали в стерильні пробірки і стерилізували автоклавуванням при температурі  $121 \pm 2^\circ \text{C}$  протягом 15 хвилин. Середовище охолоджували до температури 45 - 50° C, а потім розливали в стерильні пробірки по 10 мл. Після посіву культивування мікроорганізмів проводили в термостаті при температурі 25 - 30° C п'ять діб згідно з загальноприйнятою методикою.

**Результати досліджень.** Встановлені оптимальні концентрації макроелементів N, Mg, P, K в живильному середовищі: P – 0,005 M; N - 0,0025 M; Mg і K - не менше 0,00016 M. Виявлено, що при концентрації фосфору менше 0,005 M відбувається пригнічення репродуктивної здатності дріжджів, що робить їх чутливими до цього елементу в живильному середовищі. Більш стійко проявили себе дріжджі в умовах дефіциту K, де концентрація  $\text{KCl}$  в розчині живильного середу становила 0,00016 M. Встановлено, що пригнічення розвитку дріжджів відбувається при відносно низьких концентраціях  $\text{NH}_4\text{Cl}$  і  $\text{MgCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ : 0,0025 і 0,0003 M, відповідно.

*Ізотова М.Б.*

## ЛІХЕНОІНДИКАЦІЯ СТАНУ ПОВІТРЯ МІСТА ДОНЕЦЬКА

*Донецький обласний медичний ліцей-інтернат з поглибленим вивченням природничих наук  
Донецької обласної ради, Директор – доц. Г.М. Манжелеєв, науковий керівник – к.б.н. Аверчук А.С.*

**Мета досліджень** – встановити можливість ліхеноіндикації забруднення повітря в умовах міста Донецька. Для досягнення мети були поставлені наступні завдання: дослідити особливості поширення видів лишайників у різних антропогенних місцезростання на території міста Донецька; на основі даних розрахунків інтегрованих показників чистоти повітря провести картування ізотоксичних ліхеноіндикаційних зон; провести екологічний аналіз видового складу лишайників антропогенно трансформованих територій; встановити можливість ліхеноіндикації техногенного забруднення антропогенно трансформованого середовища. Об'єкт дослідження: лишайникові синузії в природних екотопах антропогенно трансформованих територій на південному сході України. **Предмет досліджень:** еколого-ценотичні особливості поширення лишайникових синузій в природних екотопах антропогенно трансформованих територій на південному сході України.

**Матеріали та методи.** Види лишайників визначали стандартним порівняльно-морфологічним методом за визначниками та флорами. Для кількісної оцінки стану забруднення екотопу було використано індекс

чистоти повітря (ІЧП) Де Служера та Ле Блана у модифікованому вигляді, показник якого зворотно-пропорційний до стану забруднення повітря. Екологічний аналіз видів лишайників проводили згідно схеми екоморф рослин О.Л. Бельгарда, оптимізованої для цілей фітоіндикації екотопу і біотопу. Ступінь забруднення повітряного басейну у різних районах м. Донецька характеризували за офіційними даними управління екологічної безпеки у Донецькій області.

**Результати досліджень і висновки.** Уперше на основі показників індексу чистоти повітря здійснено інтегральне оцінювання екологічного стану урбаноекосистем, проведено картування забруднення повітря на територіях індустріального міста південного сходу України – Донецька. Виділено ліхеноіндикаційні зони: сильно (ІЧП 0 – 5), помірно (ІЧП 5 – 10), слабо (ІЧП 10 – 15) забруднена та незабруднена (ІЧП - 15). Проведене картування ізотоксичних ліхеноіндикаційних зон за показником ІЧП підтверджується даними управління екологічної безпеки у Донецькій області.

*Федорук А.А.*

## **АЕРОСАНАЦІЇ ПРИМІЩЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ПАРОВОГО ЗВОЛОЖУВАЧА ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЕКСТРАКТІВ ЛИШАЙНИКІВ**

*Донецький обласний медичний ліцей-інтернат з поглибленим вивченням природничих наук Донецької області ради, Директор – доц. Г.М. Манжелеєв, науковий керівник – к.б.н. Аверчук А.С.*

**Мета досліджень** – встановити ефективність аероремедіації лишайників в умовах закритих приміщень. У зв'язку з поставленою метою основні **завдання** дослідження такі: дослідити особливості росту й розвитку патогенної мікрофлори повітря до й після обробки приміщення екстрактами лишайника; визначити антибіотичні властивості ліхенінів; встановити можливість використання екстрактів лишайників для виробництва повітроочисників. Об'єкт дослідження: ліхеноремедіація повітря закритих приміщень паровими повітроочисниками. **Предмет** досліджень: ремедіативна здатність парових повітряних очисників побудованих із використанням ліхенінів.

**Матеріали та методи.** Для отримання ліхенінів (лишайникових кислот) із лишайникової сировини використовували загальноприйнятий метод (Пат. 2129159 Российская Федерация МПК С12Р 19/02, С12Р 19/04, С08В 37/00. Способ получения лишенина из лишайника / Лазыкин А.Г., Черкасов Н.А., Ковтун А.Л., Рогожин А.З., Нестеров Ю.Е., Кузнецов В.Г.; заявитель и патентообладатель Научно-исследовательский институт микробиологии МО РФ. – № 96123640/13; заявл. 15.12.1996; опубл. 20.04.1999. Бюл № 3. – 3 с.). Висів мікроорганізмів проводили за методом Коха у чашки Петрі із рибо-пептонним агаром, по дві чашки на кожне досліджуване нами приміщення (першу використовували як контроль, другу – експериментальну). Досліджені нами приміщення за ступенем забруднення повітря, умовно були поділені на три групи: 1 – із сильним забрудненням; 2 – із помірним забрудненням; 3 – із слабким (не значним) забрудненням.

**Результати досліджень і висновки.** Атмосферне повітря - один з найважливіших природних ресурсів, без якого життя було б абсолютно неможливим. Саме тому вкрай важливим завданням є системне та постійне вживання відповідних заходів, пов'язаних із збереженням, поліпшенням та відновленням стану повітря, запобіганням й зниженням рівня його забруднення та впливу на нього біологічних факторів за допомогою інструментальних методів із використанням рослинних агентів, як біологічно чистих та гіпоалергенних. У результаті проведених досліджень визначено середню кількість бактеріальних тіл у 1 м<sup>3</sup> повітря приміщення до використання парового зволожувача – від 9744 до 13462 мікроорганізмів; виявлено кількість мікроорганізмів, що осідає на 1 м<sup>2</sup> за годину з повітря ізольованого приміщення: від 116923 до 161538 бактерій; доведено ефективність використанні парового зволожувача повітря із використанням у якості наповнювача екстракт лишайника *Cladonia arbuscula* (Wallr.) Hale et W. L. Culb.; виявлено, що лишайникові речовини діють на мікрофлору повітря ізольованого середовища із ефективністю ~ 70 %.

*Киктева А.А., Рожко М.В.*

## **ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗАЦИИ**

*Донецкий базовый медицинский колледж, г. Донецк, Украина*

*Методическая комиссия профессиональной и практической подготовки основ сестринского дела, научный руководитель: Алексеенко О.И. - преподаватель сестринского дела.*

**Цель исследования.** Выявить факторы, определяющие ведущие современные тенденции тиреоидной заболеваемости у населения в условиях различных типов городских территорий. Разработать методы профилактики эндемического зоба

**Материалы и методы.** Студентами медицинского колледжа для решения поставленной цели были изучены материалы историй болезни 160 пациентов в период с 2011 по 2012 год, в возрасте от 30 до 55 лет, также проведен анализ литературных данных.

**Результаты.** В результате исследования было выявлено, что из 160 пациентов с диагнозом эндемический зоб, 55 (34,4%) человек проживают в сельской местности, 105 (65,6%) человек жители городов. Из них 73 (45,6%) пациента – это мужчины, а 87 (54,4%) пациентов – это женщины. Студентами были изучены особенности протекания зобной эндемии у городского населения в условиях повышенных концентраций в атмосферном воздухе различных групп веществ загрязнений атмосферы. Повышенная концентрация

химических веществ техногенной природы в атмосферном воздухе способствует развитию зубной трансформации городского населения в условиях пониженной йодной обеспеченности природной среды Донбасса. Разработаны методы профилактики эндемического зоба, подготовлены памятки, санбюлетни.

**Выводы.** Заболеваемость эндемическим зобом у городского населения в условиях различных типов урбанизированных территорий повышается, идет усиление тяжести тереоидной заболеваемости и постепенно сглаживание различий в показателях заболеваемости у мужчин и женщин.

*Апольська Т.О., Горб К.М.*

### **ПРОБЛЕМИ ГЕЛЬМІТОЗІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Макіївське медичне училище, науковий керівник - Іванченко О.М., Викладач медичної біології*

**Мета дослідження:** Вивчення проблеми гельмінтозів. На сьогодні у світі відомі 342 види гельмінтів, які можуть спричинити захворювання у людини. Вони належать до трьох основних класів: круглі черв'яки, або нематоди, сисун, або трематоди, і стрічкові черв'яки, або цестоди.

**Матеріали та методи.** За даними ВООЗ, понад 16 мільйонів смертей на рік, а це близько третини всіх випадків, обумовлено інфекційними та паразитарними (глистовими) захворюваннями

**Результати дослідження.** Дані світової статистики свідчать, що 1,5 млн. випадків онкологічних захворювань обумовлені саме гельмінтами. За даними паразитологічного моніторингу, практично кожна людина в нашій країні протягом свого життя хоча б раз інфікується гельмінтами. Щорічний показник захворюваності гельмінтозами в Україну, за даними фахівців, становить 1333 випадки на 100 тисяч населення. Незважаючи на те, що в Україні зустрічаються близько 30 видів гельмінтів, які паразитують в організмі людини, найбільш поширеними захворюваннями є лише декілька: ентеробіоз, аскаридоз, трематодоз. Захворюваність ентеробіозом в країні складає 1100 випадків на 100 тисяч населення. Серед хворих 70% - жителі міст, з них 90% - діти.

**Висновки:** Подолання захворюваності гельмінтозами актуальне в системі охорони здоров'я. Для успішного здійснення цього завдання лаборанти повинні досконало володіти методами лабораторних досліджень, знати морфологію основних груп гельмінтів на різних стадіях розвитку, локалізацію їх в організмі людини, патогенний вплив, шляхи зараження та заходи боротьби з ними і профілактику. Вивчення матеріалу теми важливе для розуміння процесів, які відбуваються в організмі людини при зараженні гельмінтозами. Одержані знання в майбутньому знадобляться студентам у практичній діяльності медичних лабораторій

*Ковтун Ю.Е., Венжик О.І., Григоренко Я.Д.*

### **ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ТА ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У МЕШКАНЦІВ ДОНБАСУ**

*Донецький базовий медичний коледж, м. Донецьк, Україна*

*Комісія професійної та практичної підготовки циклу загально-медичних дисциплін, науковий керівник: Білецька В.В. - викладач патологічної фізіології*

**Мета дослідження.** Виявлення частоти розповсюдження та етіологічних факторів захворювань органів дихання у мешканців Донбасу.

**Матеріал і методи дослідження.** Студентами проаналізовані історії хвороб та проведено анкетування 50 пацієнтів з захворюванням органів дихання. Середній вік респондентів склав 50,6 - 56,2 роки.

**Результати дослідження.** Хронічний бронхіт виявлено у 63,7% опитаних, бронхіальна астма – у 41%, у 37,8% хворих відмічається антракоз, пневмокозіоз. Перенесли за минулий рік гострий бронхіт - 24,3%, вогнищеву пневмонію – у 12,7%, крупозну пневмонію – 4,3%, виявлено рак легенів – у 32,1% пацієнтів. 87% з опитаних пацієнтів палять понад 10 років, 62% працюють на підприємствах вугільної та металургійної промисловості, 21% хворих пов'язують хворобу з соціально-економічним становищем, 87% - з забрудненням навколишнього середовища, 44% - з недосконалістю технологічних процесів та засобів індивідуального захисту на виробництві. В Донецькій області кожний рік реєструється 1 млн. випадків захворювання органів дихання. В структурі смертності померлі від цих хвороб склали 2,1%. Інвалідами від захворювань органів дихання у 2011 році стали 6,4% (16,8 тисяч людей).

**Висновки:** У зв'язку з важкою екологічною ситуацією рання діагностика хвороб органів дихання є однією з найважливіших проблем сучасної пульмонології. Завдання середнього медичного працівника полягає у поширенні саносвітньої роботи та своєчасної діагностики захворювань.

*Венжик Е.Н.*

### **ФЕНОМЕН МЕДСЕСТРИНСТВА В РУССКОЙ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ**

*Донецький базовий медичний коледж, г. Донецьк, Україна*

*Методическая комиссия профессиональной и практической подготовки основ сестринского дела, науч. рук. Дружинина Л. И.*

**Цель исследования.** Изучить раскрытие образа сестры милосердия в русской литературе, истоки массового героизма медиков в военное время.

**Матеріали і методи.** Произведения русской литературы, труды Пирогова. Используются методы: историко-описательный, контент-анализа.

**Результаты.** В произведениях классиков русской литературы Толстого, Тургенева, Полонского, Станюковича есть и сцены ухода за больными и ранеными женщинами, далекими от медицины, и восхищенные строки, посвященные сестрам милосердия. Поражает обилие первых и немногочисленность последних; возникает вопрос, как могли люди, чувствующие глубинные изменения в обществе, пройти мимо истинных героинь нового времени? Должное сестрам милосердия в «Севастопольских письмах» и других трудах отдает Н.И. Пирогов. Великий врач проследживает становление общины, подчеркивает отечественный приоритет в применении женского труда по оказанию помощи раненым на поле боя, отдает должное особому складу женской души, указывает на источники массового героизма. Это чувство, лежащее в глубине души каждого – любовь к Родине, а также искренняя вера и «обилие дела, особая атмосфера кипучей деятельности и нервного возбуждения в военное время».

**Выводы:** хотя сестра милосердия в XIX ст. была, без преувеличения, главной фигурой в мире, ее по достоинству не оценили ни в литературе, ни в обществе. Эта тенденция продолжается и сейчас. Очевидно, что без медсестер нет будущего, но отношение к ним меняется очень медленно. Главная роль в изменении сложившейся ситуации должна принадлежать самим медсестрам – лидерам медсестринства.

*Красноіс Н.І. Подайко М.М.*

### **КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПРИ ХРОНІЧНИХ ПІЕЛОНЕФРИТАХ**

*Донецький базовий медичний коледж, м. Донецьк, Україна*

*Комісія професійної та практичної підготовки терапевтичного циклу, наук. кер. – Коротєєва І.В., викладач терапії*

**Мета дослідження.** Оцінити функціональний стан нирок при хронічних піелонефритах.

**Матеріали і методи.** Студентами проведено анкетування пацієнтів з захворюванням нирок, зроблено аналіз історій хвороб. До дослідження включено 25 хворих на хронічний піелонефрит (віком від 40 до 55 років) у стадії загострення, з протягом захворювання до 5 років. Чоловіків – 10, жінок – 15. Проведена оцінка клінічних проявів, даних АТ, загального аналізу сечі, аналізу сечі за Зимницьким, результаів урографії, УЗД нирок, ниркової ангиографії, цистоскопічних змін.

**Результати дослідження.** У 79% хворих відмічались дізурічні явища. Підвищення АТ спостерігалось у 99,7% пацієнтів. У всіх відмічена гіпоізостенурія, лейкоцитурія, протеїнурія, поліурія, ніктурія. Наявність бактерій у високих діагностичних титрах: *Escherichia coli* – 72%, *Enterobactes spp* - 13%, *Staphylococcus aureus* - 15%. Заданими урографії у 86% пацієнтів - звуження, деформація чашечок, піелоектази, піелоренальний рефлюкс, асиметрія розмірів нирок. Ниркова ангиографія проведена 10 пацієнтам з виявленням зменшення просвіту ниркових артерій, облітерації дрібних судин коркової речовини. УЗД 100% показало асиметричні зміни нирок, розширення та деформацію чашково-лоханкових структур, потовщення сосочків, зменшення товщини паренхіми.

**Висновки.** У пацієнтів з хронічним піелонефритом виникають значні порушення функції нирок, стійкість та тривалість яких залежить від довгочасності та тяжкості захворювання.

*Вакуленко К.І.*

### **ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СІМЕЙНО-ШЛЮБНИХ ВІДНОСИН У М. МАРІУПОЛІ ПРОТЯГОМ 1970-2012 РОКІВ**

*Маріупольське медичне училище, м. Маріуполь, Україна*

*Циклова комісія гуманітарних і соціально-економічних дисциплін, Науковий керівник – Черевко Т.М.*

**Мета дослідження.** З'ясувати співвідношення шлюбів та розлучень протягом 1970-2012 років у м. Маріуполі. Розкрити причини розлучень, пов'язавши їх з об'єктивними та суб'єктивними факторами розвитку.

**Методи і матеріали дослідження.** Проведено соціологічне опитування 371 респондента. Питаннями стосувались віка подружніх пар, терміну реєстрації шлюбу, сімейних цінностей, при розірванні шлюбних стосунків з'ясувались причини розлучень. Узагальнення зібраного матеріалу будувалось на основі порівняльного, логічного методів дослідження та методу математичного аналізу.

**Результати дослідження.** З початку 1970 років спостерігалась відносна стабільність сімейно-шлюбних стосунків у м. Маріуполі. Починаючи з 1973 року кількість розлучень збільшується. Особливо зростає ця тенденція у 1980-1981рр., а у 1983р. досягає свого апогею, становлячи майже 100%. У 80-ті роки найменша кількість розлучень була зафіксована у 1984 і 1986-1987рр. У 90-х роках поглиблюється тенденція нестабільності сімейно-шлюбних відносин. Найбільший показник розлучень спостерігається у 1994р. (70%) і в 1999р. (60%). Протягом 2000-2012рр. у м. Маріуполі найбільше розлучень було у 2000р., 2007р. і у 2008р. (відповідно 50%, 45%, 42%), останні 3 роки відсоток розлучень складав відповідно: 2010 – 7%, 2011 -3%, 2012 – 12,5%.

**Висновки.** Найбільш несприятливими для розвитку сім'ї у м. Маріуполі були 1983р. (майже 100% розлучень, 1994р. (70%), 1999р. (60%), 2000 (50%). Така ситуація пояснювалась як факторами об'єктивного (ускладнення соціально-економічної, політичної ситуацій), так і суб'єктивного характеру (подружня зрада, несумісність характерів, зловживання алкоголем, легковажний вступ до шлюбу, недостойну поведінку одного з подружжя).

*Черняк Я.К.*

### **ЗАСТОСУВАННЯ МЕРАТИНУ ТА МЕРАТИНУ КОМБІ ПРИ ЛІКУВАННІ МІКСТ-ІНФЕКЦІЇ В ГІНЕКОЛОГІЇ**

*Донецький базовий медичний коледж м. Донецьк, Україна*

*Методична комісія професійної та практичної підготовки акушерсько-гінекологічного циклу,  
науковий керівник – Омельченко О.М., викладач акушерства та гінекології*

**Мета дослідження.** Вивчення ефективності комбінованого використання Мератину та Мератину Комбі при вагінальній мікст-інфекції.

**Матеріали та методи дослідження.** Студентами коледжу проведено анкетування пацієнток з вагінальною мікст-інфекцією, зроблено аналіз історій хвороб. До групи спостереження увійшли 50 пацієнток віком від 23 до 36 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні. Всі пацієнтки пройшли повне клінічне та лабораторне обстеження. Респонденти були розподілені на 2 групи по 25 осіб. До першої групи увійшли хворі, які протягом 10 діб отримували лікування шляхом інстиляції водного розчину хлоргексидину. Пацієнтки другої групи отримували вагінально Мератин Комбі та перорально Мератин.

**Результати дослідження.** Запальні процеси жіночих статевих органів становлять 55-70% випадків у структурі всіх гінекологічних захворювань, з яких 40-50% - припадає на вагінальні інфекції. Незважаючи на значну кількість антибактеріальних препаратів, частота запальних захворювань не знижується. В першій групі клінічні та лабораторні показники на 10 добу змінились незначно. В другій групі у 93,4% жінок значно зменшились клінічні прояви захворювання, що підтвердились лабораторними дослідженнями.

**Висновки.** За ефективністю результатів комбінація Мератину та Мератину Комбі переважає антисептичні препарати при лікуванні вагінальної мікст-інфекції.

*Терпелюк Г.В., Буцька М.А.*

### **МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ І ОЖИРІННЯ**

*Донецький базовий медичний коледж м. Донецьк, Україна*

*Методична комісія професійної та практичної підготовки акушерсько-гінекологічного циклу,  
Науковий керівник – викладач акушерства та гінекології Фініченко А. К.*

**Мета дослідження** – визначити взаємозв'язок між розвитком ожиріння у жінок під час пери- та постменопаузи і метаболічними процесами у зв'язку з випадінням функції яєчників.

**Матеріал і методи дослідження.** Студентами ДБМК під час виробничої та переддипломної практики була проведена дослідницька робота з теми «Менопаузальний метаболічний синдром і ожиріння». Було обстежено 94 жінки, 50% з яких віком 40 – 45 років, а інші 50% віком після 50 – 55 років. Середній вік обстежених склав 52,5 року. Проводилось опитування та огляд пацієнток, вивчення даних лабораторних досліджень.

**Результати дослідження.** Збільшення маси тіла починається у віці 42 – 46 років, тобто с початком перименопаузи. В цій групі жінок ожиріння зустрічається лише у 7% випадків. З настанням постменопаузи (у віці 52 – 59 років) кількість жінок з надмірною вагою зростає втричі і становить 21%. Формується переважно абдомінальний (андроїдний) варіант ожиріння, що безперечно пов'язано з ослабленням естрогенного впливу на тканини і підвищенням рівня андрогенів. Ожиріння в менопаузі супроводжується виникненням серцево-судинних захворювань, діабету, гіперплазії і раку ендометрія.

**Висновки.** Випадіння функції яєчників супроводжується гормональною перебудовою в організмі жінки і призводить до менопаузального метаболічного синдрому. Тенденція до розвитку ожиріння з'являється у 42 – 46 років і посилюється після 55 років. Фізична активність і дієта впливають на розвиток ожиріння під час менопаузи і сприяють зменшенню ризику виникнення серцево-судинних захворювань, діабету тощо.

*Чикуніна Т. А., Заречная Е.Б.*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Донецкий базовый медицинский колледж, г. Донецк, Украина*

*Методическая комиссия профессиональной и практической подготовки педиатрического цикла,  
научный руководитель - Алексеенко О.В. преподаватель педиатрии*

**Цель исследования.** Изучить особенности течения ОРВИ у детей на фоне сахарного диабета.

**Материалы и методы.** Студенты колледжа провели анкетирование, изучение историй болезней, анализ научной литературы. Под наблюдением находились 36 детей больных сахарным диабетом 1 типа в возрасте 4-14 лет, в анамнезе которых имеются частые острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ). Диагностическую проводили на основании клинико-анамнестических данных.

**Результаты исследования.** В ходе исследования было установлено, что у 20 детей (55%) зарегистрированы случаи острых респираторно-вирусных инфекций в среднем 6-10 раз в год, продолжительностью 2 - 4 недели. Эти дети состоят на «Д» учете в группе «часто и длительно болеющих». ОРВИ в группе наблюдения часто осложнялись заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. Бронхиты регистрировались у 14 детей (38%), пневмонии у 8 детей (22%), отиты у 9 детей (25%), тонзиллиты у 11 детей (30%), в связи с



чем пациенты неоднократно получали терапию антибиотиками.

**Выводы.** Течение острых респираторно-вирусных инфекций на фоне сахарного диабета вялотекущее и трудно поддается лечению, характеризуется присоединением бактериальных инфекционно - воспалительных процессов бронхо - легочного аппарата и ЛОР - органов.

*Гапуненко В.І., Чікунова Т.М., Пуговічкіна Т.С., Глазкова К.М.*

### **ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Донецький базовий медичний коледж, м. Донецьк, Україна*

*Комісія професійної та практичної підготовки хірургічного циклу, наук. кер. – Юрина Е.О., викладач онкології*

**Мета роботи:** розробити план заходів з профілактики захворювань молочної залози та розповсюдити їх серед студентів вищих навчальних закладів м. Донецька.

**Матеріали та методи роботи:** Студенти коледжу проводили аналіз літератури, вивчали статистичні дані обласного канцер-регістру, виявляли фактори ризику розвитку раку молочної залози, розробили анкету «Самодіагностика захворювань молочної залози» та провели анкетування серед молоді (162 осіб віком від 18 до 25 років), аналіз 64 історій хвороб жінок у Донецькому обласному протипухлинному центрі (віком від 35 до 65 років).

**Результати роботи:** Найчастіше сприяє виникненню раку молочної залози: фіброзно - кістозна мастопатія – 29,6 % (19 осіб), короткий лактаційний період або відсутність годування грудьми – 70,3% (45 осіб), травми молочної залози або мастит – 17,1% (11 осіб). 32 жінки (50%) палять понад 5 років, 100 % мають в анамнезі більше двох штучних абортів, захворювання статевих органів (запального та незапального характеру). Студентами підготовлені презентації «Профілактика лактаційного маститу», «Профілактика мастопатії», відеофільм «Профілактика захворювань молочної залози».

**Висновки:** Профілактика рака молочної залози складається з відмови від шкідливих звичок, дотримання нормального фізіологічного ритму життя жінки (вагітність, годування), відмова від абортів. Важливе значення мають систематичні самостійні обстеження молочної залози і щорічні профілактичні лікарські огляди жінок.

*Бессмертная А. И.*

### **ЭКОЛОГИЯ КВАРТИРЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**

*Макеевская ОШ I-III ступеней № 50 г. Макеевки 10-Б класс, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** установить, является ли моя квартира экологически чистой, безопасной для жизни членов моей семьи.

**Материалы:** научные справочные материалы, статьи, интернет-источники, собственные исследования.

**Методы исследования:** библиографический метод (с целью изучения литературы по данной теме); метод наблюдения (дает возможность получить первичную информацию об объекте исследования); метод анализа и синтеза (с целью более глубокого познания исследовательского явления); метод сравнения (с помощью которого лучше выделять характерные особенности объекта исследования); метод индукции (для обобщения результатов исследования и выводов); метод экспериментального изучения объекта;

**Результат.** Квартира – не только укрытие от неблагоприятных условий окружающего мира, но и мощный фактор, воздействующий на человека и в значительной степени определяющий состояние его здоровья. На качество жизни в жилище влияют: наружный воздух; продукты неполного сгорания газа; вещества, возникающие в процессе приготовления пищи; вещества, выделяемые мебелью, книгами, одеждой и т.п.; продукты табакокурения; бытовая химия и средства гигиены; комнатные растения; соблюдение санитарных норм проживания (количество людей и домашних животных); отделочные материалы; домашняя пыль; физические, химические параметры квартиры; уборка квартиры; бытовые приборы. Заболевания, связанные с неблагоприятной экологией квартиры: головная боль, тошнота, конъюнктивиты, аллергический насморк, трахеиды, бронхиты, астма, онкологические заболевания.

**Выводы.** Для хорошей экологии в квартире следует: 1. Чаще проветривать квартиру, чтобы улетучивались вредные газы, «пылесосить» ковры и паласы, делать влажную уборку, уменьшая количество пыли, на частичках которой задерживаются вредные вещества. 2. Приобретать мебель, предметы быта и материалы для ремонта с учетом их экологических качеств. 3. Стремиться сократить число источников загрязнения, в том числе, по возможности, максимально отказаться от асбестосодержащих материалов древесностружечных плит. 4. Не злоупотреблять лакокрасочными покрытиями; соблюдать правила эксплуатации газовых и печных отопительных приборов. 5. Хранить предметы бытовой химии в нежилых помещениях (на лоджиях и т. д.), если это сделать невозможно, то хранить только герметично закрытыми. 6. Время пользования такими приборами, как фены для сушки волос, электробритвы, микроволновые печи, электрические утюги и т. д., нужно сократить до минимума. 7. Не садиться близко к экрану телевизора или персонального компьютера. 8. Убрать электрический будильник или телефонный автоответчик от изголовья постели. 9. Дешевый и эстетический способ уменьшить влияние вредных факторов - завести комнатные цветы. Они поглощают углекислоту и некоторые вредные вещества, выделяют кислород, оказывают бактерицидное действие, увлажняют воздух.

Биленко Е.

### **ЗНАЧЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**

*Специализированная общеобразовательная школа I-III ступеней №3 Дзержинского городского совета Донецкой области, 10 класс, научный руководитель – учитель биологии А. Г. Старокожева*

**Цель исследования:** Изучить влияние кисломолочных продуктов на организм человека.

**Материалы и методы:** Анализ материалов веб-сайтов, журналов «Здоровье».

**Результаты исследования:** Диетическое и лечебное действие на организм человека кисломолочных продуктов определяется содержанием в них различных полезных бактерий, молочной кислоты, углекислого газа, спирта, витаминов, белков, жиров, ферментов которые имеются в исходном продукте (молоке, сливках). В процессе кисломолочного брожения в продукте накапливается молочная кислота, которая стимулирует работу слюнных желез, пищевода, желудка, поджелудочной железы и кишечника. Молочная кислота помогает развиваться нормальной микрофлоре кишечника и подавляет рост патогенных бактерий, гнилостной и газообразующей флоры. Она помогает всасываться кальцию, фосфору и железу. Кисломолочные продукты помогают нашему организму расщеплять белки и жиры молока, причём белки делают менее аллергенными. В кисломолочных продуктах снижено содержание молочного сахара (лактозы). В них также содержится много витаминов: В1, В2, В6, В12, С, фолиевая и пантотеновая кислоты.

**Выводы:** Кисломолочные продукты очень полезны для организма человека. Они нормализуют кислотность желудочного сока, используются для лечения дисбактериоза и острых кишечных болезней, помогают больным с пищевой аллергией, со сниженной способностью переваривать жиры, полезны малышам, больным рахитом и анемией, усиливают перистальтику желудочно-кишечного тракта, улучшают работу почек.

*Бессмертная А. И.*

### **ОЖИРЕНИЕ: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

*Макеевская ОШ I-III ступеней № 50 г. Макеевки 10-Б класс, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** изучить причины ожирения, клиническую картину и способы лечения, предложить профилактику ожирения на индивидуальном уровне, провести исследование учащихся Макеевской ОШ I-III ступеней № 50 на предмет наличия избыточного веса тела и ожирения.

**Материалы:** интернет-источники, медицинская литература, консультации с врачами (подростковым педиатром, эндокринологом).

**Методы исследования.** Библиографический метод (с целью изучения литературы по данной теме); метод наблюдения (дает возможность получить первичную информацию об объекте исследования); метод экспериментального изучения объекта (определение индекса массы (ИМТ) тела учащихся школы с целью выявления детей с избыточным весом и ожирением); метод анализа и синтеза (с целью более глубокого познания исследовательского явления); метод индукции (для обобщения результатов исследования и выводов).

**Результаты.** Ожирение – увеличение массы тела за счет жировой ткани. Ожирение может развиваться в результате: нарушения равновесия между принятой пищей и потраченной энергией, т.е. повышенного поступления пищи и сниженного расхода энергии; нарушения в системах поджелудочной железы, печени, тонкого и толстого кишечника (ожирение неэндокринной патологии); генетические нарушения. Предрасполагающие факторы ожирения: малоподвижный образ жизни; генетические факторы: повышенная активность ферментов липогенеза, снижение активности ферментов липолиза; эндокринные заболевания; психологические нарушения пищевого поведения, приводящие к расстройству приема пищи; склонность к стрессам; недосыпание; психотропные препараты; вредные привычки. Диагностировать степень ожирения можно по ИМТ:  $ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост}^2 (\text{м}^2)}$ . По определению ВОЗ: ИМТ более или равен 25 – избыточная масса тела. ИМТ более или равен 30 – ожирение. Повышенный ИМТ является существенным фактором риска в отношении заболеваний: сердечно-сосудистые (болезни сердца, инсульт); диабет; нарушения скелетно-мышечной системы (остеоартрит); онкологические (внутриматочные, молочной железы, толстой кишки). Риск этих заболеваний увеличивается с увеличением ИМТ. Основными способами лечения избыточного веса и ожирения являются соблюдение диеты, физические нагрузки, медикаментозные и хирургические лечения. В проведенных мною исследованиях из 1098 учащихся школы избыточную массу тела имеют 234 ученика (21,3%), ожирение 36 учеников (3,3%).

**Вывод.** Профилактикой избыточного веса и ожирения на индивидуальном уровне являются: ограничение поступления калорий за счет жиров, увеличение потребления фруктов, овощей, зерновых, цельных зерен, орехов, ограничение употребления сахаров, регулярные занятия физкультурой, обретение энергетической сбалансированности и здорового сна.

*Венжега А. В.*

### **ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ БУДУЩЕЙ МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

*Макеевская ОШ I – III ступеней №50 г. Макеевка, 10 – Б класс, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** установить, как беременность в подростковом возрасте влияет на здоровье

девочки-матери и ребёнка.

**Материалы:** медицинская, справочная литература, интернет-издания.

**Методы.** Библиографический (изучение литературы по данной теме); наблюдения (получение первичной информации об объекте исследования); исследовательский (беседа с подростковым гинекологом горбольницы №7 г.Макеевки, подростками, работа с медицинской документацией); индукции (обобщение результатов исследования и выводов).

**Результаты.** Ранняя беременность, беременность в подростковом возрасте – это беременность от 13 до 18 лет. Она таит ряд сложностей: аборт на поздних сроках; неустановившийся гормональный баланс в организме женщины; неустановившаяся нейрорегуляция; «некачественная», незрелая яйцеклетка; анемия; плацентарная недостаточность; увеличивается риск выкидыша, преждевременных родов; повышенная вероятность осложнений во время родов; повышенный риск смертности роженицы, повышенный риск проблем с новорожденным; низкий вес у новорожденного, слабая родовая деятельность; ожирение, лишний вес в будущем – особенно, если было более одних родов в юном возрасте; пролонгированное воздействие ранних родов на организм юной мамы; в 2 раза увеличивается риск развития рака матки, в 3 раза – риск сердечнососудистых заболеваний; ускорение соматического созревания. Ранняя беременность – это сильный психологический стресс для молодого организма, который может повлиять на дальнейшую умственную деятельность девушки. Специалистами было зафиксированы случаи, когда забеременев 15, молодые женщины просто переставали говорить, впадали в глубокую депрессию и даже пытались покончить жизнь самоубийством. Кроме психологического стресса, это ещё и остановка интеллектуального развития, ведь забеременев в 13 или 15, девушке приходится прервать учёбу в школе. Когда девушка сможет продолжить обучение, не известно. В такие годы девушка ещё и сама окончательно не сформирована как человек, поэтому к роли матери она совсем не готова. Мои исследования показали, что число матерей-подростков увеличивается с каждым годом. Это связано с акселерацией, более ранним половым созреванием, недостаточным информированием подростков о контрацептивных средствах, предотвращающих нежелательную беременность, снижением уровня воспитанности.

**Выводы.** Ранняя беременность, когда девушки ещё физиологически не готовы к материнству, очень часто приводит к тяжёлым осложнениям при родах и является причиной рождения детей с различными патологиями, гибели новорождённых.

*Воропаева Е. С.*

### **ИНСУЛЬТЫ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ, ПРОФИЛАКТИКА**

*Макеевская ОШ I-III ступеней № 50 г. Макеевки, 9-Б, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** изучить причины возникновения инсультов у молодых людей, предложить профилактику данного заболевания.

**Материалы:** интернет-источники, медицинская литература, консультации с врачом-кардиологом.

**Методы исследования:** библиографический (изучение литературы по данной теме), метод наблюдения (получение первичной информации об объекте исследования), метод анализа и синтеза (глубокие познания исследовательского явления), метод индукции (обобщение результатов исследования и выводов)

**Результаты и выводы.** Инсульты - остро развивающееся нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся повреждением ткани мозга и расстройством его функций. Инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. Каждый год в Украине от инсульта страдает около 110 тысяч людей. Каждый пятый случай заканчивается инвалидностью, а половина людей, перенесших инсульт, умирает. В последнее время участились случаи инсультов среди молодежи. Одной из главных причин такого роста «омоложения» инсультов является гипертония. Возникновение этой патологии у детей связывают с плохой наследственностью, условиями проживания, гормональными особенностями организма, особенностью нервной системы, а также: неправильное питание и ожирение, вредные привычки, экология. Количество инсультов растет с каждым годом, однако исследователи указывают на то, что при 85% случаев есть возможность не допустить инсульта путем внесения в свой образ жизни. Необходимо отказаться от курения. Прекращение курения через шесть месяцев снижает риск инсульта на 50%. Нужно ограничить потребление спиртного. Согласно последним рекомендациям, допускается эпизодический прием алкоголя в умеренных дозах (не более двух бокалов вина в день или 50 мл крепких напитков). Выпивка каждый день – вредная и опасная привычка. И в молодом возрасте следует контролировать артериальное давление и, если окажется, что оно повышено, обратиться к врачу, даже если ничего не беспокоит. Нормализация артериального давления снижает риск инсульта на 40% уже в течение первого года лечения. Нужно есть меньше жирной пищи, контролировать свой вес и больше двигаться. Регулярная физическая активность способствует снижению артериального давления и нормализует содержание жиров в крови. Ничего нового, все эти рекомендации хорошо известны, но, к сожалению, мало кто их выполняет.

*Коренная Н. Ю.*

## **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ АНОРЕКСИЯ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПРИЗНАКИ, ДИАГНОСТИКА, ФИЗИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.**

*ОШ I-III ступеней №50 г.Макеевки, 10-Б класс, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** установить причины возникновения нервно-психической анорексии, признаки, диагностику и физические последствия; провести исследование учащихся Макеевской ОШ I-III ступеней №50 на предмет наличия анорексии.

**Материалы и методы** – медицинская литература, интернет-источники, консультации с психиатром. - библиографический (изучение литературы по данной теме); наблюдение (получение первичной информации об объекте исследования); исследовательский (определение индекса массы тела ИМТ с целью выявления детей с анорексией); метод индукции (обобщение результатов исследования и вывод).

**Результаты.** Нервно-психическая анорексия – патологическое состояние, проявляющееся в сознательном ограничении пищи в целях похудения. Анорексию объясняют психическими причинами: подростковыми депрессиями, связанными с проблемой идентификации личности, с тревожным состоянием, с безответной любовью. Признаки анорексии: 1. Отрицание поддержания весового минимума; 2. Постоянное ощущение полноты, в частности отдельных частей тела; 3. Способ питания: кушать стоя, раздроблять еду на мелкие кусочки; 4. Нарушение сна; 5. Изоляция от общества; 6. Панический страх поправиться. Как следствие данного заболевания, могут возникнуть определенные нарушения на физиологическом уровне: нарушение менструального цикла (у девочек), аритмия, постоянная слабость, мышечные спазмы. А так же повышенная раздражительность, необоснованный гнев, обида на других. Для достоверного диагноза учитываются признаки: 1. ИМТ составляет 17,5 или ниже. 2. Потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, диуретиков, средств подавляющих аппетит, чрезмерные физические упражнения. 3. Искажение образа своего тела. 4. Аменорея (прекращение менструаций). 5. Прекращение роста, у девочек не развиваются грудные железы). Физические последствия: 1. Нарушение работы сердечно-сосудистой системы (аритмия, приступ обморока, головокружение, постоянное ощущение холода из-за замедленного пульса). 2. Нарушения кожи (выпадение волос, сухая кожа, бледность, появление мелких волос на лице и на спине, нарушение структуры ногтей). 3. Нарушение работы пищеварительной системы (судорожные боли желудка, запоры, тошнота). 4. Нарушение работы эндокринной системы (недостаток гормонов, замедление обмена веществ, аменорея). 5. Остеопороз, частые, болезненные переломы костей, позвонков, уменьшение массы мозга. 6. Психические последствия: депрессия, неспособность сосредоточиться, самоубийство. В проведенных мною исследованиях из 1098 учащихся, анорексией страдают 5 человек (0,45%).

**Вывод.** В случае заболевания анорексией нужно обратиться к лечащему врачу, чтобы он направил к психиатру или напрямую связаться с психиатром, чтобы получить точную диагностику болезни и лечение. Необходимым условием является психологическая поддержка в виде индивидуальной и семейной психотерапии.

*Кротова Е. В.*

## **ПАССИВНОЕ КУРЕНИЕ. ЕГО ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ.**

*Макеевская ОШ I-III ступеней №50, 10-Б класс, научный руководитель: Жихарева В.Н.*

**Цель исследования:** выяснить, как воздействует на организм человека пассивное курение.

**Материалы и методы:** Интернет-источники, медицинская литература, результаты социологического опроса, библиографический (изучение литературы по данной теме); наблюдения (получение первичной информации об объекте исследования); исследовательский (социологический опрос); метод индукции (обобщение результатов исследования и выводов).

**Результаты.** Пассивное курение – вдыхание окружающего воздуха с содержащими в нём продуктами курения табака другими людьми, как правило, в закрытых помещениях. В настоящее время существует согласие в научном сообществе относительно вреда пассивного курения, и его вред является ключевым доводом для введения запретов курения на рабочих местах, в закрытых помещениях, включая рестораны, кафе, бары, ночные клубы. Лестничные марши и площадки, вагоны железнодорожного транспорта.

Заболевания, вызываемые пассивным курением включают: рак лёгких, молочной железы, почечно-клеточная карцинома, рак мозга; заболевания уха, горла, носа, рост риска заболеваний сердца, снижение variability ритма сердца, повышение частоты пульса; повышается вероятность развития атеросклероза; заболевания дыхательной системы; нарушения умственной деятельности и слабоумие; рождение недоношенных детей, детей с недостаточным весом; синдром внезапной детской смерти; ухудшение симптомов астмы, аллергии; увеличение риска кариеса зубов. У школьников наблюдаются трудности обучения, задержка развития.

**Вывод.** Полученные данные заставили меня более глубоко изучить данную проблему и познакомить с ней родителей, и учащихся средних и старших классов.

Биленко Е.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТОКОВ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ, ТОКОВ ДАРСОНВАЛЯ, НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Специализированная общеобразовательная школа I-III ступеней №3 Дзержинского городского совета Донецкой области, 10 класс, научный руководитель – учитель физики Э.Г. Антонова*

**Цель исследования:** Безопасность биофизических реакций организма на токи Дарсонваля и его использования в медицине и косметологии.

**Материалы и методы:** Материалы веб-сайтов, инструкции приборов дарсонваля. Основным методом исследования является экспериментальное использование приборов в семейной практике.

**Результаты исследования.** Метод дарсонвализации был разработан французским врачом и физиком д'Арсонвалем в 1892. Действующим фактором является переменный, импульсный ток высокой частоты (110 кГц), высокого напряжения (20 кВ), малой силы тока (0,02 мА), при этом импульсы следуют с частотой 50 Гц, и электрические разряды. В зависимости от методики проведения процедуры, ток оказывает раздражающее действие. Частые переменные направления тока приводят ионы тканей в колебательные движения с образованием тепла. Под действием токов аппарата Дарсонваль повышается порог чувствительности рецепторов кожи и слизистых оболочек к внешним раздражителям. С помощью дарсонвализации можно снять боли путём устранения повышенного сосудистого тонуса. В косметологии прибор успешно применяется, так как под действием токов высокой частоты происходит омоложение кожи, нормализуется функция сальных желез.

**Выводы:** Аппарат токов Дарсонваля обеспечивает воздействие на кожные покровы коронного высокочастотного разряда без повреждения биологических структурных тканей и предназначен для безопасного применения в косметологии, спортивной медицине, домашней физиотерапии, практике семейного врача, для профилактики и лечения дерматологических, терапевтических, неврологических, хирургических, стоматологических, ЛОР-заболеваний и является прекрасным универсальным аппаратом, просто необходимым для специального ухода за кожей.

Богорская В. С.

## ДЕФИЦИТ ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕГО СОДЕРЖАНИЯ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ.

*Донецкая общеобразовательная школа № 101, 11 класс, научный руководитель: Скрипник Е. А.*

**Цель исследования:** Современная жизнь ставит перед нами немало проблем, связанных со здоровьем человека. Одна из них – заболевания щитовидной железы, связанные с дефицитом йода в организме. Меня заинтересовал данный вопрос. В начале работы была выдвинута гипотеза: продукты питания не могут обеспечить человека необходимой суточной дозой йода. Изучение проблемы дефицита йода и определение содержания йода в некоторых продуктах питания.

**Задачи исследования:** 1) провести обзор литературы по данной теме; 2) выявить основные меры профилактики йоддефицитных заболеваний; 3) выявить наличие продуктов питания, обогащённых йодом; 4) определить содержание йода в некоторых продуктах питания; 5) сделать выводы.

**Выводы:** 1. Выдвинутая гипотеза не подтвердилась, продукты питания могут обеспечить организм необходимой дозой йода. 2. Основными мерами профилактики йоддефицитных заболеваний является потребление в пищу морепродуктов, йодированной соли, йодированных хлебобулочных изделий и других продуктов, обогащённых йодом. 3. Ассортимент йодированных продуктов на прилавках магазинов Донецка большой, что позволяет полноценно использовать их в целях профилактики, но не каждый человек может себе позволить купить эти продукты. 4. Возможно использование йодсодержащих медицинских препаратов, но только после консультации с врачом-эндокринологом. 5. Экспериментальным путем было установлено, что йодированная соль и морепродукты содержат большое количество йода.

Булатецька А. М.

## ВПЛИВ КРІОТЕРАПІЇ НА СЕРЦЕВО – СУДИННУ СИСТЕМУ ЛЮДИНИ

*Костянтинівська гімназія із ЗШ 1 ступеня, 11 клас, наук. кер. – Прокопова І. Г.*

**Мета дослідження** – оцінити особливості функціонального стану серцево-судинної системи людини під впливом кріотерапії.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводились в Державному закладі «Науково-практичний медичний реабілітаційний діагностичний центр» МОЗ України м.Костянтинівка. Досліджено 80 пацієнтів: 40 жінок та 40 чоловіків у віці від 24 до 68 років. Використовувалась аерокріокамера «Styo Therapy Chamber» (Німеччина -110 °С). Перед кожним сеансом кріотерапії та після нього проводилося визначення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень цифровим вимірювачем UA -787(AND, Японія). Варіабельність серцевого ритму визначалась діагностичним автоматизованим комплексом «Кардіо+» (НВО «МЕТЕКОЛ», Україна), для цього виконувалися реєстрація ритму серця та його математичний і спектральний аналіз.

**Результати.** У результаті сеансів зворотно підвищувався систолічний та діастолічний тиск: у чоловіків на  $10,78 \pm 0,4$  мм рт.ст., у жінок на  $9,14 \pm 0,3$  мм рт.ст. Протягом курсу( 20 сеансів) відбулося зниження середніх

значень систолічного тиску у жінок від 130,34 до 125,8 мм.рт.ст., у чоловіків - від 143 до 142 мм рт.ст. Частота серцевих скорочень знизилась у жінок з 78,45 уд.хв. до 77,8 уд.хв., у чоловіків - з 78,4 уд.хв. до 73,0 уд.хв. Потужність спектру височастотного компоненту варіабельності серцевого ритму (HF) збільшилась в середньому з  $875 \pm 67$  до  $1021 \pm 89$ , потужність спектру низькочастотного компоненту (ULF, VLF) зменшилась з  $1894 \pm 354$  до  $1576 \pm 287$  та з  $1675 \pm 564$  до  $937 \pm 589$  відповідно.

**Висновки.** Протягом курсу кріотерапії відбувалися допустимі зміни показників гемодинаміки в напрямку їх нормалізації, помірне посилення впливу на роботу серця блукаючого нерву та суттєве зниження впливу симпатичної нервової системи, що значно розширює показання до використання кріотерапії.

*Данилова М.Д.*

### **ЗАЛЕЖНІСТЬ РОЗВИТКУ ГАСТРИТУ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ**

*Макіївський міський ліцей, 11-Б клас, науковий керівник – вчитель біології та екології Антонова Н.І.*

**Метою роботи** було збір інформації і ознайомлення учнів Макіївського міського ліцею з хворобою – гастрит шлунку, надання рекомендацій щодо профілактики.

**Матеріал і методи.** Проведен статистичний аналіз стосовно кількості хворих дітей у місті Макіївка та Макіївському міському ліцеї. Проведено анкетування серед учнів 7,10, 11 класів. Учні запропонували відповіді на запитання, пов'язані з проблемою гастриту. Було проведено практичне дослідження гастриту на базі Комунальної медичної установи «Дитяче клінічне територіальне медичне об'єднання». Виявлені продукти харчування, які впливають на розвиток гастриту. Створена пам'ятка «Прості правила, як не захворіти на гастрит».

**Результати досліджень.** Проаналізувавши отримані дані анкети, можна з упевненістю сказати, що велика половина учнів веде правильний спосіб життя. Проте якщо з симптомами гастриту в 7-ому класі знайомі лише 35 %, що вчать, то в 10-х, 11-х класах ця цифра складає вже 53 – 66 %. При вивченні даної проблеми та спираючись на результати анкетування можна зробити такі висновки.

**Висновки.** Правильне харчування в дитинстві – фундамент здоров'я на все життя. З харчуванням можуть бути пов'язані багато хвороб нервової системи, багато видів раку, захворювання печінки, нирок і інших внутрішніх органів. Дана робота присвячена актуальній проблемі – харчування сучасних школярів. В ході даного дослідження анкет учнів було з'ясовано, що більшість з них позбавлені повноцінного режиму харчування. При проведенні дослідження учні ліцею були інформовані про правильне харчування і для них була створена пам'ятка «Прості правила, як не захворіти на гастрит».

*Даньків М.П.*

### **ВЛАСТИВОСТІ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРНОЇ ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОСТУДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Харцизька загальноосвітня школа 1-111 ступенів №7 Харцизької міської ради Донецької області, 9-Б клас*

**Мета дослідження.** Дослідити вплив препарату з ехінацеї пурпурної на організм людини при профілактиці простудно-вірусних захворювань.

**Матеріал та методи.** Матеріалом для дослідження є рівень захворюваності на простудну - вірусну групу до і після прийому препарату на основі ехінацеї пурпурної в учнів 6-7 класів. Для цього були використані такі методи як: опис, аналіз літературних даних, спостереження, робота з комп'ютером, анкетування, обробка даних з Інтернету, аналіз рівня захворюваності.

**Результати.** У квітні місяці 2012 проаналізували кількість захворілих учнів середньої школи, їх діагнози та встановили, що в класі де в якості профілактичного засобу використовувався настій ехінацеї пурпурної на протязі осінньо-зимового періоду, не було перевищено епідеміологічний поріг. Рівень захворюваності один з найнижчих у школі.

**Висновки.** Препарати ехінацеї пурпурної (*Echinacea purpurea*) загальнодоступні і застосовують для лікування і профілактики простудних захворювань. Властивість препаратів ехінацеї - здатність перешкоджати руйнування в організмі гіолуронової кислоти – речовини, яка заповнює міжклітинний простір і перешкоджає розповсюдженню вірусів та бактерій від клітини до клітини. Ехінацея пурпурна підвищує опірність організму до інфекційних захворювань, збільшує не специфічний імунітет організму.

*Дзігора Д. Р.*

### **ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК НА ЖИТТЯ ШКОЛЯРА**

*Макіївський міський ліцей IV курс, група В*

*Науковий керівник – Антонова Надія Іванівна, вчитель біології Макіївського міського ліцею*

**Метою роботи** є дослідження шкідливих звичок у учнів різного віку, їх ставлення до цієї проблеми, розробка універсального способу позбутися від шкідливих звичок.

**Матеріал і методи, завдання.** Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання: узагальнення відомостей наукової літератури про шкідливі звички, їх різноманітність та вплив на життя людини; визначення основних аспектів формування шкідливих звичок; розроблення та випробовування

плану занять на позбуття від шкідливих звичок; знаходження помилок у боротьбі зі шкідливими звичками; розроблення системи вправ, націлених на боротьбу зі шкідливими звичками.

**Результати.** Виявлено основні аспекти формування шкідливих звичок; розроблено систему занять націлених на позбавлення від шкідливих звичок; розроблено перелік найрозповсюдженіших помилок у боротьбі зі шкідливими звичками.

**Висновок.** Звички впливають на поведінку дитини, на здобуття нею корисних знань і на заняття подальшого місця у суспільстві. Під час роботи з учнями вдалося переконати їх у наявності шкідливих звичок, і доказати наскільки вони заважають.

*Кравацкая Т.А.*

### **КОСМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**

*Донецкий учебно-воспитательный комплекс «Гармония», 11 класс*

*Научный руководитель – Гордеева Л.С., учитель биологии, учитель высшей категории.*

**Цель данной работы** – проанализировать влияние космоса на процессы жизнедеятельности человека; составить цельное представление о проблеме и узнать, насколько далеко продвинулись учёные в понимании механизмов воздействия космоса на человека.

**Материалы и методы.** В процессе работы были изучены материалы научных конференций по космической медицине.

**Результаты.** На основании проведенного исследования приходим к выводу, что основными факторами оказывающими влияние на здоровье человека в космосе, являются: Состояние невесомости, которое приводит к снижению функциональной нагрузки на ряд систем человеческого организма в связи с отсутствием веса и связанного с этим механического напряжения структур тела. Функциональная недогруженность человеческого организма в состоянии невесомости проявляется, как изменение распределения жидких сред и снижение нагрузки на опорно-двигательный аппарат космонавта и его тоническую мускулатуру. В результате в невесомости уменьшается общий объем импульсации с воспринимающих элементов (рецепторов), идущих в центральную нервную систему. Это приводит к снижению активности центральной нервной системы, что, в свою очередь, влияет на регуляцию внутренних органов и других функций человеческого организма. Состояние невесомости приводит к большому поступлению жидкости из тканей в кровяное русло, что приводит к увеличению объема циркулирующей крови и растяжению центральных вен и предсердий. Это является поводом к сигналу в центральную нервную систему о включении механизмов, способствующих уменьшению избытка жидкости в крови. В результате возникает ряд рефлекторных реакций, приводящих к увеличению выведения жидкости, а вместе с ней и солей из организма. В конечном итоге снижается вес тела и изменяется содержание некоторых электролитов, в частности калия, а также изменяется состояние сердечно - сосудистой системы. К настоящему времени накопилась достаточно большая информация о реакциях различных физиологических систем организма космонавта в разные фазы полета и в послеполетном периоде. Синдромомкомплекс: снижение аппетита, головокружение, усиление слюноотделения, тошнота, а иногда и рвота, пространственные иллюзии. Гематологические изменения проявляются как уменьшением общей массы гемоглобина так и количества эритроцитов, причем уменьшение количества эритроцитов прогрессирует в течение некоторого времени после приземления и восстанавливается примерно через 1—1,5 месяца после полета. Исследования содержания эритроцитов в крови во время и после полетов представляют большой интерес, поскольку, средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет 120 суток. Особое значение имеет влияние космической радиации на человека: -воздействие на костный мозг, кожу, хрусталик, гонады и т.д. -влияние на структуру ДНК, что приводит к различным мутациям.

**Выводы.** Последние исследования показали, что процесс оплодотворения в космосе – не возможен. Однако следует отметить, что на сегодняшний день мы еще не все знаем о реакциях организма человека на длительное пребывание в космосе, не со всеми неблагоприятными явлениями можем бороться. Работы в этом плане находятся в стадии исследования.

*Кошеварова Д. О.*

### **ГЕЛЬМІНТИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА**

*Харцизька загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №7 11-А клас, Науковий керівник – Даньків О.Є.*

**Мета.** Проаналізувати дані профогляду шкіл міста Харцизька відносно гельмінтозів. За результатами отриманих даних, провести анкетування школярів, з метою виявлення рівня обізнаності про гельмінтів та їх профілактику. Складання інформаційного бюлетеня по профілактиці гельмінтозу.

**Матеріали і методи.** Література необхідної тематики, дані профогляду учнів міста, інформація з Інтернету по темі гельмінти; опис об'єкта дослідження, анкетування учнів; аналіз результатів профогляду дітей в школах міста, порівняння отриманих результатів; обробка даних з Інтернету.

**Результати.** На підставі профогляду було виявлено у дітей шкільного віку основні види паразитичних круглих черв'яків (аскариди, остриці та власоглави). Так само зустрічається зараження лямбліями. Скла-

дання сан.бюлетеня на тему: «Гельмінти та їх профілактика».

**Висновки.** Гельмінтози у дітей та їх профілактика - актуальна тема нашого часу. Профілактичні заходи та інформованість про гельмінтів дозволять понизити частоту поширеності гельмінтів в дитячому віці.

*Рослякова А.Р.*

## **ВПЛИВ ПАСИВНОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ ЗАХИСТУ ВІД ТЮТЮНОВОГО ДИМУ**

*ЗОШ №7 м. Донецька, 11-А клас, науковий керівник – вчитель біології Аксельрод П.Н.*

**Мета дослідження:** встановити вплив пасивного тютюнокуріння на здоров'я дітей і принципи захисту від тютюнового диму.

**Матеріал і методи:** проведено аналіз джерел вітчизняної і зарубіжної літератури та анкетування школярів щодо впливу пасивного тютюнопаління на стан їх здоров'я.

**Результати.** В тютюнових виробах знайдено близько 4000 хімічних сполук, а в тютюновому димі – близько 5000, багато з яких є фармакологічно активними, токсичними, мутагенними й канцерогенними. Багато шкідливих компонентів тютюнового диму не може бути видалено шляхом вентиляції або фільтрації. Крім роздратування, що виникає у зв'язку з тим, що волосся й одяг починають погано пахнути, мимовільна нараженість на дію тютюнового диму може викликати роздратування очей, головний біль, кашель, першіння у горлі, нудоту і блювоту. Численні наукові дослідження переконливо показують, що тютюновий дим є одним з найбільш небезпечних для здоров'я чинників довкілля людини. І хоча відносні ризики для здоров'я малі в порівнянні з ризиками активного куріння, з огляду на те, що ці хвороби дуже поширені, загальний вплив на здоров'я населення є величезним. Проведені дослідження однозначно показали, що нараженість на дію тютюнового диму не тільки підвищує ризик захворювань у некурящих, але і те, що цей ризик є нелінійним. Навіть невелика нараженість на вплив тютюнового диму має суттєвий вплив, в першу чергу, на серцево-судинні захворювання, а подальше зростання впливу тютюнового диму призводить до відносно невеликого зростання ризику. Легені дітей менші, і їхня імунна система менш розвинута, що підвищує ймовірність розвитку хвороб, викликаних вторинним димом. Оскільки вони менші й дихають частіше, ніж дорослі, вони вдихають більше шкідливих речовин на кілограм маси тіла, ніж дорослі за такий самий проміжок часу. У дітей через їхню залежність від дорослих просто менше можливостей уникати тютюнового диму, що випускається дорослими. Діти можуть померти від спровокованого тютюновим димом синдрому раптової смерті немовляти в перші місяці життя, і можуть стати дорослими, але страждати від захворювань, зумовлених їхнім пасивним курінням в дитинстві, наприклад, доведено, що епідемія раку яєчок серед чоловіків викликана курінням їхніх матерів під час вагітності. Вторинний дим викликає передчасні смерті і хвороби серед дітей і дорослих, які не курять. Діти, що наражаються на вторинний дим, мають підвищений ризик синдрому раптової смерті немовляти, гострих респіраторних інфекцій, проблем зі слухом, ускладнень при астмі. Проведене анкетування серед школярів показало, що діти які постійно наражаються на пасивне куріння, є неухважними, їх частіше турбує головний біль, запаморочення, вони не можуть сконцентрувати увагу при виконанні домашніх завдань і на уроці. Школярі частіше роздратовані, їхній одяг пропахлий димом, що замічають у школі і в інших громадських місцях.

**Висновок.** Наукові дані вказують, що не існує безризикового рівня нараженості на дію вторинного диму. Заборона куріння всередині приміщень повністю захищає некурців від нараженості на дію вторинного диму. Відділення курців від некурців, очищення повітря або вентиляція будівель не може ліквідувати нараженості некурців на дію вторинного диму. Для захисту людей від тютюнового диму потрібні прості, чіткі і здійсненні законодавчі заходи, добровільні угоди не забезпечують адекватного захисту. Законодавство про повне звільнення від тютюнового диму повинне охопити всі закриті суспільні і робочі місця і всі види суспільного транспорту. Це забезпечує рівний захист для всіх і полегшує контроль виконання закону

*Рошка М.А.*

## **ВЛИЯНИЕ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЧЕЛОВЕКА**

*Донецкий учебно-воспитательный комплекс «Гармония», 10 класс  
Шлыкова Е.Э. – учитель физики, учитель высшей категории, учитель – методист.*

**Цель данной работы,** проанализировать зависимость влияния солнечной активности на возникновение злокачественных образований у человека.

**Материалы и методы.** Для решения данной задачи мы изучили литературу по данной проблеме, а также проанализировали среднестатистические данные о возникновении злокачественных образований по городам Донецкой области на 100 тыс. человек населения (материалы Донецкого областного противоопухолевого центра с 1992 – 2006 годы) совместно с данными Солнечной активности.

**Результаты исследований.** С 1992 года активность солнца уменьшается, хотя периодически (один раз в год) мы наблюдаем незначительные всплески активности Солнца и число злокачественных образований стабильно



на уровне 310 - 320 случаев на 100 тыс. человек по Донецкой области. Длительный период минимальной Солнечной активности приводит к тому, что с 1998 по 2001 год резко возрастает число больных с злокачественными образованиями (до 345 в среднем по области). В отдельных городах, этот показатель составляет 350 - 450). Например, злокачественные образования кожи в 2000-2001 годах в Краматорске – 345 случаев на 100 тыс. человек; в Макеевке – 370; в Мариуполе 430. Раньше других злокачественные образования появляются со стороны щитовидной железы. Резкий всплеск заболеваемости приходится на 1999 – 2000 годы, к 2002 – 2003 году число злокачественных образований резко падает, т.к с 2000 по 2002 год Солнечная активность максимальна, что можно предположить, губительно влияет на злокачественные образования у человека. В 2004-2005 годах активность Солнца минимальна, а количество злокачественных образований максимально, что видно на приведенных графиках. С 2006 года по 2011 год Солнце пережило рекордный по продолжительности минимум солнечной активности. Следовательно, природой, создана предпосылка, очередной раз проверить правильность наших предположений. На сегодняшний момент должен быть отмечен рост числа онкологических заболеваний. Интерес представляет сравнение зависимости возникновения новообразований и ишемической болезни сердца с солнечной активностью. В моменты когда солнечная активность максимальна число заболеваний ишемической болезнью сердца максимально и наоборот в моменты времени когда солнечная активность минимальна число новообразований максимально. Следует отметить, что раковая клетка развивается от 5 до 10 лет, следовательно, только по прошествии минимум пяти лет мы наблюдаем резкий рост новообразований у человека.

**Вывод.** Проведенные исследования требуют дальнейшего изучения, т.к. связь влияния Солнечной активности на возникновение злокачественных образований мало изучена.

*Рослякова А.Р.*

### **ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ. ПИТЬ ИЛИ НЕ ПИТЬ?**

*СОШ №7 г.Донецка, научный руководитель – учитель биологии Аксельрод П.Н.*

**Цель исследования.** показать, что употребление энергетических напитков не является эффективным средством поднятия жизненного тонуса.

**Материал и методы.** Изучение источников отечественной и зарубежной литературы по данному вопросу. Проведение анкетирования с целью изучения отношения учащихся старших классов и студентов младших курсов к энергетическим напиткам.

**Результаты исследования.** Энергетический напиток (энергетик, энерготоник) – продукт, стимулирующий центральную нервную систему человека, вызывая «искусственную бодрость». Состав энергетика: Таурин, Кофеин, Аскорбиновая кислота, Никотиновая кислота, Кальция пантотенат, Пиридоксин. Энергетики содержат практически одни и те же вещества, что и алкогольные. Только в алкогольных есть ещё алкоголь. Результаты анкетирования: 87% подростков употребляли энерготоник, 13% - нет, из них 63% употребляли безалкогольный, 29% - алкогольный, 8% - не знают, какой энерготоник. 71% учащихся знают, что энерготоники вредны, 29% - не знают ничего по этому вопросу. 55% учащихся интересовались составом энергетика, 45% - нет. На вопрос «Чувствуете ли вы, что вам хочется попробовать его снова?» 74% респондентов ответили – нет. 26% учащихся не против покупать и пить еще.

**Вывод.** Учащиеся школ и студенты должны знать всю правду об энергетических напитках, и никто кроме них самих не сможет контролировать процесс употребления этого напитка. Если подростки будут владеть научно обоснованной информацией о влиянии энергетических напитков на биологические ткани и как следствие на организм человека, то возникнет осмысленное отношение к процессу употребления энергетиков.

*Сергунин И. В.*

### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

*Донецкая общеобразовательная школа I – III ступеней № 101, 10 класс, науч. рук. – Педченко И. В.*

**Целью** настоящего исследования было изучить литературу по данному вопросу, выяснить причины и способы профилактики этого заболевания. К выбору данной темы меня подтолкнуло неожиданное заболевание моей бабушки сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Источники литературы по теме научной работы.

**Результаты исследований.** Сахарный диабет – группа эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие недостаточности гормона инсулина; сахарный диабет бывает двух типов: 1 – тип называют инсулинозависимый диабет, 2 – тип является инсулиннезависимым; существует наследственная предрасположенность к сахарному диабету. Симптомами сахарного диабета являются: частое мочеиспускание, сильная жажда, тошнота, повышенная утомляемость, потеря веса, постоянное чувство голода, раздражительность, затуманивание зрения, медленное заживление ран.

**Выводы.** На основании изученной литературы, можно сделать выводы об основных мерах профилактики сахарного диабета: избегать стрессов и не нервничать по пустякам; рационально питаться и соблюдать здоровый образ жизни; при появлении каких-либо симптомов, обращаться к врачу.

Скрябіна Г. О.

## ПОГІРШЕННЯ ЗОРУ У ПІДЛІТКІВ

Макіївський міський ліцей IV курс, група В

Науковий керівник – Антонова Надія Іванівна, вчитель біології Макіївського міського ліцею

**Метою** роботи є дослідження основних форм порушення зору у підлітків, визначення основних причин порушення зору у дітей та визначення методів відновлення та збереження зору. Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання: узагальнення відомостей наукової літератури про основні форми порушення зору у підлітків; визначення основних причин порушення зору; розроблення та випробовування плану занять на відновлення зору; розрахунок необхідної кількості вітамінів для поліпшення зору, та розроблення меню для дітей із захворюваннями очей; розроблення режиму навантажень на очі. Актуальність теми зумовлюється тим, що зір належить до найцікавіших явищ природи. Хороший зір потрібен людині для будь-якої діяльності: навчання, відпочинку, повсякдення, адже він дає людям 90 % інформації, яку вони сприймають із зовнішнього світу. Актуальність досліджуваної теми зумовлена тим, що багато людей не спостерігають за своїми очима, сподіваючись, що проблеми зору їх минатимуть стороною.

**Результати проведених досліджень** даної роботи такі: виявлено основні причини погіршення зору; розроблено план занять для корекції зору; розроблено меню для дітей із захворюваннями очей.

**Висновки.** Зараз в Україні більш ніж 35% людей страждає від поганого зору, більшість із них діти. За даними поглибленого медичного огляду влітку 2011 року такі порушення стану здоров'я мають 40% учнів, тобто це кожен третій учень. Причинами цього недугу є проведення великої кількості часу перед телевізором та комп'ютером, нераціональне харчування, велика навантаженість на очі та інше.

Хохлова С. В.

## ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ЙОДОДЕФІЦИТУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Макіївський міський ліцей, 10 клас

Науковий керівник – Антонова Надія Іванівна, вчитель біології Макіївського міського ліцею

**Метою** даної дослідницької роботи є вивчення впливу зовнішніх факторів на розвиток йододефіциту серед мешканців Донецької області.

**Матеріал і методи.** В науково – дослідницькій роботі досліджується кругообіг йоду в природі, шляхи його надходження в організм людини, також розглядається теоретична модель йодної недостатності. Пропонується підтвердити зв'язок між вмістом йоду у воді, повітрі, продуктах харчування та станом здоров'я і розробити індивідуальні методи профілактики для мешканців Донецької області згідно з отриманими даними про тенденції розвитку йододефіциту в цьому регіоні. Для досягнення цієї мети поставлені наступні завдання: охарактеризувати метаболізм йоду в організмі людини за різних умов, зробити порівняльний аналіз вмісту йоду у воді, продуктах харчування, повітрі та станом здоров'я мешканців регіону, проаналізувати прояви йододефіциту на різних етапах розвитку.

**Результати.** Йод використовується для синтезу гормонів щитовидної залози, за відсутності або дефіциту яких неможливий нормальний розвиток жодної функціональної системи організму. Існуючі ліки та профілактичні методи не можуть вирішити цієї проблеми, проте саме необхідні методи профілактики легко впроваджуються і не вимагають значних витрат.

**Висновки.** За результатами науково – дослідницької роботи розроблені підстави для підтвердження зв'язку між факторами середовища і йодною недостатністю, визначено негативний вплив нестачі йоду у воді, повітрі та продуктах харчування на стан здоров'я, на основі чого були розроблені індивідуальні методи профілактики, здатні попередити розвиток численних захворювань.

Швидка А. Ю.

## АНТИОКСИДАНТНА АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОХІДНИХ ПІРАЗОЛОНУ

Макіївська гімназія Макіївської міської ради Донецької області, 9 клас, науковий керівник – Тітова Ю.О.

**Метою** даної роботи було дослідження антиоксидантної дії речовин, зокрема похідних піразолону.

**Матеріал і методи.** Гетероциклічні сполуки, особливо ті, в цикл яких входять атоми азоту, поширені в тваринному і рослинному світі. Класифікація їх широка та різноманітна. Вони входять до складу приблизно половини природних речовин – хлорофілу рослин, геміну крові, нуклеїнових кислот, багатьох природних і синтетичних барвників, а також більшості високоефективних лікарських препаратів. З літератури відомо, що похідні піразолону, що містяться в багатьох лікарських формах, володіє жарознижуючою, анальгетичною, протизапальною активністю. Але даних про антиоксидантну активність цього класу речовин небагато. Для вивчення антиоксидантної активності (АОА) інгібіторів ряду піразолонів були використані деякі похідних піразолу і піразолону-5: 3,5-діметилпіразол; 3-метилпіразолон-5; 1-феніл 2,3-диметил-4-амінопіразолон-5 (аміноантіпірін); 1-феніл 2,3-диметил-4-діметіламінопіразолон-5 (амідопірін); Na сіль [(2,3-дигідро-1,5-диметил-3-оксо-2-феніл-1Н-піразол-гептил) метиламіни] метансульфонової кислоти (анальгін); 1-феніл – 3 – метилпіразолон – 5. Метод дослідження – йодометрія. Для порівняння інгібуючого ефекту вивчених сполук використовувався модельний антиоксидант - іонол.

**Результати.** Досліджувані сполуки по-різному впливають на окислення речовин. Піразол практично не знижує швидкість процесів. Піразолон ж володіють АОА. З'єднання 3-метилпіразолон-5- на рівні іонол, амідопірин і анальгін - лікарські препарати мають АОА на порядок нижче, ніж іонол. З'єднання 1-фенил – 3 – метилпіразолон – 5 є ефективним антиоксидантом, який зменшує швидкість процесу окислення.

**Висновки.** Пошук речовин з АОА серед похідних піразолону може бути перспективним.

*Катомин Д. А.*

### **ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН**

*ОШ №25, 11-А, Краматорск, руководитель кружка «Юный медик» Р. А. Григорьев*

**Цель исследования:** Изучение состояния сосудов при венозной недостаточности и методик их лечения.

**Материалы и методы.** Объектом исследования данной работы являются патологии сосудов. Проводились: изучение анамнеза, осмотр, пальпация. Методы лечения должны обеспечивать, устранение клинических проявлений, предупреждать развитие осложнений и рецидивов. План лечения разрабатывается индивидуально, приоритетом пользуются наиболее эффективные и современные меры воздействия на данный патологический процесс.

**Результаты.** Применение традиционной флебэктомии (на коже остаются большие рубцы) отошло на дальний план, уступив место менее травматичным методам. Таким как, стриппинг (удаление поражённой вены через два небольших разреза с помощью тонкого зонда), минифлебэктомия (то же самое, но разрезы заменяются проколами). Производятся попытки проведения вено-сберегающих вмешательств (укрепление клапанного аппарата синтетическими материалами, переключение потоков крови). Зарекомендовали себя, мини-инвазивные методы лечения: флелосклерозирование и его разновидность – пенная склеротерапия, лазерная коагуляция, радиочастотная облитерация (микроволновое воздействие). Зачастую вышеперечисленные инвазивные методы применяются в различных комбинациях, повышая результативность лечения.

**Выводы.** Варикозное расширение вен – распространённое и разнообразное по своим клиническим проявлениям заболевание. Причина возникновения - нарушения в системе кровообращения: повышение давления в сосудах, что может привести к потере способности клапанов препятствовать обратному току крови, изменению окраски и истончению кожи на поражённых участках. Лечение находится на довольно высоком уровне, но является дорогостоящим, оперативный метод все еще пользуется успехом среди средних слоёв населения.

*Семченко В. А., Воронич В. О.*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЙОДОДЕФІЦІТНОМУ ТА ІНТАКТНОМУ РЕГІОНАХ**

*Івано-Франківська ЗШ І-ІІІ ст. №21 (м. Івано-Франківськ), 10А клас;*

*гімназія „Троєщина” (м. Київ), 10А клас, науковий керівник - Воронич-Семченко Н. М.*

**Мета:** з'ясувати рівень інтелекту школярів, які проживають у йододефіцитному та інтактному регіонах.

**Матеріал та методи.** Протестовано 35 дітей віком від 8-и до 17-и років, які проживають на території йодної депривації (основна група) та 176 однолітків інтактного регіону (контрольна група). За віком усі школярі були розділені на три групи: 1-ша – діти віком від 8-ми до 10-ти років, 2-га – 11-14 років, 3-тя – 15-17 років. Коефіцієнт інтелекту (IQ) визначали шляхом тестування за допомогою адаптованої методики CFIT Р. Кеттела (Вітенко І.С. і співавт., 2002).

**Результати.** При детальному аналізі результатів тестування виявлено, що у переважній більшості дітей гірського регіону коефіцієнт інтелекту знаходився в межах 70 - 85 ум. од., що на 14,47 - 33,12 % ( $p < 0,05$ ) менше IQ у однолітків інтактного регіону. У той же час у школярів контрольної групи рівень інтелекту у 113 дітей (64,20 %) знаходився в межах 90 - 110 ум. од., а у 5 дітей (2,84 %) був більшим за 110 ум. од. У 58 дітей (32,95 %) неендемичного регіону (переважно 3-я вікова група) IQ був нижчим за 90 ум. од. Причиною зниженого рівня інтелекту у цих школярів може бути прихований дефіцит йоду. Ці діти можуть бути віднесені у групу ризику по йододефіциту і їм рекомендовано визначення тиреоїдного статусу. Необхідно зазначити, що розбіжності у даних IQ школярів різних регіонів зменшувались із віком, що може вказувати на зростання ролі інших зобогених чинників у страхокласників інтактного регіону.

**Висновки.** У школярів, які проживають в ендемічному регіоні, спостерігається зменшення інтелектуального потенціалу, що характеризує зниження розумових здібностей таких дітей щодо однолітків інтактного регіону.

*Балтєнкова О. С.*

### **СОУСТЬЯ ЯИЧКОВЫХ ВЕН, ЗНАЧИМЫЕ ПРИ РАЗВИТИИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Макеевский лицей №1 с ОШ II ступени №61; 11 класс; город Макеевка; Саведчук Елена Ивановна,*

**Цель данного исследования** – выявить основные закономерности анастомозирования яичковых вен и определить их значимость в развитии варикоцеле.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования было рассмотрено варикоцеле как состояние недостаточности путей оттока венозной крови от органов мошонки. Выявлено наличие множества вен-анастомозов левой и правой яичковых вен до их вхождения в паховый канал и на уровне пахового канала. Отток

венозной крови из мошонки осуществляется так же через множественные анастомозы; наличие анастомозов яичковых вен свидетельствует о возможности этих вен компенсировать кровоотток при варикоцеле.

**Результаты.** Бесплодие является одной из самых серьёзных проблем общества в XXI веке. Одна из самых частых причин мужского бесплодия – варикоцеле (варикозное расширение вен семенного канатика). Поскольку до сих пор нет дифференцированного подхода к оперативному лечению варикоцеле, урологами ведется поиск более эффективной тактики в диагностике и лечении данного заболевания. В этом заключается актуальность выбранной темы в свете репродуктивной медицины и мужского здоровья.

**Вывод.** Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: 1) яичковые вены имеют более широко развитую систему соустьев, чем это принято считать; 2) полученные данные могут быть использованы в практической деятельности при разработке менее травматичных и более эффективных способов лечения варикоцеле; 3) учет полученных данных расширяет границы понимания морфологических основ формирования варикоцеле.

*Богдан С. В.*

### **ВЛИЯНИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

*Макеевская общеобразовательная школа I-III ступеней №4, 11-А класс, науч. рук. – Погребная Н.Н.*

**Целью** исследования в моей работе было выяснить, как долговременное использование мобильных телефонов влияет на здоровье человека в целом, а также на отдельные органы или системы органов.

**Материал и методы.** Источники литературы, результаты исследований всемирно известных ученых, сообщение врача города Макеевка.

**Результаты.** Включенный телефон является источником электромагнитного излучения, даже в режиме ожидания. Я выяснил, что исследования влияния электромагнитных полей, которые создают мобильные телефоны, проводились над людьми, имеющими постоянный контакт непосредственно с источником электромагнитного излучения. Было выделено заболевание – радиоволновая болезнь – хроническое поражение микроволнами, создаваемыми электромагнитными полями. Прокомментировать характер влияния излучения мобильных телефонов на системы органов человека откликнулся макеевский врач Матюшин Вилен Иванович: «Можно выделить четыре системы, наиболее подверженные вредному влиянию: центральная нервная система (наблюдаются изменения высшей нервной деятельности, ухудшение памяти, внимания, воли, нарушение сна); иммунная система (происходит угнетение иммуногенеза, что приводит к ухудшению сопротивляемости организма к различным инфекциям); эндокринная система (увеличивается содержание адреналина в крови); половая система». Также я изучил заключения исследований по данной теме таких ученых, как Л.Харделлы, Х.Кимата, Ван-дель-Балька, которые также подтвердили пагубное влияние использования мобильных телефонов.

**Выводы.** Излучение мобильных телефонов, без которых мы даже представить не можем свою жизнь, является «бомбой» замедленного действия для нашего здоровья.

*Бормотова Д.*

### **ВЛИЯНИЕ ФТОРА НА ЗУБНУЮ ЭМАЛЬ**

*Макеевский лицей №1 с ОШ II №61, 9Б класс, научный руководитель - Юрєва Ю.Е.*

**Цель исследования.** Изучить влияние фтора на зубную эмаль.

**Материалы и методы.** В работе использовались методы объективности, биологических исследований и экспертного опроса. В основу исследований легло изучение материалов научных работ и аналитических статей.

**Результаты.** В ходе исследования было определено, что 90% всех существующих на земле паст содержат фтор и фторид. Что же это такое? Фторид – природный элемент, который входит в состав земной коры. Поэтому естественно, что небольшая доза фторида (значительно меньше 1 миллионной доли) содержится в природной воде. Попробуем разобрать все плюсы и минусы фтора. Потребность взрослого человека в этом элементе – 2-3 мг/сутки. При этом, одну треть фтора человек получает с пищей и две – с водой. Кроме воды, природные источники фтора – рыба, яблоки, чай. Флюороз – хроническая интоксикация фтором. Бывает двух видов: зубной и скелетный, выражается в страшных симптомах: на зубах появляются белые или бурые пятна, эрозии, повышенная хрупкость и стираемость эмали, боли в костях и суставах, снижение подвижности суставов. Проанализировав все плюсы и минусы, можно сделать вывод, что в малых количествах фтор нужен для нормального функционирования организма, но в больших дозах негативно влияет на все внутренние процессы, и целостность зубной эмали в частности.

**Выводы.** Фториды в зубной пасте эффективны только в период созревания твердых тканей зубов (эмали и дентина), т.е. в школьном возрасте. Используйте зубную пасту с фтором только в этот период, и знайте, что для разных возрастных групп школьников рекомендована разная концентрация фтора, а оптимальным соединением по своей эффективности является фтор в виде аминофторида; содержание фторидов в зубной пасте для самых маленьких детей и взрослых не обосновано.

# КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

*Айзятупова Д.Р., Баркалова А.О.*

### ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХЛАМИДИЙНОЙ И «НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ» ЭТИОЛОГИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Чурилов А.В.*

**Цель исследования.** Изучить некоторые показатели иммунологического статуса у женщин с бесплодием, перенесших хламидийную инфекцию гениталий.

**Материалы и методы.** Иммуный статус исследовался у женщин с бесплодием, перенесших хронические сальпингоофориты хламидийной и «неспецифической» этиологии. В периферической крови методом непрямой иммунофлюоресценции с готовыми коммерческими наборами моноклональных антител определяли количество Т-, В-лимфоцитов их субпопуляций ( $CD_{3+}$ ,  $CD_{4+}$ ,  $CD_{8+}$ ), меченных ФИТЦ фирмы «Ortho Diagnostics» (США). При этом, клетки, выявленные  $CD_{3+}$  моноклональными антителами, идентифицировали как общие Т-лимфоциты,  $CD_{4+}$  — как Т-хелперы/индукторы,  $CD_{8+}$  как Т-супрессоры/цитотоксические клетки,  $CD_{22+}$  — как В-лимфоциты.

**Результаты.** У обследованных женщин основной группы с длительностью заболевания от 1 года до 3 лет и более, выявлено снижение количества  $CD_{3+}$  Т-клеток ( $1,40 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  и  $1,29 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$ ) на 4 % и 12 %, а в группе сравнения ( $1,68 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$  и  $1,88 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ ) наоборот повышение на 15 % и на 29 % соответственно по сравнению с группой контроля ( $1,46 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ ). У женщин основной группы с продолжительностью хронического процесса от 1 года до 3 лет и более концентрация  $CD_{4+}$  Т-клеток ( $0,63 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$  и  $0,36 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ ) была ниже, чем в группе контроля ( $0,95 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$ ) -  $1,51 \pm 0,07$  и  $2,64 \pm 0,21$ . В группе сравнения показатели  $CD_{4+}$  Т-клеток от группы здоровых лиц достоверно не отличались. У лиц основной группы, перенесших хронический сальпингоофорит на протяжении от 1 года до 3 лет более, зарегистрировано существенное снижение Т-супрессоров — цитотоксических субпопуляций лимфоцитов ( $0,49 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$  и  $0,34 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ ) в  $1,33 \pm 0,06$  и  $1,91 \pm 0,11$  раза по сравнению с контрольными показателями ( $0,65 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$ ), в группе сравнения отмечено достоверное уменьшение в  $1,71 \pm 0,15$  раза аналогичных показателей только у пациенток с длительностью хронического сальпингоофорита более 3 лет ( $0,38 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$ ).

**Выводы.** Установлено нарушение иммунологической реактивности у женщин с бесплодием после хронического сальпингоофорита как хламидийной, так и «неспецифической» этиологии, заключающееся в снижении уровня Т-лимфоцитов и ряда их субпопуляций, в том числе Т-супрессоров — цитотоксических клеток, что свидетельствует о развитии вторичного иммунодефицитного состояния по Т-системе лимфоцитов.

*Баркалова А.О., Айзятупова Д.Р.*

### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой и науч. рук. – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.*

**Цель исследования:** повысить эффективность лечения дизурических расстройств у женщин с тазовым пролапсом путем разработки научно обоснованных схем профилактики и лечения.

**Материалы и методы:** Перед проведением лечения пациентки основной группы были разделены на три группы в зависимости от проведенной им терапии: I группу составили 52 пациентки, которым проводилась консервативная и оперативная терапия по разработанной нами методике, во II группу вошла 31 женщина, получившая традиционное консервативное лечение, в III группу — 30 пациенток, получившие общепринятое оперативное лечение.

**Результаты:** На этапе женской консультации: профилактика циститов, лечение инфекций нижнего этажа, с диагностикой лабораторных анализов мочи и крови; упражнения для мышц тазового дна. На этапе родильного дома — предпочтение физиологического ведения родов, ушивание эпизиотомной раны и разрывов влагалища. При выявлении инфекций: симптоматическое лечение. Хирургическое лечение — влагалищная экстирпация матки, передняя кольпоррафия, кольпоперинеопластика. Послеоперационный период — осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в неделю в течение 2–3 недель через 1–2 месяца для решения вопроса о снятии с учета при клиническом выздоровлении.

**Выводы:** Таким образом, разработанный и внедренный комплекс профилактики, реабилитации и диспансеризации оказался эффективным в 98,4 % случаев, а у пациенток, получивших общепринятое консервативное или оперативное лечение, исход был менее благоприятным и составил 70,7 % и 80,0 %, соответственно.

*Биловус Р.П., Тутова К.С.*

## **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. А.В. Чурилов,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Тутов С.Н.*

**Цель.** Повысить эффективность лечения гинекологических больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза путем проведения коррекции выявленных нарушений в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 43 пациентки с хроническим гнойным воспалением органов малого таза, находившиеся на лечении в гинекологическом отделении ЦГКБ№3 г. Донецка. Больные разделены на две группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым проводили лечение по традиционной схеме, во 2-ю-23 женщины, получавшие комплексное лечение со специфическими способами профилактики тромбоэмболических осложнений.

**Результаты.** У пациенток 1-й группы, лечение проводилось по традиционной схеме, во 2-й на фоне проведения интенсивного противовоспалительного лечения, использовались специфических способов профилактики тромбоэмболических осложнений. Осложнения наблюдались в 1-й группе, что достоверно отличалось от данных 2-й группы ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Длительное течение хронических гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза приводит к нарушениям сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. А коррекции гемостазиологических нарушений в комплексном лечении позволила избежать тромбоэмболических осложнений у всех больных 2-й группы.

*Бычкова М.М.*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. А.В. Чурилов,  
научный руководитель – асс. Носкова О.В.*

**Цель исследования:** изучение психологического состояния женщин на 25-35-й неделе беременности с угрозой преждевременных родов и преждевременным отхождением околоплодных вод.

**Материал и методы:** Изучено психологическое состояние 64 женщин на 25-32-й неделе беременности с угрозой преждевременных родов и преждевременным излитием околоплодных вод с последующими родами в течение 2-3 нед, которые находились в акушерском стационаре отделения акушерской и экстрагенитальной патологии ДОКТМО г.Донецка. Пациентки распределены на три группы. Первую группу составили 20 женщин с адекватным типом переживания беременности, во вторую группу вошли 26 пациенток с тревожным или амбивалентным типом, а в третью – 18 женщин с игнорирующим типом переживания беременности. Используются методы анкетирования и личностных опросников, проанализированы данные структурированного интервью беременных, исследование самооценки по методике Дембо – Рубинштейн и цветовой тест Люшера.

**Результаты:** По данным психологического исследования, женщины в группе с успешной адаптацией к преждевременным родам на сроке 25-32 нед (1 группа) не испытывали колебаний в принятии решения иметь ребенка, отмечали преобладание положительных эмоций и ощущений во время беременности. По результатам цветовой теста Люшера, для пациенток первой группы характерны: высокая поисковая активность, самостоятельность в принятии решений, стрессоустойчивость, уверенность в себе, склонность к плодотворному сотрудничеству, умение сглаживать конфликты, хороший самоконтроль при достаточной активности. По данным психологического исследования, у представительниц второй группы со сложностями в адаптации к преждевременным родам отмечается наличие колебаний в принятии решения иметь ребенка; беременность у них сопровождается переживанием эмоций страха, беспокойства, тревоги за себя и ребенка. По данным метода цветочных выборов Люшера, для них характерно: состояние выраженного разочарования, ощущение непреодолимых трудностей; склонность к перепадам настроения от приподнятого до грустного. У пациенток в группе с трудной адаптацией к преждевременным родам (третья группа), по данным психологического исследования, были выявлены: колебания в принятии решения иметь ребенка; позднее распознавание беременности. По результатам теста Люшера, для данной группы женщин характерны: тенденция к пассивности, сниженный фон настроения, сочетающийся с протестными реакциями; трудность адаптации. В первой группе женщины с адекватным типом переживания беременности легко приспосабливались к ситуации преждевременных родов, лишь части из них (5 из 20) потребовалось обучение новому поведению, с учетом их пребывания в стационаре. Во второй и третьей группах беременные женщины значительно хуже адаптировались к факту преждевременного излития околоплодных вод и преждевременным родам.

**Выводы:** В результате проведенного исследования выявлено, что особенности переживания беременно-

сти оказывают огромное влияние на поведение женщин в ситуации дополнительного стресса, в частности преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод. Наиболее успешными в адаптации после преждевременных родов на 25-32-й неделе были женщины с изначально благоприятной ситуацией для будущего материнского поведения и адекватным типом переживания беременности.

*Гладышев А.А., Клецова М.С., Джеломанова Е.С.*

### **СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. А.В. Чурилов,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Клецова М.И.*

**Цель.** разработка диагностических критериев состояния плода и новорожденного на основании показателей функции внешнего дыхания (ФВД) у беременных с ХНЗЛ.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 беременных с ХНЗЛ: I группа - 10 женщин с нормальными показателями ФВД; II группа - 10 беременных с умеренно выраженными нарушениями; III группа - 10 беременных с выраженными нарушениями ФВД. Данные функциональных исследований сопоставлялись с клиническим течением беременности, родов, послеродового периода, состоянием плода и новорожденного.

**Результаты исследования.** Проведенные исследования позволили выявить прямо пропорциональную зависимость между выраженностью нарушений показателей ФВД у матерей с ХНЗЛ и состоянием новорожденных. Наиболее выраженные изменения плода и новорожденного встречались в III группе женщин. Уровни полученных показателей позволяли прогнозировать те или иные изменения со стороны плода и новорожденного.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы в качестве диагностических критериев состояния плода и состояния новорожденного. Своевременная диагностика страдания плода с помощью выявления нарушений показателей ФВД у матери с ХНЗЛ будет способствовать более раннему проведению корригирующей терапии, направленной на улучшение состояния матери, плода и новорожденного.

*Жжонова В. В.*

### **ВЛИЯНИЕ TORCH-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. А.В. Чурилов,  
научный руководитель – д.мед.н., проф. Ольшевская Е.В.*

**Цель.** Изучение влияния TORCH-инфекции на репродуктивную функцию женщин, на течение беременности, родов, перинатальную патологию.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории родов у 40 беременных в возрасте 20-42 лет в гестационном сроке 21-40 недель с TORCH-инфекцией. Диагностирован токсоплазмоз у 18% женщин, цитомегаловирусная инфекция – у 16%, хламидиоз – у 14%, герпесвирусная инфекция – у 4%, трихомоноз – у 6%, сифилис – у 4%, другие инфекционные заболевания – у 38%. В анамнезе отмечалась генитальная и экстрагенитальная патология.

**Результаты.** TORCH-инфекция составила значительный процент среди другой инфекционной патологии. Результатом TORCH-инфицирования беременной явилась перинатальная патология у плода – врожденные пороки развития в 28% случаев, мертворождение – в 25% случаев. Прерывание беременности по медицинским показаниям после медико-генетического обследования и выявленной патологии развития плода произведено в 10% случаев. В репродуктивном анамнезе процент самопроизвольных абортс инфекционного генеза достигал 35%. Частота преждевременных родов составила 22%.

**Выводы.** Согласно проведенному анализу подтверждено негативное влияние TORCH-инфекции на течение беременности, родов, перинатальные исходы. В связи с этим обследование на инфекции TORCH-группы, необходимо осуществлять на этапе прегравидарной подготовки с целью своевременного проведения адекватной терапии, улучшения репродуктивной функции женщин и состояния их новорожденных.

*Ипатова М.А., Борисова В.И., Клецова М.С.*

### **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, зав. кафедрой – д.мед.н., профессор Чурилов А. В.,  
научный руководитель – доцент Джеломанова С. О.*

**Цель:** изучить особенности репродуктивного поведения молодежи Донецкого региона и выявить факторы, влияющие на его формирование.

**Материал и методы:** методом анкетирования проводился опрос 102 девушек в возрасте 16-26 лет. Разработанная анкета включала 22 вопроса закрытого и открытого типа.

**Результаты.** Репродуктивное поведение молодежи характеризуется ранним началом половой жизни

(71% к 18 годам), частой сменой половых партнеров (26%). Изучение сексуальных и репродуктивных установок позволило выявить тенденцию к добрачным и внебрачным сексуальным связям (82%), а у 10 % первый сексуальный опыт был приобретен «случайно» и у 4% против воли. 15% респондентов используют малоэффективные методы контрацепции, а 12 % вообще не используют, 9% считают, что недостаточно информированы о методах контрацепции. Состояние здоровья девушек характеризуется высокой частотой соматической патологии (51%), в структуре которой преобладают: болезни органов пищеварения – 26%; мочеполовой системы – 8%; сердечно-сосудистой – 11%, органов дыхания – 4%. 25% девушек страдают нарушениями менструального цикла, в том числе 17% дисменореей. Об ухудшении здоровья свидетельствуют высокая частота табакокурения (31%), употребление спиртных напитков (38%), наркотических веществ (5%). При этом родить первого ребенка 88% опрошиваемых хотят после 22 лет.

**Выводы:** необходимо дальнейшее углубленное изучение репродуктивного здоровья молодежи и организация информационно-методического обеспечения, внедрение образовательных программ.

*Кондратенко А. П., Галиулин С. О.*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, зав.кафедрой – д.м.н., проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – асс. Носкова О.В.*

**Цель:** изучить клинические особенности течения беременности и исходы родов у женщин с лейомиомой матки (ЛМ).

**Материал и методы:** статистическая обработка 62 историй родов на базе отделения акушерской и экстрагенитальной патологии ДОКТМО за 2012 год.

**Результаты.** Распределение беременных по возрасту: 20-30 лет – 34%, 31-35 лет – 18%, старше 35 лет – 48%. В гинекологическом анамнезе: эрозия шейки матки (40%), хронический аднексит (16%), хронический метроэндометрит (4%). Настоящая беременность осложнилась: угрозой прерывания (71,4%), преэклампсией легкой степени (15%), анемией различной степени (12%), некрозом субсерозного узла в 17 недель (1,6%) – произведена консервативная миомэктомия, низкой плацентацией (10%). У 10% женщин ЛМ выявлена при настоящей беременности, 90% состояли на диспансерном учете до 5 лет. Исходы родов при ЛМ: срочные нормальные – 64%, срочные путем кесарева сечения – 35,4% (в 16 случаях произведена консервативная миомэктомия). В 6 случаях в связи с субмукозными фиброматозными узлами больших размеров произведена гистерэктомия. В плановом порядке родоразрешено 82%, в ургентном – 18%. Показаниями к кесареву сечению явились: крупный интрамуральный узел с перешеечным расположением (4%); крупные узлы (8%); сочетание факторов, включая экстрагенитальную патологию (12%). Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод (56%), дефектом дольки плаценты (8%), слабостью родовой деятельности (4%).

**Выводы.** 1) ЛМ чаще встречалась у беременных в возрастной категории старше 35 лет. 2) Беременность протекала на фоне различных осложнений. 3) В 64% женщины с ЛМ родоразрешены через естественные родовые пути.

*Крыкуненко А.В.*

## **ВЛИЯНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ GESTАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОВОДОВОГО ПЕРИОДА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой - д.мед.н., профессор Чурилов А.В.,  
научный руководитель – Агабабов Р.М.*

**Цель работы.** Изучение влияния урогенитальной инфекции на течение беременности и родов. Снижение осложнений гестационного и послеродового периодов у женщин с инфекцией нижних отделов мочевых путей.

**Материалы и методы.** Анализ данных литературы, общеклинические, инструментальные (ультразвуковое исследование), морфологические, микробиологические, результаты статистических исследований.

**Результаты.** Для нормального течения гестационного процесса, родов и послеродового периода большое значение имеет исходное состояние здоровья женщины, особенно наличие экстрагенитальной патологии. Частыми осложнениями беременности на фоне воспаления нижних отделов мочевых путей являются гестоз (45,9%), анемии (41,8%), угроза прерывания беременности (25,41%), синдром плацентарной недостаточности (11,48%). Ведущим этиологическим фактором формирования нарушений маточно-плацентарного кровотока у беременных с циститом является сочетанная инфекция мочеполовой сферы, которая в свою очередь может приводить к развитию синдрома хронической плацентарной недостаточности, внутриутробной инфекции, гипоксии и гипотрофии плода. Основной спектр микроорганизмов в моче у беременных и рожениц представлен кишечной флорой с высоким титром выделенных штаммов бактерий. Морфологическим субстратом НМПК у беременных с воспалением нижних отделов мочевых путей являются структурные изменения плаценты воспалительного характера, причем они максимально значимы при воспалении нижних отделов



мочевых путей в сочетании с генитальной инфекцией (67,5%). Комплексное обследование женщин с воспалением нижних отделов мочевых путей, независимо от степени активности процесса, в обязательном порядке должно включать определение специфической урогенитальной инфекции с ранних сроков беременности для своевременной адекватной санации и профилактики осложнений гестационного периода. С учетом полученных данных микробной картины мочи и цервикального канала проведение бактериологического посева является обязательным у всех беременных с циститом. Использование предложенного лечебно-диагностического алгоритма позволяет в 2 раза снизить частоту развития осложнений гестационного процесса.

**Выводы.** Учитывая продолжающийся рост среди беременных инфекционных заболеваний нижних отделов мочевых путей, внутриутробного инфицирования с бактериальным поражением как плода, так и плацент, повышается риск развития послеродовых гнойно-воспалительных осложнений. Это диктует необходимость проведения исследований по разработке методов профилактики осложнений гестационного процесса у категории беременных с инфекционным поражением нижних отделов мочевых путей.

*Левченко В. С.*

## **ВЛИЯНИЕ ДИБИКОРА НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1, заведующий кафедрой –*

*д. мед. н., проф. Чурилов А. В., научный руководитель – д. мед. н., проф. Ольшевская Е. В.*

**Цель.** Оценить влияние «Дибикора» на гормональный статус при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ).

**Материалы и методы.** Обследовано 47 женщин с СПКЯ (18-39 лет): 17 – с нормальной массой (индекс массы тела (ИМТ) – 20-24 кг/м<sup>2</sup>), 18 – с избыточной (ИМТ – 27,9 кг/м<sup>2</sup>), 10 – с I и II степенью ожирения (ИМТ – 36,6 кг/м<sup>2</sup>), 2 – с III степенью ожирения (ИМТ – 40 кг/м<sup>2</sup>). В I-ой группе пациенток (23 женщины) применялась диетотерапия, «Редуксин», «Орлистат»; во II-ой (24 больные) – «Дибикор» в дозе 500 мг/сутки. Радиоиммунологическим методом изучено содержание лютеинизирующего-, фолликулостимулирующего гормонов, пролактина, прогестерона, тестостерона, инсулина до и после 3-месячной терапии; определяли уровень гликемии натощак и на фоне глюкозотолерантного теста, показатели инсулина крови; проводили УЗИ.

**Результаты.** После терапии снижался уровень глюкозы натощак в I и II группах ( $6,1 \pm 0,1$  и  $5,3 \pm 0,04$  ммоль/л) и через 30-60 минут после приема 75 г глюкозы при проведении глюкозотолерантного теста (с  $10,7 \pm 0,5$  до  $7,8 \pm 0,7$  ммоль/л). Уровень инсулина у женщин с избыточной массой тела снизился с 23,6 до 10,8 мЕД/мл. Наибольшее снижение ИМТ достигнуто у больных с избыточной массой. Во II группе соотношение ЛГ/ФСГ, содержание пролактина, тестостерона, прогестерона достигло нормы. По данным УЗИ уменьшился объем яичников, у 17 пациенток выявлен доминантный фолликул диаметром 18-20 мм на 12-14 день менструального цикла.

**Выводы.** Под влиянием «Дибикора» у пациенток с СПКЯ снизился уровень глюкозы, инсулина, уменьшился ИМТ. Нормализовался гормональный профиль, что привело к восстановлению овуляции и фертильности.

*Матвиенко Г. Н.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1, заведующий кафедрой – проф. Чурилов А. В.,*

*научный руководитель – доц. Деев Э. А.*

**Цель.** Изучить и сравнить эффективность методов лечения аденомиоза.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 50 женщин в возрасте 30-45 лет с жалобами на болезненные обильные менструации, длительные кровомазанья темного цвета, боль при половом акте. Аденомиоз был верифицирован патоморфологическим исследованием удаленных тканей. В зависимости от локализации процесса выделено 5 групп: I гр. – с аденомиозом I и II степени – 20(40%) пациенток; II гр. – III степени – 10(20%); III гр. – IV степени – 5(10%); IV гр. – с узловой формой аденомиоза – 3(5%) и V гр. – с сочетанием аденомиоза и миомы матки – 12(25%). Лечение соответствовало стадии заболевания. Консервативно пролечено 38(76%) больных с I, II, III ст. и отказавшиеся от оперативного лечения. При: меняли Диферелин – 22 (60%) больным по 3,25 мг. через 28 дней 6 мес., Гестеринон у 8(20%) – 2,5 мг 2 р. в неделю 6 мес., Диеногестом – у 4(10%) по 2 мг. 6 мес. ежедневно, ВМС «Мирена» у 4(10%). Оперативное лечение в объеме гистеректомии проведено 12(24%) пациенткам III, IV, V гр. и тем, у которых консервативное лечение не дало эффекта (оценка эффективности проводилась после 6 месяцев терапии).

**Результаты.** После консервативного лечения у 27(70%) больных уменьшилась интенсивность болей во время месячных и полового акта, нормализовался менструальный цикл. После оперативного лечения выздоровление наступило у 100%.

**Выводы.** По нашему мнению наиболее эффективным методом лечения аденомиоза является оперативный в объеме гистерэктомии. Консервативные методы лечения рекомендованы женщинам репродуктивного возраста и отказавшимся от оперативного лечения.

*Міміношвілі Т.В.*

## **РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

*Кафедра акушерства і гінекології №1, зав. кафедри та науковий керівник – д.мед.н., професор Чурилов А.В.*

**Мета.** Виявити причини порушення репродуктивного здоров'я у жінок з лейоміомою матки.

**Матеріал і методи.** Аналіз даних наукової літератури, відкреслюючий причини порушень стану репродукції у жінок з лейоміомою матки.

**Результати.** Частота лейоміоми матки (ЛМ) у репродуктивному віці зросла до 12-25%. У жінок, що страждають неплідністю, ЛМ була єдиною причиною у 10-20%. У жінок з ЛМ, що повільно ростуть виявляється ановуляція, в ендометрії - сформовані гіперпластичні процеси: залозисто-кістозна гіперплазія й залозисті поліпи. У 40-45% жінок при овуляторному циклі, наявності жовтого тіла виявляється лютеїнова недостатність, яка є причиною неплідності у жінок з ЛМ. Встановлено, що апікальні кінці епітеліоцитів ендометрія в лютеїнові фазу циклу зберігають війки й мікрворсини, що перешкоджає процесу нідації яйцеклітини. Причиною зберігання мікрворсинок і війок епітелію є прогестеронова недостатність. Утворення війок і мікрворсин на епітеліоцитах ендометрія відбувається під впливом естрадіолу, під впливом прогестерону - редукція мікрворсинок і війок, поверхня епітеліоцитів стає гладенькою; такі секреторні перетворення ендометрія свідчать про його готовність до імплантації бластоцисти. Неплідність, обомовлена порушенням нідації бластоцисти є наслідком лютеїнової недостатності. Міомектомія призводить до відновлення фертильності у 30-40% хворих, що свідчить про важливу роль ЛМ у формуванні лютеїнової недостатності й виникнення неплідності.

**Висновки.** В генезі порушень репродуктивного здоров'я у жінок з лейоміомою матки, розвитку неплідності мають значення гормональні порушення. Міомектомія є засобом корекції гормонального статусу і відновлення фертильності у жінок з лейоміомою матки.

*Міміношвілі Т.В.*

## **УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

*Кафедра акушерства і гінекології №1, зав. кафедри та науковий керівник – д.мед.н., професор Чурилов А.В.*

**Мета.** Визначити причини передчасного переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки.

**Матеріали і методи.** Аналіз даних наукової літератури щодо досліджень причин передчасного переривання вагітності у жінок з лейоміомою матки.

**Результати.** Провідним ускладненням перебігу вагітності при лейоміомі матки (ЛМ) є загроза її переривання – 6,4-37,0%. Перебіг вагітності залежить від локалізації вузлів лейоміоми, їх кількості, розмірів, структурно-просторових змін лейоміомно зміненої матки. Загроза переривання вагітності при підслизовій локалізації ЛМ проявляється з ранніх термінів – з 5-6 тижнів, при міжм'язовій та підочеревинній локалізації – у II-III триместрах вагітності. ЛМ створює неблагоприємні умови для імплантації плідного яйця внаслідок зміни структурних відносин в гістіоангіоархітектоніці матки, недостатнього розвитку децидуальної тканини. В середині вагітності, ускладненій ЛМ, спонтанно зростає моторна активність матки, створюючи можливість переривання вагітності, простежується чітка залежність від локалізації вузлів по відношенню до ендометрія – чим ближче, тим тривалішим є скорочення з явним їх сегментарним характером і яскравим клінічним проявом. Простежується зв'язок якості функціонування фетоплацентарного комплексу із взаємовідношеннями плаценти (її локалізації) і вузлів.

**Висновки.** Імплантація плідного яйця, розвиток і функціонування фетоплацентарного комплексу і перебіг вагітності залежать від створених наявністю лейоміомних вузлів неблагоприємних умов, які визначають ступінь ризику розвитку ускладненого перебігу гестаційного процесу для вагітної і плода.

*Могилевская К.Э.*

## **КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,*

*научный руководитель – д.мед.н., проф. Ольшевская Е.В.*

**Цель исследования.** Оценить клинический, гормональный статус и эффективность лечения бесплодия, обусловленного гиперпролактинемией.

**Материал и методы.** Обследовано 30 больных с эндокринным бесплодием в возрасте от 23 до 40 лет. В сыворотке крови методом радиоиммунологического анализа определено содержание пролактина с исполь-

зованим набором "Immunotech" фірми "A coulter company" (Czech Republic), прогестерона – с помощью набором "ХОП ІБОХ НАНБ" (Республіка Беларусь). Проведено лікування «Парлоделом».

**Результати.** Норушення менструального циклу по типу олігоменореї діагностовано у 8 больних, по типу вторичної аменореї – у 22. Галакторея виявлена у 18 із 22 больних с аменореєю, у 5 із 8 с олігоменореєю. Своєчасне початок менструації мело місце у 16 больних, запоздале – у 9, регулярних менструацій не було с менархе у 5. Первичне бесплодіє отмечено вдвоє чаще вторичного. У 22 больних виявлена ановуляція, у 8 – неполноценная лютеиновая фаза. У всех больних отмечалась гиперпролактинемия – от 42,8 до 54,3 мкг/л, недостаточное содержание прогестерона – 7,4-8,3 нмоль/л в лютеиновую фазу, что в 3 раза меньше необходимой концентрации. На фоне лечения «Парлоделом» стимуляция овуляции получена у 22 женщин, у 19 из них наступила беременность, которая у 16 женщин закончилась родами, у 3 – самопроизвольным абортom.

**Выводы.** Женщины с эндокринным бесплодием подлежат исследованию гормонального статуса и его коррекции, имеющей результатом стимуляцию овуляции и беременность, завершившуюся родами.

*Мяжких И.И.*

## **ФОРМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОГО БАЛАНСА**

*Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – доц. Литвинова Е.В.*

**Цель.** Выявление клинических форм климактерического синдрома (КС) с учетом состояния вегетативной нервной системы по данным спектрального анализа сердечного ритма (САСР).

**Материалы и методы.** Изучен САСР у 58 женщин перименопаузального возраста (47-53г): у 19 – с физиологическим течением климакса (контрольная группа) и у 39 – с патологическим КС (II-я группа). В 2А подгруппу вошли 22 пациентки с симпатотонией, в 2Б - 17 пациенток с ваготонией. Сердечный ритм оценивали на электрокардиографе «ANS-Pro». На ритмокардиограммах определяли мощности LF(LowFrequency) и HF(HighFrequency) и оценивали индекс вагосимпатического равновесия (ИВСР)(LF/HF).

**Результаты.** Данные САСР у женщин контрольной группы: ИВСР в пределах  $1,7 \pm 0,2$  характеризует нормореактивность организма при физиологическом КС. Пациентки II группы разделены на 2 подгруппы. В 2А подгруппе повышение ИВСР( $3,8 \pm 0,4$ ) более чем в 2 раза характеризует преобладающее влияние симпатической нервной системы на фоне гиперреактивности организма. В 2Б подгруппе снижение ИВСР( $0,8 \pm 0,2$ ) более чем в 2 раза говорит о преобладающем влиянии парасимпатической нервной системы на фоне гипореактивности организма.

**Выводы.** Физиологический менопаузальный период характеризуется ваго-симпатическим балансом. Патологический КС - сдвигом вегетативного статуса в сторону симпато – или ваготонии. Информативный показатель формы КС- индекс вагосимпатического равновесия, позволяющий дифференцированно подходить к тактике ведения пациенток и выбора лечения КС.

*Нагорнюк Ж. Ю.*

## **БАГАТОФАКТОРНІСТЬ ТА ПОЛІЕтіОЛОГІЧНІСТЬ ПРОБЛЕМ ЗВІЧАЙНОГО НЕВІНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства і гінекології №1, завідувач кафедри - д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
науковий керівник - доцент Данькіна І.А.*

**Мета дослідження.** Виявити фактори виникнення ризику звичайного невиношування вагітності в анамнезі у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами обстежені 28 пацієнток із звичайним невиношуванням вагітності в анамнезі. Усім пацієнткам з наявністю звичної втрати плоду проводилося комплексне обстеження, що включає: мікроскопічне дослідження слизу шийки матки і вагінальних виділень, бактеріологічне дослідження відокремлюваного з цервікального каналу на флору і чутливість до антибіотиків, ПЦР-діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом і TORCH- інфекції, дослідження гормонального фону, визначення антитіл до кардіоліпіну, волчаночного антикоагулянту, УЗД органів малого тазу, медико-генетичне консультування з визначенням каріотипу батьків.

**Результати дослідження.** Середній вік пацієнток склав  $30,2 \pm 4,3$ . Вік настання менархе у пацієнток коливався від 10 до 16 років, складаючи в середньому  $13,4 \pm 1,1$  р. Середня тривалість менструації склала  $5,1 \pm 1,1$  дня. Середня кількість вагітностей склала  $4,6 \pm 1,4$ . Порушення менструального циклу в різні періоди репродуктивного віку відзначалося у 15% пацієнток. Питома вага перенесених запальних захворювань геніталій у обстежених жінок склала 78%. Окрім уточнення раніше перенесених гінекологічних захворювань, уточнювалася і екстрагенітальна патологія. З 28 пацієнток у 3(10,7%) була діагностована патологія шлунково-кишкового тракту, у 8(28,6%) - захворювання сечовидільної системи, у 1(3,6%) - анемія легкого ступеню. При вивченні отриманих

результатів обстеження, в усіх пацієнток виявлялося декілька чинників, що можливо, призводять до звичного невиношування вагітності. У 16(57,2%) пацієнток було діагностовано поєднання інфекцій і ендокринопатій, у 6(21,4%) жінок - тромбофілічні порушення поєднувалися з інфекційно-запальними процесами органів малого тазу, у 4(14,3%) обстежуваних - ендокринні зміни поєднувалися з порушеннями в системі гемостазу. Слід зазначити, що у 2(7,1%) пацієнток етіологічні чинники звичного невиношування вагітності визначити не вдалося.

**Висновки.** Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок про те, що багатофакторність і поліетіологічність звичного викидня вимагає ретельного і багатоетапного обстеження сімейної пари з цією патологією з використанням усіх сучасних діагностичних можливостей.

*Olshevskiy V.S.*

## **HORMONAL STATUS IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA IN POSTPARTUM PERIOD WHO HAD SPONTANEOUS LABOR AND WERE CESAREAN OPERATED**

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky*

*Department of Obstetrics and Gynecology №1, Head and Scientific leader – prof. Churilov A. V.*

**Objective.** The investigation of hormonal status in women with uterine leiomyoma (UL) in postpartum period.

**Material and methods.** Hormonal status were investigated in 63 women with UL who had spontaneous labor, in 39 women with UL who were cesarean operated and in 30 apparently healthy women in 1-2 days of postpartum period. Serum prolactin, estradiol, progesterone, total thyroxin, total triiodothyronine were radioimmunoassayed. The sets of medical substances produced by “Immunotech” of the firm “A coulter company” (Czech Republic) and IBOC, NAS of Byelorussia (Minsk) were used. The results are tested by the methods of the variational statistics.

**Results.** The hormonal status in 43 women with UL who had spontaneous labor and 35 women with UL who were operated were: prolactin –  $178,28 \pm 8,99$  mKg/l and  $153,35 \pm 7,79$  mKg/l; estradiol –  $47,59 \pm 2,48$  nmol/l and  $41,58 \pm 2,03$  nmol/l; progesterone –  $149,96 \pm 7,54$  nmol/l and  $170,54 \pm 8,63$  nmol/l; total thyroxin –  $220,62 \pm 10,09$  nmol/l and  $193,07 \pm 8,81$  nmol/l; total triiodothyronine –  $4,23 \pm 0,18$  nmol/l and  $3,64 \pm 0,16$  nmol/l. The differences between the groups with UL who had spontaneous labor, UL who were cesarean operated and group of healthy women are authentic ( $p < 0,05$ ). In 20 women with UL who had spontaneous labor and in 4 women with UL who were cesarean operated the hormonal parameters were such as in group of apparently healthy women ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion.** The hormonal status in women with UL showed low contents of prolactin and high concentration of estradiol and progesterone and lownormal contents of thyroid hormones in postpartum period.

*Острик Д.А.*

## **УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ - ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ЭТИОЛОГИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,*

*научный руководитель – доцент Данькина И.А.*

**Цель исследования.** Выявление частоты урогенитальной инфекции у супружеских пар, в анамнезе у которых была зафиксирована неразвивающаяся беременность.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 40 супружеских пар, имеющих в анамнезе неразвивающуюся беременность сроком до 20 недель гестации. Всем парам проводилось комплексное обследование, которое включало в себя: общеклиническое, бактериологическое, бактериоскопическое, эндоскопическое обследование, ПЦР-диагностику, иммуноферментный анализ, методы прямой иммунофлуоресценции, УЗИ матки и придатков.

**Результаты обследования.** Комплексная диагностика позволила обнаружить наличие специфические инфекции у 70% женщин и 65% их супругов с преобладанием микст-инфекции. Один вид возбудителя был выявлен у 28,5% пациенток и у 20% их супругов. Наиболее частым сочетанием инфекционных агентов у 41,5% женщин и 45% мужчин являются: урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз – 25%, микоплазмоз и трихомониаз – 15%, хламидиоз, уреаплазмоз и трихомониаз – 12,5%. Реже встречается сочетание уреаплазмоза и свежей ЦМВ-инфекции – 5%, хламидиоза и острого токсоплазмоза – 5%. Вирусносительство цитомегаловируса выявлено у 10% супружеских пар. Наличие патогенной микрофлоры в цервикальном канале сопровождалось клиническими проявлениями эндоцервицита у 15% пациенток, эрозиями шейки матки – 10%, хроническим сальпингоофоритом – 25%, хроническим эндометритом – 12,5%. У каждой четвертой супружеской пары хронический воспалительный процесс специфической этиологии сочетался с инфантилизмом, длительным бесплодием в анамнезе, патологией спермы у супруга. В группе пациентов, рано начавших половую жизнь, имевших более 2 половых партнеров, в 80% случаев регистрировалась микст-инфекция.

**Выводы.** Ведущим этиологическим фактором неразвивающейся беременности являются воспалительные заболевания, вызванные специфической инфекцией у 70% пациенток и 65% их супругов, причем микст-инфекция регистрируется в 41,5% и в 45% случаев соответственно. Очевидна необходимость совместного лечения и реабилитации супружеской пары в период подготовки к новой беременности.

*Острик Д.А.*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой - д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – доц. Данькина И.А.*

**Цель.** Оценить эффективность лечения бактериального вагиноза (БВ) у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), используя коррекцию биоценоза влагалища антибактериальными препаратами и восстанавливающими нормальную микрофлору.

**Материалы и методы.** Обследовано 37 пациенток с СПКЯ и БВ после коррекции гормональных, метаболических нарушений, санации влагалища метронидазолом с последующим восстановлением нормальной лактофлоры. На первом этапе использовались влагалищные свечи «Нео-Пенотран - форте» (7 дней по 1 свече в день), на втором этапе восстанавливался микробиоценоз влагалища вагинальными таблетками «Вагинорм-С» (6 дней по 1 таблетке на ночь). Применение метронидазола и миконазола направлено на элиминацию анаэробов. «Вагинорм-С» создает кислую среду, стимулирует рост лактофлоры, способствует повышению защитных свойств влагалища, снижению числа рецидивов заболевания.

**Результаты.** После терапии нормоценоз диагностирован у 30 (85,1%) женщин, промежуточный тип — у 7 (14,8%), дисбиоз не выявлен. Рецидив дисбиоза в течение года отмечен у 2% пациенток.

**Выводы.** Таким образом, проведенные нами исследования показали высокую эффективность комплексного двухэтапного метода лечения БВ, состоящего в применении на первом этапе влагалищных свечей «Нео-Пенотран форте», на втором этапе — вагинальных таблеток «Вагинорм-С».

*Острик Д.О.*

## **СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІЙНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ ПАЦІЄНТОК**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра акушерства і гінекології №1, Завідувач кафедри - д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
науковий керівник - доцент Данькина І.А.*

**Мета дослідження.** Визначення чутливості і специфічності методів виділення мікроорганізмів (бактеріологічний і молекулярно-біологічний), що формують дисбіози піхви у вагітних.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 100 вагітних у віці від 18 до 42 років із скаргами на виділення із статевих шляхів. Усім пацієнткам проводили клінічний огляд, вимір рН вагінального секрету, амінотест, мікроскопію мазка відокремлюваного із статевих шляхів. Критерієм виключення була наявність специфічних інфекцій. Діагноз бактерійного вагінозу встановлювався за наявності, як мінімум, трьох з чотирьох ознак: сильних гомогенних виділень із статевих шляхів білого або сірого кольору з неприємним запахом, рН вагінального відокремлюваного > 4,5, позитивного амінотесту, виявлення ключових клітин. Для ідентифікації вагінальної мікрофлори паралельно проводили дослідження микробиоценозу класичним бактеріологічним методом і методом ПЦР в режимі реального часу (Фемофлор-16).

**Результати дослідження.** При порівнянні з бактеріологічним методом дослідження метод верифікації микробиоценозу піхви PCR real - time (Фемофлор-16) показали більш високу діагностичну значущість визначення умовно-патогенних мікроорганізмів. Так, для порівняльної оцінки ефективності лабораторного підтвердження бактерійного вагінозу бактеріологічною методикою і PCR real - time (Фемофлор-16) проведений розрахунок чутливості (Se) і специфічності (Sp) використовуваних методів. При бактеріологічному методі чутливість тесту склала 53%, специфічність 98%. Чутливість методу PCR real - time (Фемофлор-16) склала 96%, специфічність - 98%. Дуже важливим, на наш погляд, являється час отримання результату фахівцем. Середній час отримання результату бактеріологічного дослідження склав  $5 \pm 1,4$  діб, результату методу PCR real - time (Фемофлор-16)  $2 \pm 0,9$  діб.

**Висновки.** Більш висока чутливість і специфічність методу PCR real - time (Фемофлор-16), значний менший час очікування отримання результату в порівнянні з бактеріологічним дослідженням робить його пріоритетним для ранньої діагностики бактерійного вагінозу у вагітних, підвищуючи якість надання медичної допомоги.

*Пернаков Н.С.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ФОРМ ОРНИДАЗОЛА У БЕРЕМЕННЫХ В СЛУЧАЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК СО СРОКОМ ГЕСТАЦИИ ДО 34 НЕДЕЛЬ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, зав.кафедрой и науч. рук. - д.мед.н., проф. Чурилов А.В.*

**Цель исследования** - профилактика нежелательного начала преждевременных родов и хориоамнионита во время беременности и в родах.

**Материалы и методы.** Нами проведен сравнительный анализ случаев с преждевременным разрывом плодных оболочек у 14 беременных со сроком гестации до 34 недель, которые использовали вагинальные формы орнидазола, и 14 беременных, у которых не использовались санация влагалища. Изучали сроки протонгации беременности при преждевременном излитии околоплодных вод и риске развития у них хориоамнионита.

**Результаты исследования.** В группе беременных, использовавших вагинальные формы орнидазола, в 10 случаях произошли срочные роды, что составило 71,4% случаев; в 2 случаях при длительности безводного периода длительностью до 14 дней развился хориоамнионит, что составило 14,3% случаев. В группе беременных, не использовавших препараты орнидазола, роды в срок произошли в 3 случаях, что составляет 21,4% случаев; у 6 женщин хориоамнионит развился при длительности безводного периода до 8 дней, что составило 42,8% случаев.

**Выводы.** Применение вагинальных форм препаратов орнидазола достоверно снижает риск хориоамнионита при преждевременном излитии околоплодных вод, и повышает число срочных родов.

*Сотников А.Г., Клецова М.С., Джеломанова Е.С.*

### **ИММУНИТЕТ ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – к.мед.н., доцент Клецова М.И.*

**Цель исследования.** Изучение иммунного статуса юных первородящих, постоянно проживающих в городе Донецке.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 25 юных первородящих (13-17 лет), проживающих в городе Донецке (1 группа); группа сравнения - женщины в возрасте 18-20 лет проживающих там же (2 группа). Состояние иммунитета оценивали по уровню фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа и коэффициента фагоцитарного числа. Гуморальное звено иммунитета оценивали по содержанию иммуноглобулинов основных классов, Р-белков, по уровню естественных и специфических антител, комплемента и его основного компонента С3.

**Результаты исследования.** В ходе исследования выявлено, что в зоне промышленного загрязнения, которым является город Донецк, состояние здоровья юных первородящих значительно отличается от такового у беременных в группе сравнения. Иммунная система испытывает большее напряжение, отсутствует дисбаланс в показателях фагоцитарной активности, характерный для беременных зрелого возраста.

**Выводы.** Обследование иммунного статуса юных первородящих показало, что на состояние защитных сил женского организма оказывает влияние как степень загрязнения, так и возрастной фактор, что свидетельствует о необходимости выделения юных первородящих в группу особого наблюдения, а также необходимости разработки профилактических мероприятий с целью оптимизации иммунного статуса в этой группе пациентов.

*Третьякова Е. В.*

### **АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

*ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра акушерства и гинекологии №1 – заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., профессор А.В. Чурилов.*

**Цель:** оценка эффективности разработанного алгоритма в лечении больных с посттравматической деформацией шейки матки (ПДШМ).

**Материал и методы.** В исследование вошли 66 женщин в возрасте 25-32 лет, получавших лечение по поводу ПДШМ путем радиоволновой эксцизии. Методом “конвертов” группа разделена на основную и группу сравнения по 33 пациентки, соответственно. Основную группу составили женщины, которым в пред- и послеоперационном периоде был проведен комплекс мероприятий, заключенных в следующий алгоритм: 1) тщательное клиническое обследование больных в предоперационном периоде с целью выявления ЗППП, исследование влагалищного биоценоза в виде количественного определения соотношения ДНК Gardnerella vaginalis к ДНК Lactobacillus spp. из отделяемого заднебрюшного свода влагалища; 2) применение антибактериальных, противовирусных, противомикотических, иммуномодулирующих средств, препаратов местного действия для восстановления влагалищного биоценоза при выявлении патологии в предоперационном периоде; 3) обработка послеоперационной раны бетацином и мирамистином в виде растворов и свечей в течении 7 дней; 4) применение влагалищных свечей «Лонгидаза» (1 свеча интравагинально 1 раз в 2 дня, курс – 14 дней) после отторжения струпа с целью ускорения процессов репарации в ране. В группе сравнения лечение проводилось стандартным методом без применения данного алгоритма. Для оценки эффективности лечения учитывали частоту интраоперационных осложнений (кровотечения), сроки полной репарации органа (анатомически сформированная шейка матки с полной её эпителизацией и восстановлением слизистой пробки).

**Результаты.** Во время проведения радиоволновой эксцизии у 1 (3%) пациентки из группы сравнения открылось кровотечение, что требовало дополнительного гемостаза путем вагинального тампонирования. В основной группе таких осложнений не наблюдалось. Сроки полной излеченности патологии в основной группе приходились на 30 сутки у 4 (12,1%) женщин, на 31 сутки – у 6 (18,2%) женщин, у 14 (42,4%) пациенток этот этап наступал к 32 суткам, а у 9 (27,3%) женщин – в интервале между 33 и 38 сутками. В группе сравнения показатели отличались. Так, полная излеченность патологии в этой группе наступала в 1 (3,0%) случае на 32 сутки и в 1 (3,0%) на 33 сутки, в случае 19 (57,6%) женщин приходилась на 36 сутки и в остальных 12 (36,4%) случаях происходила в интервале между 38 и 42 сутками. В среднем срок полной излеченности патологии в основной группе составила  $34 \pm 1,36$  суток, в группе контроля –  $37 \pm 1,71$  суток, что является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, применение предложенного комплекса лечебных и диагностических мероприятий сокращает сроки заживления раневого дефекта с полным восстановлением анатомической структуры органа, снижает риск осложнений в интраоперационном периоде. Установлено, что использование радиоволнового метода хирургии в сочетании с разработанным алгоритмом позволяет эффективно проводить диагностику и лечение ПДШМ, сохраняя возможность женщины к самостоятельному родоразрешению.

*Троян Н.С.*

### **НЕЙРОГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – к.мед.н. доцент Друпп Ю.Г.*

**Цель:** изучение эффективности препаратов утрожестан и но-спазм коррекции в терапии угрозы прерывания беременности.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 32 женщины, которые получали утрожестан по 100мг два раза в день во влагалище и но-спазм по 30мг 3 раза в день внутрь.

**Результаты и их обсуждение.** В основной группе исчезновение субъективных жалоб в 1 сутки от начала лечения наблюдалось у 25 (80%) пациенток, на вторые сутки – у 31 (99,2%). Базальная температура у 30 женщин достигала нормальных, для развивающейся беременности, величин на вторые сутки. Кольпоцитологическое исследование, проводимое на 7 и 14 сутки, позволило выявить стойкое улучшение цитологических показателей – исчезновение парабазальных клеток, преобладание промежуточных клеток в виде скоплений и пластов, появление единичных поверхностных клеток. Эхография подтвердила прогрессирование беременности и отсутствие признаков угрозы прерывания у 30 женщин, и 1 случай замерзания беременности.

**Выводы.** Предлагаемая методика при лечении угрозы прерывания беременности у женщин с нейродистрофическим процессом во внутренних гениталиях позволяет добиться быстрого, в течение 1-2 двух дней, устранения симптомов угрозы прерывания беременности и стойкой нормализации клинико-лабораторных показателей.

*Тугова К.С., Билувус Р.П.*

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. А.В. Чурилов,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Тугов С.Н.*

**Цель.** Изучить особенностей продукции простагландинов при нормальном и осложненном течении беременности.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 56 женщин, которые были разделены на две группы. I (основную) группу составили 32 беременных, с симптомами угрожающего выкидыша в сроки от 6 до 12 недель беременности; II (контрольную) группу составили 24 женщины с нормально протекающей беременностью.

**Результаты.** Особый интерес представляли результаты определения содержания простагландинов E2 и F2 $\alpha$  в эндометрии, так как их действие максимально выражено в месте синтеза. При физиологическом течении беременности (контрольная группа) содержание простагландинов в эндометрии составляло: P<sub>g</sub> E2 -  $10890,1 \pm 232,5$  пг/мл; P<sub>g</sub> F2 $\alpha$  –  $14925 \pm 738,9$  пг/мл. В основной группе отмечалось увеличение продукции простагландинов. Максимальные их значения выявлены при спонтанном аборте: P<sub>g</sub> E2 -  $25625,8 \pm 348,6$  пг/мл, P<sub>g</sub> F2 $\alpha$  –  $18612,5 \pm 675,3$  пг/мл.

**Выводы.** Угроза прерывания беременности сопровождается повышением содержания простагландинов P<sub>g</sub>E2 и P<sub>g</sub>F2 $\alpha$  в сыворотке крови по сравнению с нормой в 4 и 5 раз соответственно. Их увеличение до 700 пг/мл и более является прогностически неблагоприятным признаком исхода беременности.

*Хомченко М.А.***ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой - д.мед.н., проф. Чурилов А. В.,  
научный руководитель - доцент Даныкина И.А.***Цель.** Выявление наиболее значимых факторов прогнозирования развития преждевременных родов.**Материал и методы.** В последние годы активно ведется поиск факторов прогноза преждевременных родов. Нами проанализированы исследования украинских и зарубежными акушеров-гинекологов по данной проблеме.**Результаты.** В процессе научного анализа выявлены следующие основные факторы прогнозирования преждевременных родов (ПР): Определение фибронектина во влагалищном секрете. Фибронектин - гликопротеин, определяющийся в большом количестве в околоплодных водах, клетках децидуальной оболочки и трофобласта. При нормально протекающей беременности, фибронектин во влагалищном секрете отсутствует. Его наличие в концентрации >50нг/мл в сроке беременности 21-37 недель рассматривается как патологическое. Положительный тест с фибронектином у беременных с симптомами ПР указывает на возможность родов в течение 7-14 дней (чувствительность теста 93%, специфичность – 82%). Определение в цервикальной слизи фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста. Этот белок синтезируется в децидуальной оболочке и появляется в цервикальной слизи при сокращениях матки и отделении плодной оболочки от децидуальной. Повышение уровня фосфорилированного протеина-1 в цервикальной слизи более 10 мкг/л считается положительным тестом, роды наступают до 35 недель гестации. Оценка длины шейки матки при влагалищном и УЗ исследовании. При длине шейки матки 3см и более вероятность наступления родов - 1%. Вероятность ПР увеличивается при длине шейки матки менее 25мм, а при её укорочении до 15мм риск ПР составляет 50%. Домашний мониторинг маточной активности. Домашний токограф регистрирует безболезненные сокращения матки, которые предшествуют развитию родовой деятельности. Определение эстриола в слюне. Эстриол продуцируется трофобластом из предшественников, получаемых из фетальных надпочечников и печени. Уровень эстриола увеличивается за 2-4 недели до родов. Эстриол попадает в слюну путем диффузии через ацинарные клетки слюнных желез, концентрация гормона очень близка к концентрации свободного гормона в плазме крови. Высокий уровень эстриола у пациенток группы высокого риска, определенный дважды с интервалом в одну неделю, связан с увеличенным риском родов в ближайшие две недели. Определение плацентарного кортикотропин-рилизинг-гормона (КТРГ) в крови. КТРГ повышает выработку простагландинов E<sub>2</sub> и F<sub>2α</sub>, которые играют важную роль в механизме родов. Рецепторы КТРГ были обнаружены в миометрии, где КТРГ оказывает констрикторный эффект, действуя синергично с окситоцином. Уровень КТРГ при ПР так же высок, как при срочных родах. На основании этих данных предложено считать КТРГ биологическим механизмом, определяющим время начала родовой деятельности (чувствительность теста 45% и специфичность - 94%).**Выводы.** Таким образом, выявленные наиболее значимые факторы прогнозирования могут помочь диагностировать развитие преждевременных родов у пациенток репродуктивного возраста, что позволит значительно снизить перинатальные потери.*Шелестова Ю.С.***ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА***Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.**Кафедра акушерства та гінекології №1, зав. кафедри - професор Чурилов А.В.,  
науковий керівник – доц. Л.І Бутіна***Мета дослідження.** Оцінити перебіг вагітності та пологів у жінок з низькою масою тіла.**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 280 історій пологів та амбулаторних карт жінок з низькою масою тіла (ІМТ <18,5 кг/ м<sup>2</sup> )**Результати.** Перебіг вагітності був ускладнений майже у всіх пацієнток – 258 (92,1%). Лікувально-профілактичні заходи через загрозу переривання вагітності отримували 98 (35,0%) вагітних, ранній токсикоз відзначено у 82 (29,3%) вагітних. Найчастішим ускладненням була анемія вагітних, яку мали майже половина вагітних з низькою масою тіла (43,7%). Також зафіксовано такі ускладнення, як загроза передчасних пологів – 52 (18,6%), пієлонефрит – 34 (12, 1%), гестози різного ступеня тяжкості – 21 (7,5%). Серед ускладнень в пологах у жінок з низькою масою тіла найчастіше зустрічалися несвоєчасне відходження навколоплідних вод (34,6%), первинна слабкість пологової діяльності (20,0%). Частота передчасних пологів склала 49 (18,5%) випадків, патологічних – 57 (20,4%), зокрема, операція кесарів розтин - 49 (17,5%), вакуум екстракція плода – 6 (2,1%), ревізія порожнини матки – 2(0,7%).**Висновки.** Проведене дослідження вказує на доцільність подальшого проведення досліджень щодо жінок з низькою масою тіла, які дозволять визначити патогенетичні ланки виникнення ускладнень під час вагітності та пологів при наявності цієї патології, що допоможе знайти способи їх профілактики та корекції.



Широких А.М.

## ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Чурилов А.В.,  
научный руководитель – доц. Литвинова Е.В.

**Цель работы.** Определение особенностей гормонального статуса тяжелой преэклампсии при различных формах реактивности организма беременных.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 64 беременных женщинах в сроке родов, которые разделены на две группы. 1-ая группа (контрольная) состояла из 20 практически здоровых женщин с физиологическим течением беременности в сроке 38 недель гестации, 2-ая группа, разделенная в ходе исследования на 2 подгруппы по уровню кортизола сыворотки крови выше и ниже средних значений, включала 44 женщины с беременностью, осложнённой преэклампсией тяжелой степени тяжести согласно классификации ВОЗ. В первую подгруппу отнесем 19 беременных с уровнем кортизола  $>$  моды и вторую подгруппу представим 25 беременными с уровнем кортизола  $<$  моды. Для определения выраженности стресс-реакции организма женщин нами предложен индекс гормонального равновесия (ИГР) стресс-индуцирующих и стресс-лимитирующих систем Кз/Инс, где значения гормонов выражены в относительных величинах к уровню нормы. Все полученные результаты обрабатывались методами математической статистики с использованием программ «Microsoft Excel» и «Биостатистика» на компьютере IBM PC AT 686.

**Результаты.** Нормальная беременность характеризуется активацией функционального состояния коры надпочечников, уровень кортизола равен  $631,3 \pm 7,5$ , а инсулина  $158,6 \pm 4,3$ . У беременных 2 группы размахи колебаний Кз были более значительными, что указывает на неоднородность выборки. Уровень гормона в крови позволял выделить различные формы реактивности организма (по гипер- и гипоергическому типу) и разделить беременных 2-ой группы на 2 подгруппы. В 1-ой группе содержание Кз в крови занимает промежуточное положение в сравнении с таковым у беременных с тяжелой ПЭ. У 19 беременных 2-ой группы данные превышают таковые в 2,14 раза (1 подгруппа 2-ой группы с нарушением реактивности организма по гиперэргическому типу), в тоже время значение инсулина равно  $158,6 \pm 4,3$ , у остальных 25 показатели Кз возрастают в меньшей степени (в 1,43 раза) по сравнению с нормой (2 подгруппа с изменением реактивности организма по гипоергическому типу), значение инсулина равно  $179,0 \pm 4,0$ . Нормореактивностью организма при физиологической беременности позволила считать ИГР равным 1,0. Соответственно у беременных 1-ой подгруппы 2-ой группы значение ИГР больше 1,0 ( $2,58 \pm 0,01$ ), что указывает на повышение в крови уровня стресс-индуцирующего гормона, в тоже время во 2-ой подгруппе 2-ой группы значение ИГР меньше 1,0 ( $0,86 \pm 0,01$ ), что указывает на преобладание стресс-лимитирующих факторов при пониженной реакции организма.

**Вывод.** При позднем гестозе наблюдается сдвиг гормонального баланса, направленность и выраженность которого определяется формой реактивности организма беременных. Физиологическое течение беременности наблюдается на фоне нормореактивности организма и характеризуется сбалансированной активацией стресс-индуцирующих и стресс-лимитирующих систем. Нарушение реактивности организма по гипо- или гиперэргическому типу у беременной важное условие развития тяжелой преэклампсии, как проявления дисадаптационного синдрома. Наиболее информативными показателями состояния реактивности организма и степени тяжести гестоза являются коэффициенты гормонального равновесия и уровень кортизола в сыворотке крови.

Сун Ли (КНР)

## МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. В. М. Астахов

**Цель исследования.** Изучение морфологической структуры плацент, полученных после родов от женщин, страдавших во время беременности артериальной гипотензией.

**Материалы и методы.** Проведено гистоморфологическое исследование 17 плацент от женщин, у которых была выявлена артериальная гипотензия во время беременности. Морфометрические и гистологические исследования плаценты проводились с учетом методических рекомендаций А. П. Милованова и специально разработанной методики стереометрического анализа. Определялись наиболее значимые количественные показатели, характеризующие функциональные и компенсаторные возможности плаценты. Электронно-микроскопические исследования ткани плаценты осуществлялись по стандартной методике с поэтапной обработкой блоков.

**Результаты.** При обзорном морфологическом исследовании плаценты петрификаты наблюдались в 11 (64,7%) случаев; магистральный тип ветвления сосудов – в 13 (76,5%); центральное прикрепление пуповины имело место в 15 (88,2%) случаях, в 2 (11,8%) случаях обнаружено боковое ее прикрепление. Обращало на себя внимание наличие в большинстве случаев – 14 (82,4%) – уменьшение площади плаценты и ее истон-

чение по сравнению со стандартными показателями. При гистологическом исследовании были выявлены основные морфологические изменения, которые свидетельствовали о плацентарной недостаточности и, как следствие, хронической гипоксии плода. Прежде всего, это отложение фибриноида на поверхности промежуточных и концевых ворсин хориона, которые наблюдались во всех исследуемых плацентах. Кроме того, имела место пролиферация синцития трофобласта в краевых отделах плаценты и выраженный ангиоматоз промежуточных и концевых ворсин хориона в центральных отделах плаценты. Отмечено наличие спазма артерий промежуточных ворсин, выраженная дилатация венозных сосудов и наличие в краевых отделах плаценты очагов отложения солей кальция (т.н. кальцификатов), которые по нашему мнению отложились на месте небольших ишемических инфарктов. Нельзя исключить, что соли кальция отложились в небольших депозитах фибрина, что также является еще одним подтверждением нарушения кровообращения в плаценте и свидетельствует о недостаточности функции плаценты.

**Выводы.** Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что артериальная гипотензия во время беременности является одним из факторов, приводящих к плацентарной недостаточности, проявляющейся в нарушении транспортной и трофической функции плаценты, и, как следствие, приводящая к возникновению гипоксии плода, что требует разработки и применения современных и доступных методов профилактики и коррекции данных состояний.

*Габичвадзе Гела, Дзнеладзе Майя (Грузия)*

### **ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, научная лаборатория психологии репродуктивной сферы, пренатальной и перинатальной психологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. В. М. Астахов*

**Цель исследования.** Выявить и изучить факторы развития невынашивания беременности в 1 триместре.

**Материалы и методы.** Проанализированы и обобщены данные медицинской литературы за 2008-2012 г.г.

**Результаты.** Прерывание беременности может иметь место на любом этапе ее развития, однако особое внимание уделяется причинам прерывания беременности в 1 триместре, который является очень важным для дальнейшего течения и исхода беременности, поскольку именно в этот период происходит закладка органов и систем плода, формирование плаценты, перестройка функционирования организма женщины, адаптация его к новым условиям. Выделяют две группы факторов: к первой группе относятся проблемы развития эмбриона – до 50% случаев прерывания беременности связаны с различными хромосомными аномалиями плода; вторая группа объединяет разнообразные проблемы эндометрия, наличие которых препятствует развитию генетически полноценного плодного яйца. Несмотря на то, что в 25-57% случаев имеет место так называемое идиопатическое невынашивание беременности, с клинической точки зрения могут быть выделены следующие основные факторы прерывания беременности: эндокринные нарушения (недостаточность лютеиновой фазы, гиперандрогенемия и др.), инфекционные заболевания, иммунологические факторы (ауто- и алоиммунные), тромбофилические нарушения (врожденные или приобретенные, которые имеют общие патогенетические механизмы с аутоиммунными расстройствами), патология матки (аномалии развития, истмико-цервикальная недостаточность), экстрагенитальная патологии (пороки сердца, гипертензия, сахарный диабет и др.), генетические аномалии плода (наследственные или возникшие de novo). Особое место среди факторов развития невынашивания беременности занимают психологические факторы. Беременность, выдвигая повышенные требования к функционированию организма на всех уровнях, фактически играет роль стрессогенного фактора и, как любой потенциально стрессогенный фактор, может являться как оптимизатором, определяющим направленность на приспособление к новым условиям жизнедеятельности и преодоление влияния нежелательных воздействий, так и носить дезадаптивный характер, приводящий к развитию целого ряда патологических состояний и заболеваний, психологической и социальной дестабилизации. При этом последствия таких стрессогенных ситуаций детерминируются, прежде всего, врожденными и индивидуально приобретенными психологическими свойствами или степенью предрасположенности личности к стрессам.

**Выводы.** В результате теоретического анализа и обобщения литературных данных показано, что причины невынашивания беременности чрезвычайно разнообразны, при этом чаще всего имеет место сочетание двух и более факторов. Комплексный подход с учетом всех факторов развития невынашивания беременности и оптимизация профилактических мероприятий, несомненно, приведет к снижению частоты исследуемой патологии и уменьшению перинатальных потерь.

*Иванец А.С.*

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. кафедрой - проф. Астахов В.М., науч. рук. - доц. Дабижа Л.П.*

**Цель исследования.** Снизить частоту преждевременных родов, перинатальной заболеваемости и смертности на основе научно обоснованного алгоритма прогнозирования, доклинической диагностики и профилактики преждевременных родов.

**Материалы и методы.** Отобранно 7 случаев из общего потока беременных, с применением математической модели прогнозирования преждевременных родов в 2012 г. на базе ЦГКБ №6 г.Донецка и назначена профилактика, индивидуально, с учетом факторов риска.

**Результаты исследования.** Разработана математическая модель прогнозирования преждевременного прерывания беременности на основе 12 факторов риска, которая доказана теоритическими выкладками и которая даёт вероятность правильного прогноза 86%. Из 7 случаев только 1 закончился преждевременными родами.

**Выводы.** Использование современных методов прогноза и своевременная профилактика преждевременных родов снизили их число на 86%.

*Иванец А.С.*

## **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ И ОПУЩЕНИЯХ МАТКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. кафедрой - проф. Астахов В.М., науч. рук. - доц. Минович Е.Д.*

**Цель исследования.** Разработать и внедрить современные методы и способы физической реабилитации, позволяющие предупреждать и устранять пролапс гениталий. Провести поиск, разработку и внедрение новых методов физической реабилитации больных. Научно обосновать проведение восстановительных физических мероприятий, изучить патогенез генитального пролапса и факторов, способствующих его развитию.

**Материалы и методы.** Гинекологический массаж является важным и эффективным восстановительным методом комплексной физической реабилитации, может применяться при загибах матки, начальных стадиях опущения стенок влагалища и матки).

**Результаты исследования.** Своевременное применение комплексных мероприятий в начальных стадиях опущения стенок влагалища и матки, позволило снизить число опущений матки III ст. на 90%.

**Выводы.** Применение комплекса современных методов восстановительной физической, физиотерапевтической и психологической реабилитации, позволяет устранить начальные стадии опущения и выпадения внутренних половых органов таза, улучшить общее физическое здоровье и сохранить качество жизни женщины.

*Исмаилова Г.М.*

## **ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С МЕДИЦИНСКИМИ АБОРТАМИ В АНАМНЕЗЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, научная лаборатория психологии репродуктивной сферы, пренатальной и перинатальной психологии зав. кафедрой и научный руководитель – проф. В. М. Астахов*

**Цель исследования.** Изучить индивидуально-психологические особенности беременных с медицинскими абортами в анамнезе и выявление специфики принятия ими ситуации беременности и будущего материнства.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 47 женщин в сроке беременности 12-22 недели. Средний возраст обследованных – 25,3 лет. Использовались следующие методики: метод структурированного интервью, шкала личностной и ситуативной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, многофакторный опросник FPI (модифицированная форма В), тест отношений беременной с определением типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) И. В. Добрякова.

**Результаты.** Отмечено наличие высоких показателей уровня личностной и ситуативной тревожности среди женщин, имеющих операции искусственного прерывания беременности в анамнезе, что может быть объяснено наличием неуверенности в себе и беспокойности, связанными как с личностными чертами, так и с переживаниями по поводу нормального течения настоящей беременности. Анализ профилей личности беременных, полученных по результатам методики FPI показал наличие общих характерных индивидуально-психологических особенностей: умеренно высокий уровень тревожности, раздражительности, эмоциональной нестабильности (высокие оценки по шкале I), наличие психоэмоциональной лабильности, неэффективной саморегуляции эмоциональных состояний (высокие оценки по шкале IV), что проявляется пониженным настроением и неуравновешенностью (высокие оценки по шкале III). Кроме того, в поведении таких женщин часто наблюдаются проявления импульсивности и непостоянства (высокие оценки по шкалам II и VII). По методике И. В. Добрякова нами были получены следующие результаты: для 57,4% беременных первой группы характерным является переживание тревожного варианта ПКГД, для 12,8% – оптимального варианта ПКГД, для 8,5% – гипогнозического варианта ПКГД, для 4,3% – эйфорического варианта ПКГД, для 17,0% – смешанного варианта ПКГД. Анализ восприятия ситуации беременности и будущего материнства показывает, что среди беременных женщин, имеющих в анамнезе медицинские аборт, наблюдаются неблагоприятные типы переживания следующей беременности, что в свою очередь является одним из факторов риска нарушения ее нормального течения, и создает условия для возникно-

вения разного рода отклонений в формировании адекватного материнского поведения.

**Выводы.** Таким образом, анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что наличие медицинских аборт в анамнезе выступает одним из факторов, который способствует развитию у женщин негативно-психозэмоционального фона при последующих беременностях и неблагоприятного типа восприятия ситуации будущего материнства. Учитывая полученные результаты, становится очевидным, что такие беременные составляют группу риска по развитию различного рода акушерских осложнений, разного рода патологических психологических состояний. Именно поэтому, они требуют особого внимания и сопровождения не только со стороны врачей акушеров-гинекологов, но и психологов, совместная деятельность которых должна быть направлена на оптимизацию психологического состояния беременных женщин, а также предупреждение и коррекцию разного рода отклонений в формировании их материнской сферы, рождению и воспитанию здорового ребенка.

*Кутитонская В.Ю. (Россия)*

### **ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ РАННЕГО КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПОВЫШЕННОЙ УРБАНИЗАЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Астахов В.М.*

**Цель исследования.** Выяснить причинно-следственные связи факторов развития раннего климакса у женщин, проживающих в условиях повышенной урбанизации и выявить наиболее частые его причины.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 657 амбулаторных карт женщин в возрасте от 42 до 46 лет, которые проживают в условиях повышенной урбанизации. Все женщины обратились к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла (гипоменорея, аменорея), снижение либидо.

**Результаты.** В результате проведенного исследования у 360 обследованных женщин (55 %) выявлены проявления раннего климакса. Из анамнеза установлено, что 20 % - это женщины, у которых в анамнезе были полостные и эндоскопические операции на репродуктивных органах, 47 % - жаловались на отсутствие регулярной половой жизни, 20 % - проживали в неудовлетворительных материально-бытовых условиях. 6 % женщин в анамнезе имели ранние (до 16 лет) медицинские аборты, у 7 % - было 3 и более абортов. Большинство обследованных женщин отмечали частые возникновения стрессовых ситуаций на службе, в семейной жизни, а также межличностные конфликты.

**Выводы.** В результате проведенного анализа установлено, что наиболее частой причиной развития раннего климакса у женщин являются перенесенные операции на органах малого таза, отсутствие регулярной половой жизни, а также воздействие хронического стресса. Немаловажную роль в развитии раннего климакса играет раннее начало половой жизни и наличие в анамнезе женщины частых прерываний беременности.

*Кушнарченко О.В.*

### **ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. кафедрой - проф. Астахов В.М.), научный руководитель – д.мед.н., доц. Минович Е.Д.*

**Цель.** Определение критериев выбора метода хирургического лечения пролапса тазовых органов.

**Материал и методы.** Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 726 женщин, прооперированных по поводу генитального пролапса в гинекологическом отделении ЦГКБ №6 за период с 2002 по 2011 г.г. Учитывались эффективность различных хирургических процедур и частота рецидивов заболевания.

**Результаты.** Установлено, что нарушения опорных структур малого таза могут возникать у пациенток в различных вариантах. В связи с этим устранение их должно быть основано на диагностике всех имеющихся нарушений и определении комбинации методов, позволяющих корригировать соответствующие уровни поддержки. Основной проблемой хирургического лечения пролапса тазовых органов является высокая частота рецидивов, которые развиваются в течение ближайших трех лет после операции и достигают 24% случаев. Основная часть рецидивов обусловлена тем, что укрепление соответствующих уровней поддержки, в большинстве известных методов, основано на использовании собственных соединительнотканых образований, несостоятельность которых явилась причиной возникновения заболевания. Факторами риска подобных рецидивов являются: дистрофические изменения, связанные с пожилым возрастом, ранней менопаузой, метаболическим синдромом, длительностью заболевания; проявления системной дисплазии соединительной ткани; постгистерэктомический пролапс. В этих случаях для укрепления первого уровня поддержки целесообразно использовать дополнительные нефизиологические точки фиксации: крестцово-остистая связка, мыс крестца. Для укрепления второго уровня поддержки у пациенток группы риска возникновения рецидивов применяются реконструкция пубоцервикальной и ректовагинальной фасции с помощью синтетических эндопротезов. Применение указанных методик позволяет снизить количество рецидивов генитального пролапса в 4,5 раза.

**Выводы.** Современные принципы хирургического лечения пролапса тазовых органов должны быть основаны на выборе комбинации методов оперативного пособия с использованием этиологических и патогенетических подходов.

*Мей Гази Луйа Сагел (Катар)*

### **АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РЕГИОНЕ ДОНБАССА И КАТАРЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. В. М. Астахов*

**Цель исследования.** Выяснение частоты встречаемости дисплазий шейки матки, обусловленных папилломовирусной инфекцией человека (ВПЧ).

**Материалы и методы.** Тщательно изучены данные анамнеза, особенности репродуктивной функции, сексуального поведения, предпочтения методов контрацепции, условий быта, общего уровня культуры у женщин репродуктивного периода, проживающих в Украине (Донецкий регион) (110 женщин) и в Катаре (110 женщин). Возраст обследуемых колебался от 18 до 45 лет. Регистрация данных проводилась по специально разработанной карте, заполняемой пациентками. Обследование проводилось по стандартным методикам – цитологическое исследование по методу Папаниколау, ВПЧ-тест методом ПЦР, кольпоскопические исследования.

**Результаты.** Среди обследованных украинских женщин с дисплазиями шейки матки в 81,9% случаев обнаружены ВПЧ 16 и 18 типов, которые относятся к онкогенноактивными. Установлено, что в анамнезе у этих женщин имело место раннее начало половой жизни, наличие трех и более половых партнеров, рецидивирующие сексуально-трансмиссивные заболевания, пренебрежение к методам барьерной контрацепции, имевшие место эрозии шейки матки. Среди арабских женщин с наличием дисплазий шейки матки ВПЧ 16 и 18 типов был обнаружен в 17,3% случаев.

**Выводы.** Можно предполагать, что уменьшение количества дисплазий шейки, ассоциированных с ВПЧ 16 и 18 типов, у женщин Катара связаны со стилем жизни, религиозными убеждениями, культурными традициями и проводимым интенсивным медицинским скринингом по выявлению заболеваний репродуктивной сферы.

*Набиева С. Р. (Азербайджан), Онваэзе Чиди (Нигерия)*

### **ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, научная лаборатория психологии репродуктивной сферы, пренатальной и перинатальной психологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. В. М. Астахов*

**Цель исследования.** Изучение особенностей психологического компонента боли при хронических воспалительных заболеваниях репродуктивной сферы у женщин, выделение факторов, которые способствуют возникновению соответствующего типа субъективного реагирования на существующие объективные проявления и влияют на характер, динамику, прогноз патологических изменений в организме женщины.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 57 женщин, которые проходили консервативное лечение по поводу хронического воспалительного процесса внутренних половых органов. Использовались опросник оценивания боли «визуальная аналоговая шкала» (ВАШ), автоматизированная система исследования психоэмоциональной сферы с выявлением психоэмоционального напряжения (ПЭН) разной степени, оценка состояния вегетативной нервной системы (по А. М. Вейну); опросник оценки качества жизни, адаптированный для гинекологических больных.

**Результаты.** Исследования показали наличие прямой коррелятивной зависимости между уровнем интенсивности болевых ощущений и степенью психоэмоционального напряжения. Так, среди женщин с высоким уровнем ПЭН на сильную и очень сильную боль указывали 69,2% обследованных, среди женщин с ПЭН средней степени - 44,4%, среди женщин с ПЭН легкой степени - 23,5%. Изучение состояния вегетативной нервной системы показало достоверную склонность к симпатикотонии у женщин, которые оценивали свою боль как сильную и очень сильную (88%), тогда как среди женщин, которые оценивали свою боль как умеренную, склонность к симпатикотонии была диагностирована в 50% случаях. По результатам оценки женщинами качества своей жизни наиболее показательными оказались шкалы общего самочувствия и работоспособности, которые указывали на существенные изменения и недовольство качеством своей жизни именно у женщин с высокой интенсивностью болевых ощущений.

**Выводы.** Полученные данные подтверждают наличие и важную роль психологической составляющей в особенностях болевых ощущений у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Представленный комплекс методик может быть предложен для широкого использования

в целях более объективной оценки характера болевого синдрома у женщин с патологией репродуктивной системы, что позволит значительно повысить эффективность его контроля и коррекции, улучшить возможности физиологической и психосоциальной адаптации женщины с целью сохранения ее репродуктивного здоровья.

*Хомченко М.А.*

## **К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*кафедра акушерства и гинекологии № 2 – проф. Астахов В.М., научный руководитель – доц. Петренко С.А.*

**Цель исследования:** изучить эффективность Фемостона в лечении посткастрационного синдрома.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 49 пациенток (основная группа), принимавших для купирования синдрома Фемостон. Контрольную группу составили 32 пациентки, использовавшие симптоматическое лечение. Всем больным проведены комплексные клиничко-физиологические исследования, включая УЗИ малого таза и молочных желез. Проводилась оценка гормонального (ФСГ, ЛГ, пролактина и эстрадиола) и липидного профиля, а также функционального состояния вегетативной нервной системы и эмоционально-личностной сферы по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

**Результаты и обсуждение.** Анализ клинических наблюдений показал, что наиболее частыми и ранними были нейровегетативные проявления: частые приливы с обильным потоотделением (84,6%), головная боль (32,8%), психоэмоциональные нарушения в виде раздражительности (22,9%), плаксивость (22,0%). У 76,8% пациенток эмоциональные нарушения сочетались с мотивационными расстройствами, нарушением аппетита, бессонницей, а также отмечалось снижение интеллектуальной продуктивности, быстрая утомляемость. Анализ гормонального статуса показал, что уже с 14 дня после хирургического выключения яичников содержание ЛГ и ФСГ составило  $26,2 \pm 1,8$  МЕ/л и  $59,6 \pm 4,2$  МЕ/л, что почти в 3,9 раз соответственно было выше нормальных показателей для женщин данных возрастных групп. Концентрация эстрадиола после операции снизилась в 3,7 раза, начиная с 14 суток, по сравнению с исходными показателями. Проведенная оценка клинической эффективности Фемостона позволила отметить, что данный препарат хорошо купирует вегетоневротические проявления уже с первого месяца лечения и ко второму месяцу лечения проявления нейровегетативные уменьшились почти в 2,5 раза; психоэмоциональные почти в 4 раза. Уровни гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ) снизились соответственно до  $5,6 \pm 1,0$  МЕ/л и  $3,6 \pm 0,89$  МЕ/л, уровень эстрадиола соответствовал  $1,8 \pm 0,04$  нмоль/л, однако через 11-12 месяцев отмечалась некоторая тенденция к повышению ФСГ и ЛГ, несмотря на проводимую терапию. Достоверно отмечена положительная динамика липидного спектра крови.

**Выводы.** Заместительная гормональная терапия Фемостоном улучшает процессы адаптации организма, эффективна при купировании нейровегетативных, психоэмоциональных с положительным изменением липидного спектра крови и гормонального баланса.

*Талалаенко А.К., Рябовол И.В., Могилевский А.С., Романенко А.Р.*

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА МЕТОДОМ ДОППЛЕРОМЕТРИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, Зав.кафедрой – д.мед.н., профессор Астахов В.М.,  
научный руководитель – д.мед.н., профессор Талалаенко Ю.А.*

**Цель исследования** – выявить отклонения при доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных с пиелонефритом.

**Материал и методы.** Нами была проведена доплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока у 38 беременных, которые до исследования перенесли пиелонефрит. Изучение проводили на аппарате Toshiba Nemio XG. Срок беременности при проведении исследования был 30-32 недели. Статистическая обработка данных проведена в пакете программы Медстат с расчетом доли и доверительного интервала (ДИ).

**Результаты.** Было выявлено, что у беременных, перенесших пиелонефрит, нарушения кровотока в маточных артериях встречались в 23,7% (ДИ 11,4-38,8%), что классифицировалось как IА степень. Интересно, что у 66,7% (ДИ 29,2- 94,8%) из этих беременных диагностирована преэклампсия. В 7,9% (ДИ 1,4-18,9%) обнаружены нарушения в кровотоке артерий пуповины, что представляет собой более глубокие нарушения IБ степени. В одном случае - 2,6% (ДИ 0,0-10,3%) развились нарушения кровотока II степени, что сочетается с тяжелой преэклампсией, потребовавшей досрочного родоразрешения.

**Выводы.** Допплерометрия – метод ультразвукового исследования, измеряющий скорость и качество кровотока в сосудах. В последнее время она широко применяется для оценки кровотока в сосудах матки, пуповины и плода у беременных высокого риска. Допплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока является ценным методом в ведении беременных с пиелонефритом. Нарушения кровотока в маточно-плодово-плацентарном кровотоке возможно связаны с развитием преэклампсии.

*Талалаенко А.К.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, Зав.кафедрой – д.мед.н., профессор Астахов В.М., научный руководитель - д.мед.н., профессор Талалаенко Ю.А.*

**Цель исследования** – изучить эффективность применения гистерорезектоскопического удаления полипов эндометрия у пациенток с диагнозом «рецидивирующий полип эндометрия».

**Материал и методы.** Нами было проведено оперативное лечение методом гистерорезектоскопии 43 пациенток с диагнозом рецидивирующий полип эндометрия. Последующее ультразвуковое исследование полости матки выполнялось через 3 месяца после операции. Статистическая обработка данных проведена в пакете программы Медстат с расчетом доли и доверительного интервала (ДИ).

**Результаты.** 18,6% изученных женщин (ДИ 8,3-31,9%) были пациентками репродуктивного, 48,8% (ДИ 33,7-64,0%) – пременопаузального, 32,6% (ДИ 19,2-47,6%) – постменопаузального возраста. В 39,5% (ДИ 25,2-54,8%) полипы располагались в области дна матки, в 34,9% (ДИ 21,2-50,0%) – в области устьев маточных труб, в 25,6% (ДИ 13,5- 39,9%) – на боковых стенках матки. При контрольном УЗИ ни в одном из случаев не был выявлен рецидив заболевания.

**Выводы.** Полипы – наиболее частая патология эндометрия, выявляемая у женщин в различные периоды жизни. В последние годы все большее применение находит гистерорезектоскопия для диагностики и лечения этого заболевания матки. Показано, что полипы эндометрия наиболее часто встречаются у женщин пременопаузального возраста. В 74,4% случаев полипы располагаются в труднодоступных местах, что ставит под сомнение их полное удаление при простом кюретаже полости матки. Гистерорезектоскопия является малоинвазивным, эффективным и безопасным, методом лечения, позволяющим избежать радикальной операции при «рецидивирующих полипах» эндометрия.

*Шаганов П.Ф.*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, Зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Астахов В.М.*

**Цель** – исследовать качество жизни и анализ лечения пациентов со спаечной болезнью органов малого таза на уровне поликлиники.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в ЦГКБ № 6 г. Донецка. Нами был проведен анализ 80 карт пациенток со спаечной болезнью в поликлинике. Для оценки эффективности лечения всем пациентам проводилось этапное изучение качества жизни. Для изучения качества жизни применялся универсальный опросник. Средний возраст наблюдаемых составил  $39,1 \pm 7,5$  года. Структура анкеты позволила проанализировать компоненты физического здоровья: состояние физического здоровья; ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья; влияние боли на ежедневную активность; общее восприятие здоровья и компоненты психического здоровья: энергичность; слабость; ограничение в социальной активности; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем; психическое здоровье.

**Результаты исследования.** Интегральный показатель «качество жизни» – один из основных критериев эффективного восстановительного лечения пациентов со спаечной болезнью. Причиной развития спаечной болезни у 68 % больных явились оперативные вмешательства. Качество жизни больных спаечной болезнью до лечения было стойко снижено по показателям как физического, так и психического здоровья. Такое снижение показателей зависело от длительности заболевания и частоты возникновений обострений. Низкий уровень качества жизни должен служить аргументом в пользу его многофакторного анализа. Такой анализ показал заметное отрицательное воздействие болевого синдрома практически на все стороны жизнедеятельности пациентов со спаечной болезнью.

**Выводы.** Таким образом, изучение качества жизни помогает получать ценную динамичную информацию о течении спаечного процесса и эффективности проводимого лечения, влиянии лечебной программы на психическое и физическое здоровье, социальную активность больных. Проведение пациентам со спаечной болезнью рациональных курсов лечения позволяет улучшить их общее состояние, о чем свидетельствует положительная динамика интегрального показателя качества жизни. Качество жизни – основа эффективной реабилитации пациентов со спаечной болезнью.

*Шарабату Н.Э.*

## **К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ У НОСИТЕЛЬНИЦ ВМС**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра акушерства и гинекологии №2, заведующий кафедрой – проф. Астахов В.М., научный руководитель – доц. Князева Н.В.*

**Целью** исследования явилось определение факторов риска воспалительных осложнений у женщин с ВМС.

**Матеріали и методи.** Было обследовано 101 пациентка, госпитализированные в гинекологический стационар по поводу острых воспалительных процессов матки и придатков. Контрольная группа – 20 женщин, носительниц ВМС, находящихся на диспансерном учете в женской консультации. Средний возраст составил 32,2 года (от 19-55 лет). Длительность ношения ВМС от 12 месяцев до 17 лет. Использовались ВМС: петля Липпса 16(15,8%), Cu Multiloud 375 – 17 (16,9%), Nova V – (98,9%), CuT 380 – 31 (30,7%), Мирена - 28 (27,7%).

**Результаты исследования.** Госпитализировались больные с жалобами: боли – 98%, повышение температуры тела до 38С – 92%, НМЦ – 45%, сочетанность симптомов и жалоб – 96%. Структура осложнений у женщин с ВМС представлена: эндометритами 47(46,5%), тубоовариальными опухолями – 48 (47,5%), хроническим аднекситом – 20 (19,8%), пельвиоперитонитом – 16 (15,8%). Необходимо отметить, что у 5 женщин, носивших ВМС более 10 лет, диагностировано сочетание воспалительных процессов с опухолями, так в 4 случаях с миомой матки, в 1 – с раком эндометрия. У всех обследуемых женщин отмечалось достоверное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Необходимо отметить, что частота развития гнойно-септических осложнений связана с объемом обследований женщин до введения ВМС, так полноценное клиничко-лабораторное обследование прошли только 48 (59,4%) пациенток; в последующем наблюдались в ж/к только 26 (25,7%) из числа поступивших больных. Негативную роль сыграли очаги хронической инфекции у женщин, такие как: хронический холецистит 18 (17,8%), хр. панкреатит – 10 (9,9%) и хр.пиелонефрит – 38 (37,8). Фактором риска по возникновению осложнений на фоне ВМС должны быть отнесены как сроки ношения, так и тип ВМС. Наиболее тяжкие осложнения наблюдались у женщин от года до 3 лет, так гнойно-септические осложнения составили – 12,9%; от 3 до 5 лет – 27,7%, от 5 до 10 лет – 41,6%. Наиболее неблагоприятную статистику имели женщины, носившие петли Липпса, пребывание ВМС у которых составило от 5 до 10 лет – 42 (41,6%). Осложнения отличались тяжестью и длительностью течения, а также безуспешностью консервативной терапии. Оперативное лечение получили 18 пациенток (42,9%). При бактериологическом исследовании влагалищных мазков: хламидии составили 72%, уреоплазма – 43%, трихомонады – 35%, гарднеллы – 32%. Обследование 20 женщин, носительниц ВМС, находящихся под наблюдением в ж/к, включало сбор анамнеза, клинический анализ крови, УЗИ и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, что составило: микоплазма – 32%, гарднеллы – 37%. При наличии клинических признаков вялотекущего воспалительного процесса у 5 женщин ВМС удалена и проведен курс антибактериальной и противовоспалительной терапии.

**Выводы.** Данные наших исследований позволяют сказать, что ношение ВМС более 5 лет у женщин фертильного возраста является фактором высокого риска по возникновению гнойно-септических осложнений. Нами предложен алгоритм обследования и наблюдения за женщинами до и после введения ВМС: клиничко-лабораторное обследование больной; проведение иммунологического статуса у женщин с сопутствующей хронической патологией; активное диспансерное наблюдение женщин с ВМС в ж/к, использование ВМС последнего поколения, с содержанием гормональных препаратов, обладающих противовоспалительным эффектом.

*Шелестова Ю.С.*

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра акушерства та гінекології №2, зав. кафедри – проф. В.М.Астахов, наук. кер. – доц. Л.П.Шелестова*

**Мета.** Виявити морфологічні зміни в плацентах у жінок з метаболічним синдромом.

**Матеріали та методи.** Проведено морфологічне дослідження 27 плацент від жінок з метаболічним синдромом і 10 - від здорових. Матеріал відбирався з 2–3-х часточок плаценти по 10-12 шматочків, які вирізували через усі її шари. Отриманий матеріал фіксували у 10 % формаліну, зневоднювали в спиртах наростаючої концентрації, заливали у парафін. З парафінових блоків за допомогою санного мікротому МС-2 виготовляли парафінові зрізи товщиною 5±2 мкм, фарбували гематоксиліном та еозином.

**Результати.** Ознаки хронічної компенсованої недостатності (ворсини зрілого типу, повнокровні, з явищами компенсаторного ангіоматозу термінальних ворсин, міжворсинковий простір вільний, помірна кількість синцитійних бруньок) виявлено в 8 (29,6 %) випадках. В 13 (48,2%) помічено хронічну субкомпенсовану недостатність, для якої характерно нерівномірне кровонаповнення різних ділянок з чергуванням повнокров'я та ішемії, міжворсинковий простір нерівномірно розширений, субхоріальні відділи містять кров, навколо окремих ворсин відкладення фібриноїду, помірний фіброз строми ствольних ворсин. Хронічну декомпенсовану недостатність (старі ішемічні інфаркти плаценти з петрифікатами, велика кількість фібриноїду в інтервільозному просторі, запусівання капілярів ворсин, порушення їхнього дозрівання, збільшення кількості синцитійних бруньок) зареєстровано у 6 (22,2%) випадках. При мікроскопії плаценти контрольної групи виявлено її компенсований стан, який характеризується незначними інволютивно-дистрофічними змінами у плаценті, зрілим типом ворсин, помірною гіперемією ворсинкового хоріону.

**Висновок.** Проведене дослідження показало, що в усіх плацентах від жінок з метаболічним синдромом є



прояви хронічної плацентарної недостатності з вираженими неспецифічними інволютивно-дистрофічними змінами і циркуляторними розладами з різною виразністю компенсації.

*Демина Д.В.*

### **ОЦЕНКА РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ОПЕРИРОВАННЫМИ ЯИЧНИКАМИ В АНАМНЕЗЕ**

*Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО, зав. кафедрой – чл-корр. НАМНУ, проф. В.К. Чайка, научный руководитель – проф. Говоруха И.Т.*

**Цель.** Провести ретроспективный анализ медицинской документации для выявления пациенток с оперированными яичниками в анамнезе, а так же определения у них частоты и структуры акушерских осложнений.

**Материалы и методы.** Проанализировано 1417 историй беременности и родов. Возраст женщин колебался от 17 до 44 лет, но преобладавал от 26 до 35 лет. В основную группу вошло (А) 298 пациенток с оперированными яичниками в анамнезе. Контрольную группу составили 30 пациенток с физиологическим течением беременности и/или с отсутствием в анамнезе оперативных вмешательств на яичниках.

**Результаты.** При работе с медицинской документацией было выявлено в 21% случаях-беременные с оперированными яичниками. У данных пациенток в анамнезе имело место нарушение менструального цикла (20,5%), наличие урогенитальной инфекции( 34,5% ), частота бесплодия составила около 35 % и зависела от объема оперативного вмешательства на яичниках. Течение беременности у женщин с оперативными вмешательствами на яичниках в 85 % случаях осложнялось угрозой прерывания беременности, в 12%- преждевременным разрывом плодных оболочек, в 16,6 %- невынашиванием беременности , в 20,6 %- преждевременными родами. В основной группе чаще была выявлена патология плода (дистресс плода-11,8%, задержка внутриутробного развития плода-10,5%), а так же нарушение маточно-плацентарного кровообращения и гемодинамики плода- 5,9%. В большинстве случаев, в том числе были отмечены гормональные, а так же иммунные нарушения с развитием аутоиммунных процессов.

**Выводы.** В результате проведенного исследования было установлено, что каждая пятая беременная поступившая в Донецкий региональный центр охраны материнства и детства имела в анамнезе оперативные вмешательства на яичниках и составляет группу риска по акушерским и перинатальным осложнениям. Из вышеперечисленного следует необходимость разработки схем прогнозирования и профилактики осложнений беременности, что будет способствовать благоприятному течению беременности и родов.

*Коновал А.О.*

### **ЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО СТАНУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ**

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології, завідувач кафедри: д.мед.н., професор Тучкіна І.О., науковий керівник: завідувач кафедри акушерства та гінекології №2, д.мед.н., професор Парашук Ю.С.*

**Мета дослідження:** поліпшення діагностики хронічного сальпінгоофориту (ХСО), що супроводжується безпліддям, на підставі визначення показників цитокінового стану.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 60 пацієнток віком від 25 до 39 років з непліддям на фоні ХСО. Групи пацієнток: 1-група – пацієнтки (n=20) з ХСО в анамнезі до 10 років, 2-група – пацієнтки (n=20) з ХСО в анамнезі понад 10 років; 3-група – пацієнтки (n=20) з ХСО, яким проводилась консервативна терапія з включенням імуномодуючих біологічних препаратів; 4-група - контрольна група (n=20). Цитокіновий стан вивчали на основі визначення показників прозапальних цитокінів (IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ ) та протизапальних цитокінів (IL-4, TGF -  $\beta$ ).

**Результати.** При визначенні цитокінового статусу встановлено, що у 1 групі пацієнток було достовірне підвищення концентрації прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$ , IL-6 і TNF- $\alpha$  (48,2 $\pm$ 2,9, 99,7 $\pm$ 1,9, 91,5 $\pm$ 5,6 пг/мл відповідно, p<0,001) порівняно з контрольною групою (27,67 $\pm$ 1,3, 39,96 $\pm$ 2,1, 42,57 $\pm$ 2,5 пг/мл відповідно), а рівень протизапальних цитокінів IL-4 та TGF -  $\beta$  був достовірно знижений (36,16 $\pm$ 4,2 пг/мл, 3,22  $\pm$ 0,6 нг/мл відповідно, p<0,05). У 2 групі цитокіновий дисбаланс також був присутній, але менш виражений, рівень IL-1 $\beta$ , IL-6 і TNF- $\alpha$  склав 37,63 $\pm$ 1,4, 43,21 $\pm$ 1,9, 57,23 $\pm$ 2,4 пг/мл відповідно (p<0,001) проти рівня IL-4 та TGF -  $\beta$  (38,9 $\pm$ 1,5 пг/мл, 16,3  $\pm$ 1,2 нг/мл відповідно, p<0,05). Після застосування імуномодуючих біологічних препаратів пацієнтками 3 групи, виявлена позитивна корекція дисбалансу цитокінового стану зі збільшенням протизапальних цитокінів IL-4 та TGF -  $\beta$  (39,9 $\pm$ 1,5 пг/мл, 14,8  $\pm$ 1,2 нг/мл відповідно, p<0,05) та зменшенням прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$ , IL-6 і TNF- $\alpha$  (37,32 $\pm$ 1,4, 62,51 $\pm$ 1,9, 59,25 $\pm$ 2,4 пг/мл відповідно, p<0,001). У пацієнток з безпліддям на фоні ХСО підвищення кількості цитокінів викликає й підвищену секрецію запальних медіаторів, а призначення консервативної терапії з включенням імуномодуючих біологічних препаратів, корегує дисбаланс цитокінового статусу майже до контрольних значень.

**Висновок.** Визначення цитокінового стану при безплідді на фоні ХСО підвищує ефективність діагностики та лікування жінок з безпліддям зумовленим ХСО.

*Степаненко Т.А.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО, Зав. кафедрой – член-корр. НАМНУ, проф. Чайка В.К., науч.рук. – проф. Говоруха И.Т.*

**Цель исследования** – определить эффективность лечения бессимптомной бактериурии, вызванной *E. Coli*, путем применения комплексной терапии: антибиотика и уросептика.

**Материал и методы.** Клиническому исследованию были подвергнуты 200 пациенток с бессимптомной бактериурией. Возрастной состав беременных: до 25 лет – 68 (34 %), 26 – 35 лет – 102 (51%), старше 35 лет – 30 (15 %). Срок гестации: I и II триместр беременности. Женщины были разделены на две группы по 100 человек: I группа – с учетом чувствительности, получала полусинтетические пенициллины широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз («Аугментин» - 625 мг. 1 таб. 2 раза в сутки № 7); II группа - цефалоспорины третьего поколения («Цефтриаксон» - 2 г. 1 раз в сутки № 7), дополнительно женщины принимали уросептик растительного происхождения – «Канефрон Н» по 2 драже 3 раза в сутки.

**Результаты.** Уже на пятые сутки у пациенток I группы в общем анализе мочи лейкоциты снизились до 1-2 ед. в мл, когда во II группе - число лейкоцитов составляло 10-12 ед. в мл. После курса лечения у беременных двух групп была взята моча для бактериологического исследования. Результаты бакпосевов мочи I-ой группы: у 94 беременных - моча «стерильна», патогенная и условно-патогенная флора не обнаружена, у оставшихся 6 женщин - посев мочи роста не дал; II-ой группы: у 26 женщин - *E. Coli* 10<sup>8</sup>, у 14 женщин - посев мочи роста не дал, у 60 беременных - патогенная и условно-патогенная флора не обнаружена.

**Выводы.** После проведения клинико-лабораторного исследования, можно сделать вывод, что Аугментин в комплексной терапии с Канефроном Н, более эффективен в отношении *E. Coli*, чем Цефтриаксон. Это подтверждают «стерильные» посевы мочи у 94 % женщин I-ой группы, в отличие от II-ой, где у 26 % женщин развилась резистентность к цефалоспорином третьего поколения. Кроме того пероральный способ применения Аугментина более удобен для пациенток, чем внутримышечные инъекции Цефтриаксона.

*Сухинина О. А.*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Чайка В. К.,  
научный руководитель – доц. Акимова И. К.*

**Цель исследования.** Оценить структуру бесплодного брака и эффективность применения различных методов лечения бесплодия.

**Материалы и методы.** Проанализировано 1260 амбулаторных карт женщин, находящихся на учете в ОДЛББ. Были изучены результаты работы отделения диагностики и лечения бесплодного брака ДРЦОМД за период с 2008 по 2010 год. Оценивали: структуру бесплодия, эффективность применяемых методов лечения: гормонального, хирургического, вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Результаты.** Первичное бесплодие диагностировано в 591 случае (46,9%), вторичное в 669 случае (53,1%). Трубно-перитонеальное бесплодие наблюдалось у 721 пациентки (57,2 %), эндокринное - 273 пациентки (21,7%), мужское бесплодие в 246 случаях (19,5%), неясного генеза в 20 случаях (1,6%). После консервативного лечения, а именно противовоспалительного и индукции овуляции, беременность наступила у 148 пациенток (11,7%) от общего количества больных, и у 22,6% от количества больных, получавших данное лечение. Оперативная лапароскопия для восстановления проходимости маточных труб выполнена у 265 женщин (21%), беременность после этого наступила в 58 случаях (21,9%). Лечение с использованием ВРТ проведено у 328 женщин (26%), беременность наступила у 118 пациенток (36%). Таким образом, снято с учета в связи с наступлением беременности 324 пациентки (25,7%). Общая результативность лечения остается достаточно низкой, что можно объяснить возрастом пациентов старше 30 лет, длительностью бесплодия более 10 лет, поздним обращением в специализированное отделение.

**Выводы.** Наиболее эффективным методом лечения трубно-перитонеального бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение, а лечение эндокринного бесплодия невозможно без адекватной гормональной коррекции. В связи с наступлением беременности 324 пациентки (25,7%) сняты с учета.

## **ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ**

*Бобро Н.С.*

### **ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренней медицины № 2,  
зав. кафедрой – проф. Дорофеев А. Э., научный руководитель - к. мед. н., асс. Нечипуренко Т. Б.*

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости и формы поражения печени у больных с гематоло-

гическими заболеваниями.

**Материалы и методы.** Из 1167 больных с различной гематологической патологией была выделена группа пациентов с вовлечением печени в количестве 236 человек (98 мужчин и 138 женщин). Поражение печени констатировалось физикально выявляемой гепатомегалией и подтверждалось сонографически. У обследуемой группы больных определялись уровни билирубина и трансаминаз.

**Результаты.** Поражение печени встречалось у пациентов с анемией (127 больных), острым лейкозом (58 больных), лимфогрануломатозом (26 больных), неходжкинскими злокачественными лимфомами (25 больных). У 168 больных оказались повышенными уровни билирубина. Цифры трансаминаз были завышены у 186 больных. Гипербилирубинемия в сочетании с цитолитическим синдромом отмечены у 156 пациентов.

**Вывод.** Частота встречаемости поражения печени у пациентов с гематологическими заболеваниями составила 20,22%, в т.ч. -13,36% с цитолитическим синдромом, с нарушением пигментного обмена их сочетанием. У пациентов с гематологической патологией поражение печени протекает в основном в форме гепатоза и реже в форме гепатита.

*Борисова В. И.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАБУФЕРЕННЫХ ФОРМ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра внутренней медицины №2, зав. кафедрой - проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель - доц. Руденко Н.Н.*

**Цель исследования.** Влияние забуференных форм омепразола и эзомепразола на показатели желудочной кислотности.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 15 человек возрастом 26-27 лет с функциональной диспепсией. Пациенты были поделены на 2 группы по 7 и 8 человек: 1гр. получала омепразол с гидрокарбонатом Na («Омес Инста»), а 2гр. — эзомепразол с бикарбонатом («Эзолонг 20»). Желудочная секреция исследовалась интрагастральным мониторингом pH на протяжении 6 часов после приёма препарата. Диагноз устанавливался исключением органической патологии эндоскопически и сонографически.

**Результаты.** Установлено, что в 1гр. через 5мин. после приёма происходит достоверное повышение pH в среднем на  $4,1 \pm 2,2$  продолжавшееся  $22 \pm 7$  мин. В дальнейшем pH возвращалось к исходному. Через 5ч. после приёма pH повысилась на  $2,3 \pm 1,1$ . Во 2гр. через 1ч. после приёма отмечалось недостоверное повышение pH на 2,1 длившееся 27 мин. и затем возвращавшаяся к исходному. Через 3,5 часа вновь происходило повышение pH на  $2,8 \pm 1,3$ .

**Выводы.** «Омес Инста» позволяет быстро и кратковременно повысить pH за счёт содержания бикарбоната. Омепразол начинает действовать через 5 ч. после приёма препарата. Бикарбонат содержащийся в «Эзолонге» достоверно не влияет на уровень желудочной секреции. Эзомепразол начинает действие через 3,5 ч. после приёма препарата. Таким образом, Омес можно использовать для купирования изжоги, а Эзолонг - нецелесообразно.

*Бутова А. Ю., Яхнин К. О., Усачук И.А.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ГИСТИОЦИТОЗОМ «Х»**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра внутренней медицины №2, зав. кафедрой – проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель – к.мед.н., асс. Латыпова Г.А.*

**Цель исследования.** Своевременное выявление несахарного диабета у больных гистиоцитозом «Х» (болезнью Хенда-Шуллера-Крисчена).

**Материалы и методы.** Анализ медицинской документации и данных клинко-лабораторного обследования больной К., наблюдающейся в клинике кафедры внутренней медицины №2.

**Результаты.** Своевременная диагностика и лечение несахарного диабета является актуальной проблемой в клинике нейроэндокринологии. Полиэтиологичность несахарного диабета не вызывает сомнений. Одной из причин несахарного мочеизнурения может быть гистиоцитоз «Х». Мы проанализировали динамику выявления, течения и лечения несахарного диабета у больной К., 35 лет. В возрасте 1 год 10 месяцев выявлены опухолевидные образования в правой височной области, которые при рентгенологическом исследовании костей черепа расценены как эозинофильные гранулемы, гистологически верифицированы интраоперационно при удалении одного из них. Были рекомендованы повторные оперативные вмешательства, от которых родители отказались. Через пол года состояние девочки ухудшилось и родители увезли ребенка на консультацию в Первую областную клиническую больницу г. Москва. В отделение поступила с явлениями гиповолемического шока, причиной которого оказался несахарный диабет, впервые диагностированный лишь при развитии декомпенсированной дегидратации. После назначения адекватной терапии несахарного диабета и гистиоцитоза «Х» состояние больной улучшилось.

**Выводы.** Таким образом, больные с гистиоцитозом «Х» должны быть обязательно обследованы (осмолярность плазмы, удельный вес мочи, учет водного баланса, уровень вазопрессина) для своевременного выявления несахарного диабета.

*Бутова А.Ю., Дорофеева А.А., Табуровская М.А., Каракай Т.В.*

### **ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ТЕЧЕНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО КОЛИТА У КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра внутренней медицины №2, заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Дорофеев А.Э.*

**Цель:** изучить влияние мелатонина на течение индуцированного колита у крыс.

**Материалы и методы:** в ходе эксперимента использовали 20 половозрелых самцов крыс в возрасте 6 мес., которые были разделены на две группы. Первой группе вводили мелатонин 2 мг/кг внутривентриально. 10 крыс составили контрольную группу. Искусственно индуцированный колит моделировали ректальным введением 1,0 мл 5,0% уксусной кислоты однократно в течение двух дней. Статистические различия оценивали с использованием критерия Манна-Уитни.

**Результаты:** средний вес крыс первой группы составлял 236,42±12,2 г, второй группы 244,1±20,4 г. На вторые сутки жидкий стул отмечался у всех крыс. При этом в контрольной группе у 3 особей на вторые сутки наблюдалась кровь в стуле, в отличие от крыс, получавших мелатонин. На 7-е сутки диарея и кровь в стуле отмечалась у 8 (80%) крыс в группе контроля и только у 3 (30%) особей первой группы ( $p < 0,01$ ). Оформленный стул у 6 особей, получавших мелатонин, наблюдался на 10-е сутки, в отличие от крыс контрольной группы, у которых сохранялись описанные нарушения стула. Длительность эксперимента составила 10 суток. По окончании эксперимента средний вес крыс в первой группе составил 246,42±18,1 г, а в группе контроля – 212,4±14,7 г ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о более тяжелом течении колита в группе, не получавших мелатонин.

**Выводы:** мелатонин оказывал влияние на течение искусственно индуцированного колита у крыс, способствуя более легкому течению колита, что, возможно, связано с антиоксидантными свойствами мелатонина, уменьшающим повреждающее действие уксусной кислоты при экспериментальном колите.

*Бутова А.Ю., Ткаченко К.Е.*

### **ДИНАМИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*кафедра внутренней медицины №2, заведующий кафедрой – проф. Дорофеев А.Э.,*

*научный руководитель – доц. Агибалов А.Н.*

**Цель исследования:** сравнение эффективности стандартной трехкомпонентной 7-дневной эрадикационной терапии за последнее и предыдущее 5-летие (периоды 2007-2012 гг. и 2002-2007 гг. соответственно).

**Материалы и методы исследования.** Всего нами было обследовано и пролечено 545 больных с хеликобактерассоциированным гастритом (ХГ) и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ). Из них 199 пациентов наблюдались в период 2002-2007 гг. (77 с ЯБ и 122 с ХГ). За период наблюдения 2007-2012 гг. было обследовано 346 человек (127 с ЯБ и 219 с ХГ). У всех групп больных использовалась стандартная трехкомпонентная 7-дневная схема лечения, включающая ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин. Верификация инфекции проводилась с помощью  $C^{13}$ -уреазного дыхательного теста и быстрого уреазного теста при фиброгастроуденоскопии. Эффективность эрадикации оценивалась спустя 4 недели после завершения терапии, по результатам повторного  $C^{13}$ -уреазного дыхательного теста.

**Результаты.** При проведении анализа данных исследования за период 2002-2007 гг. эффективность эрадикационной терапии составила 92,8% у больных ЯБ и 93,5% у больных ХГ, в то время как эффективность лечения за последние 5 лет (2007-2012 гг.) составила 91,3% у больных ЯБ и 91,7% у больных ХГ.

**Выводы.** Можно сделать вывод о том, что имеется тенденция к постепенному снижению эффективности стандартной трехкомпонентной 7-дневной терапии в лечении хеликобактерассоциированных заболеваний, и соответственно к повышению резистентности хеликобактерной инфекции к компонентам данной схемы. Так, эффективность эрадикации при ЯБ снизилась на 1,5%, а при ХГ на 1,8% соответственно.

*Горбенко А.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренней медицины,*

*заведующий кафедрой – проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель – к. мед.н., асс. Нечипуренко Т.Б.*

**Цель исследования.** Оценить поражение костной системы и суставов при эндокринных заболеваниях.

**Материалы и методы.** Изучены 579 историй болезни пациентов эндокринологического отделения Центральной клинической городской больницы №3 г. Донецка за 2009-2012 гг. с эндокринными заболеваниями, на фоне которых развились поражения суставов. Учитывались возраст, профессия больного, давность заболевания, прогрессия суставного синдрома, а также клинико-лабораторные данные.

**Результаты.** Исходя из наших наблюдений, у 357 пациентов с сахарным диабетом, из них (113 больных сахарным диабетом 1 типа, 244 больных сахарным диабетом 2 типа), отмечалось поражение суставов в виде остеоартропатии. Рентгенологически выявляются резко выраженные деструктивно-дегенеративные изменения. У 193 больных с заболеваниями щитовидной железы, особенно при тяжелых нарушениях тиреоидного обмена, кроме артритов (51 больной) наблюдались артралгии с распространенным остеопорозом (у 62 пациентов).

**Вывод.** Частота встречаемости поражений суставов у больных с эндокринной патологией наиболее часто встречалось у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и составило 68,3%, 1 типа у 31,6 %. У больных с патологией щитовидной железы поражение суставов встречалось в 33,3%.

*Дубров Е.А., Бобро Н.С.*

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра внутренней медицины №2, зав. кафедрой – проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель –  
к.мед.н., доц. Логовеева Т.Н.*

**Цель.** Оценить клинические особенности развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и своевременной диагностики и неотложной помощи у пациентов терапевтического профиля. Провести оценку эффективности лечения больных с высоким уровнем тромбоэмболических осложнений и ТЭЛА.

**Материал и методы.** Обследовано 9 пациентов в реанимационном отделении. Из них 4 мужчины и 5 женщин в возрасте 21-83 лет.

**Результаты.** Диагноз при жизни установлен в 1 случае (14,2%). Факторы риска (тромбоз глубоких вен, фибромиома матки, прием пероральных контрацептивов) не уточнялись. В 55,5% случаев симптомокомплекс Мак-Джина-Уайта на ЭКГ был не верно расценен. Повышение уровня Д- димера выше 0,5 мкг/мл наблюдали в 2 случаях. Из умерших в 57,1% случаев было расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Смерть при ТЭЛА наступала в первые 4 часа госпитализации. У выживших (2 пациента) использовали низкомолекулярные гепарины, назначали фондапаринукс (Арикстра) и непрямые антикоагулянты (Варфарин). Остальным больным адекватная терапия в отношении ТЭЛА не проводилась. Летальность от тромбоэмболии легочной артерии составила 77,7%.

**Выводы.** Диагноз пациентам с ТЭЛА при жизни устанавливается в 14,2% случаев. Наиболее информативны данные ЭКГ. Эффективность терапии выше при использовании низкомолекулярных гепаринов. Для первичной профилактики необходима более глубокая оценка индивидуальных факторов риска.

*Осадчая В.О., Тарасова В.И., Гагара Я.С. Баштави А.*

## НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЛАТОНИНА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра внутренней медицины №2, заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Дорофеев А.Э.*

**Цель** исследования: определить действие мелатонина на организм крыс с применением  $\beta$ -адреноблокатора.

**Материалы и методы.** Для опытов были отобраны 20 представителей семейства Мышиные (Muridae), а именно альбиносов вида Серая крыса (*Rattus norvegicus*) мужского пола. В первый день всем крысам было измерено артериальное давление (АД) на теплой подушке, измерена температура, масса тела и поставлены метки. Крыс разделили на 2 группы. Первой группе внутрибрюшинно вводился мелатонин в дозе 3 мг/кг, второй группе мелатонин с  $\beta$ -адреноблокатором ( $\beta$ -АБ)-метопролола тартрат 3 мг/кг вводился внутрибрюшинно. Была установлена камера видеонаблюдения с инфракрасным излучением для регистрации длительности сна крыс на весь период исследования. Ежедневно перед приемом препаратов крысам измерялось АД на хвостовой артерии, измерялась температура, масса тела.

**Результаты.** Средняя масса тела крыс в первый день составила  $236,42 \pm 12,2$  г, а в последний день исследования -  $229,28 \pm 9,15$  г, и существенно не отличалась между группами. Среднее систолическое АД в группе, получавшей мелатонин, составило  $113,33 \pm 19,63$  ммртст, диастолическое -  $57,60 \pm 2,51$  ммртст, в последний день систолическое АД -  $116,71 \pm 6,45$  ммртст, а диастолическое -  $54,28 \pm 4,49$  ммртст. Среднее систолическое АД, определенное у крыс, получавших М+БАБ, в первый день составило -  $108,0 \pm 4,32$  ммртст, диастолическое -  $58,0 \pm 5,41$  ммртст, в последний день среднее систолическое АД равно  $102,0 \pm 2,73$  ммртст, а диастолическое -  $49,0 \pm 2,23$  ммртст. Под действием мелатонина улучшился ночной сон, снизилось число пробуждений. До эксперимента средняя длительность сна составила  $863,05 \pm 8,239$  мин. При этом разница между 1 и 2 группами была незначительна - 15,44 мин, ( $p=1,35$ ). После введения мелатонина средняя длительность сна крыс 1 группы составила  $924,54 \pm 12,024$ , что на 61,84 мин больше, чем до медикаментозного воздействия ( $p<0,01$ ). Причем, продолжительность сна в первой группе была на 43,13 мин больше, чем во второй группе крыс ( $p<0,01$ ).

**Вывод.** Мелатонин увеличивает продолжительность сна, оказывает влияние на уровень систолического и диастолического артериального давления, способствуя его снижению в экспериментальной модели у крыс.

*Осадчая В.О.***БЫСТРОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НПВС-ЗАВИСИМЫХ ГАСТРОПАТИЙ:  
ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ РЕШЕНИЙ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра внутренней медицины №2, заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Дорофеев А.Э.*

**Цель работы:** оценить эффективность специфического опросника для выявления и профилактики НПВС-зависимых гастропатий, который предлагался всем больным, поступившим в гастроэнтерологическое отделение (ГЭО) центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) № 3, с подозрением на НПВС-зависимые гастропатии, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка, функциональную диспепсию; тем самым, снизить риск осложнений, связанных с приемом НПВС-терапии, профилактика НПВС-зависимых гастропатий.

**Материалы и методы:** Специфический опросник, разработанный авторами предлагался 356 больным с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием установленных риск-факторов.

**Результаты.** Было опрошено 356 больных, которые относились к разным признакам, из них: Пол: мужской-183, женский-173. Возрастная категория: 20-30 лет-28 больных, 30-40 лет-64, 40-50 лет-114 человек, > 50 лет-150 больных. У которых предварительный диагноз: гастродуоденит - у 158 больных, язвенная болезнь двенадцати перстной кишки (ЯБ 12пк)-112, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ)-48, функциональная диспепсия-38. Наличие, локализация и характер боли: в эпигастральной и околопупочной области-356 больных, ноющая и давящая боль-272, схваткообразная-84. Связь с приемом пищи: до приема пищи-226, после приема пищи-42, не определено-42 больных. Употребление НПВС: употребляли и/или употребляют-294, не употребляли-62. Связь с *H. Pylori*: +++ - 312, ++ - 34, + - 10. Опросник позволил заподозрить высокий риск НПВС-гастропатий у 123 человек, после дообследования и постановки окончательного диагноза НПВС-ассоциированная гастропатия была подтверждена у 121 человека.

**Выводы.** Результаты исследования дают возможность утверждать, что данный опросник, разработанный с учетом риск - факторов и патогенеза заболеваний, позволяет определять риск НПВС-гастропатии у больных гастроэнтерологического профиля с высокой точностью и может быть использован для профилактики и раннего выявления данной патологии, своевременной коррекции медикаментозной терапии.

*Рыжова М.С., Нечипуренко Е.А., Ющенко Н.А.***АНЕМИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА***Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, Кафедра внутренней медицины №2, заведующий кафедрой - проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель – доц. Линевская К.Ю.*

**Цель исследования** – оценка распространенности и структуры анемических состояний у пациентов с наличием патологии желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни, статистические методы. Проанализированы 426 истории болезни пациентов гематологического отделения Центральной городской клинической больницы №3 г. Донецка, которые проходили лечение на протяжении 2008-2012 лет. Возраст исследуемых варьировал от 18 до 78 лет.

**Результаты.** У 186 пациентов анемии сопутствовали гастроэнтерологической патологии. В остальных случаях причинные связи заболеваний желудочно-кишечного тракта и анемий не отмечались. Наиболее распространены оказались хронические гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов с железодефицитной анемией (в 22,6%, 6,3%, 6,7% соответственно), а  $V_{12}$  –дефицитная анемия у 18,4% больных сочеталась с наличием хронического гастрита.

**Выводы.** У пациентов гематологического профиля заболевания желудочно-кишечного тракта стали ведущим звеном в развитии анемий:  $V_{12}$  -дефицитной - в 50% случаев, железодефицитной анемии-39,3% больных, своевременное выявление и лечение гастроэнтерологической патологии является ведущим звеном в профилактике развития анемий.

*Ткаченко К.Е., Бутова А.Ю.***СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРАССОЦИИРОВАННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОНЕЦКОМ И ЛЬВОВСКОМ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра внутренней медицины №2, зав. кафедрой – проф. Дорофеев А.Э., научный руководитель – доц. Агибалов А.Н.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности стандартной трехкомпонентной схемы лечения, включающей ингибитор протонной помпы (ИПП), кларитромицин (Кл) и амоксициллин (Ам), а также нитроимидазолсодержащей схемы в Донецком и Львовском регионах Украины.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 537 пациентов с хеликобактерассоциированным гастритом (ХГ) и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ), из них в Донецком регионе -

413 (157 с ЯБ и 256 с ХГ), в Львовском регионе – 124 (53 с ЯБ и 71 с ХГ). Инфекцию верифицировали с помощью  $C^{13}$ -уреазного дыхательного теста и быстрого уреазного теста при фиброгастроуденоскопии. Эффективность эрадикации оценивалась повторным  $C^{13}$ -уреазным дыхательным тестом через 4 недели после завершения лечения. Период наблюдения составил 5 лет (2007-2012 гг.).

**Результаты.** При использовании стандартной трехкомпонентной 7-дневной схемы лечения (ИПП + Кл + Ам) эффективность эрадикационной терапии составила у 127 больных ЯБ – 91,5%, у 219 больных ХГ – 91,7%. При использовании стандартной трехкомпонентной 10-дневной схемы лечения (ИПП + Кл + Ам) у 30 пациентов с ЯБ эффективность терапии составила 93,3%, в то время как эффективность 7-дневной нитроимидазолсодержащей терапии (ИПП + Ам + Ни) у 37 пациентов с ХГ составила только 62,1%. Во Львовском регионе использовалась исключительно стандартная 10-дневная трехкомпонентная схема лечения, при этом, эффективность ее для 53 больных ЯБ составила 75,2%, а для 71 больного ХГ – 76,1% соответственно.

**Выводы.** В восточном регионе Украины стандартная трехкомпонентная Кл-содержащая 7-дневная схема лечения по-прежнему остается достаточно эффективной, и может использоваться в качестве терапии первой линии. При этом увеличение продолжительности лечения до 10-ти дней повышает эффективность только на 2%. Использование Ни-содержащих схем является нерациональным в виду низкой эрадикационной эффективности. В западном регионе Украины Кл-резистентность приближается к критическому уровню, в связи с чем рекомендуется использование альтернативных схем эрадикации *N. pylori*.

*Третьяк Л.А.*

### **КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,  
кафедра внутренней медицины №2, зав.кафедрой – проф. Дорофеев А.Э.,  
научный руководитель – проф. Коломиец В.В.*

**Цель исследования:** оценить кардиоваскулярный риск у больных ОА.

**Материалы и методы.** У 80 пациентов, находящихся на стационарном лечении с ОА в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ), и 20 – с ОА без ГБ (возраст - от 46 до 86 лет) выявляли наличие: 1) Артериальной гипертензии (АГ); 2) Избыточной массы тела (ИМТ); 3) Гиперхолестеринемии (ГХ) при уровне общего холестерина плазмы крови выше 5,2 ммоль/л); 4) Приёма статинов во время обследования; 5) Гипергликемии (ГГ); 6) Курения.

**Результаты.** Выявлено, что в 80% случаев больные ОА имели АГ. АГ I степени установлена у 20 человек (20%), II степени – у 32 человек (32%), III степени – у 28 человек (28%). ГХ отмечена у 44 человек (44%). 76 человек принимали статины (76%), из них 32 (32%) имели нормальный уровень холестерина (<5,2 ммоль/л). ИМТ имели 88 больных (88%). ГГ выявлена у 24 обследованных (24%). Курящих пациентов не было. 20 пациентов (20%) имели одновременно 4 фактора риска (АГ, ИМТ, ГХ, ГГ). 3 фактора риска одновременно отмечены у 40 пациентов (40%), причем в 90% случаев это была комбинация ГХ, АГ и ИМТ. 2 фактора риска, одним из которых была АГ, отмечены у 28 пациентов (28%); 12 из них имели ИМТ, 12 – ГХ. У 4 человек ИМТ сочеталась с ГХ. ГГ наблюдалась только у больных с ГХ и ИМТ.

**Выводы.** Больные ОА имеют высокий кардиоваскулярный риск. Дисрегуляция липидного обмена – общий патогенетический механизм ОА и АГ.

*Хафизова Д.Ш.*

### **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ НОЦИЦЕПТИВНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького,  
кафедра анестезиологии и интенсивной терапии, зав.кафедрой и науч. рук. – д.мед.н., доц. Хрипаченко И.А.*

**Цель исследования** – оценить влияние стандартного ноцицептивного раздражения (СНР) на показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР).

**Материалы и методы исследования** – изучена динамика показателей ВСР при нанесении СНР у 19 здоровых добровольцев. Обследуемым проводилась 5-минутная запись ЭКГ с помощью компьютерного кардиографа «Cardio Lab 2000+» («ХАІ-medica», Харьков, Украина) из отведения с максимальной амплитудой зубца R до и во время проведения турникетной пробы. Турникетная проба проводилась путем сдавливания плеча манжетой тонометра и нагнетанием в нее воздуха до давления 420 мм.рт.ст.). Результаты спектрального анализа представлены в стандартных доменах: общая мощность (TP), очень низко частотные (VLF – менее 0,04 Гц), низко частотные (LF – от 0,04 до 0,15 Гц) и высоко частотные (HF – от 0,15 до 0,4 Гц). Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов, теста Вилкоксона. Интенсивность боли при этом оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

**Результаты:** TP уменьшилась в 2,5 раза, также уменьшились показатели LF, HF, соотношение LF/HF на 35%, 10%, 1,5% и 14% соответственно. При этом более чем в 2 раза увеличился VLF. Однако статистически значимых различий между приведенными показателями до и после проведения пробы получено не было. Оценка по ВАШ составила в среднем  $6 \pm 2$ .

**Выводы:** Статистически незначимое увеличение мощности очень низкочастотных колебаний с одно-временным уменьшением общей мощности диктует необходимость дальнейших исследований на большем количестве добровольцев.

*Чумак Ю.Ю., Ревунова Н.В., Афанасьевская М.С.*

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

*ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», кафедра внутренней медицины с основами пульмонологии, зав. кафедрой – проф. Победенная Г.П.*

**Цель исследования.** Изучить применение статинов в лечении больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

**Материалы и методы.** Данные отечественной и зарубежной литературы, касающейся лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких с применением статинов.

**Результаты.** Бронхиальная астма (БА) – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в реализации которого участвует ряд клеток и медиаторов воспаления. Статины являются ингибиторами фермента гидроксиметилглутарил коэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА). При респираторных заболеваниях статины могут влиять на несколько механизмов воспаления: статины могут нарушать прямую миграцию клеток воспаления, обусловленную влиянием хемокинов и молекул адгезии из крови в дыхательные пути; подавлять индуцибельную экспрессию макрофагов и рецепторов цитокинов на Т-лимфоцитах, препятствуя тем самым активации лимфоцитов и их миграции в очаг воспаления. Статинам присущи антиоксидантные свойства за счет опосредованного действия индуцибельной синтазы оксида азота (NO) и экспрессии макрофагами некоторых интерферонов и провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) и интерферона  $\gamma$  (ИФН- $\gamma$ ). Обнаруженные противовоспалительные эффекты статинов позволили предположить их позитивный эффект у больных БА с целью снижения выраженности воспаления.

**Выводы.** Таким образом, возможность применения статинов в лечении больных БА может быть перспективным направлением повышения эффективности лечения и нуждается в тщательном изучении их влияния на основные показатели патогенеза болезни.

*Ещенко Е.В.*

### **ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САМОКОНТРОЛЮ И САМОПОМОЩИ НА ТЯЖЕСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренней медицины №1, заведующий кафедрой и научный руководитель проф. Ватутин Н.Т.*

**Цель.** Оценить влияние обучения больных навыкам самоконтроля и самопомощи на тяжесть хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 120 больных ХСН II–IV функционального класса по NYHA ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией (77 мужчин и 43 женщины, средний возраст  $62,8 \pm 9,8$  лет), получавших медикаментозную терапию в соответствии с европейскими и национальными стандартами. Пациенты были разделены на 3 сравнимые между собой группы по 40 человек. В начале исследования в 1-й группе изучали уровень медицинской грамотности, владение навыками самоконтроля и самопомощи, используя специально разработанный опросник. Затем, в зависимости от полученных результатов, пациентов обучали по индивидуальной программе, направленной на восполнение недостающих знаний и умений. Больные 2-й группы опросник не заполняли, но посещали групповые лекции, в ходе которых получали общую информацию о ХСН, принципах самоконтроля, немедикаментозного и медикаментозного лечения. Пациенты контрольной группы получали общепринятые рекомендации по лечению ХСН без дополнительного обучения. Исходно и через 6 мес всем больным проводился тест с 6-минутной ходьбой и оценивался ФК ХСН.

**Результаты.** Исходно дистанция при выполнении теста с 6-минутной ходьбой не различалась между группами ( $p > 0,05$ ) и составляла в 1-й группе -  $284,9 \pm 112,7$  м, во 2-й -  $273,5 \pm 94,6$  м, в контрольной -  $277,1 \pm 105,4$  м. Через 6 мес в 1-й и 2-й группах отмечалось ее увеличение ( $395,9 \pm 80,6$  м и  $302,6 \pm 94,9$  м соответственно,  $p < 0,001$  по сравнению с исходными данными), причем этот прирост был достоверно более выраженный в 1-й группе ( $p < 0,001$  в сравнении между 1-й и 2-й). В контрольной группе отмечалось уменьшение дистанции, преодолеваемой пациентами в ходе теста с 6-минутной ходьбой ( $256,3 \pm 98,0$  м,  $p < 0,01$ ). ФК ХСН исходно во всех группах не различался и составил 3 (2;3). Через 6 мес в 1-й и 2-й группах отмечалась положительная динамика функционального статуса пациентов, достоверно более выраженная в 1-й группе. Так, в 1-й группе ФК ХСН к концу периода наблюдения составил 2 (1;2), ( $p < 0,001$ , по сравнению с исходными данными), во 2-й - 2(2;3), ( $p < 0,01$ ), в контрольной - он не изменился (3(2;3),  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Обучение больных навыкам самоконтроля и самопомощи по индивидуальным программам, составленным в зависимости от уровня их медицинской грамотности, является более эффективным по сравнению с групповыми занятиями и позволяет существенно уменьшить тяжесть ХСН.



Смирнова А.С., Шевелек А.Н.

## ВЛИЯНИЕ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

кафедра внутренней медицины № 1, заведующий кафедрой и науч. рук. – д.мед.н., проф. Ватутин Н.Т.

**Цель.** Изучить влияние нормализации уровня гемоглобина на течение ревматоидного артрита (РА).

**Материалы методы.** Под наблюдением находились 32 пациента (женщины, средний возраст  $46 \pm 11$  лет), страдавших РА и железодефицитной анемией (уровень гемоглобина –  $100,51 \pm 5,43$  г/л). Больные принимали 100–300 мг/сут элементарного железа в сочетании с аскорбиновой кислотой 60–180 мг/сут до нормализации уровня гемоглобина (но не более 2 мес.) с последующим назначением поддерживающей терапии этими препаратами в меньших дозах еще на протяжении 3 мес. До начала терапии, после нормализации уровня гемоглобина и через 3 мес. поддерживающей терапии у пациентов определяли количество припухших и болезненных суставов, интенсивность боли в них, длительность утренней скованности и степень активности РА (согласно классификации Насоновой В.А.).

**Результаты.** На момент нормализации уровня гемоглобина ( $124,63 \pm 3,3$  г/л) объективные данные активности РА существенно не изменились. Только через 3 мес. поддерживающей антианемической терапии у больных отмечено достоверное снижение количества болезненных суставов с  $55,87 \pm 24,52$  до  $41,27 \pm 31,35$ , интенсивности боли в них с  $74,67 \pm 5,13$  до  $64,66 \pm 9,23$  баллов, длительности утренней скованности с  $11,33 \pm 6,44$  до  $8,24 \pm 1,97$  часов и активности РА с 3(2;3) до 2(2;3).

**Выводы:** Нормализация уровня гемоглобина и длительная (не менее 3 мес.) поддерживающая терапия у больных РА приводит к достоверному снижению количества болезненных суставов, интенсивности боли в них, длительности утренней скованности и активности воспалительного процесса.

Узун Е.С., Глинская Н.А.

## ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И УРГЕННЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМНУ», кафедра внутренней медицины № 1, зав.кафедрой - д.мед.н., проф. Ватутин Н.Т., научный руководитель - д.мед.н., проф. Гнилорыбов А.М.

**Цель исследования.** Проанализировать влияние реваскуляризации инфаркт-зависимой коронарной артерии (ИЗКА) на возникновение осложнений ОИМ, в частности, желудочковых нарушений ритма.

**Материалы методы.** В исследование включено 30 пациентов с ОИМ, которым проводилась ургентная коронаро-вентрикулография (УКВГ) с реваскуляризацией (ангиопластика или стентирование) ИЗКА. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу включили 15 пациентов (6 женщин и 9 мужчин), у 60% из них был диагностирован инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (ЛЖ), у 40% - передней стенки ЛЖ. В этой группе больных при УКВГ диагностировано однососудистое поражение коронарных артерий и проведена реваскуляризация ИЗКА. Во вторую группу включили 15 пациентов (4 женщины и 11 мужчин), у 67% больных был диагностирован инфаркт миокарда задней стенки ЛЖ, у 33% - передней стенки ЛЖ. В этой группе больных при УКВГ диагностировано многососудистое поражение коронарных артерий и проведена реваскуляризация только ИЗКА. Пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию ОИМ. В каждой группе средний возраст пациентов составлял  $52,4 \pm 5,2$  года. Всем пациентам на 9–12 сутки выполнялось холтеровское мониторирование ЭКГ. Для выявленных желудочковых нарушений ритма использовалась классификация по Лауну.

**Результаты.** При холтеровском мониторировании ЭКГ наблюдались одиночные редкие монотопные экстрасистолы не более 60 в 1 ч (I класс по Лауну) в первой группе - у 5 больных, а во второй у 1 больного. Частые монотопные экстрасистолы более 5 в 1 мин (II класс по Лауну) в первой группе - у 4 больных, во второй - у 3. Частые политопные экстрасистолы (III класс по Лауну) в первой группе - у 3 больных, во второй - у 5 больных. Парные монотопные экстрасистолы (IVа класс по Лауну) в первой группе - у 2 больных, во второй - у 4 больных. У 1 больного из каждой группы наблюдались парные политопные, групповые экстрасистолы (IV Б класс по Лауну) и у 1 больного из второй группы наблюдались пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии (V класс по Лауну).

**Выводы.** У больных, с многососудистым поражением коронарных артерий наблюдались желудочковые нарушения ритма более высоких градаций, чем у пациентов с однососудистым поражением.

Узун К.С., Джоджуа Р.А., Глинська Н.О.

## ВПЛИВ ПРЯМОГО ІНГІБИТОРА РЕНІНА АЛІСКІРЕНА НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПІСЛЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького,

ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім.В.К.Гусака НАМН України» Донецьк, Україна, кафедра внутрішньої медицини № 1, д.мед.н., проф. Ватутин Н.Т., науковий керівник – проф. Гнилорыбов А.М.

**Мета дослідження.** Вивчити ремоделювання лівого шлуночка у хворих, що перенесли гострий інфаркт

міокарда (ГІМ), під впливом терапії із застосуванням прямих інгібіторів реніну (ПІР) (аліскірен).

**Матеріал та методи.** До дослідження було включено 30 пацієнтів (10 жінок та 20 чоловіків), що перенесли ГІМ. Середній вік хворих склав  $61,24 \pm 7,94$  років. У групі 5 хворих перенесли інфаркт міокарда без елевації сегменту ST, 25 хворих - з елевацією сегменту ST. Усі пацієнти одержували стандартне лікування ГІМ з використанням інгібіторів АПФ, бета-блокаторів, статинів, антиагрегантів, нефракційованого гепарину. 34% хворих одержали ПІР аліскірен (в дозі 75-150 мг на добу). В усіх досліджуваних вивчалася активність РАС, вираженість ендотеліальної дисфункції, маркерів судинного запалення та їх взаємозв'язок із клініко-лабораторною вираженістю серцевої недостатності при ГІМ. Також досліджували генетичний поліморфізм та експресію генів РАС у хворих на ГІМ (I/D поліморфізм гена ACE, мутації гена реніна R14+17G, поліморфізм гена ангіотензиногена AGT, AGTR1 - нонсенс-мутацію A1166C).

**Результати.** Отримані дані дозволяють вважати, що при ГІМ відбуваються порушення гемодинаміки, а саме, збільшення маси міокарду, зміна геометрії порожнини лівого шлуночка. Перші результати свідчать про можливий взаємозв'язок ризику серцевої недостатності після ГІМ з поліморфізмом генів РАС, переважно поліморфізмом I/D гена ACE.

**Висновки.** Для остаточної оцінки результатів потрібно продовження спостережень за хворими через 3, 6 та 12 місяців після ГІМ.

*Христиненко М.А., Ещенко Е.В., Картамышева Е.В.*

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького,*

*Кафедра внутренней медицины №1, заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор Ватутин Н.Т.*

**Цель исследования** – изучить распространенность тревожных расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

**Материал и методы.** Обследованы 47 пациентов (31 мужчина и 16 женщин, средний возраст  $65,2 \pm 6,1$  года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III классов, 29 из них (61,7%) перенесли инфаркт миокарда. Перед началом обследования все пациенты подписали добровольное информированное согласие. Для оценки уровней реактивной и личностной тревожностей использовалась шкала Спилбергера-Ханина. Шкала включала 20 вопросов-суждений с возможными 4 вариантами ответов по степени интенсивности. Итоговый показатель мог находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Уровень тревожности интерпретировался как: 1 – низкий (20-30 баллов), 2 – умеренный (31-44 балла), 3 – высокий (45-80 баллов).

**Результаты.** У всех обследованных были выявлены умеренные уровни реактивной ( $35,9 \pm 0,9$  баллов) и личностной ( $38,1 \pm 0,7$  баллов) тревожностей. По мере прогрессирования ХСН отмечалось увеличение уровня реактивной тревожности ( $33,9 \pm 0,9$ ,  $36,7 \pm 0,8$  и  $40,1 \pm 0,6$  баллов у пациентов со II, III и IV ФК, соответственно,  $p < 0,01$ ). Сходные данные были получены при анализе шкал личностной тревожности:  $35,2 \pm 0,6$ ,  $36,8 \pm 0,5$ ,  $39,9 \pm 0,7$  баллов для ХСН II, III и IV ФК, соответственно,  $p < 0,01$ .

**Выводы.** Пациенты с ХСН ишемического генеза имеют тревожные расстройства, характеризующиеся умеренными уровнями реактивной и личностной тревожностей, возрастающими по мере увеличения тяжести ХСН.

*Христиненко М.А., Картамышева Е.В., Дегтярева А.Э.*

### **РОЛЬ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА В КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького,*

*Кафедра внутренней медицины №1, зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Ватутин Н.Т.*

**Цель исследования** – изучить эффективность и безопасность буспирона гидрохлорида в коррекции тревожных расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

**Материал и методы.** Обследованы 47 пациентов (31 мужчина и 16 женщин, средний возраст  $65,2 \pm 6,1$  года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все обследованные страдали стенокардией напряжения II-III классов, 29 из них (61,7%) перенесли инфаркт миокарда. Перед началом обследования все пациенты подписали добровольное информированное согласие. Для оценки уровней реактивной и личностной тревожностей использовалась шкала Спилбергера-Ханина (20 вопросов-суждений с возможными 4 вариантами ответов по степени интенсивности; итоговый показатель мог находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов). Уровень тревожности интерпретировался как: 1 – низкий (20-30 баллов), 2 – умеренный (31-44 балла), 3 – высокий (45-80 баллов). После исходного обследования в случае выявления тревожного расстройства пациентам назначался буспирона гидрохлорид (Буспирон Сандоз) в стартовой дозе 5 мг 3 раза в сутки с постепенным в течение 2 недель повышением дозы до эффективной (10 мг 3 раза в сутки). Общая продолжительность лечения составила 3 месяца, после чего обследование повторяли.

**Результаты.** У всех пациентов были выявлены умеренные уровни реактивной ( $35,9 \pm 0,9$  баллов) и личностной ( $38,1 \pm 0,7$  баллов) тревожности. После 3-месячной терапии буспирона гидрохлоридом отмечалось достоверное снижение уровней как реактивной ( $29,6 \pm 0,8$  баллов,  $p < 0,001$ ), так и личностной тревожностей ( $32,4 \pm 0,6$  баллов,  $p < 0,01$ ). Препарат хорошо переносился: 1 пациент (0,47%) отметил легкую тошноту через 30–60 минут после приема буспирона на этапе титрования дозы, которая не потребовала отмены препарата и самостоятельно разрешилась через 10 дней лечения; еще 1 (0,47%) больная предъявляла жалобы на незначительную сонливость.

**Выводы.** Буспирона гидрохлорид эффективен и безопасен в коррекции тревожных расстройств у пациентов с ХСН ишемического генеза.

*Худякова М.А., Бондарева Е.А., Петренко И.А., Риджок В.В.*

### **РОЛЬ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ И ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра внутренних болезней №1, заведующий кафедрой проф. Ватулин Н.Т., научный руководитель: проф. Гнилорыбов А.М.*

**Актуальность.** Увеличение количества больных ревматоидным артритом (РА), низкая эффективность терапии требует дальнейшего изучения патогенеза заболевания. Исследование роли нейропептидов, цитокинов при РА возможно откроет новые перспективы в лечении.

**Цель.** Изучить содержание нейропептидов, фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) в крови и синовиальной жидкости при РА, взаимосвязь с клиническими проявлениями заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 47 пациентов с РА. Исследование плазменных и синовиальных уровней нейропептида Y (NPY) проводили методом ИФА, субстанции P (SP) и ФНО- $\alpha$  – с помощью конкурентного ИФА.

**Результаты.** Концентрация SP в крови составила  $1,03 \pm 4,62$  пг/мл, в синовиальной жидкости значительно ниже –  $0,01 \pm 0,01$  пг/мл. Уровень NPY крови ( $6,13 \pm 17,14$  пг/мл) был достоверно выше, чем в синовиальной жидкости ( $1,16 \pm 1,15$  пг/мл). Концентрация ФНО- $\alpha$  в крови и синовиальной жидкости составила, соответственно,  $1,42 \pm 2,12$  пг/мл и  $10,19 \pm 16,88$  пг/мл ( $p = 0,001$ ). Значимой корреляции нейропептидов с возрастом пациентов и продолжительностью РА не установлено. Уровень ФНО- $\alpha$  крови коррелировал с уровнем ревматоидного фактора ( $r = +0,37$ ), SP – с количеством антител к циклическому цитруллинированному пептиду ( $r = +0,45$ ,  $p = 0,03$ ), уровень нейропептидов – с функциональными нарушениями суставов ( $r = +0,35$ ,  $p = 0,03$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют об участии нейропептидов и ФНО- $\alpha$  в патогенезе РА.

*Ярошенко Л.А.*

### **ДИНАМИКА ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ МАГНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра внутренней медицины им. А.Я Губергрица, зав. кафедрой и науч. рук. – проф. Губергриц Н.Б.*

**Цель исследования:** Изучить влияние препарата магния в комплексном лечении хронического панкреатита на внешнесекреторную функцию поджелудочной железы.

**Материалы и методы:** Обследовано 64 больных с хроническим панкреатитом в стадии обострения. Больных разделили на 2 группы по 32 пациента в каждой. Больным основной группы в дополнение к традиционной терапии хронического панкреатита назначали препарат Магне В6.

**Результаты:** До лечения существенной разницы между показателями фекальной эластазы в двух группах не было. В процессе лечения мы отметили достоверно более выраженную положительную динамику показателей фекального эластазного теста у больных основной группы в сопоставлении с группой сравнения. После лечения мы отметили, что в основной группе у 1 больного, который исходно имел умеренную панкреатическую недостаточность, при повторном исследовании данные фекального эластазного теста указывали на легкую внешнесекреторную недостаточность. А у 4 больных, имевших при первом исследовании легкую недостаточность, после лечения показатели фекального эластазного теста стали нормальными. В группе сравнения после лечения определялась недостаточность той же степени.

**Выводы:** Включение препарата магния в комплексную терапию хронического панкреатита способствует существенному улучшению внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

*Боровцова А.Ю.*

### **ЧАСТОТА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,*

*Кафедра внутренних болезней, общей практики – семейной медицины ФИПО. Заведующий кафедрой и научный руководитель – ЗДНТ Украины, профессор А.И.Дядык*

**Цель:** Оценить частоту сопутствующей симптомной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у

пациентів з хронічним обструктивним захворюванням легких (ХОЗЛ), що належать до груп з високим і низьким ризиком обострень.

**Матеріали і методи.** Наявність ГЭРБ оцінено у 36 пацієнтів з ХОЗЛ. Діагностика ХОЗЛ базувалась на клінічних і спірометричних даних досліджень. Наявність симптомної ГЭРБ встановлювалось згідно з результатами анкет-опросників FSSG (The frequency of scale for the symptoms of GERD), GERD-Q (Gastroesophageal reflux disease-questionnaire).

**Результати.** Наявність ГЭРБ діагностовано у 10 з 36 хворих, що становило 27,7%, при цьому 7 (70,0%) пацієнтів з поєднанням даних захворювань, належали до груп С і D, які характеризуються високим ризиком обострень ХОЗЛ (згідно з рекомендаціями GOLD 2011 г.). В той же час серед пацієнтів з рідкими обостреннями ХОЗЛ симптоми ГЭРБ мали місце тільки в 3 (30,0 %) випадках.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про достатню широкую поширеність ГЭРБ серед пацієнтів з ХОЗЛ, що відповідає даним літератури. Достатню високою частотою ГЭРБ у пацієнтів з високим ризиком обострень ХОЗЛ дозволяє думати про те, що ГЭРБ є фактором, потенційно впливаючим на частоту обострень захворювання.

*Черняєва Е.І.*

### **ЖЕЛУДОЧКОВІ НАРУШЕННЯ РИТМА СЕРЦЯ У БОЛЬНИХ З ХРОНІЧЕСЬКОЮ ІШЕМІЧЕСЬКОЮ БОЛЕЗНЬЮ СЕРЦЯ (ХРИБС)**

*Центральна міська клінічна лікарня №1 г. Донецька.*

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра внутрішніх захворювань і загальної практики – сімейної медицини ФІПО,*

*Завідувач кафедри – д. мед. н., проф. Дядюк А.І., науковий керівник – проф. Багрий А.Є.*

**Ціль дослідження:** оцінити частоту розвитку ЖНР у хворих з хронічною ІБС, використовуючи дані холтеровського моніторингу електрокардіограми (ХМ ЕКГ).

**Матеріали і методи.** Досліджено 24 хворих з різними формами ХрИБС, в віці від 22 до 85 років (середній вік – 58,2), з них 15 чоловіків і 9 жінок. Серед них постінфарктні хворі – 6 осіб (25%) (ІМ з Q – 80%, ІМ без Q – 20%; задньої стінки ЛЖ – 66,7%, передньої стінки ЛЖ – 16,7%, передньої і задньої стінки ЛЖ – 16,7%). У всіх хворих були ознаки хронічної серцевої недостатності різних функціональних класів за NYHA (I – 0%, II – 34%, III – 45,8%, IV – 20,8%). Артеріальна гіпертензія відзначалась в 91,7% випадків. Пацієнти з хронічним пошкодженням нирок склали 20,8% (з них I ст. – 40%; II ст. – 20%; III ст. – 40%; IV, V – 0). Супутюючий цукровий діабет II типу встановлено у 12,5% хворих. ХМ ЕКГ проводилось на апараті «CardioSens» (ХАІ, Харків). Статистична обробка проводилась з використанням стандартних методів медичної статистики.

**Результати.** Серед досліджуваних, порушення ритму зареєстровано у 22 хворих, і були представлені желудочковими екстрасистолами (ЖЭС) різної ступені за класифікацією ЛАУН: I – 18,2%; II – 18,2%; III – 31,8%; IVa – 18,2%; IVb – 9,1%; V – 4,5%. Потенційно небезпечні ЖЭС високої градаций склали 63,6%. Порушення ритму виявлялись у хворих, перенесених ІМ різної локалізації в 35,7% випадків, і у хворих з іншими формами ХрИБС в 64,3% випадків, що можна пояснити наявністю у останніх супутюючого перенесеного міокардиту і ревматичної хвороби серця в анамнезі (23%).

**Висновки.** З усіх порушень ритму найбільш поширеним є желудочкова екстрасистола. У пацієнтів без перенесеного інфаркту міокарда ЖНР високої градаций в нашій вибірці зустрічаються з великою частотою, що може бути пов'язано з перенесеним міокардитом і ревматичною хворобою серця.

*Волкова А.В., Шамаріна А.І.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ М'ЯКОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини, завідувач кафедри – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, проф. Ігнатенко Г.А.,*

*науковий керівник – доцент Брагіна Р.Ш.*

**Мета дослідження** полягала в аналізі антигіпертензивного ефекту ІНБГТ при м'якій есенціальній АГ.

**Матеріал і методи.** До дослідження включено 24 хворих на есенціальну АГ 1-2 стадії і 1-2 ступеня віком 35,2±0,10 років. До 1-ї групи спостереження включено 12 хворих, які отримували тільки медикаментозне лікування (бета-адреноблокатор або інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту і/або антагоніст кальцію), а до 2-ї увійшли 12 пацієнтів, яким проводили додатково сеанси ІНБГТ за допомогою апарату «ГИП 10-1000-0» (фірма «ТрейдМедикал», Росія) тривалістю 40-50 хвилин щодня протягом 20 днів. Параметри тиску крові визначали при проведенні холтерівського моніторингу артеріального тиску.

**Результати.** Середній систолічний і діастолічний тиск крові у представників 1-ї групи через 20 днів становив 151,2±2,40 і 95,7±2,46 мм рт. ст. відповідно, а у представників 2-ї групи 133,9±2,09 і 90,1±2,82 мм рт. ст. відповідно (t=4,3, p=0,04 і t=3,6, p=0,09 відповідно).

**Висновок.** Застосування методики ІНБГТ разом з базисною терапією при есенціальній Аг 1-2 стадії 1-2 ступеня дозволяє отримати додатковий антигіпертензивний ефект стосовно як систолічного, так і діастолічного АТ без додаткового збільшення дози антигіпертензивних засобів.

*Гончаров О.М., Мухіна Е.О.*

### **ВПЛИВ МІЛДРОНАТУ НА СТАН АЛЬВЕОЛЯРНОЇ ДИФУЗІЇ ГАЗІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини, завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, проф. Ігнатенко Г.А.*

**Мета роботи** полягала в аналізі впливу вітчизняного препарату «Мілдрокард» («Ніка-фарма», Україна) на показники альвеолярної дифузії газів у хворих на ХСН.

**Матеріал і методи.** До дослідження залучено 45 хворих на ХСН 2-3 за NYHA (1964 р.). Пацієнти були розподілені в 2 групи. До 1-ї включено 20 пацієнтів, що в комплексі лікувальних заходів отримували стандартну терапію ХСН - бета-адреноблокатори, діуретики, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани, дігосин. Хворі 2-ї групи (25 хворих) додатково отримували внутрішньовенні інфузії «Мілдрокарду» по 500мг (10 мл) на добу. Визначення показників альвеолярної дифузії газів проводили на бодіплетизмографі з бодікамерою «Master Screen Body», фірми „Jaeger”, Німеччина. Додатково обстежено 20 здорових добровольців.

**Результати.** Результати дослідження добровольців продемонстрували значення альвеолярної дифузії  $23,4 \pm 0,06$  мл/хв/мм рт. ст. У хворих 1-ї групи динаміка була наступною:  $17,3 \pm 0,04$  мл/хв/мм рт. ст. до і  $18,7 \pm 0,18$  мл/хв/мм рт. ст. після лікування ( $t=0,21$ ,  $p=0,13$ ). У хворих 2-ї групи -  $17,3 \pm 0,08$  мл/хв/мм рт. ст. і  $22,7 \pm 0,13$  мл/хв/мм рт. ст. відповідно ( $t=4,3$ ,  $p=0,04$ ). Додавання до терапії «Мілдрокарду» сприяє активації альвеолярної дифузії газів.

**Висновки.** Включення «Мілдрокарду» до комплексу лікувальних заходів у хворих на сукупну кардіо-пульмональну патологію, сприяє статистично достовірній активації процесів альвеолярної дифузії газів.

*Дубовик Г.В.*

### **ПОРУШЕННЯ ДИФУЗІЙНОЇ ЗДАТНОСТІ ЛЕГЕНЬ І ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ДИЛАТАЦІЙНІЙ КАРДІОМІОПАТІЇ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, проф. Ігнатенко Г.А.*

**Мета дослідження** - визначити порушення дифузійної здатності легень (DLCO) у хворих на дилатаційну кардіоміопатію (ДКМП) з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) і провести корекцію цих показників за допомогою ліпосомальних препаратів.

**Матеріал і методи.** До дослідження включено 50 хворих на ХСН (I-II функціональних класів за NYHA) на тлі ДКМП віком від 28 до 45 років. Хворі розподілені в 2 групи, що не розрізняються між собою за віком і статтю, тривалістю ДКМП та проявами ХСН. До 1-ї групи включені 25 пацієнтів, що отримуватимуть стандартну терапію ХСН., а до 2-ї - 25 хворих, що додатково отримували ліпосомальні препарати - «Ліпін» (вранці) (ліпосомальний фосфатиділхолін) по 0,5 г на 50 мл фізіологічного розчину хлориду натрію і «Ліпофлавіон» (ввечері) 565 мг з 10-20 мл фізіологічного розчину хлориду натрію (ліпосомальний кверцетин). Додатково вдень пацієнтам проводитимуть інгаляції 0,5 г «Ліпіну» за допомогою ультразвукового небулайзера. Отримані результати порівняні з аналогічними у 25 практично здорових осіб аналогічної статі й віку.

**Результати.** У здорових людей величина DLCO склала  $22,6 \pm 1,05$  мл/хв/мм рт. ст. У хворих 1-ї і 2-ї груп до лікування  $18,2 \pm 1,40$  і  $18,9 \pm 1,54$  відповідно. Через 4 тижня спостереження і лікування в 1-ій групі DLCO становила  $18,4 \pm 1,30$ , а в 2-ій -  $20,8 \pm 1,46$  відповідно. Відмінності в 2-ій групі виявилися статистично достовірними до та після лікування.

**Висновки.** Додавання до терапії ліпосомальних препаратів сприяло достовірному зростанню DLCO у хворих на ХСН на тлі ДКМП.

*Житкова Р.Ш.*

### **ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра пропедевтической и внутренней медицины,*

*заведующий кафедрой и научный руководитель – член-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, профессор Игнатенко Г.А.*

**Цель.** Данное исследование ставило основной целью оценить функцию почек у больных геморрагическим васкулитом и определить факторы, влияющие на функциональное состояние почек у больных геморрагическим васкулитом (ГВ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 127 больных ГВ в возрасте от 15 до 72 лет (в среднем

36,8±1,34 лет). Мужчин было 48,0%, женщин – 52,0%, соответственно в возрасте 34,2±1,97 лет и 39,2±1,80 лет. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 20 лет (в среднем 3,7±0,41 лет). В группе женщин активность ГВ оказалась более высокой ( $\chi^2=6,51$ ,  $p=0,039$ ). У 70,1% больных установлено поражение почек. Для определения биохимических показателей крови, отражающих функцию почек (мочевины, креатинина, мочевой кислоты, оксипуринола) использовали анализаторы “Cone-Progress” (Финляндия) и “Vitalab-Flexor” (Нидерланды), для электролитов (калия, натрия, кальция, магния, хлора, фосфора) – “Cone-Microlit” (Финляндия), для иммуноферментных исследований мочи ( $\beta_2$ -микроглобулина, фибронектина) – ридер “PR2100-Sanofi” (Франция). Тяжесть нефропатии мы оценивали как интегральный показатель (в баллах) с учетом выраженности протеинурии и эритроцитурии, наличия и характера артериальной гипертензии (преобладающий, стойкий, некорректированный), нефротического синдрома и степени почечной недостаточности.

**Результаты.** На тяжесть нефропатии не оказывали своего влияния пол больных, их возраст и длительность, но выраженность гломерулонефрита (ГН) отчетливо зависела от степени активности патологического процесса ( $KW=7,34$ ,  $p=0,025$ ). Если с возрастом больных и длительностью заболевания корреляционные связи выраженности ГН отсутствовали, то со степенью активности ГВ установлена четкая прямая взаимосвязь ( $r=+0,266$ ,  $p=0,011$ ). Наличие и выраженность нефропатии почти не оказывали своего влияния на суммарную тяжесть экстраренальных проявлений ГВ ( $W=0,716$ ,  $R=1,513$ ,  $p=0,052$ ), но установлена связь с суставным синдромом ( $KW=7,42$ ,  $p=0,006$ ). От ГН при ГВ не зависели поражение кожи, желудочно-кишечного тракта, периферических мышц, сердца, печени, селезенки, поджелудочной железы и центральной нервной системы. На тяжесть течения нефропатии оказывало негативное влияние поражение сердца ( $KW=9,47$ ,  $p=0,002$ ), причем с выраженностью кардиопатии установлена прямая корреляционная связь ( $r=+0,257$ ,  $p=0,015$ ). С показателями суставного счета, индексами Ричи и Лансбури корреляции у больных ГН при ГВ отсутствовали. Следовательно, если суставной синдром является благоприятным фактором течения ГН у больных ГВ, то кардиальный – негативным. Не установлено влияния пола на степень почечной недостаточности. Отмечена прямая корреляционная связь этих показателей с возрастом больных ( $r=+0,253$ ,  $p=0,016$ ) и степенью активности ГВ ( $r=+0,257$ ,  $p=0,014$ ), но не с длительностью заболевания. Степень почечной недостаточности не коррелировала с показателями общего периферического сосудистого сопротивления, общей протеинурии,  $\beta_2$ -микроглобулинурии, лейкоцитурии,  $\gamma$ -глобулинемии, иммуноглобулин-*G*- и иммуноглобулин-*A*-емии.

**Выводы.** Развитие гломерулонефрита при геморрагическом васкулите сопровождается ухудшением азотовыделительной и электролитовывделительной функции почек, а также внутрпочечной гемодинамики, что коррелирует с возрастом больных, параметрами среднего артериального давления, уровнями фибронектина и эритроцитов в моче, иммунными показателями и тяжестью поражения сердца, определяя нарушения возбудимости миокарда и размеры камер.

*Іванченко Ю.О.*

## **ВПЛИВ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета роботи** полягала в аналізі впливу ліпосомальних препаратів на добову варіабельність артеріального тиску крові у хворих на ХОЗЛ з супутньою АГ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і артеріальна гіпертензія (АГ) є одними з найбільш розповсюджених хвороб сучасності, їх поєднання викликає цілу низку проблем стосовно їх лікування. Тому є доцільним впровадження нових напрямків лікування, в тому числі використання ліпосомальної терапії.

**Матеріали і методи дослідження.** Під спостереженням перебували 85 хворих на ХОЗЛ 1-2 ступеня з супутньою АГ 1-2 стадії, які методом випадкової вибірки були розподілені на 2 групи. До 1-ї увійшли 49 хворих, які надалі одержували планову терапію ХОЗЛ, медикаментозне лікування АГ (ІАПФ або сартани, антагоністи кальцію, БАБ за можливістю, статини) та додатково щоденні внутрішньовенні ін'єкції ліпосомальних препаратів: «Ліпін» «Ліпофлавіон» (виробниче об'єднання «Біолек», Харків, Україна). 30 пацієнтів 2-ї групи отримували лише стандартне медикаментозне лікування. На початку та наприкінці лікування проводили добове кардіомоніторування («Cardiotens», Meditech, Угорщина).

**Результати дослідження.** Частота досягнення оптимального рівня АТ у хворих обох груп до лікування становила 2,0 і 2,7%, після лікування – 48,9 і 22,2% відповідно ( $t=5,8$ ,  $p=0,03$ ). Серед пацієнтів 1-ї групи спостерігалось збільшення частоти *dipreg* типу варіабельності АТ і зменшення *night-piker*.

**Висновки.** Комбінована (медикаментозна і ліпосомальна) терапія більш ефективно впливає на зниження САТ і ДАТ, на індекс варіабельності, що робить циркадний ритм більш фізіологічним і безпечним.

*Ігнатенко К.Г., Седая Л.В.*

## **ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ БЕЗ ОЗНАК АТЕРОМАТОЗНОГО ПРОЦЕСУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета дослідження** – проаналізувати вегетативні порушення та стратифікувати хворих для подальшої диференційованої корекції оновлених змін.

**Матеріал і методи дослідження.** У 20 хворих (15 жінок і 5 чоловіків) на стенокардію без ознак атероматозного процесу (середній вік  $39,8 \pm 0,10$  років) оцінювали ознаки вегетативної дисфункції за А.М. Вейном і розраховували вегетативний показник (ВП) ритму серця, для чого частоту серцевих скорочень реєстрували на ЕКГ протягом 5 хвилин, потім аналізували інтервал R-R за формулою:  $ВП = f \times M \% / M \times \Delta X$ , де  $f \times M$  – величина найбільш частого показника R-R, у відсотках від числа аналізованих інтервалів,  $M$  – величина найбільш частого показника R-R,  $\Delta X$  – розкид показників (мінімум - максимум) у 1 с. Аналогічний показник розраховували у 20 практично здорових людей відповідного віку (середній вік  $39,1 \pm 0,25$  років) і статі (16 жінок і 4 чоловіка).

**Результати.** Останні роки у хворих на стенокардію при коронарографії нерідко стали визначати відсутність значимих атероматозних змін. При цьому у пацієнтів визначається значна частота вегетативних порушень. При перевазі вагусу збільшувалися коливання R-R ( $\Delta X$ ) і сповільнювався ритм, тобто чисельник зменшувався, а знаменник - збільшувався. При переважанні тону симпатичної нервової системи розвиваються зворотні процеси. Як виявилось, у хворих визначалися ознаки вираженої гіперсимпатикотонії ( $ВП = 3,1 \pm 0,04$ ), а у здорових –  $2,2 \pm 0,08$ .

**Висновки.** У хворих із стенокардією без ознак атероматозного процесу формується симпатична гіперактивність, яка може служити пусковим механізмом, що лежить в основі спазму дрібних епікардіальних судин.

*Іофе О.І., Долінський В.В.*

## **ІНТЕРВАЛЬНА НОРМОБАРИЧНА ГІПОКСИТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ І-ІІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КЛАСІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета роботи** полягала в оцінці ефективності лікування стабільних форм ІХС при додаванні сеансів інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ).

**Матеріал і методи.** До дослідження включено дві групи хворих на стабільну стенокардію по 10 пацієнтів в кожній, що статистично не відрізнялися за віком і статтю (всі чоловіки) без супутньої патології. Функціональний клас стабільної стенокардії дорівнював 2-му. В дослідженні застосовували стандартні методи верифікації ІХС і оцінювання динаміки ішемічних змін: ЕКГ, холтеровське моніторування ЕКГ, велоергометрію. Перша група отримувала стандартну терапію з додаванням ІНБГТ, а друга – лише медикаментозне лікування. Для проведення щоденних індивідуальних лікувальних сеансів гіпокситерапії протягом 30 днів тривалістю від 40 до 50 хвилин застосовували стаціонарний гіпоксикатор «ГИП 10-1000-0», фірми Трейд Медікал, Росія. Аналізували ефективність до лікування і через місяць поспіль.

**Результати.** Виявилось, що додавання до стандартної терапії стенокардії сеансів гіпокситерапії дозволило отримати більш кращі результати у представників 1-ї групи. У 4-х хворих відмічено позитивні результати лікування, причому всі з вказаних хворих знизили потребу в нітрогліцерині і збільшили фізичну активність. Хворі 2-ї групи не відмітили суттєвих змін з боку функції серцево-судинної системи.

**Висновки.** Таким чином, додавання гіпокситерапії показане хворим на стабільну стенокардію з метою зменшення потреби в нітропрепаратах і збільшенні толерантності до фізичного навантаження.

*Карпенко М.А.*

## **ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета дослідження** полягала в проведенні корекції бронхіальної провідності у хворих на ХОЗЛ. Відсутність чітких рекомендацій з приводу лікування початкових стадій хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ) є вельми актуальною сучасною проблемою сучасної пульмонології, що далека від остаточного вирішення.

**Матеріал і методи.** До дослідження включено 45 хворих з ХОЗЛ 1-2 стадії, яких було розподілено на 2 групи.

Середня тривалість ХОЗЛ становила –  $7,0 \pm 0,5$  років. До 1-ї групи спостереження включено 25(55,5%) хворих, що отримували стандартну медикаментозну терапію. До 2-ї групи увійшли 20(44,4%) хворих, що окрім такої ж самої терапії отримували щоденні 60 хвилинні сеанси інтервальної нормобаричної гіпокситерапії протягом 30 днів за допомогою гіпоксикатору «ГИП 10-1000-0», фірми Трейд Медікал, Росія. За об'ємом форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) оцінювали бронхіальну провідність (бодіплетизмограф з бодикамерою «Master Screen Body», фірми „Jaeger”, Німеччина).

**Результати.** Виявилося, що у пацієнтів 1-ї групи динаміка ОФВ1 до та після лікування становила  $2,2 \pm 0,1$  л/сек. і  $2,5 \pm 0,4$  л/сек. відповідно ( $t=0,7$ ,  $p=0,2$ ). В 2-ій групі аналогічний показник дорівнював  $2,3 \pm 0,3$  л/сек. до лікування і  $2,8 \pm 0,1$  л/сек. – після ( $t=2,3$ ,  $p=0,04$ ).

**Висновки.** Корекція бронхіальної провідності у хворих з початковими стадіями ХОЗЛ із застосуванням інтервальної нормобаричної гіпокситерапії сприяє додатковому (поряд з базисною інгаляційною бронхолітичною терапією) приросту ОФВ1.

*Котлярова О.Г., Макарчук О.В., Майлян Д.Е.*

### **КАРДІО-РЕСПІРАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТРОФІЧНУ КАРДІОМІОПАТІЮ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета дослідження** – оцінити вплив інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ) на градієнт тиску крові в лівому шлуночку у хворих на гіпертрофічну кардіопатію (ГК).

**Матеріал і методи.** В дослідження включено 35 хворих на ГК з 1-2 ступенем обструкції (максимальний градієнт тиску крові 36 мм рт.ст.), що були розподілені в 2 порівнювані групи. До 1-ї включено 12 хворих, що отримували бета-адреноблокатори (пропранолол або метопролол тартрат) в середніх і високих терапевтичних дозах, або комбінацію їх з верапамілом. Дози препаратів підбирали індивідуально до максимально можливих в залежності від переносності, артеріального тиску крові і частоти пульсу. Друга група пацієнтів (23 хворих) додатково до ліків приймала щоденні сеанси ІНБГТ протягом 30 днів по 60 хвилин кожний. Ступінь тяжкості обструкції оцінювали за даними ехокардіографії (ехокардіограф „Vivid-3”, США), яку виконували до лікування і через місяць після підбору достатньої дози препаратів.

**Результати.** Виявилося, що в 1-й групі середні значення градієнту тиску крові між порожниною лівого шлуночка і аортою становили  $34,1 \pm 2,8$  мм рт.ст. до і  $30,5 \pm 3,3$  мм рт.ст. після лікування ( $t=0,9$ ,  $p=0,5$ ). В 2-ій групі цей показник становив  $33,1 \pm 1,8$  і  $24,9 \pm 2,9$  мм рт.ст. відповідно ( $t=2,3$ ,  $p=0,04$ ).

**Висновки.** Додавання до стандартної медикаментозної терапії ГК сеансів ІНБГТ сприяє більш ефективному ніж лише медикаментозне лікування зниженню градієнту тиску крові між лівим шлуночком і аортою.

*Молдованова К.І., Гавриляк В.Г.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ ПО ГІПЕРТЕНЗИВНОМУ ТИПУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра пропедевтичної та внутрішньої медицини,*

*завідувач кафедри і науковий керівник – член-кор. НАМНУ, ЗДНТУ, професор Ігнатенко Г.А.*

**Мета роботи** полягала в аналізі антигіпертензивної ефективності інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ) у хворих на НЦД по гіпертензивному типу. Лікування нейроциркуляторної дистонії (НЦД) по гіпертензивному типу залишається дотепер складною проблемою, що обумовлено її прогностичною невизначеністю і вкрай низькою прихильністю до лікування, особливо у молодих хворих.

**Матеріал і методи.** До дослідження включено 38 хворих середнього віку  $18,9 \pm 0,13$  роки і тривалістю захворювання  $0,9 \pm 0,11$  років. До 1-ї групи спостереження включено 15 хворих, які отримували тільки медикаментозне лікування (магне В6, валеріана, беладона, бета-адреноблокатори), а до 2-ї увійшли 23 пацієнта, яким проводили додатково сеанси ІНБГТ за допомогою апарату «ГИП 10-1000-0» (фірма «ТрейдМедікал», Росія) тривалістю 40-50 хвилин щодня протягом 20 днів. Досліджували добову варіабельність тиску крові при холтерівському моніторингу.

**Результати.** Середній систолічний тиск крові у представників 1-ї групи до та після лікування становив  $143,8 \pm 5,91$  і  $136,5 \pm 4,20$  відповідно (відмінності до та після лікування статистично не достовірні). В 2-ій групі аналогічний показник до ІНБГТ становив  $145,9 \pm 4,22$ , а після –  $122,1 \pm 3,08$  мм рт.ст. (відмінності до та після лікування статистично достовірні).

**Висновок.** Застосування методики ІНБГТ разом з базисною терапією НЦД дозволяє порівняно з результатами лікування в 1-ій групі отримати додаткове зниження ( $-14,4$  мм рт.ст.) систолічного артеріального тиску. Можливо, що така комбінація дозволить зменшити добову дозу медикаментів та поліпшити прихильність до лікування.



Пола М.К.

## ИЗМЕНЕНИЯ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОЗЛ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра пропедевтической и внутренней медицины,

заведующий кафедрой и научный руководитель член-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, профессор Игнатенко Г.А.

**Цель исследования** – Оценить диффузионную способность легких (DLCO) у больных со стабильной стенокардией на фоне хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

**Материал и методы исследования.** В исследование было включено 67 пациентов, страдающих ИБС (стабильной стенокардией с ФК I–III) (38 мужчин и 29 женщин) в сочетании с ХОЗЛ. Исследование ФДВ, включающее спирографию, бодиплетизмографию, измерение DLCO проводилось с использованием комплекса Master Lab Pro производства Jaeger, Германия.

**Результаты.** У пациентов, как мужчин, так и женщин преобладали смешанные нарушения функции внешнего дыхания (у 35 человек или 52,2%), при этом у мужчин смешанные нарушения встречались почти в два раза чаще (63,2% у мужчин и 37,9% у женщин). Показатель DLCO был снижен (менее 70 ммоль/мин/кПа) у половины пациентов данной выборки (50,7%), при этом чаще, у мужчин, чем у женщин (71,1% и 24,1% соответственно). Стоит отметить различия показателя DLCO в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии. Так, у пациентов с I ФК показатель находится в пределах условной нормы ( $78,5 \pm 2,11\%$ ), что указывает на практически полное отсутствие влияния на состояние диффузии у пациентов данного ФК, у пациентов с II ФК - показатель незначительно снижен и составил  $69,5 \pm 2,22\%$ , а у пациентов с III ФК - снижение явное и равняется  $60,4 \pm 2,34\%$

**Выводы.** Нарушение DLCO у больных, страдающих ХОЗЛ с ИБС, характеризуется тяжелым и взаимоусугубляющим характером респираторных расстройств, с разнообразным спектром диффузионных нарушений, зависящих от функционального класса стабильной стенокардии.

Табачников В. О., Журавлев Н. В.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПОКСИТЕРАПИИ ПРИ СМЕШАННОЙ КАРДИО – РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра пропедевтической и внутренней медицины,

заведующий кафедрой и научный руководитель член-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, профессор Игнатенко Г.А.

**Цель работы** состояла в оптимизации методики проведения интервальной нормобарической гипокситапии (ИНБГТ) для пациентов с сочетанной кардио – респираторной патологией.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие 32 больных возрастом от 45 до 62 лет с наличием хронической кардио – пульмональной патологии в стадии компенсации. Сеансы ИНБГТ проводились ежедневно, в течении 10 дней с помощью аппарата «ГИП 10-1000-0», фирмы «Трейд медикал», Россия. В 1-ю группу включено 16 больных, получавших ИНБГТ по стандартной схеме «5-5-5». Пациентам 2-ой группы (16 человек) с целью подбора индивидуального режима, перед ИНБГТ проводилась проба Штанге. До и после лечения оценивался индекс гипоксической тренированности (ИГТ).

**Результаты.** Во 2-ой группе частота достижения оптимальных значений ИГТ составила 87,5%, в то время как в 1-ой – 56,3%. Различия были статистически достоверными ( $\chi^2 = 3,86$ ;  $p = 0,049$ ). Кардио-респираторная патология является актуальной проблемой современного общества, что связано со сложностью патогенетических механизмов развития данного заболевания. Известно множество методик лечения данной патологии, среди которых важное место занимает патогенетически обоснованное использование интервальной нормобарической гипокситапии (ИНБГТ). Вместе с тем, методика проведения ИНБГТ требует усовершенствования и модификации для лечения именно этой категории больных с целью формирования адаптационных процессов и повышения эффективности терапии.

**Выводы.** Использование индивидуального режима ИНБГТ с предшествующей пробой Штанге способствовало статистически значимому повышению эффективности лечения данного контингента больных.

Фаерман А.А., Терешкова А.В.

## МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТОВ ХОДЬБЫ С ЗАДАННОЙ СКОРОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра пропедевтической и внутренней медицины,

заведующий кафедрой и научный руководитель – член-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, профессор Игнатенко Г.А.

**Цель:** модифицировать методику определения толерантности к физической нагрузке с помощью тестов ходьбы с заданной скоростью SWT (Shuttle Walk Test) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Методика исследования.** Одним из лучших способов оценки уровня физической работоспособности и толерантности к физической нагрузке являются тесты с ходьбой, среди которых наиболее достоверным является тест с заданной скоростью ходьбы - SWT. Тест проводим двухэтапно. На 1-ом этапе определяем максимальную нагрузку: проводим тест с возрастающим темпом скорости ходьбы ISWT (Incremental SWT) для расчета стабильного темпа. На основе ISWT проводим 2-ой этап: тест с постоянным темпом скорости ходьбы ESWT (Essential SWT). Тест ISWT включает 12 уровней темпа ходьбы. Продолжительность каждого уровня – 1 мин.

**Результаты.** С каждой минутой скорость возрастает: начальная – 1,8 км/ч, максимальная – 8,53 км/ч. Критериями, когда мы прекращаем тест, являются: пациент не успевает за темпом ходьбы, указания пациента на слишком сильную одышку, чтобы продолжать; достижение пациентом 85% ЧСС от максимально допустимой и другие состояния, достаточные для прекращения теста. Следующие оценки проводим в рассчитанном стабильном темпе – ESWT. Критерием оценки изменения толерантности к физической нагрузке является, в первую очередь, длительность ходьбы.

**Выводы:** использование модифицированного теста ходьбы с заданной скоростью целесообразно использовать для определения толерантности к физической нагрузке у больных с ХСН.

## ДОНЕЦЬКЕ ОБЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ

*Момот Н.В., Первак М.Б., Высоцкий А.Г., Соловьева Е.М., Пацкань И.И., Добарина Г.Ф.*

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение,  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Целью** работы было оценить роль мультисрезовой компьютерной томографии в определении тактики хирургического лечения у пациентов с локализованными формами буллезной эмфиземы легких.

**Задачи** работы - изучение возможностей мультисрезовой компьютерной томографии в определении тактики хирургического лечения у пациентов с локализованными формами буллезной эмфиземы легких.

**Материал и методы.** Обследовано 167 пациентов с локализованными формами буллезной эмфиземы легких. У всех больных результаты мультисрезовой компьютерной томографии верифицированы.

**Результаты.** При локализованной форме односторонняя локализация булл выявлена у 94 больных (56,3%), двухсторонняя - у 73 (43,7%). Чувствительность мультисрезовой компьютерной томографии в диагностике локализованных форм буллезной эмфиземы легких составила 97%. Использование алгоритма реконструкции с наслаениями по 2мм выявило мелкие субплевральные буллы, невидимые на сканах с толщиной среза 5мм. Денситометрическая плотность внутри булл варьировала от -980 едН до -1000 едН. Использование автоматического программного обеспечения «lung emphysema» позволило получить объемные изображения с процентом пораженной легочной ткани для каждого легкого. У 157 пациентов реконструкция в режиме MIP позволила составить «объемное» представление о характере распространенности процесса и дала информацию торакальному хирургу об объеме оперативного лечения. Мультисрезовая компьютерная томография позволила не только определить масштабы буллезного перерождения у пациентов с локализованными формами буллезной эмфиземы легких, но и определить тактику хирургического лечения. Это исследование в различные сроки после операции (от 6 до 12 месяцев) было выполнено у 75 из 167 пациентов. У 53 пациентов с локализованной формой буллезной эмфиземы легких были отмечены положительные результаты: на месте визуализируемых ранее булл определялись послеоперационные изменения – участки линейного фиброза с наличием танталовых скоб. У 22 больных пациентов с локализованными формами буллезной эмфиземы легких на фоне послеоперационных изменений были выявлены рецидивные буллы. По нашему мнению, наличие рецидивных булл может быть связано с тем, что во время операции не была удалена функционально нежизнеспособная ткань, окружающая буллы, в которой не осуществлялась перфузия, и она служила фоном для возникновения рецидивных булл.

**Выводы.** Мультисрезовая компьютерная томография позволяет не только диагностировать локализованную форму буллезной эмфиземы легких, определять распространенность процесса, выбирать адекватную тактику хирургического лечения, но и оценивать послеоперационные результаты.

*Момот Н.В., Танасичук-Гажиева Н.В., Соловьева Е.М., Кузнецов А.С.,  
Комиссаров С.И., Шнак С.А., Танасичук В.С., Макаруч О.В.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ 64-СРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОНТРОЛЕ ПРОХОДИМОСТИ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ И ШУНТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького*

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца на сегодняшний день является основной причиной смертности

и потери трудоспособности среди лиц зрелого и пожилого возраста в США, странах Европы, а также в Украине. Широкое применение коронарного эндопротезирования диктует необходимость поисков новых возможностей неинвазивной оценки проходимости стентов и шунтов. С развитием мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) значительно возрос клинический интерес к возможности использования данного метода для неинвазивной оценки проходимости стентов и шунтов, которая может стать альтернативной традиционной коронароангиографии.

**Цель исследования.** Изучение возможности 64-срезовой компьютерной томографии в оценке проходимости коронарных стентов и шунтов.

**Материалы и методы.** Проведено МСКТ-исследование 31 пациенту в возрасте от 47 до 60 лет, из которых 20 – после аортокоронарного шунтирования, 11 – после стентирования коронарных артерий. МСКТ проводилась на 64-срезовом компьютерном томографе «Brilliance 64» в режиме спирального сканирования с толщиной среза 0,625мм под контролем ЭКГ, с внутривенным болюсным введением 100мл контрастного вещества (ультраvist-370, омнипак-350) со скоростью 5 мл/сек с помощью двухконтурного автоматического инжектора. Постпроцессорная обработка выполнялась на независимой рабочей станции Extended Brilliance с использованием различных видов реконструкций изображений.

**Результаты исследования.** КТ-коронарография проведена 11 больным после стентирования. Возможность успешной оценки состояния коронарных стентов зависела от их диаметра, конструкции, материала и локализации стентов. В 7 случаях визуализация коронарных артерий и стентов была достаточно удовлетворительная, в 4 случаях – затруднена из-за артефактов от металла в пограничной со стентом области и при последовательно расположенных стентах “stent by stent”. КТ-шунтография проведена 18 больным на 30 сутки после операции аорто-коронарного шунтирования и двум пациентам, оперированным ранее. Всего было исследовано 48 шунтов (33 венозных, представленных большой подкожной веной и 15 артериальных, представленных левой внутренней грудной артерией). Все артериальные шунты были проходимы. В трех случаях отмечалась окклюзия венозных шунтов на уровне проксимального отдела. У одного пациента был выявлен сегментарный стеноз венозного шунта правой коронарной артерии, после чего ему была выполнена шунтография и стентирование стенозированного участка вены. Проходимость шунтов в течение месяца после операции в целом составила 93%.

**Выводы.** 64-срезовая МСКТ является достоверным методом получения изображения сердца и коронарных сосудов и является достаточно надежным методом оценки состояния стентов и шунтов. Возможности МСКТ в оценке состояния коронарных шунтов оказались более высокими по сравнению с коронарными артериями в связи с тем, что шунты имеют больший диаметр, меньшую извитость и не имеют обызвествлений в сосудистой стенке. Мультипланные реконструкции позволяли точно оценить просвет шунтов и анастомозов на всем протяжении в различных проекциях, а трехмерные реконструкции обеспечивали прекрасную визуализацию и позволяли уточнить топографию шунтов, особенно при множественных и У-образных шунтах. КТ-шунтографию можно рекомендовать как самостоятельный метод для контроля проходимости шунтов в послеоперационном периоде.

*Момот Н.В., Танасичук-Гажиева Н.В., Соловьева Е.М., Кузнецов А.С., Комиссаров С.И., Шпак С.А., Танасичук В.С., Макаруч О.В.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ 64-СРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КТ) В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

**Введение.** В современной структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место, как в мире, так и в Украине. Осложнения атеросклероза обуславливают 50% всех случаев смерти, в том числе 33% у лиц 35-65 лет. Внезапная сердечная смерть возникает у 0,1-0,2% взрослого населения в год. К сожалению, поражение коронарных сосудов зачастую вовремя остается нераспознанным. Развитие МСКТ значительно повысило клинический интерес к возможности использования данного метода для неинвазивной диагностики патологии коронарных сосудов и оценки тяжести коронарного атеросклероза на основе количественного определения содержания кальция.

**Цель.** Изучение возможностей 64-срезовой КТ в диагностике стенозов коронарных артерий по сравнению с традиционной рентгеновской КВГ.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное исследование 61 пациента с первичным обследованием коронарных артерий у пациентов в возрасте от 47 до 60 лет (11 женщин и 50 мужчин). КТ-коронарография выполнялась при наличии атипичных болей в грудной клетке, сомнительных результатах ЭКГ с нагрузкой и других стресс-тестов, диагностике осложнений инфаркта миокарда, наличии факторов риска развития ИБС, а также пациентам с ИБС, которые отказывались от проведения КВГ. МСКТ проводилась на 64-срезовом компьютерном томографе «Brilliance 64», КВГ – на ангиографической системе «Allura Exper FD-10» производства фирмы Philips с последующим сопоставлением результатов обоих исследований. КТ-исследование сердца выполнялось в режиме спирального сканирования, толщина среза 0,625мм под контролем ЭКГ,

время сканирования в среднем составило 7сек. Контрастирование коронарных сосудов достигалось путем внутривенного болюсного введения 100мл рентгенконтрастного вещества (ультравист-370, омнипак-350) со скоростью 5 мл/сек с помощью двухконтурного автоматического инжектора. Коронарные артерии изучались в различные фазы сердечного цикла с учетом программного обеспечения и ретроспективной синхронизации с ЭКГ. Постпроцессорная обработка данных проводилась на независимой рабочей станции Extended Brilliance с использованием различных видов реконструкции.

**Результаты исследования.** По данным МСКТ качество изображения коронарных сосудов практически во всех случаях было удовлетворительным. Четко визуализировались и подлежали детальному изучению проксимальная и средняя треть коронарных сосудов. Лучше всего визуализировались ствол левой коронарной артерии, левая передняя нисходящая и огибающая артерии. Интерпретация изображения правой коронарной артерии в дистальных сегментах в небольшом проценте случаев была затруднена в результате ее большей подвижности. В 18 случаях патологии коронарных артерий не было выявлено. У 21 пациента выявлены гемодинамически незначимые сужения сосудов (до 50%). Все гемодинамически значимые стенозы (22 больных) при КТ-исследовании были диагностированы. Так, в 11 случаях выявлены сужения коронарных артерий от 50 до 70%, в 7 наблюдениях – от 70 до 90% и у 4 пациентов документировано наличие критических стенозов более 90% или окклюзия сосудов. Наиболее часто наблюдалось поражение ветвей левой коронарной артерии: передней нисходящей артерии - 36,7%, огибающей артерии - 32,0%, правой коронарной артерии - 23,3%, реже отмечалось поражение ствола левой коронарной артерии - 8,0%. Более чем у половины пациентов имелось поражение нескольких ветвей коронарных артерий одновременно, причем с наличием стенозов различной степени выраженности. При сопоставлении результатов МСКТ с данными традиционной КВГ чувствительность первой составила: 90,7%, специфичность – 88,9%.

**Выводы.** 64-срезовая КТ является достоверным методом получения изображения сердца и коронарных сосудов, позволяющим выявления гемодинамически значимые сужения и атеросклеротические изменения сосудов на ранних стадиях. Наряду с преимуществами и диагностической ценностью МСКТ имеет некоторые ограничения в оценке поражения коронарных сосудов: недостаточную визуализацию боковых ветвей коронарных артерий вследствие их малого калибра, а также затруднение интерпретации изображения при массивном кальцинозе.

*Момот Н.В., Танасичук-Гажиева Н.В., Шнак С.А., Соловьева Е.М., Танасичук В.С., Зосим В.Г.*

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ 64-СРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

**Введение.** Один миллион людей ежегодно умирает от рака печени, который занимает 5-е место в мире по частоте среди злокачественных заболеваний. В странах Европы, в т.ч. в Украине, опухоли органов пищеварения занимают 3-е место, составляя 34%, из них опухоли печени 9-10%. Развитие современной хирургии печени нуждается в более четкой визуализации и детализации опухолевого процесса для выбора рационального метода лечения. Несмотря на наличие большого арсенала методов визуализации, проблема дифференциальной диагностики опухолей печени, по-прежнему, остается актуальной в гепатологии и требует дальнейшего изучения. Внедрение современных технологий - мультисрезовой компьютерной томографии и новых методик контрастирования, значительно расширяет возможности дифференциальной диагностики очаговых поражений печени.

**Цель работы.** Повышение эффективности дифференциальной диагностики новообразований печени на основе применения контрастного многофазного исследования на 64-срезовом компьютерном томографе.

**Материалы и методы.** У 111 пациентов с новообразованиями печени выполнено 164 МСКТ-исследования на 64-срезовом компьютерном томографе «Brilliance 64» фирмы Philips с последующей постпроцессорной обработкой информации на независимой рабочей станции «Extended Brilliance». Исследование проводилось с внутривенным болюсным введением контрастного вещества по разработанной и предложенной нами методике с расчетом индивидуальных задержек сканирования для каждого пациента (патент №51554).

**Результаты и обсуждения:** В 43 случаях выявлены злокачественные новообразования печени, из них: по 15 – гепатоцеллюлярный рак и метастазы, по 4 – холангиокарцинома и рак-цирроз, 3 – лимфомы, 2 – цистаденокарциномы. В 68 случаях выявлены доброкачественные образования печени, из них: 27 – гемангиомы, 9 – простые кисты, по 7 – паразитарные кисты и очаговая узловая гиперплазия, по 5 – абсцессы, аденомы и псевдоопухоли, 2 – липомы и 1 ангиомиолипома. По данным изученной КТ-семиотики сопоставленной с данными морфологической верификации разработана модель злокачественности опухолей печени и предложен алгоритм дифференциальной диагностики, основными критериями которых стали: КТ-семиотика при нативном сканировании; особенности контрастирования опухоли, фаза максимального

контрастирования; фаза лучшей визуализации опухоли, опухолевый неангиогенез, тип кровоснабжения опухоли (I – гиперваскулярный, II – гиповаскулярный, III – аваскулярный); степень кровоснабжения опухоли (1 – низкая, 2 – средняя, 3 и более – высокая); особенности контрастирования паренхимы печени; KZ – коэффициент захвата контрастного вещества паренхимой печени; особенности графического анализа накопления контрастного вещества опухолью, паренхимой печени, воротной веной и селезенкой.

**Выводы.** Таким образом, 64-срезовая компьютерная томография с многофазным контрастным исследованием с последующим изучением васкуляризации и перфузии опухоли является высоко информативным методом, позволяющим с высокой точностью дифференцировать доброкачественные и злокачественные образования печени, что способствует своевременному и адекватному лечению или динамическому наблюдению.

*Момот Н.В., Соловьева Е.М., Бицц А.Ф., Добарина Г.Ф.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ КТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМ АОРТЫ**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

**Введение.** Многие сосудистые заболевания отличаются тяжелым течением и трудно поддаются лечению, но есть и такие, которые просто смертельно опасны, одним из таких заболеваний является аневризма аорты. В свою очередь аневризмы аорты являются одной из самых актуальных проблем современной сосудистой хирургии.

**Цель.** Изучить возможности КТ–ангиографии в диагностике аневризм брюшной аорты и их осложнений.

**Материалы и методы.** В отделе КТ и МРТ диагностического центра ДОКТМО обследовано 197 пациентов с предполагаемым диагнозом «аневризма аорты». Сканирования выполнялись на компьютерном томографе Philips Brilliance 64 с внутривенным введением 100мл нейонного контрастного вещества (ультравист-37-, омнипак-350, юнипак-350, визипак-320) из расчета 1,5мл на 1 кг массы тела со скоростью введения 4,0-5,0 мл/сек.

**Результаты исследований.** В 9 наблюдениях, с подозрением на разрыв аневризмы, в связи с тяжестью состояния больного, МСКТ было основным методом диагностики. У 12 пациентов выявлена преданевризматическая дилатация аорты, у 7 - диагностирована патология других органов, имитирующая аневризму. У 178 пациентов в возрасте от 36 до 85лет диагностированы аневризмы абдоминального отдела аорты. Средний возраст пациентов у которых имела место аневризма аорты составил при этом 61-70 лет. Среди больных отмечалось преобладание мужчин - 157 (88,2%). Соотношение лиц мужского и женского пола составило 7,5:1. В 141 (79,2%) случае были диагностированы не осложненные аневризмы, в 37 (20,8%) - с осложнениями в виде расслоения стенки аневризматически измененной аорты и тромбоза. Развитие осложнений напрямую зависит от локализации аневризмы и часто отмечаются в супраренальном отделе -57,1% и при распространении абдоминальной аневризмы на грудной отдел аорты - 52,4%. В тоже время, процент осложнений аневризм инфраренального отдела (преимущественно в виде тромбоза различной распространенности) составил 78,7%, интерренального - 10,5%. Осложнения чаще наблюдаются при аневризмах большого диаметра: свыше 5 см - в 91,9% случаев.

**Выводы.** КТ-ангиография при аневризмах аорты является неинвазивным и наиболее достоверным методом исследования. С ее помощью удается точно установить локализацию аневризмы (99,4%), оценить степень вовлечения в процесс отходящих от аорты сосудов (92,1%), определить распространенность внутрисосудистого тромба (100%) и выявить факторы, повышающие угрозу разрыва. МСКТ способствует решению целого ряда вопросов связанных с определением тактики лечения больных, в т.ч. и оперативного.

## **ІМУНОЛОГІЯ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ**

*Абылгазінова Н.Б.*

### **НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРАВ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ ЛИЦ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького,*

*Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии – заведующий проф. Прилуцкий А.С., научный руководитель доц. Дегонский А.И.*

**Цель:** Изучить проблемы правового регулирования лиц, больных сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Обеспечение права на социальную защиту лиц в нашем государстве происходит путем принятия соответствующих законов, в которых законодатель должен учесть положительный опыт зарубежных стран по обеспечению, реализации и охраны указанного права, в частности, для лиц, больных сахарным диабетом. Во многих развитых странах при реализации государственной политики, принятии законодательственных актов относительно социальной защиты лиц, больных сахарным диабетом, заинтересованная сторона (в первую очередь, общественные организации таких больных) может эффективно влиять на осуществление соответствующих гарантий в социально-обеспечительной, медицинской сфере, в сфере труда и т.д. Опыт, накопленный отдельными странами, свидетельствует об эффективности политики, направленной на расширение прав и социальных гарантий больных сахарным диабетом, которая может основываться на различных принципах закрепления и обеспечения таких гарантий. Скорость распространения сахарного

диабета в мире, финансовые затраты на выявление и лечение заболевания на последних стадиях, когда уже возникли многочисленные осложнения, стали причиной принятия во многих странах программ по профилактике диабета и раннего его выявления на базе программы, закрепленной в Сент-Винсентский декларации, принятой в 1989 году Международной диабетической организации совместно с Всемирной организацией здравоохранения и рядом других организаций. Эта программа стала ведущим международным документом, по которому впервые ситуацию с заболеваемостью сахарным диабетом было определено кризисной.

**Результаты.** В Украине, учитывая указанную декларацию также была принята Государственная целевая программа «Сахарный диабет» на 2009-2013 гг., утвержденной Постановлением Кабинета Министров Украины от 19 августа 2009 года № 877. Положениями этой программы предусмотрено профилактику, выявление диабета на ранних стадиях, а также эффективную борьбу с последствиями заболевания. Эта программа содержит ряд мероприятий, результатом которых является уменьшение количества заболеваемости сахарным диабетом, уменьшение количества осложнений, приводящие к инвалидности и смерти, а также увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных сахарным диабетом. На основании Государственной целевой программы «Сахарный диабет» на 2009-2013 гг. в ряде областей областными государственными администрациями были разработаны программы с целью предотвращения заболеваний сахарным диабетом на местном уровне. Заметим, что постсоветскими странами, которые входят в Содружество Независимых Государств, был принят в городе Санкт-Петербурге 4 декабря 2004 и утвержден Постановлением № 24-7 модельный закон «Об основах медико-социальной защиты лиц, больных сахарным диабетом». Представители диабетических организаций СНГ объединили свои усилия для того, чтобы в полном объеме защитить права лиц с сахарным диабетом на адекватную медицинскую помощь. Основной целью принятого закона является установление основных прав лиц, больных сахарным диабетом в соответствии с обязанностями государства по их реализации. Однако существующее правовое регулирование права на социальную защиту лиц, больных сахарным диабетом не является достаточно эффективным. Многие обязательства по обеспечению и реализации права на социальную защиту таких лиц фактически взяли на себя негосударственных организации, целью которых стало удовлетворение всего спектра потребностей людей с сахарным диабетом, которые не в состоянии удовлетворить в связи с недостатком финансирования, а чаще волеизъявления государственные учреждения. На сегодняшний день в Украине зарегистрировано более 30 тыс. негосударственных общественных организаций. Главной целью деятельности диабетических негосударственных организаций является удовлетворение медицинских, социальных, психологических потребностей людей с сахарным диабетом, а также предоставление этой категории лиц правовой и информационной поддержки. Многие сложности возникает из-за недостаточного уровня правовой культуры и информированности этих граждан в своих правах. Сейчас нашим государством создается сеть школ по обучению, самоконтроля больных сахарным диабетом, а этих школ не так много, всего лишь около 25 по всей Украине и об их существовании знает ограниченный круг больных. Приказом Министерства здравоохранения Украины от 28 мая 2009 года утвержден Порядок ведения реестра больных сахарным диабетом. Негативным фактором, который сужает право на социальную защиту больных сахарным диабетом является ограничение Министерством здравоохранения на законодательном уровне ассортимента соответствующих медицинских препаратов. Как следствие, местные больницы лишаются возможности самостоятельно определять необходимые для лечения указанных больных видов инсулинов. Как известно, сахарный диабет требует индивидуального подхода к каждому больному, и определять инсулин, который бы лучше подошел отдельному лицу может только его личный врач.

**Вывод.** Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о наличии некоторых проблем правового регулирования права на социальную защиту больных сахарным диабетом, в частности, в сфере медицинской помощи и обслуживания, социального обеспечения и др. Для их решения необходимо разработать специальный закон о социальной защите лиц, больных сахарным диабетом. В этом законе следует предусмотреть нормы о разработке и внедрении в практическую деятельность стандартов оказания медицинской помощи таким гражданам, обеспечения надлежащего функционирования системы профилактики, диагностики и лечения, внедрение постоянного мониторинга динамики развития этого заболевания среди населения.

*Бааджи К.В.*

## **ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА UGT1A1 СРЕДИ ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии,  
Зав.кафедрой - проф. Прилуцкий А.С., научн. руководитель - асс. Лесниченко Д.А.*

**Цель исследования.** Установить частоту встречаемости генетического маркера синдрома Жильбера у лиц с подозрением на указанное заболевание.

**Материалы и методы.** Обследованы 35 пациентов с подозрением на Синдром Жильбера в возрасте 1-37 лет. Учитывались данные клинического осмотра, анамнеза. Использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Проводилась прямая ДНК-диагностика посредством анализа промоторной области гена UGT1A1. Определялось содержание в крови общего и прямого билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ и ГГТП.

**Результаты исследования.** Основными жалобами больных были: диспептические явления, астено-вегетативные расстройства, субфебрилитет. При общем осмотре, у большинства пациентов наблюдалась желтуха различной интенсивности. При этом, уровень общего билирубина в сыворотке крови был выше нормы и составлял 20-100 мкмоль/л, чаще в диапазоне 30-70 мкмоль/л. Другие биохимические параметры: АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП были в пределах нормы. Из обследованных пациентов на наличие генетического маркера UGT1A1 у 21 человека (60,0%) регистрируется мутантная гомозигота, у 9 человек (25,7%) отмечается гетерозигота, у 5 (14,2%) – нормальная гомозигота.

**Выводы.** Таким образом, проведенные исследования показали, что синдром Жильбера диагностируется после пубертатного возраста, чаще у мужчин, чем у женщин. У 60,0% обследуемых регистрируется генетический дефект промоторного участка A(TA)<sub>n</sub>TAA гена UGT1A1, расположенного на 2-й хромосоме, который кодирует фермент УДФГТ. Полученные данные целесообразно учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий среди лиц с подозрением на указанную патологию.

*Пастухов А.О.*

### **УРОВЕНЬ СУБКЛАСОВ ИММУНОГЛОБУЛИНА G В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии, зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Прилуцкий А.С.*

**Цель исследования** – изучить динамику содержания субклассов иммуноглобулина G в сыворотках крови здоровых лиц в зависимости от возраста.

**Материалы и методы.** Исследованы сыворотки крови 46 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет и сыворотки крови 20 здоровых лиц в возрасте от 19 до 30 лет. Уровень субклассов G1, G2, G3, G4 иммуноглобулина G определяли с использованием тест-систем ООО «Укрмед-Дон» (г.Донецк) иммуноферментным методом.

**Результаты исследований.** Установлено, что уровень субкласса IgG1 достигает возрастной нормы к 7 годам, что составляет 4,5-11,2 г/л. Уровень субкласса IgG2 также возрастает в подростковом периоде, но достигает максимума позже, к 14 годам (1,0-6,2 г/л). Во время полового созревания наблюдается максимальный уровень субклассов IgG3 и IgG4, концентрации которых равны 0,2-1,55 г/л и 0,05-2,10 г/л соответственно. С момента рождения происходит стабильное увеличение концентрации субклассов IgG, достигающее максимума к 14-16 годам. С увеличением возраста обследуемого уровень субклассов иммуноглобулина G постепенно снижается.

**Выводы.** Средние концентрации исследуемых субклассов иммуноглобулинов G у детей в период полового созревания выше, чем у взрослых, что необходимо учитывать при определении указанных показателей в диагностике иммунной патологии.

*Понуровский Д.С.*

### **ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ И УРОВНЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К МОЛОКУ КОРОВЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии, зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Прилуцкий А.С.*

**Цель** – изучить диагностические возможности определения частоты и уровня сенсibilизации к молоку коровы.

**Материал и методы.** Исследованы сыворотки крови 93 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет без наличия аллергии к коровьему молоку. В качестве контрольной группы было обследовано 15 здоровых взрослых лиц. Все обследованные проходили анкетирование, с помощью которого выяснялись жалобы и анамнез, в том числе аллергологический. Определение уровня антител класса E к молоку коровы в сыворотке крови обследованных проводилось с помощью иммуноферментных тест-систем производства ООО «Укрмед-Дон» (г. Донецк).

**Результаты.** При обследовании установлено, что средний уровень специфических иммуноглобулинов E к молоку коровьему у детей, не имеющих в анамнезе аллергические реакции на коровье молоко, составляет  $0,15 \pm 0,03$  ME/мл, что достоверно ниже диагностического ( $p < 0,05$ ) в сравнении с аналогичным показателем у взрослых доноров.

**Выводы.** Средние концентрации исследуемых иммуноглобулинов у детей достоверно ниже аналогичного показателя среди здоровых взрослых доноров. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности снижения пороговых диагностических значений содержания специфических иммуноглобулинов E к коровьему молоку в сыворотке крови при интерпретации результатов обследования детей с подозрением на аллергию к указанному продукту.

*Шумилова Е.Ю.*

### **УРОВНИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ E К БЕЛКУ ЯЙЦА КУРИНОГО У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ К ДАННОМУ ПРОДУКТУ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии, зав. каф. и науч. рук. – проф. Прилуцкий А.С.*

**Цель исследования:** Провести оценку уровней специфических иммуно-глобулинов E к белку яйца ку-

риноного у здоровых и детей с ПА к яйцу куриному.

**Материалы и методы:** Данные по количественному содержанию специфических IgE антител были получены при использовании иммуноферментной тест-системы «ООО Укрмед-Дон» г.Донецк. При этом использовались сыворотки детей прошедших клинический осмотр аллерголога. Полученные данные в двух группах (здоровых детей, и детей имеющих клинические симптомы аллергии к яйцу куриному) обрабатывались статистически при помощи программы «MedStat».

**Результаты исследования:** При анализе результатов обследования на наличие специфического IgE к белку яйца куриного установлено, что у детей имеющих клинические проявления пищевой аллергии к данному продукту, средний уровень составил 0,68 МЕ/мл, в то время как у здоровых 0,28 МЕ/мл. Максимальные значения содержания специфического IgE у здоровых детей не превышало 0,38 ЕД/мл., в то время, как среди детей имеющих пищевую аллергию к яйцу регистрировались более высокие показатели. Также установлено, что большая часть результатов здоровых детей (n=23) относится к не детектируемому диапазону  $0 < 0,35$  МЕ/мл - нулевого класса, в то время как дети с пищевой аллергией к яйцу в большинстве своем (n=22) занимают низкий и средний класс концентраций.

**Выводы:** Уровни специфического IgE к яйцу куриному, у здоровых детей, составляет 0,28 - 0,38 ЕД/мл. Полученные данные целесообразно использовать в диагностике специфической аллергии.

*Парихаладзе В.И.*

### **ЧАСТОТА АБДОМИНАЛЬНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

*Харьковская академия последипломного образования, кафедра эндокринологии и детской эндокринологии, зав. кафедра Д.М.Н, проф. Караченцев Ю.И. Научн. руководитель доц. Гончарова О.А*

**Целью** исследования явилось установление удельного веса лиц с метаболическим ожирением при нормальной массе тела среди жителей городского и сельского региона.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты скрининга факторов риска СД среди условно здорового относительно диабета населения в возрасте 45 и более лет, проживающих в Золочевском сельском (n = 1052) и Дзержинском городском (n = 535) районах Харьковской области. В соответствии с международными нормами, нормальный индекс массы тела (ИМТ) соответствовал уровню менее 25,0 кг/м<sup>2</sup>. Наличие абдоминального распределения жира определялось по показателю окружности талии (ОТ). За норму принимались у мужчин  $ОТ < 94,0$  см; у женщин  $ОТ < 80,0$  см, что соответствует рекомендациям IDF 2005 г.

**Результаты.** Среди городского и сельского населения удельный вес лиц с нормальной массой тела был практически одинаковый (24,3 против 25,3 %, соответственно). Среди этих лиц отсутствие абдоминального накопления жира, т.е. нормальные показатели ОТ выявлялось достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще у сельских жителей (82,7 против 54,6 %). Соответственно, у жителей города достоверно чаще определялось и умеренное (у женщин  $\geq 80$  и  $\leq 88$  см; у мужчин  $\geq 94$  и  $\leq 102$  см), и выраженное (у женщин  $> 88$ , у мужчин  $> 102$  см) увеличение ОТ.

**Выводы.** При практически одинаковом проценте лиц с нормальной массой тела среди городского и сельского населения достоверно чаще лица с абдоминальным распределением жира выявляются среди жителей городского региона, что можно расценивать как больший риск развития сахарного диабета 2 типа у городских жителей без избыточного веса и ожирения.

*Коваль С.А., Супрунова В.О.*

### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.Горького  
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии.*

*Зав.кафедрой – проф. Прилуцкий А.С., научный руководитель – д.мед.н. Михайличенко Т.Е.*

**Цель.** Оценить показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 24 пациента с СД 2 типа. I группу составили 13 пациентов СД 2 типа, средней тяжести, в возрасте 45-50 лет, болеющих диабетом в течении 10 лет. II группу составили 11 пациентов СД 2 типа с тяжёлым течением заболевания в возрасте 53-67 лет, страдающих СД в течении 10-20 лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых добровольцев. Концентрацию малонового диальдегида (МДА) определяли по реакции с тиобарбитуровой кислотой, содержание диеновых конъюгатов (ДК) в плазме определяли фотометрическим методом, перекисный гемолиз эритроцитов (ПГЭ) по Ягеру. Концентрацию витамина Е определяли по реакции с хлорным железом в присутствии дипиридина.

**Результаты.** У больных I группы среднее значение МДА достоверно не отличалось ( $p > 0,05$ ) по сравнению с контролем. Уровень ДК был увеличен ( $p < 0,05$ ) в сравнении с контролем на 52,78%. Показатель ПГЭ превышал ( $p < 0,05$ ) контроль на 13, 56%. Значение витамина Е было снижено ( $p < 0,05$ ) в сравнении с контролем на 8,91%. У пациентов II группы уровень МДА был снижен ( $p < 0,05$ ) на 22,80% в сравнении с



контролем. Содержание ДК превышало контроль в среднем в 3 раза. ПГЭ превосходил ( $p < 0.05$ ) контроль на 36,48%. Среднее значение витамина Е было снижено ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 14,08%.

**Выводы.** Таким образом, у больных СД 2 типа выявлена активация ПОЛ и угнетение антиоксидантной защиты, которые определены тяжестью заболевания.

*Коваль С.А.*

## **АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького*

*Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии, зав. кафедрой – проф. Прилуцкий А.С.,  
научный руководитель – д.мед.н., проф. Михайличенко Т.Е.*

**Цель.** Изучить изменение показателей свертывающей системы крови у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа.

**Материалы и методы.** Систему свертывания крови оценивали по ряду показателей: протромбиновый индекс (ПИ) по Квику, время рекальцификации (ВР) по Бергеру, фибринолитическая активность (ФА) по Ковальскому, XIII фактор (активность фибриназы) методом Сигга и Дупперта в модификации Балуды, толерантность плазмы к гепарину (ТПГ). Исследовано 29 больных СД 1 типа. I группа включала 11 пациентов с СД 1 типа средней тяжести, с длительностью заболевания до 5 лет, в возрасте 20–25 лет.

II группа – 10 пациентов с СД 1 типа, средней степени тяжести, со сроком заболевания 5–10 лет, в возрасте 20–35 лет. III группа – 8 пациентов с СД 1 типа, с тяжелым течением, в возрасте 34–50 лет, с длительностью заболевания 10–20 лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых добровольцев.

**Результаты.** У пациентов I группы нарушений в системе коагуляции в сравнении с контролем не выявлено. У пациентов II группы выявлено укорочение ( $p < 0.05$ ) ВР в сравнении с контролем в среднем на 25,48%, повышение ( $p < 0.05$ ) содержания фибриногена на 24,11%, угнетение (замедление лизиса эуглобинового сгустка) на 22,63% фибринолиза. Остальные изучаемые показатели достоверно не изменялись ( $p > 0.05$ ) в сравнении с контролем. У пациентов III группы уровень ПИ превышал ( $p < 0.05$ ) контроль в среднем на 12,08%. ВР было снижено ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 36,1%. Содержание фибриногена возросло ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 46,56%. Показатели фибринолиза достоверно не отличались ( $p > 0.05$ ) от контроля. XIII фактор превышал контроль на 18,59%. У 6 пациентов ТПГ значимо не отличалась от контроля, у 2 пациентов установлено повышение ТПГ на 25,15%.

**Выводы.** О гиперкоагуляции свидетельствовали увеличение ПИ в III группе, укорочение ВР во II и III группе, повышение ТПГ в III группе, увеличение XIII фактора в III группе. Гиперфибриногенемия наблюдалась у пациентов 2 и 3 групп. Угнетение фибринолиза установлено у пациентов II группы. В III группе отмечена активация фибринолиза. Таким образом, выявленные изменения свидетельствовали о гиперкоагуляции, выраженность которой возрастала с тяжестью сахарного диабета и длительностью заболевания.

*Козлова Я. О. Супрунова В.О.*

## **НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра иммунологии, аллергологии и  
эндокринологии, зав. кафедрой – проф. Прилуцкий А.С., научный рук. – д.мед.н. проф. Михайличенко Т. Е.*

**Цель исследования** – изучение липидограммы у больных СД 2 типа с сердечно-сосудистой патологией.

**Материалы и методы.** Обследовано 23 пациента с СД 2 типа. I-ю группу составили 14 пациентов с СД средней тяжести в возрасте 45–55 лет, болеющих СД в течение 10 лет с диагнозом: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, СН 0–I. II группа включала 9 пациентов с тяжелым течением СД в возрасте 53–60 лет, болеющих в течение 10–20 лет с сопутствующей патологией ИБС: атеросклеротический кардиосклероз СН II –А. Уровень гликированного гемоглобина (Hb A<sub>1c</sub>) колебался от 8,9 до 11 мкмоль фруктозы. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев соответствующего возраста. Холестерин (ХС), альфа-холестерин (альфа-ХС), триглицериды (ТГ) определяли тест-системами фирмы KONE (Финляндии) на биохимическом анализаторе KONE SPECIFIC. Фракции липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) определяли методом электрофореза на ацетатцеллюлозных пленках с помощью денситометра фирмы Helena.

**Результаты.** У больных I группы содержание ХС было повышено ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 28,21%. Уровень альфа-ХС превышал ( $p < 0.05$ ) контроль на 40,14%, ТГ были увеличены ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 54,32%. Средние значения ЛПНП и ЛПОНП возросли ( $p < 0.05$ ), соответственно, относительно контроля на 19,84% и на 21,58%. Уровень ЛПВП был снижен ( $p < 0.05$ ) на 18,89%. У больных II группы показатель ХС превышал ( $p < 0.05$ ) контроль на 19,79%, содержание альфа-ХС было ниже ( $p < 0.05$ ) контроля на 48,90%. Показатель ТГ возрос ( $p < 0.05$ ) в сравнении с контролем на 57,79%. Средние значения показателей ЛПНП, ЛПОНП были выше ( $p < 0.05$ ) контроля, соответственно, 18,13%, 25,35%. Уровень

ЛПВП был значительно ниже ( $p < 0.05$ ) контроля на 25,78%.

**Выводы.** Таким образом, у больных СД 2 типа в обеих группах установлены однонаправленные изменения липидного обмена, которые характеризовались высоким содержанием ХС, низким уровнем альфа-ХС, гипертриглицеридемией. Наиболее выраженные изменения установлены у пациентов II группы. В обеих группах установлено значительное увеличение фракции атерогенных липопротеидов с одновременным снижением ЛПВП. Проведенное исследование позволяет утверждать, что СД является независимым фактором развития атеросклероза у больных с СД 2 типа. Также отмечено, что длительное заболевание СД оказывает влияние на тяжесть проявления гиперлипидемии.

*Мисюра А.В. Ольховский С.О.*

## **АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМЫ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии*

*Заведующий кафедрой – проф. Прилуцкий А.С., научный руководитель – д.мед.н., проф. Михайличенко Т.Е.*

**Цель исследования.** Изучить влияние СД 2-го типа на особенности развития безболевого формы ишемии миокарда (ББИМ).

**Материалы и методы.** Исследовано 30 больных, которые были разделены на две группы. Группу исследования составили 15 больных с СД 2 типа со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения II–III функционального класса (ФК), гипертонической болезнью II стадии (ГБ). Возраст больных группы исследования составил  $62,3 \pm 10,1$  года, индекс массы тела –  $25,8 \pm 8,1$  кг/м<sup>2</sup>. Продолжительность клинически выраженного СД 2-го типа составила  $8,5 \pm 5,1$  года. В данной группе в ходе исследования были выделены шесть больных с ББИМ (40 % от общего количества пациентов с СД). Группу контроля составили 10 пациентов без СД 2 типа в возрасте  $61,4 \pm 8,7$  года со стабильным течением ИБС, стенокардией напряжения II–III ФК в сочетании с ГБ II стадии. Индекс массы тела в группе контроля составил  $25,2 \pm 6,3$  кг/м<sup>2</sup>. В данной группе в ходе исследования выделены двое больных с ББИМ (20 % от общего количества пациентов в группе контроля). Полученные результаты обработаны статистически с применением критерия Стьюдента. Всем пациентам проводили холтеровское мониторирование ЭКГ на аппарате «Кардиотехника-4000» («Инкарт», Россия), с помощью которого осуществляется суточное наблюдение за работой сердца, что позволяет выявить и проанализировать все виды нарушений сердечного ритма, болевых и безболевых приступов ишемии миокарда.

**Результаты.** Обращает на себя внимание то, что ББИМ у пациентов с сопутствующим СД возникала в два раза чаще (40 % от общего количества пациентов с СД), чем у пациентов без СД (20 % от общего количества пациентов в группе контроля). В группе пациентов с сопутствующим СД количество эпизодов ББИМ составляло в среднем 3, а в группе без СД – в среднем 2 ( $p < 0,05$ ), при этом глубина смещения сегмента ST в группе больных с СД была более выраженной:  $ST = 1,60 \pm 0,18$  мм, чем у пациентов без СД:  $ST = 1,05 \pm 0,14$  мм, ( $p < 0,05$ ). ББИМ в группе исследования также отличалась максимальной длительностью эпизода – в среднем составляет 20 мин., что превысило значения в группе контроля, где длительность максимального эпизода ББИМ – в среднем 9 мин., ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Безболевого форма ишемии миокарда на фоне сахарного диабета носит более выраженный характер и отличается большей частотой возникновения и глубиной смещения сегмента ST, более продолжительными эпизодами максимальной длительности ишемии. ББИМ при сопутствующем СД встречается в среднем на 50 % чаще, чем при ББИМ без сахарного диабета и характеризуется более глубокой депрессией сегмента ST и большей продолжительностью отдельных эпизодов ишемии.

## **НЕЙРОХІРУРГІЯ**

*Абдуллина Л.Р.*

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КЕФАЛОГЕМАТОМОЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра нейрохирургии,  
зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., научный руководитель – асс. Ващенко А.В.*

**Цель исследования.** Изучение особенностей тактики ведения новорожденного с кефалогематомой (К).

**Материалы и методы.** Проведен аналитический обзор 15 источников литературы.

**Результаты.** К. – кровоизлияние под надкостницу костей черепа (чаще в области одной или обеих теменных костей), возникающее у 0,4 – 2,5% новорожденных при родах. К. может проявиться четко лишь через несколько часов или дней после рождения. Возможно увеличение К. в размерах вследствие медленного накопления излившейся крови под надкостницей. Данный факт свидетельствует о том, что подход в лечении К. должен быть строго индивидуален. Первые 7 дней следует воздержаться от пункций К. (т.к. она представлена свёртками крови) и использовать фибринолитические гели либо мази. В случае если К. не будет уменьшаться, следует прибегнуть к пункции и аспирации её (после обязательного проведения анализов с целью исключения анемии, тромбоцитопении и нарушения свёртывания крови, с соблюдением

всех правил асептики и антисептики). Это можно выполнить и несколько позже – в течение всей второй недели жизни ребёнка (в этот период свёртки крови уже обычно лизированы). После аспирации К. необходимо наложить давящую асептическую повязку. Незнание принципов лечения данной патологии, может привести к тяжёлым осложнениям: нагноению, оссификации, кровопотере.

**Выводы.** Динамическое наблюдение и правильно выбранная тактика лечения при К. позволит уменьшить частоту осложнений.

*Аль-Шамали Яроб*

## **К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ПЕДАЧЕНКО Г.А.**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького,  
Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., научный руководитель – асс. Ващенко А.В.*

**Цель работы.** Детальнее ознакомиться с жизнью и научной деятельностью выдающегося украинского нейрохирурга профессора Педаченко Георгия Афанасьевича, 90-летие со дня рождения которого приходится на 2013 год.

**Материалы и методы.** Литературные источники.

**Результаты.** Педаченко Георгий Афанасьевич родился 17 июля 1923 года. В 1950 году с отличием окончил Винницкий мединститут и с того же года стал работать в Киевском Институте нейрохирургии: в 1950-1951 годах – клинический ординатор; в 1951-1952 годах – главный врач; в 1953-1954 годах – младший научный сотрудник; в 1954-1956 годах – старший научный сотрудник; в 1969-1987 годах – руководитель отдела нейротравмы и сосудистой патологии головного мозга. Георгий Афанасьевич стал пионером и признанным лидером нового направления – хирургического лечения острых нарушений мозгового кровообращения, в частности мозговых геморрагических инсультов. Внедрение этого направления позволило снизить летальность в два с половиной раза. При непосредственном участии Георгия Афанасьевича был осуществлен комплекс организационных мероприятий, результатом которых стало создание в Киевском Институте нейрохирургии отделения сосудистой хирургии, инсультных бригад скорой медицинской помощи, специализированных инсультных центров. Со временем всё более актуальной становилась проблема черепно-мозговых травм и их последствий. Отдел, которым руководил Георгий Афанасьевич, становится ведущим исполнителем государственных комплексных программ «Черепно-мозговая травма». Он прокладывал также новые направления научных исследований – геронтологическое и соматическое, научно обосновал и внедрил в медицинскую практику эффективную систему хирургического лечения при очаговых поражениях головного мозга, новые, более совершенные методы диагностики и дифференцированного лечения назальной ликвореи. Педаченко Г.А., один из основателей украинской нейрохирургии, был не только талантливый ученый, но и великий труженик. За 50 лет научной и практической деятельности Георгий Афанасьевич, кроме 530 научных работ, в том числе 37 монографий и учебных пособий, выполнил еще и тысячи сложнейших хирургических операций по поводу онкологических, сосудистых и травматических поражений головного мозга. Учёный (кандидатская диссертация – «Ангиография в диагностике опухолей больших полушарий головного мозга», докторская – «Хирургическое лечение мозговых геморрагических инсультов») отлично зарекомендовал себя и в качестве преподавателя. С 1956 года – ассистент, с 1957 года – доцент, а с 1960 по 1993 год – заведующий кафедрой нейрохирургии Киевского Института усовершенствования врачей (доктор медицинских наук с 1965 года, профессор с 1966 года). Его кафедра стала известным научно-практическим центром повышения квалификации нейрохирургов не только Украины, но и всего Советского Союза, специалистов из стран Азии, Африки, Латинской Америки. По-отечески воспитывал и молодые научные кадры. Под руководством Георгия Афанасьевича было выполнено 3 докторских и 34 кандидатских диссертаций. Опубликованные в своё время лекции профессора Педаченко Г.А. до сих пор интересны и актуальны. Умер Георгий Афанасьевич 26 июля 2001 года.

**Выводы.** Педаченко Георгий Афанасьевич сыграл большую роль в становлении и развитии украинской нейрохирургии.

*Бадалян Т.В.*

## **ЭТИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. А.М. Кардаш, научный руководитель – асс. А.В. Ващенко*

**Цель исследования.** Изучить этиологические факторы, ведущие к возникновению и развитию гидроцефалии у детей и взрослых. Изучение клинической картины и методов лечения.

**Материал и методы.** Из историй болезней больных нейрохирургического отделения № 1 и 2 ДОКТМО обнаружили и проследили факторы, ведущие к возникновению и развитию гидроцефалии у детей и взрослых. Изучены различные методы диагностики, клиническая картина и варианты лечения гидроцефалии. Анализ научной литературы по данному вопросу.

**Результаты.** Кроме опухолей (16%) и других объёмных процессов, которые приводят к окклюзии и гидроцефалии, это, во-первых, последствия нейроинфекции в виде слипчивого арахноидита или пахименин-

гита. Во-вторых, это субарахноидальное кровоизлияние, как травматическое, так и (18-30%) спонтанное, обусловленное сосудистой патологией. Следующая по частоте причина развития гидроцефалии в зрелом и преклонном возрасте – это острая или, что бывает чаще, хроническая недостаточность кровообращения и ишемия мозга, которая развивается на почве атеросклероза, различного рода васкулитов, диабетической ангиопатии или гиалиноза сосудов головного мозга. У детей частой причиной развития гидроцефалии являются родовые травмы и внутриутробная цитомегаловирусная инфекция. Бывает также идиопатическая нормотензивная гидроцефалия (19%). Черепно-мозговая травма приводит к гидроцефалии в 11%, аномалии ЦНС – в 2-5%. Клиническая картина хронической водянки складывается, в основном из 3 клинических симптомов, разной степени выраженности (триада Хакима-Адамса): деменция, нарушения походки, недержание мочи – наиболее поздний симптом хронической гидроцефалии: императивные позывы на мочеиспускание, эпизоды недержания мочи в ночное время, постоянное недержание мочи. Диагностика гидроцефалии: клинический осмотр специалиста, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии головного мозга, осмотр нейроофтальмолога, люмбальная пункция (разгрузочная проба). Обычно при хронической гидроцефалии взрослых изменения на глазном дне отсутствуют, т.к. нет повышения внутричерепного давления. При люмбальной пункции диагностируется нормальное давление ликвора, а при выведении 40-60 мл ликвора (если нет противопоказаний) состояние больных на некоторое время улучшается (разгрузочная проба). При КТ головного мозга выявляется симметричное расширение желудочков мозга, преимущественно за счёт баллонообразной дилатации передних рогов, перивентрикулярный лейкоареоз, сглаженность и сужение конвекситальных борозд и субарахноидальных щелей. В настоящее время наиболее эффективным методом лечения таких больных является шунтирующая операция. Шунтирующие операции эффективны более чем в 85% случаев. Принцип операции в следующем – «избыточный» ликвор с помощью систем трубок и клапана выводят в естественные полости организма человека (вентрикуло-перитонеальное шунтирование – в брюшную полость, вентрикуло-атриальное – в правое предсердие и т.д.). В последнее время, благодаря совершенствованию эндоскопической техники, возрос интерес к идее лечения гидроцефалии путём создания анастомоза между III желудочком и базальными цистернами.

**Выводы.** Гидроцефалия – расширение желудочковой системы и субарахноидальных пространств за счёт избыточного скопления ликвора, избыточной продукции или снижения его всасывания. Клиническая картина может быть разнообразна. Выбор метода лечения должен быть всегда индивидуализирован.

*Белоусов А. Ю.*

### **ПОВРЕЖДЕНИЕ ГЕМАТО-ЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА (ГЭБ) КАК ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОТЁКА-НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (ЧМТ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. А.М. Кардаш, научный руководитель – асс. А.В. Ващенко*

**Цель исследования.** Доказать ведущую роль повреждения ГЭБ при развитии отёка-набухания головного мозга в условиях ЧМТ.

**Материалы и методы.** Данные отечественной и зарубежной литературы.

**Результаты.** ГЭБ – особое анатомическое образование, основу функционирования которого составляют капилляры головного мозга, имеющие ряд морфологических особенностей, отличающих их от капилляров других органов. Экспериментально установлено, что в первые сутки после ЧМТ происходит нарушение проницаемости ГЭБ, приводящее к развитию вазогенного отёка мозга. Первично отёк развивается преимущественно в белом веществе, внеклеточно. В дальнейшем, одновременно к вазогенному присоединяется и цитотоксический отёк мозга. Он развивается внутриклеточно в белом и в сером веществе. Следует подчеркнуть, что в клинических условиях изучение функции ГЭБ крайне затруднено. Обычно степень нарушения проницаемости ГЭБ оценивают по соотношению концентрации альбумина в ликворе и крови, которое в норме находится в пределах от 5 до 8 единиц. Опираясь на вышеприведенные данные, можно предположить, что это соотношение должно отражать вазогенную составляющую отёка мозга и подобный методический подход не лишён перспектив, однако, на сегодняшний день пока нет надежных и значимых для практического врача клинических методов изучения проницаемости ГЭБ для оценки отёка головного мозга.

**Выводы.** Изучение особенностей повреждения ГЭБ при ЧМТ может послужить основой для разработки принципиально новой стратегии восстановительной терапии, как ведущего направления в лечении ЧМТ.

*Белоусов А.Ю.*

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ (ПЭТ) В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. А.М. Кардаш, научный руководитель – асс. А.В. Ващенко.*

**Цель исследования.** Проанализировать основные возможности и перспективы применения метода

позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в нейрохирургической клинике на этапе диагностики опухолей головного мозга.

**Материалы и методы.** Рассмотрены и проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы.

**Результаты.** ПЭТ - это развивающийся диагностический и исследовательский метод ядерной медицины. В его основе лежит возможность при помощи специального детектирующего оборудования отслеживать распределение в организме соединений, меченых позитрон-излучающими радиоизотопами, период полураспада которых составляет несколько минут. При ПЭТ используют различные радиофармпрепараты, меченые кислородом, углеродом, азотом, глюкозой, т.е. естественными метаболитами организма, которые включаются в обмен веществ вместе с собственными эндогенными метаболитами. В результате становится возможной оценка процессов, протекающих на клеточном уровне. Потенциал ПЭТ в значительной степени определяется арсеналом доступных радиофармпрепаратов (РФП). В отличие от стандартных методов, прежде всего обеспечивающих анатомическое изображение органа, при ПЭТ возможно оценивать функциональные нарушения на уровне клеточного метаболизма, наблюдаемые уже в ранних, доклинических стадиях заболевания, когда структурные методы визуализации не выявляют каких-либо патологических изменений. В настоящее время ПЭТ - одно из самых высокоточных и высокотехнологичных исследований, применяющихся в диагностике различных заболеваний нервной системы, весомое место среди которых занимают новообразования. Хотя компьютерная и магнитно-резонансная томография (МРТ) и позволяют получать достоверную информацию о локализации и объеме опухолевого поражения мозговой ткани, они не дают возможность с высокой точностью дифференцировать доброкачественное поражение мозга от злокачественного. Кроме того, структурные методы нейровизуализации не обладают достаточной специфичностью, например, чтобы дифференцировать рецидив опухоли от лучевого некроза. В этих случаях ПЭТ непременно становится методом выбора. Наряду с 18-фтордезоксиглюкозой для диагностики опухолей головного мозга используют другие радиофармпрепараты, например  $^{11}\text{C}$ -метионин или  $^{11}\text{C}$ -тирозин. В частности, ПЭТ с  $^{11}\text{C}$ -метионином - более чувствительный метод выявления астроцитом, чем ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой. Также его можно применять для оценки степени злокачественности опухолей. ПЭТ с  $^{11}\text{C}$ -тиозином позволяет более точно дифференцировать злокачественную опухоль от доброкачественных новообразований мозга. Кроме того, высоко- и низкокодифференцированные опухоли головного мозга показывают различную кинетику поглощения данного РФП.

**Выводы.** Таким образом, делая выводы из вышесказанного, следует еще раз подчеркнуть значительную роль метода ПЭТ, как ведущего на современном этапе диагностики опухолей головного мозга. Чрезвычайно перспективным представляется внедрение методики, предусматривающей одномоментное выполнение МРТ и ПЭТ с последующим совмещением полученных изображений, что позволит получать максимум информации как о структурных, так и о функциональных изменениях в различных отделах мозговой ткани.

*Военный И.В., Евдокимова В.Л., Северин Д.Г., Галалу М.Н.*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.  
Кафедра нейрохирургии, заведующий кафедрой - проф. Кардаш А.М.,  
научный руководитель - асс. Коровка С.Я.*

**Цель:** изучить краниофациальную травму в условиях клиники нейрохирургии ДОКТМО, способы и методики хирургического лечения данного заболевания.

**Материалы и методы:** проведен анализ 40 историй болезни в клинике нейрохирургии ДОКТМО с 2010 по 2012. Среди механизмов травмы преобладали дорожно-транспортные происшествия и криминальная травма. При проведении комплекса исследований у больных, перенесших черепно-мозговую травму проводились компьютерная томография, рентгенография, осмотры смежных специалистов. В 22 случаях имелась закрытая черепно-мозговая травма, а у 18 диагностированы открытые повреждения черепа и головного мозга. В 70 % случаев травма осложнялась внутрочерепными гематомами и гидромами.

**Результаты:** оперативный доступ должен определяться под визуальным контролем в зоне вмешательства, минимизацией оперативного вмешательства, сохранение собственных структур с возможностью дальнейшего проведения реконструктивной операции (при открытых переломах вопрос о реконструктивной операции ставился через 2 месяца для профилактики септических осложнений). В неотложной ситуации с повреждением околоносовых пазух и твердой мозговой оболочки с целью пластики использовался как синтетический материал (тахокомб, сержесел) так и аутоматериал (надкостница, апоневроз, широкая фасция бедра). В послеоперационном периоде был установлен люмбальный дренаж для санации ликвора и предупреждения инфекционных осложнений.

**Выводы:** особенностью данных операций является не только спасение жизни больного, но и эстетический аспект, влияющий на дальнейшее качество жизни пациента в социуме.

*Гриценко О.О., Военный И.В., Захарчук А.Н., Стецик В.Ю.***ЛЮМБАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛИКВОРРЕИ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.**Кафедра нейрохирургии, заведующий – проф. Кардаш А.М., научный руководитель – асс. Коровка С.Я.*

**Цель.** Изучить лечение посттравматической ликворреи с помощью люмбального дренажа, проанализировать качество этого способа.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 20 историй болезни в клинике нейрохирургии ДОКТМО с 2010 по 2012 с тяжелой открытой проникающей ЧМТ, назальной и отоликвореей, сопровождающиеся массивной пневмоцефалией. Возраст больных от 18 до 65 лет. Объем исследования у пострадавших включал: клиническую оценку состояния больных с тяжелой ЧМТ, определение уровня сознания (шкала ком Глазго); первичная оценка функционального состояния ЦНС (компьютерная томография головного мозга (КТ). Инвазивный метод длительного наружного дренирования осуществлялся при помощи системы для перидуральной анестезии.

**Результаты.** При проведении КТ исследования получены четкие информативные параметры, характеризующие все компоненты внутричерепного содержимого, что дало возможность проследить динамику развития тяжелой ЧМТ, в частности дать оценку пневмоцефалии. Обследование 20 больных с ЧМТ показало, что в большинстве случаев (12 пациентов) по данным КТ исследования на 5-е сутки после постановки люмбального дренажа отмечалось отсутствие пневмоцефалии, диагностировали отек-набухание белого и серого вещества с редукцией мозгового кровотока.

**Выводы.** Метод дренирования ликвора путем люмбального дренажа является перспективным способом лечения посттравматической ликворреи. Однократная постановка системы заменяет ежедневные люмбальные пункции, позволяет предупредить инфекционные осложнения.

*Кубышкина А.Ю., Хаматдинова Ю.Р.***В ПАМЯТЬ АКАДЕМИКА А.П. РОМОДАНОВА (20-ЛЕТИЕ СО ДНЯ СМЕРТИ)***Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького,**Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., научный руководитель – асс. Ващенко А.В.*

**Цель работы.** Детальнее ознакомиться с жизнью и научной деятельностью выдающегося украинского нейрохирурга академика А.П. Ромоданова.

**Материалы и методы.** Литературные источники.

**Результаты.** Андрей Петрович Ромоданов – советский украинский нейрохирург, создатель научной школы, доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР. Родился 11 ноября 1920 г. в г. Лубны Полтавской области. В 1942 году окончил Киевский медицинский институт, эвакуированный в город Челябинск. В годы Великой Отечественной войны был в действующей армии в качестве командира санитарной роты полка, начальника отдельного медицинского санитарного батальона на Западном и 1-м Украинском фронтах. В 1949 г. А.П. Ромоданов окончил аспирантуру, в 1949–1950 гг. заведовал отделением Киевского института психоневрологии. В 1950 г. стал заведовать детским отделением Киевского института нейрохирургии, в 1951 г. работал заместителем директора по научной части, с 1964 г. – директор этого института. Научные работы Андрея Петровича посвящены преимущественно диагностике и хирургическому лечению черепно-мозговой травмы, вопросам детской нейрохирургии, опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга, эпилепсии. Его кандидатская диссертация посвящена диагностике и лечению травматических гранулём головного мозга. В 1963 году защищена докторская диссертация на тему «Опухоли головного мозга у детей». Ромоданов А.П. разработал принципы оказания специализированной нейрохирургической помощи, создал первые в Украине специализированные учреждения для комплексного лечения больных эпилепсией. Ему также принадлежат исследования по вопросам диагностики и лечения последствий и осложнений огнестрельных черепно-мозговых ранений, внутричерепных кровоизлияний. В 1974 году был избран академиком АМН СССР. В 1980-е годы сотрудники Киевского института нейрохирургии под руководством А.П. Ромоданова разработали принципы хирургического лечения артериальных и артериовенозных аневризм головного мозга, химиотерапии злокачественных внутримозговых опухолей. Институт стал центром международного сотрудничества по нейроонкохимиотерапии. При участии А.П. Ромоданова разработана эффективная методика восстановительного лечения нарушений двигательных функций после травм, сосудистых заболеваний, удаления опухолей головного мозга. При Институте создан отдел реабилитации и на его базе организована первая в СССР кафедра реабилитации неврологических и нейрохирургических больных Киевского института усовершенствования врачей. А.П. Ромоданов обоснованно признан создателем научной школы нейрохирургов в Украине. Он был главным нейрохирургом Министерства здравоохранения Украинской ССР. Авторству Ромоданова А.П. принадлежит 450 научных работ, из них 25 монографий, 23 авторских свидетельства, посвящённых основным разделам нейрохирургии. Ромоданов А.П. подготовил 30 докторов и 52 кандидатов наук. Ромоданов А.П. награждён двумя орденами Ленина, орденом Отечественной войны 1-й и 2-й степени, орденом Трудового Красного Знамени, двумя орденами

Красной Звезды, орденом Октябрьской Революции. Умер Андрей Петрович 5 августа 1993 года. В том же году его имя было присвоено Институту нейрохирургии, который он и возглавлял.

**Выводы.** Андрей Петрович Ромоданов сыграл ведущую роль в становлении и развитии украинской нейрохирургии.

*Лемешов А.С.*

## **К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОТКРЫТИЯ ПЕРВОГО В МИРЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., науч. руков. – асс. Ващенко А.В.*

**Цель исследования.** Ознакомиться с историей открытия первого в мире нейрохирургического отделения, 115-летие которого приходится на 2013 год.

**Материалы и методы.** Литературные источники.

**Результаты.** Нейрохирургия выделилась из хирургии и неврологии и сформировалась как самостоятельная специальность на рубеже XIX и XX вв. С конца XIX в. хирургические вмешательства на нервной системе стали привлекать всё большее внимание видных хирургов и невропатологов. Важной вехой в развитии нейрохирургии явился ноябрь 1898 г., когда выдающийся русский психоневролог академик В.М. Бехтерев (1857–1927) открыл в г. Санкт-Петербурге при клинике нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии первое в мире отделение «хирургической невропатологии» на 20 коек со специальной операционной для «мозговой хирургии». На её открытии В.М. Бехтерев произнёс слова, предопределившие путь становления нейрохирургии: «Если нынешние врачи-невропатологи ещё обращаются за помощью к хирургам, то будущее поколение уже наверное не будет нуждаться в этом. Взявшись за нож, оно само будет выполнять то, что принадлежит ему по праву». В операционной начали систематически проводиться оперативные вмешательства. В первое время их осуществляли ведущие хирурги Санкт-Петербурга: Н.А. Вельяминов, М.С. Субботин, Р.Р. Вреден, Е.В. Павлов.

**Выводы.** Владимир Михайлович Бехтерев сыграл большую роль в становлении нейрохирургии, открыв первое в мире нейрохирургическое отделение.

*Лемешов А.С.*

## **БЕССИМПТОМНЫЕ ЛИНЕЙНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра нейрохирургии, зав. каф. – проф. Кардаш А.М., науч. руков. – асс. Ващенко А.В.*

**Цель исследования.** Изучить бессимптомное течение черепно-мозговых травм (ЧМТ) у детей при наличии линейных переломов костей черепа.

**Материал и методы.** Изучены истории болезни детей, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении (НХО) №2 Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения в 2010 г. по поводу ЧМТ с линейными переломами черепа, у которых не отмечались характерные для таких ЧМТ симптомы – потеря сознания, рвота, выраженная неврологическая симптоматика (28 наблюдений).

**Результаты.** В исследуемой выборке дети травмировались при различных обстоятельствах: большинство детей – при падениях с высоты своего роста или с высоты от 40 см до 2 м (с дивана, коляски, манежа, кровати, кресла, балкона, падение в колодец), на одного ребёнка упал телевизор. Дети травмировались в различном возрасте: - грудной – 60%, - ранний детский – 23%, - первого детства – 3%, - второго детства – 3%. Переломы локализовались в следующих областях: - лобной – 11%, - затылочной – 32%, - теменной – 46%, - височной – 11%. Местные травматические изменения ограничивались наличием поднадкостничной гематомы и/или ссадины. В 62% наблюдений переломы сопровождалась только поднадкостничной гематомой, частота в различных областях следующая: в лобной – 3%, затылочной – 7%, теменной – 49%, височной – 3%. В 31% наблюдений имелись ссадины. Как правило, переломы подтверждались на компьютерной томографии (КТ) и краниограммах, но в 7% перелом был обнаружен только при краниографии (хотя КТ производилась), а в 6% только при КТ (краниография в этих наблюдениях не производилась). В 7% линейный перелом переходил на основание черепа (без ликвореи). В зависимости от динамики состояния ребёнка лечение в НХО длилось от 5 до 12 койко-дней. Внутричерепной гипертензии у детей не было (в частности, отсутствовали соответствующие изменения на глазном дне и КТ-признаки интракраниальной гематомы). В 24% от всего количества наблюдений проводилась пункция и аспирация поднадкостничной гематомы. У многих больных (78%) вскоре после госпитализации была выявлена анемия лёгкой степени (хотя в анамнезе жизни указаний на неё не было), проявлявшаяся сниженным гемоглобином на фоне нормального количества эритроцитов. Только в одном наблюдении был произведен контрольный анализ крови перед выпиской, имелась положительная динамика – уровень гемоглобина повысился. В 93% наблюдений отмечалась брадикардия, в 89% – имелось брадипноэ. Все больные были выписаны с улучшением.

**Выводы.** Бессимптомные (без рвоты, потери сознания, неврологической симптоматики) линейные пе-

реломы встречаются у детей, как правило, грудного возраста и раннего детства. Часто отмечалась анемия лёгкой степени, брадикардия, брадипноэ. Бессимптомность переломов имела место даже при значительной силе удара (как падение на голову телевизора или падение ребёнка в колодезь) и при переходе линий переломов в некоторых случаях на основание черепа. В клинической практике могут возникать трудности со своевременным диагностированием ЧМТ даже в тех случаях, когда имеются линейные переломы черепа.

*Молчанова С.Г., Гриценко О.О., Захарчук А.Н., Кумурджи А.М.*

### **СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.*

*Кафедра нейрохирургии, заведующий - д.м.н., проф. Кардаш А.М., научный рук. – асс. Коровка С.Я.*

**Цель.** Провести анализ отека головного мозга и его сдавления при острых субдуральных гематомах.

**Материалы и методы:** проведен анализ 60 историй болезни в клинике нейрохирургии ДОКТМО с 2009 по 2011 с тяжелой ЧМТ с наличием субдуральной гематомы, осложнившейся выраженным отеком-набуханием головного мозга. Возраст больных от 23 до 57 лет. В ходе исследования были сформированы 2 группы в зависимости от выраженности степени компенсации. В первую группу вошли 34 (56,6 %) исследуемых с умеренной клинической декомпенсацией. Вторая группа представлена 26 (43,4 %) пациентами, находящихся в состоянии грубой клинической декомпенсации функций.

**Результаты и обсуждение:** учитывая данные компьютерной томографии, наибольшее различие имелось в реакции поперечной цистерны. У пострадавших первой группы в 91,2 % случаях отмечалось сдавление щели Биша и сужение просвета цистерн, что свидетельствовало об умеренной ее деформации. Во второй группе имелась выраженное смещение срединных структур, поперечная цистерна практически не была видна, слабо дифференцировалась цистерна моста и III желудочка.

**Выводы:** в остром периоде черепно-мозговой травмы степень тяжести и утраты функции мозга зависела от объема кровоизлияний и резервных возможностей полости черепа. Грубую декомпенсацию функции определяет не только степень дислокации мозга гематомой, но и ее диффузное увеличение, связанное с развитием полнокровия и отека головного мозга.

*Сигитова Е.В.*

### **ЗАВИСИМОСТЬ ИСХОДОВ ОНМК ОТ ВРЕМЕНИ УСТАНОВКИ ДАТЧИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., науч. руководитель – асс. Ващенко А.В.*

**Цель исследования.** Определить зависимость исходов острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) от времени установления датчика внутричерепного давления (ВЧД).

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование девяти пациентов с геморрагическими и ишемическими инсультами, лечившихся в нейрохирургическом отделении (НХО) №3 Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) в период с IX.2010г. по VI.2012г., и которым были установлены датчики внутричерепного давления.

**Результаты.** Так как измерение и контроль ВЧД позволяет проводить направленную терапию отёка головного мозга, профилактику дислокационных нарушений и развития церебральной ишемии, то мониторинг ВЧД является составной частью многопараметрического мониторинга. А в случае ОНМК измерение ликворного давления в боковых желудочках головного мозга становится золотым стандартом оценки ВЧД. Данный метод позволяет не только оценить ВЧД, но и активно корректировать внутричерепную гипертензию, используя дренирование ликвора через наружный вентрикулярный дренаж. ОНМК представляет собой одну из важнейших медико-социальных проблем современного общества: 385 случаев на 100 тыс. населения в юго-восточных областях Украины и 188 на 100 тыс. – в западных. Поэтому считаем актуальным провести анализ, цель которого изложена выше. Возраст больных был от 12 до 70 лет, средний – 46,1±5,4 лет. 5 больных – мужского пола (56%) и 4 – женского (44%). Пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу – 42%, по геморрагическому типу – 25% и по смешанному типу – 33%. В отделении сосудистой нейрохирургии используются датчики ВЧД фирмы «Codman». Было установлено 7 вентрикулярных датчиков и 2 паренхиматозных. Максимальное ВЧД колебалось в среднем от 41,1±5,4 рт. ст. Длительность мониторинга – 3, 6, 8 суток. Следует отметить, что почти 77% больных было госпитализировано в первые трое суток с момента заболевания. Первая группа пациентов – умершие (7 человек – 78%), вторая – выжившие (2 человека – 22%). Средний возраст пациентов в первой группе составил 44,7±8,2 лет, во второй – 36,5±4,3. Количество пациентов в первой группе с ОНМК по геморрагическому типу – 3 (43%), по ишемическому – 3 (43%), по смешанному – 1 (14%). Во второй группе: по смешанному – 1, по геморрагическому – 1. Умерло 4 мужчины и 3 женщины, соответственно выжили 1 мужчина и 1 женщина. Так в группе из семи умерших среднее ВЧД составило 28,6±2,7 рт. ст., датчики установлены на третьи сутки после поступления, а у пациентов, которые выжили, среднее ВЧД – 12,5±2,7 рт.



ст., датчики установлены в первые сутки после госпитализации. В первой группе было отмечено 6 случаев разрыва мешотчатых аневризм, среди которых 3 – передней соединительной артерии, левой внутренней сонной артерии (ВСА) – 2 случая и один случай – гигантской аневризмы левой средней мозговой артерии. Во второй группе был отмечен один случай разрыва мешотчатой аневризмы (правой ВСА). Стоит отметить, что уровень сознания у подавляющего большинства пациентов первой группы колебался в пределах комы 1-2 степени, а у пациентов второй – от комы 1 степени до сопора.

**Выводы.** Таким образом, пролонгация установки датчика ВЧД является прямой угрозой для развития выраженной внутричерепной гипертензии и смерти.

*Сигитова Е.В.*

## **ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,*

*Кафедра нейрохирургии, зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М., науч. руководитель – асс. Ващенко А.В.*

**Цель.** Проанализировать трудности, возникающие при лечении детей с внутричерепными кровоизлияниями, возникающие на разных этапах оказания помощи.

**Материалы и методы.** Проанализировано 48 наблюдений внутричерепных кровоизлияний у детей, лечившихся в нейрохирургическом отделении (НХО) №2 Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) за 9 месяцев (январь-сентябрь) 2012 года.

**Результаты.** Внутричерепные кровоизлияния были различного генеза. 35 детей с травматическими кровоизлияниями, 5 – с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу, 3 ребёнка с перинатальными кровоизлияниями, 5 детей с кровоизлияниями, обусловленными коагулопатией (в трёх случаях причиной коагулопатии явилась изолированная внутриутробная TORCH-инфекция, в одном случае внутриутробная TORCH-инфекция сочеталась с разрывом артериовенозной мальформации, подтвержденной на аутопсии, в одном наблюдении причина коагулопатии установлена не была). Трудности, возникающие при оказании помощи детям с данной патологией можно разделить на три уровня: догоспитального этапа, госпитального этапа в районных или городских больницах и госпитального этапа в ДОКТМО. Трудности ранней диагностики и дифференциального лечения на госпитальном этапе в районных или городских больницах заключаются в недостаточной укомплектованности данных лечебных учреждений необходимым диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, УЗИ, оснащение лаборатории). В таком случае пролонгация установления характера внутричерепных структурных изменений с точки зрения принципов неотложной нейрохирургии и опасности внутричерепных кровоизлияний приобретает фатальное значение. Однако при поступлении данных пациентов в клинику нейрохирургии ДОКТМО им проводится весь перечень лечебно-диагностических мероприятий, к которым относятся: КТ (МРТ) головного мозга, в том числе в динамике, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, исследование на TORCH-инфекцию и консультации узкопрофильных специалистов. По показаниям проводится нейрохирургическое вмешательство. Трудности оказания помощи в НХО№2 ДОКТМО данному контингенту больных связаны с возрастными особенностями в осуществлении венозного доступа и материально-техническим оснащением (отсутствие УЗ-аппарата в НХО№2). Последнее затрудняет применение малоинвазивных оперативных методик лечения и делает необходимым проведение многократного КТ-контроля (несмотря на лучевую нагрузку), требующего анестезиологического пособия и транспортировки ребёнка (принцип «пациент к аппарату»).

**Выводы.** Преодоление вышеуказанных барьеров станет полезным в повышении эффективности медицинской помощи детям с внутричерепными кровоизлияниями.

*Царев А.В., Кожушаная Е.А., Скляр Н.А., Блинова Н.И.*

## **АСПЕКТЫ ПЛАСТИКИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.*

*Кафедра нейрохирургии, заведующий – проф. Кардаш А.М., научный руководитель – Военный И.В.*

**Цель.** Изучить аспекты пластики костных дефектов черепа в Донецкой области, методику хирургического лечения.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ оперативного лечения больных с дефектами покрова и костей черепа различного генеза в нейрохирургических отделениях Донецкой области и областном ожоговом центре за период с 2005 по 2009 г. Оперировано 798 больных, из них с дефектом мягких тканей покрова черепа – 334 (41,8%), с дефектом костей черепа – 416 (52,1%), с дефектами мягких тканей и костей черепа – 48 (6,1%). По локализации выделили костные дефекты: лобной – 81 (18,5%), теменной – 116 (27,8%), височной – 58 (13,9%), затылочной – 12 (2,9%), фронто-орбитальной области – 20 (4,8%), обширные дефекты с вовлечением двух и более областей – 129 (31%).

**Результаты и обсуждение.** Положительный косметический и функциональный результат получен во всех случаях независимо от используемого материала (протакрил или титановые пластины) и, по нашему мнению,

оба материала могут быть широко использованы в пластической нейрохирургии. При первичной пластике иногда костные фрагменты фиксировались между собой протакрилом, участками титановых пластин. Часто при выполнении костно-пластической трепанации по необходимости приходилось «раскусывать» костный дефект до больших размеров. При установке костного фрагмента на место пластику выкушенного участка проводили протакрилом.

**Выводы.** Удобным в технологии изготовления пластин и по малой стоимости является протакрил. Применение титановых пластин сокращает сроки операции и исключает возможность такого осложнения как подвижность пластины.

## НЕОНАТОЛОГІЯ

*Меньшикова А.О., Дубровна Ю.Ю., Шиш С.В.*

### **НЕІНВАЗИВНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЧИ СРАР: ЩО ЕФЕКТИВНІШЕ ПІСЛЯ ПЕРВИННОЇ ЕКСТУБАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ?**

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівська обласна клінічна лікарня, Кафедра педіатрії, завідувач кафедри – проф. Няньковський С.Л., науковий кер. – проф. Добрянський Д.О.*

**Мета дослідження.** Встановити ефективність неінвазивної вентиляції недоношених новонароджених.

**Матеріали та методи дослідження.** Під спостереженням знаходились 46 глибоконедоношених немовлят з респіраторним дистрес-синдромом (РДС). Критеріями включення у дослідження були: маса при народженні  $\leq 1500$  г; наявність РДС і початковий період лікування за допомогою ШВЛ. Після першої екстубації дітей рандомізовано розподіляли у дві групи: основну (асинхронна неінвазивна вентиляція [NIPPV] – 24 дітей) і контрольну (СРАР – 22 дітей). У сформованих групах порівнювали частоту бронхолегеневої дисплазії (БЛД) і найважливіших захворювань (ускладнень), пов'язаних з передчасним народженням, а також потребу повторних інтубацій. БЛД визначали за необхідністю призначити додатковий кисень або дихальну підтримку у скоригованому віці 36 тиж немовлятам з кисневою залежністю протягом неонатального періоду. Визначений режим дихальної підтримки застосовували за протоколом мінімум 72 год.

**Результати.** Сформовані групи не відрізнялись за масою тіла і гестаційним віком при народженні (відповідно  $1062,92 \pm 209,79$  г і  $28,21 \pm 1,86$  тиж в основній проти  $1146,82 \pm 190,32$  г і  $29,27 \pm 2,074$  тиж у контрольній групі;  $p > 0,05$ ), частотою антенатального призначення стероїдів (відповідно 12 (50%) проти 10 (45%) випадків;  $p = 0,76$ ), використання кесарського розтину (відповідно 13 (54%) проти 9 (41%) випадків;  $p = 0,37$ ), інтубації після народження (відповідно 16 (67%) проти 17 (77%) дітей;  $p = 0,42$ ), а також за тривалістю початкового періоду ШВЛ (21 [4-189] год проти 15,5 [2-146] год;  $p = 0,16$ ), віком (36 [11-216] год проти 40,5 [10-364] год;  $p = 0,68$ ) і важкістю стану (оцінка за шкалою SNAPPE-II – 36 [15-63] балів проти 32 [15-60] балів;  $p = 0,19$ ) на момент залучення у дослідження. Проте, новонародженим з основної групи частіше вводили сурфактант (відповідно 18 (75%) проти 10 (45%) випадків;  $p = 0,04$ ). Оцінку за Апгар  $< 4$  балів на 5 хв. мали 3 дітей (12,5%) з основної й 1 немовля (4,55%) з контрольної групи ( $p = 0,34$ ). РДС 3-4 стадії діагностовано у 9 новонароджених (38%) в основній проти 4 дітей (18%) у контрольній групі ( $p = 0,14$ ). БЛД сформувався у 8% дітей з основної й у 14% немовлят з контрольної групи. Потреба у повторній інтубації упродовж перших 72 год виникла відповідно у 17% й у 14% дітей; внутрішньошлуночкові крововиливи 3-4 ст. було діагностовано у 8% і 5% немовлят; відкриту артеріальну протоку – у 63% і 36% новонароджених (для всіх показників  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Неінвазивна вентиляція (НВ) і СРАР мають приблизно однакову клінічну ефективність як методи дихальної підтримки після початкової екстубації глибоконедоношених новонароджених. Частота БЛД була майже удвічі нижчою у немовлят, в яких після екстубації застосовували НВ, хоча відмінність не були статистично вірогідною через відносно невелику кількість пацієнтів. Однією з причин недостатньої порівняльної ефективності неінвазивної вентиляції може бути відносно пізні її застосування.

*Артюмова Н.С., Шахова В.Ю.*

### **АСОЦІАЦІЇ МІЖ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ GSTT1, GSTM1, GSTP1 ТА РОЗВИТКОМ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна, Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, науковий керівник – проф., завідувач кафедри – проф. Похилько В.І.*

**Мета дослідження.** Вивчити частоту розвитку внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК) у передчасно народжених дітей, стратифікованих залежно від генотипів генів сімейства глутатіон-S-трансфераз: GSTT1, GSTM1, GSTP1.

**Матеріали та методи.** У дослідження включені передчасно народжені діти ( $n = 120$ ) з гестаційним віком від 27 до 36 тижнів, масою при народженні від 750 г до 2500 г, які лікувалися у відділеннях інтенсивної терапії лікувальних закладів м. Полтави. Нами вивчалася частота ВШК за даними нейросонографії. Ступінь ВШК визначали за L.A.Papile. Перивентрикулярну лейкомаляцію (ПВЛ) встановлювали при наявності кистозної

дегенерації мозку. Поліморфізм генів вивчали молекулярно-генетичними методами.

**Результати дослідження.** Згідно проведених досліджень, гестаційний вік, маса при народженні, стать, місце проживання батьків у групі дітей з нефункціональними алелями генотипів *GSTT1* та *GSTM1* генів достовірно не відрізнялися від таких характеристик у групі дітей з функціональними алелями генотипів вказаних генів. Не виявлено зв'язку між наявністю у дитини поліморфізму генів *GSTT1* або *GSTM1* та частотою розвитку ВШК III–IV ступенів, ПВЛ. Констатовано достовірно вищу частоту ВШК III–IV ступенів серед дітей з генотипом GG *GSTP1* гену, ніж серед дітей з генотипом AA (відповідно 37,5 % проти 0 %,  $p < 0,01$ ) та AG (відповідно 37,5 % проти 5,1 %,  $p < 0,05$ ). Частота ПВЛ у немовлят з GG та AG генотипами достовірно не відрізнялася від частоти зазначеної патології у дітей з AA генотипом.

**Висновки.** З'ясування генетично зумовлених особливостей перебігу певних захворювань у передчасно народжених дітей є надзвичайно необхідним для визначення стратегії надання оптимальної медичної допомоги даному контингенту дітей. Наявність у пацієнтів неонатальних відділень інтенсивної терапії поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз може впливати на розвиток ВШК, що зумовлює доцільність розроблення індивідуалізованих програм профілактики виникнення зазначеної патології у даного контингенту дітей. Доцільним є проведення подальших досліджень на більшій когорті пацієнтів та аналіз комбінацій поліморфізму декількох генів з метою визначення ступеня впливу генетичної детермінанти на розвиток ВШК у передчасно народжених дітей.

*Бойчук О.Р., Панова Ю.А.*

### **ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра неонатологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Батман Ю.А., научный рук. – доц. Головки О. К.*

**Цель исследования.** Выявление значимых причин задержки внутриутробного развития (ЗВУР), особенностей адаптации и течения раннего неонатального периода у детей со ЗВУР.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализировано 58 историй новорожденных со сроком гестации от 29 – до 40 недель (из них 32 – недоношенных ребенка).

**Результаты.** При оценке этиологии ЗВУР, были выделены 4 основные группы факторов риска заболевания: социально – биологические, материнские, плацентарные, плодовые. В группе социально – биологических факторов уточнялись возраст рожениц, их профессия и род занятий. Выявлено, что в 10,3% случаев отмечалось рождение детей со ЗВУР от возрастных первородящих, 43,1% женщин были неработающими, в половине случаев имеющих низкий материальный уровень в семье; 8,6% родильниц были студентками, имеющих психологические и физические нагрузки, а также недостаточное и несбалансированное питание. В результате изучения материнских факторов, ведущее место заняли инфекционные заболевания во время беременности – 25,8%, патология почек – 6,9% случаев, в 3,4% – воспалительные заболевания женских половых органов. Важное место среди патологий беременности занимает фетоплацентарная недостаточность (25,8% случаев). Наличие в анамнезе аборт (38,2%, из них 7,2% были самоаборт), ухудшающих течение данной беременности, угроза прерывания беременности (23,6%), токсикозы беременности (10,9%), анемия (16,3%), преэклампсия (16,3%). В группе плацентарных факторов риска выявлены: дефекты развития плаценты (5,4%), аномалии прикрепления ее, тугое обвитие пуповины (7,2%), абсолютно короткая пуповина (1,8%). Патология, возникающая при родах: раннее отхождение околоплодных вод (14,5%), наличие общеравномерносуженного таза, стремительные роды, послеродовые кровотечения (5,4%). Группу плодовых факторов риска составили: многоплодная беременность, наследственная аномалия обмена веществ, генерализованная внутриутробная инфекция. При рождении были установлены: дистресс плода и асфиксия новорожденного средней тяжести в 12 случаях и тяжелая – в 2 случаях. У двоих детей она сочеталась с синдромом аспирации мекония. 9 новорожденных из исследуемой группы нуждались в реанимационных мероприятиях, 14 новорожденных длительно наблюдались и лечились в ПИТе. Термоллабильность отмечена в 50%, чаще проявляющаяся гипотермией. Синдром полицитемии наблюдали у 7 детей со ЗВУР. Практически у всех детей были выявлены метаболические нарушения в виде гипогликемии на уровне 1,5–1,7 ммоль/л в первые трое суток жизни и менее 2,2 ммоль/л в более старшем возрасте. У одного ребенка документирована ятрогенная гипергликемия при инфузии глюкозы. В трех случаях лабораторно (1,5–1,68 ммоль/л) подтверждена гипокальциемия. У детей, ЗВУР которых был обусловлен генерализованной инфекцией, отмечен выраженный геморрагический синдром, вначале расцениваемый как проявление геморрагической болезни новорожденных, а затем трактуемый как расстройство гемостаза. У одного из них диагностировано внутречерепное кровоизлияние.

**Выводы:** Согласно проведенному исследованию выявлено, что наиболее частыми факторами риска рождения детей со ЗВУР являются патология беременности и родов (фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания и токсикозы беременности, анемия, предшествующие аборт), соматические и инфекционные заболевания матери как до беременности, так во время нее.

*Бойчук О.Р.***КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра неонатологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Батман Ю. А., научный руководитель – доц. Головки О. К.***Цель исследования:** Определить критерии прогнозирования ретинопатии недоношенных новорожденных.**Материалы и методы:** В процессе исследования ретроспективно нами проанализировано 48 историй недоношенных новорожденных со сроком гестации от 26 – до 30 недель и массой тела при рождении от 600,0 до 1500,0 г. Все дети консультированы и наблюдались в динамике окулистом в возрасте 4 – 6 недель жизни. Диагноз выставлен на основании данных непрямой офтальмоскопии и УЗИ.**Результаты:** При оценке этиологии ретинопатии недоношенных (РН) нами были выявлены 3 ведущих группы факторов риска: антенатальные, интранатальные и постнатальные. В группе антенатальных факторов риска преобладали инфекционные заболевания (48,5%), анемия беременных (33,3%), артериальная гипертензия (28,2%), эндокринная патология (10,4%). Все эти факторы привели к рождению ребенка с очень низкой и экстремально низкой массой тела, тем самым повышая риск развития РН. В группе интранатальных факторов риска по развитию РН значимой была асфиксия в родах: асфиксия средней тяжести отмечалась в 21,7% , а тяжелая - в 78,3%. У этих новорожденных в 28,3 % она была обусловлена отслойкой нормально расположенной плаценты, в 19,1% - документирован длительный безводный период более 12 ч . Низкая оценка по шкале Апгар до 4 баллов и менее в обследуемой группе детей, и незначительное ее повышение на 5-й минуте свидетельствовало о тяжести гипоксии, которая способствовала не только развитию тяжелых форм перинатального поражения центральной нервной системы, но и развитию РН. Респираторный дистресс требовал длительной кислородной терапии и высоких концентраций кислорода у этих детей. 78,4% новорожденных получали ИВЛ в течение длительного периода времени с фракцией кислорода более 65%, при этом показатели сатурации были более 92%, а содержание парциального давления кислорода в капиллярной крови – более 51 мм. рт. ст. В 18,7% была выявлена гипергликемия, а в 28,2% – артериальная гипертензия, что является фактором риска и повышает частоту и степень тяжести РН у глубоконедоношенных новорожденных. Динамическое наблюдение за этой группой детей позволило диагностировать в последующем бронхо-легочную дисплазию (32,3%), внутрижелудочковое кровоотечение (28,8%), перивентрикулярную лейкомаляцию (18,2%), что напрямую связано с низкой массой тела при рождении и проведением ИВЛ.**Выводы:** В результате проведенного исследования доказана прямая связь формирования ретинопатии у глубоконедоношенных новорожденных с наличием сочетанной патологии в анте -, интра -, и перинатальном периодах.*Годованець О.С., Агафонова Л.В.***ОСОБЛИВОСТІ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В НОВОНАРОДЖЕНИХ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ***Буковинський державний медичний університет МОЗ України, (м. Чернівці, Україна),**Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини**(зав.кафедри – д.м.н., професор Нечитайло Ю.М., науковий керівник теми – д.м.н., проф. Годованець Ю.Д.)*

Найважливішим напрямком сучасної перинатології залишається охорона плода та новонародженої дитини. Лікарі стикаються з низькою проблем дитячого віку, які є наслідком несприятливого впливу на плід під час внутрішньоутробного розвитку. Одним з клінічних проявів антенатального неблагополуччя плоду є затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), головною причиною чого є плацентарна недостатність (ПН), а провідним патогенетичним фактором - хронічна гіпоксія. Частота випадків ЗВУР серед доношених новонароджених сягає 3,0 – 24,0%, серед недоношених дітей є вищою і складає 39,0%. Критеріями ЗВУР є недостатність харчування плоду, дефіцит маси тіла відносно його довжини, порушення функції ЦНС при народженні, знижена імунологічна реактивність, а також гормональні та метаболічні розлади, зумовлені недостатнім енергетичним і пластичним забезпеченням внаслідок зниження обмінно-трофічної та дихальної функцій плаценти.

**Метою дослідження** було удосконалення діагностики та лікування перинатальної патології у дітей з малою масою тіла при народженні шляхом визначення діагностичної інформативності показників біохімічного спектру крові, системи вільнорадикального окиснення та антиоксидантного захисту організму з відповідною розробкою терапевтичного комплексу з використанням засобів метаболічної корекції.**Методи дослідження:** Клінічні, епідеміологічні, анкетно-опитувальні, імуноферментні, біохімічні, статистичні. Біохімічні дослідження виконувалися з використанням аналізатора «ULTRA» фірми «Kone» (Фінляндія), біохімічного аналізатора «ACCENT» фірми «Cormay» (Польща) та апарата «PARAGON» фірми «Векман» (Австрія). Дослідження показників прооксидантної та антиоксидантної систем виконувалися на базі лабораторії кафедри медичної хімії Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці).**Результати** проведених наукових досліджень свідчать, що активація ланок вільнорадикального окиснення (ВРО) є частиною загальноадаптаційного синдрому у відповідь на дію несприятливих факторів гіпоксії під

час пологів. При цьому, мобілізація ендogenous резервів антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) є необхідним ланцюгом одного з основних компонентів неспецифічної резистентності організму. Ланки АОСЗ мають обмежені можливості у дітей, народжених з ознаками морфо-функціональної незрілості (МФН) та малою масою талі, що реалізується, внаслідок значного накопичення активних молекул кисню, у патогенезі перинатальної патології як мембранотоксичний ефект. Патологічний вплив гіпоксії після народження, за умов дисбалансу ланок про- та антиоксидантної систем, не припиняє пошкоджуючої дії на організм після народження, маючи проградієнтний характер. Адекватна реакція системи АОСЗ на фоні підвищеної активності вільно радикального окиснення (ВРО) визначає адекватну відповідь організму новонародженого, незбалансованість механізмів за умов МФН запускає патологічний характер реакцій пологового ОС зі змінами енергетичного метаболізму клітин і розвитком мітохондріальної дисфункції. Наслідком цього є розвиток у дітей функціональної та органічної патології.

**Висновок.** Своєчасна діагностика дисбалансу показників ВРО та АОСЗ у дітей від народження, корекція з використанням у комплексі лікування препаратів модулюючої дії, надає змогу покращити адаптаційну здатність організму, зменшити дисметаболічні порушення, попередити розвиток тяжких форм перинатальної патології та її відділених наслідків

*Дзядик Т. В.*

## **ПЕРЕБІГ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ПНЕВМОНІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З TORCH - ІНФЕКЦІЯМИ**

*ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології» НАМНУ (м. Київ, Україна),  
науковий керівник – завідувача відділу неонатології, проф. Знаменська Т.К.*

Актуальність проблеми вродженої пневмонії (ВП) у новонароджених обумовлена тим, що дане захворювання є одним з найбільш поширених захворювань інфекційної етіології у немовлят. На ВП хворіють 0,5–1% доношених та 10–15% недоношених новонароджених. Частота даної патології зростає, а рівень летальності залишається високим (9,37%). Вроджену пневмонію діагностують у 15–40% серед мертвонароджених дітей і у 20–38% випадків померлих живонароджених дітей. В структурі смертності новонароджених ВП становлять 9,4%. До тепер залишається невирішеними такі питання як порушення імунної системи у новонароджених з TORCH- інфекціями, розробка ранніх критеріїв діагностики, виділення груп ризику несприятливого перебігу захворювання та інвалідизації.

**Мета роботи.** Оцінити по даним перинатального анамнезу частоту захворюваності та смертності у новонароджених з вродженою пневмонією шляхом удосконалення та впровадження методів ранньої діагностики і комплексного лікування на підставі стану імунологічної реактивності новонароджених.

**Матеріали і методи.** Для вирішення поставлених завдань в динаміці раннього неонатального періоду комплексно обстежено 110 новонароджених: 80 дітей, які народились з ВП. З них перша група – діти з ВП від жінок з TORCH– інфекціями, друга група – діти з ВП від жінок з іншою патологією (аднексит, кольпіт, ГРВІ та інше). Контрольну групу склали 30 новонароджених від соматично здорових (серонегативних) жінок.

**Результати та їх обговорення.** Отримані данні свідчать про те, що у новонароджених з ВП від матерів з TORCH – інфекціями основні показники фізичного розвитку значно знижені. Перебіг періоду постнатальної адаптації у дітей від матерів з TORCH – інфекціями відбувався зі значними ускладненнями, які проявляються у вигляді розвитку різноманітних синдромів. В результаті проведеного дослідження виявлена висока частота ускладнень вагітності і пологів у матерів з TORCH – інфекціями, що негативно впливає на стан новонародженої дитини та призводить до патологічного періоду ранньої неонатальної адаптації. Суттєво більша частота дизадаптаційних синдромів та більш тяжкі їх прояви відмічені у дітей першої групи від матерів з TORCH – інфекціями.

**Висновок.** Вивчення морфологічних та імуногістохімічних особливості стану плацентарного бар'єру жінок з TORCH-інфекціями, а також системи комплементу у новонароджених з ВП, рівня протизапальних цитокінів (інтерлейкіну-1 та інтерлейкіну-8), надали можливість розробити схему лікувальних заходів з використанням препарату прямої противірусної дії (специфічні імуноглобуліни) у новонароджених з ВП від матерів, інфікованих TORCH – інфекціями.

*Дронова К.О.*

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЛД У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра неонатологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Батман Ю.А.,  
научный руководитель – доц. Головки О.К.*

**Цель исследования:** Выявить факторы риска и особенности течения бронхолегочной дисплазии (БЛД) у новорождённых для своевременного проведения профилактических мероприятий и предупреждения формирования хронического заболевания лёгких.

**Материалы и методы:** Проведено ретроспективное исследование «случай-контроль» в ходе, которого осуществляли анализ 15 историй болезни новорождённых с БЛД, находившихся на стационарном лечении

в ДРЦОМД и ОДКБ г. Донецка за 2012г.

**Результаты:** В исследование были включены доношенные и недоношенные дети с гестационным возрастом (ГВ) 25-40 недель, с массой тела (МТ) при рождении от 690 до 3200 г. По половому признаку составило: 8 девочек и 7 мальчиков. Всех наблюдаемых больных можно условно разделить на 2 группы: В первой группе были новорожденные с различными сроками гестации. Их объединяла потребность в кислородотерапии и длительной респираторной поддержке. Как правило, они получили сурфактант. Физикально были выявлены тахипноэ с втяжением податливых мест грудной клетки и раздуванием крыльев носа, тахикардия. Среди наблюдаемых новорожденных обращали на себя внимание 6 детей с экстремально низкой массой тела при рождении, которые не обязательно нуждались в высоких концентрациях или длительной терапии кислородом и в механической вентиляции легких. У некоторых из них вообще не было РДС. В соматическом анамнезе матерей новорожденных преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта. Также отмечались заболевания ЛОР органов, заболевания сердечнососудистой системы были представлены артериальной гипертензией, врожденным пороком сердца. Гинекологический анамнез был отягощен у всех матерей. Количество беременностей варьировало от 1 до 6. У 30,8% женщин в анамнезе были медицинские аборт. Настоящая беременность протекала с осложнениями у всех матерей. Из острых заболеваний во время беременности отмечались респираторные вирусные инфекции 92,3%. У 53,8% женщин беременность протекала на фоне гестоза.

**Выводы:** В ходе проведенного исследования выявлено, что отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез матерей способствовал неблагоприятному течению беременности, что приводило к преждевременным родам. Критериями, при наличии которых недоношенный ребёнок имел высокий риск развития БЛД, являлись ГВ < 34 недель, проведение ИВЛ сразу после рождения, гипероксия, вентилятор-индуцированное повреждение легких, перенесенный тяжелый РДС, ОАП, зависимость от кислорода в концентрации более 21% в возрасте более 28 суток, инфекции.

*Кудрова А.В.*

## **О ЗАВИСИМОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ КОМОРБИДНОСТИ ИХ МАТЕРЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра неонатологии ФИПО, зав. каф., д. мед. н., профессор Батман Ю.А.,  
научный руководитель - доцент Линчевский Г.Л.*

**Цель исследования:** оценить зависимость состояние здоровья новорожденных детей от коморбидности их матерей по результатам математического анализа анамнестических данных.

**Материалы и методы:** был проведен математический анализ данных 51 Обменной карты беременных женщин и 51 Карты развития их новорожденных детей, родившихся в городе Горловка Донецкой области в 2012 году. Родильницы были разделены на 3 группы в зависимости от состояния здоровья по данным результатов математического анализа. Первую группу составили 19 родильниц, у которых беременность и роды протекали без особенностей (условно здоровые). Вторую группу - 17 родильниц с монопатологией. И третью группу составили 15 родильниц с коморбидными состояниями (сочетанной патологией).

**Результаты:** Возрастной показатель во всех 3 группах составил от 18 до 41 года. В трёх исследуемых группах беременность протекала с угрозой прерывания беременности, но в группе с коморбидными состояниями этот показатель в 2,5 раза выше. В 1 и 2 группах наблюдались ранние токсикозы, а в 3- поздние. Изучая общий гинекологический анамнез беременных, течения родов и периода адаптации новорожденных можно сказать, что наличие коморбидных состояний у матерей увеличивает риск рождения детей с патологией ЦНС и внутриутробной инфекцией, а также увеличивает тяжесть этих состояний. Так, эти показатели в группе родильниц с коморбидными состояниями в 3-4 раза выше, чем в остальных группах. В оказании реанимационной помощи и в переводе в отделение патологии новорожденных в большинстве случаев нуждались дети из 3-й группы. Также наличие сочетанной патологии у беременных осложняло течение беременности и сопровождалось преждевременным излитием околоплодных вод в 2-3 раза чаще, чем в дух других группах.

**Выводы:** Учитывая вышеперечисленные данные можно прогнозировать состояние здоровья новорожденных и улучшить помощь в родах и наблюдение в неонатальном периоде за такими детьми. Учитывая, что в группе здоровых женщин встречались новорожденные с неврологической патологией и внутриутробными инфекциями, целесообразно рекомендовать более качественное наблюдение за ними и своевременное разрешение проблемы.

*Лошак О.О., Петрицюк Т.В.*

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**

*ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології» НАМНУ (м. Київ, Україна),  
науковий керівник – завідувача відділу неонатології, проф. Знаменська Т.К.*

**Мета дослідження.** Встановити роль імуногістохімічного дослідження плаценти для визначення наявності інфекційного процесу в системі мати-плацента-плід та і раціональної тактики ведення новонароджених.

**Матеріали і методи.** У динаміці раннього неонатального періоду комплексно обстежено 130 новонароджених від матерів з хламідійною інфекцією (основна група) та 60 новонароджених від здорових матерів, які склали контрольну групу. Проводились патоморфологічні та імуногістохімічні дослідження плаценти, аналіз перебігу раннього неонатального періоду з урахуванням особливості перебігу вагітності та пологів у матерів, нейросонографічні обстеження новонароджених.

**Результати.** За результатами наших досліджень у жінок з хламідійною інфекцією спостерігалась висока частота ускладнень вагітності (плацентарна недостатність мала місце у 49% випадків, загроза переривання вагітності – у 28%, дистрес плода під час вагітності зареєстровано у 15%, гестози – 14%, багатоводдя – 16%, маловоддя – 7%). У жінок основної групи реєструвалась висока частота ускладнень в пологах: у 64% випадків діти народились в стані асфіксії різного ступеню тяжкості та потребували проведення первинної реанімації в пологовій залі, передчасне відходження навколоплідних вод мало місце у 23%, аномалії пологової діяльності спостерігались у 17%, гострий дистрес плода, що вимагав оперативних втручань – 12%. При імуногістохімічному дослідженні прозапального цитокіну інтерлейкіну-6, який бере участь в реалізації імунної відповіді і запальній реакції, встановлено, що у 80% плацент відмічається виражена реакція з рівнем експресії 2-3 бали та розповсюдженістю 2-3 бали, спостерігалася в стромі ворсин, помірна (2 бали) – в ендотелії судин. У плацентах жінок контрольної групи реакція на інтерлейкін-6 була відсутня.

**Висновок.** Внутрішньоутробне інфікування плода, причиною якого є захворювання вірусної та бактеріальної природи, займає одне з провідних місць серед причин перинатальної захворюваності і смертності. Питома вага внутрішньоутробних інфекцій серед причин перинатальної смертності досягає 40%. Хламідійна інфекція негативно впливає на перебіг вагітності і часто призводить до розвитку плацентарної дисфункції, ускладнень в післяпологовому періоді. Враховуючи високу частоту ускладнень вагітності, пологів, перебігу періоду ранньої неонатальної адаптації у новонароджених від матерів з хламідійною інфекцією, не специфічність клінічних проявів внутрішньоутробного інфікування у немовлят, що затрудняє діагностику та вчасний початок лікувальних заходів новонародженим з даною патологією, морфологічне, а особливо імуногістохімічне дослідження плаценти мають важливе значення для визначення наявності інфекційного процесу в системі мати-плацента-плід та визначення раціональної тактики ведення новонароджених. Новонароджені від матерів з хламідійною інфекцією, плацента яких має виражені макроскопічні та мікроскопічні зміни в комбінації з високим рівнем експресії інтерлейкіну – 6 повинні бути віднесені до групи високого ризику по внутрішньоутробному інфікуванню та потребують негайного серологічного та молекулярного обстеження для виявлення вродженої інфекції.

*Самойдук І. В.*

## **ПРО ШЛЯХИ ДОСЯГНЕННЯ ВІРОГІДНОСТІ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк, Україна, Кафедра неонатології ФІПО,  
зав. кафедри – проф. Батман Ю.А., науковий керівник - доц. Лінчевський Г.Л.*

**Мета дослідження.** Порівняльний аналіз лабораторних методів дослідження загального аналізу крові доношених новонароджених дітей неонатального періоду мікроскопічним методом та автоматичним гематологічним аналізатором. Визначення їх недоліків та переваг для досліджуваних груп .

**Результати дослідження.** В даній роботі проведено порівняльний аналіз результатів дослідження розгорнутого клінічного аналізу крові двома методами в групах по 30 дітей у «відносно здорових» та з вродженою внутрішньоутробною інфекцією. Всього проаналізовано 120 загальних аналізів крові. Проведено порівняльний аналіз недоліків та переваг кожного з даних методів для даних груп. Як відомо загальному аналізу крові характерні певні зміни норми. В кожній нашій досліджуваній групі було проведено відбір дітей по віковим групам : 1 група – від 0 – до 6 днів, 2 група – від 7 до 14 днів, 3 група – від 15 до 28 днів. Проаналізовано материнський анамнез кожної досліджуваної групи. Побудовано порівняльні графіки які наглядно відображають зміни певних показників загального аналізу крові у груп з використанням мікроскопічного методу та автоматичного гематологічного аналізатора.

**Висновок.** Дослідження загального аналізу крові на сучасному автоматичному гематологічному аналізаторі є досить інформативним, швидким і надзвичайно точним по відношенню таких показників як: рівень гемоглобіну, гематокрита, кількість еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів. Але досить складним аспектом для даного методу є визначення параметрів лейкоцитарної формули. Якщо точніше – проблема полягає у визначенні наявності та відсутності гранул в елементах лейкоцитарної формули. Так підрахунок точного числа певних гранулоцитів (нейтрофілів, еозинофілів, базофілів) та агранулоцитів (моноцитів, лімфоцитів) гематологічним аналізатором може бути не достовірним. Головним недоліком є неможливість визначення незрілих форм нейтрофілів. Таким чином на базі обласної клінічної лікарні паралельно і досить успішно використовується поєднання методу мікроскопії та гематологічного аналізатора для отримання найбільш точних та інформативних результатів.

*Сковронська А.О.***ЗМІНА АКТИВНОСТІ ВНУТРІШНЬОКЛІТИННИХ ФЕРМЕНТІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ***Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопільська дитяча обласна клінічна лікарня, Кафедра педіатрії №2, науковий керівник – проф. Павлишин Г.А.*

**Мета дослідження:** Оптимізація діагностичних можливостей гіпоксичного ураження нервової системи та оцінка його ступеня тяжкості у новонароджених включає визначення енергетичного обміну у цієї категорії пацієнтів. Доступним та неінвазивним методом дослідження енергообміну за умов гіпоксії є оцінка активності мітохондріальних ферментів у клітинах шляхом цитохімічного аналізу. З цією метою проведено визначення рівня активності сукцинатдегідрогенази (СДГ), одного з мітохондріальних ферментів у новонароджених із гіпоксично-ішемічним ураженням нервової системи (ГІУНС).

**Матеріали та методи:** Під спостереженням знаходилося 78 новонароджених з проявами ГІУНС та 31 здорових немовлят, які склали контрольну групу. Пацієнти з ГІУНС були розподілені на 3 групи залежно від тяжкості стану, оціненої за шкалою Н. Sarnat, М. Sarnat (1976). Першу групу склали 19 новонароджених з легким ураженням нервової системи, другу – 42 дітей з середньо-тяжким ушкодженням, третю – 17 немовлят з тяжким ураженням нервової системи. Стан енергетичного обміну організму вивчався шляхом аналізу активності СДГ. Активність СДГ досліджували в лімфоцитах периферичної крові кількісним цитохімічним методом Пірса в модифікації Р.П. Нарцисова (1986) і Е.І. Обозної (1989). Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS” та „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS”. Для характеристики груп ознаки з розподілом відмінним від нормального визначали медіану (Me) та інтерквартильний розмах (Lq – нижній квартиль; Uq – верхній квартиль). Для порівняння двох виборок використовували непараметричний U-критерій Манна-Уїтні та T-критерій Уїлкінсона. Рівень статистичної значущості, згідно поправки Бонферроні, при порівнянні показників груп, був обраний  $p < 0,017$ .

**Результати:** Під час порівняння зазначених показників у дітей 2-3 груп з контрольною було відзначено достовірне зменшення рівнів СДГ у лімфоцитах крові ( $p_{к-2} < 0,0001$ ,  $p_{к-3} < 0,0001$  відповідно) (табл. 1, 2).

**Висновки.** Гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи у новонароджених характеризується дефіцитом активності СДГ ( $< 10,36$  гран/кліт. за наявності середньо-тяжкого ураження і  $< 9,13$  гран/кліт. у випадках тяжкого ураження). Зниження рівня активності СДГ корелює з тяжкістю ураження центральної нервової системи новонароджених.

*Саранук І. М.***АПОПТОЗ ТА НЕКРОЗ НЕЙТРОФІЛІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ.***ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського», Кафедра педіатрії № 2 зав. кафедри і науковий керівник – д.мед.н., проф. Г. А. Павлишин*

Велика увага при вивченні патогенезу гострих запальних захворювань приділяється стану нейтрофільних гранулоцитів, які вважаються ефекторами та модуляторами гострої фази запалення. Вони є важливою ланкою вродженого імунітету завдяки формуванню першої лінії захисту від інфекції, знищуючи шляхом фагоцитозу значну кількість мікроорганізмів. Крім здійснення фагоцитозу та генерації різних субстанцій реактивного кисню, нейтрофіли здатні регулювати запальну реакцію, піддаючись апоптозу.

**Мета дослідження:** виділити додаткові критерії тяжкості негоспітальної пневмонії у новонароджених дітей на основі вивчення процесів апоптозу та некрозу нейтрофільних гранулоцитів.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням перебувало 25 новонароджених з діагнозом негоспітальної пневмонії. У 15 дітей діагностовано пневмонію середнього ступеня важкості (І група), у 10 – важкий перебіг пневмонії (ІІ група). Отримані дані порівнювали з показниками 10 здорових дітей відповідного віку та статі. Визначення рівня апоптозу та некрозу нейтрофілів проводили методом проточної цитометрії.

**Результати.** Аналіз даних щодо інтенсивності апоптозу у наших дослідженнях показав, що загалом у новонароджених дітей з негоспітальною пневмонією вміст апоптичних нейтрофілів був вищим за такий у здорових ( $p=0,0000$ ). Відмічаються різнонаправлені зміни інтенсивності апоптозу залежно від тяжкості захворювання. У дітей І групи виявлено підвищення інтенсивності апоптозу нейтрофілів – 16,78 (15,84; 18,51)% проти 7,32 (6,51; 8,74)% в групі здорових дітей,  $p_{к-1}=0,0000$ . У хворих ІІ групи з клінічно тяжким перебігом захворювання встановлено теж зростання апоптозу нейтрофільних гранулоцитів (11,74 (10,42; 13,84)%) порівняно із контролем ( $p_{к-2}=0,0000$ ), однак, відмічено тенденцію до зниження даного показника порівняно з пацієнтами І групи ( $p_{1-2}=0,00000$ ). На відміну від апоптозу, показники некрозу нейтрофілів змінюються дещо іншим чином. Рівень некрозу нейтрофілів у дітей з пневмонією корелює із тяжкістю захворювання. Так, у хворих з негоспітальною пневмонією відмічається зростання відсотку як апоптично, так і некротично змінених нейтрофілів, однак, зі зростанням тяжкості захворювання некроз даних імунокомпетентних клітин стійко і достовірно зростає. Його показник у дітей І групи становить – 0,82 (0,68; 0,97)%, в ІІ групі – 1,86 (1,58; 2,17)% проти 0,23 (0,16; 0,28)% – у контрольній ( $p_{к-1}=0,0000$ ,  $p_{к-2}=0,0000$ ). Зі зростанням тяжкості



захворювання відмічається посилення некротичних процесів з тенденцією до зниження загибелі нейтрофілів шляхом апоптозу. Має місце зворотній кореляційний зв'язок між даними показниками у дітей II групи. Отримані дані свідчать про захисний характер підвищеного рівня апоптозу нейтрофілів при середній ступені тяжкості негоспітальної пневмонії, спрямований на елімінацію збудника та надлишку активних нейтрофілів, і тим самим сприяє завершенню запального процесу у тканинах. У випадку тяжкого перебігу захворювання кількість нейтрофілів, які вступили в стадію апоптозу, знижуються, що вказує на пригнічення їх апоптичної активності, що в свою чергу, може бути фактором, який підтримує нейтрофільне запалення.

**Висновки.** Отримані результати свідчать, що при наявності негоспітальної пневмонії у дітей раннього віку, незалежно від стадії захворювання, рівень апоптозу та некрозу нейтрофілів підвищується порівняно з контролем. Із наростанням тяжкості захворювання апоптоз пригнічується, тоді як рівень некрозу, навпаки, зростає, що може слугувати додатковим критерієм тяжкості негоспітальної пневмонії у новонароджених.

*Козлова О.Ю., Павлюченко В.В.*

## ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Региональный центр охраны материнства и детства, г. Донецк, Украина*

*Кафедра неонатологии ФИПО, научный руководитель – зав.каф. неонатологии ФИПО, проф. Батман Ю.А.*

**Цель исследования.** Оценить роль интерлейкинов 1-β, 4, а также секреторного иммуноглобулина А у недоношенных детей в развитии бронхолегочной диспазии.

**Материалы и методы.** В неонатальных отделениях ДРЦОМД под наблюдением находилось 70 новорожденных за период 2011–2012 года. Все исследуемые условно разделены на 3 группы: 1) 20 новорожденных с клиническими признаками БЛД и получавшие ИВЛ (1-ая основная группа); 2) 20 новорожденных с клиническими признаками БЛД без ИВЛ (2-ая основная группа); 3) 30 новорожденных без клинических признаков БЛД и получавшие респираторную терапию (группа контроля).

**Результаты исследования:** Проводился иммуноферментный анализа (ИФА) пуповинной крови. На момент рождения среди исследуемых новорожденных, получены следующие данные: в первой группе отмечалось достоверное увеличение уровня ИЛ-1β в 2 раза  $12,73 \pm 2,6$  пг/мл ( $p \leq 0,01$ ), с одновременным снижением уровня ИЛ-4  $0,43 \pm 0,03$  пг/мл. Проводилось определение концентрации секреторного иммуноглобулина IgA в слюне новорожденных при рождении: в 1-ой и во 2-ой группе отмечается понижение уровня секреторного IgA  $0,86 \pm 0,11$  мг/л ( $p \leq 0,01$ ). На момент рождения при анализе показателей кислотно-основного состояния у детей 1-ой группы был выявлен декомпенсированный респираторный ацидоз 18(90%), а во 2-ой группе признаки декомпенсированного респираторного ацидоза 12(60%). Группа контроля – признаки компенсированного респираторного ацидоза и составили 100%(30). При рождении респираторные расстройства по шкале Downes оценены в 1-ой гр.  $7,1 \pm 0,25$  баллов ( $p \leq 0,01$ ), во 2-ой гр. –  $5,1 \pm 0,19$  баллов ( $p \leq 0,01$ ). Группа контроля –  $2,9 \pm 0,19$  баллов ( $p \leq 0,01$ ). В 1-ой группе ИВЛ проводилась  $8,4 \pm 0,61$  суток с концентрацией кислорода во вдыхаемой смеси  $40 \pm 3,5\%$ , что достоверно превышает показатели во второй группе, которые следующие – длительность ИВЛ составила  $6,1 \pm 1,7$  ( $p \leq 0,01$ ) суток,  $FiO_2$  –  $28,6 \pm 1,4\%$  ( $p \leq 0,01$ ). Среди исследуемой группы новорожденных клинически и лабораторно подтверждено наличие БЛД у 5 пациентов, что составило 7% от всей выборки. Данная группа получала терапию БЛД по схеме.

**Выводы.** В ходе проведенного исследования выявлено, что среди недоношенных детей с клинико-лабораторными подтвержденными признаками БЛД определялось достоверное повышение уровня ИЛ-1β ( $p \leq 0,01$ ), с одновременным снижением уровня ИЛ-4 пуповинной крови и IgA слюны на момент рождения. Полученные данные можно расценивать, как косвенный прогностический маркер развития БЛД среди недоношенных новорожденных.

*Килимник Т.М.*

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВРОДЖЕНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

*ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології» НАМНУ (м. Київ, Україна)*

*науковий керівник – завідувача відділом неонатології, проф. Знаменська Т.К.*

**Мета роботи** – підвищення ефективності діагностики та лікування новонароджених з вродженою пневмонією на основі встановлення ролі порушень імунітету та розробки рекомендації щодо її діагностики і лікування.

**Матеріали і методи.** Дослідження включало проведення комплексно обстежено 140 новонароджених. З них 110 дітей були хворі на ВП (основна клінічна група), які в 2009–2011 роках знаходились на лікуванні у відділенні анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії новонароджених обласної дитячої лікарні м. Житомира. У новонароджених основної групи рентгенологічно був зафіксований двобічний патологічний легеневий процес та дихальна недостатність (ДН) I–III ступеня. Контрольну групу склали 30 клінічно

здорових новонароджених. Вивчення показників імунітету проводили за відносним та абсолютного вмістів Т-лімфоцитів (CD-3) та їх субпопуляцій - CD-4 і CD-8. Визначення імуноглобулінів класу А, М, G у сироватці крові визначали за Сп. Mancini в модифікації А. А. Титоляна.

**Результати.** Катамнестичне спостереження протягом першого року життя за розвитком дітей після перенесеної ВП показало наявність високого загального рівня захворюваності, зокрема порушень зі сторони ЦНС, на тлі значних відхилень показників тимусу та функціональних імунокомпетентних клітин (ІКК) в дітей основної групи. В результаті проведених досліджень встановлено, що у новонароджених з ВП відмічається початково (внутрішньоутробно) скомпрометований імунний стан в формі транзиторної імунної недостатності загально-клітинного типу періоду новонародженості, який визначав важкість клінічного перебігу захворювання при взаємодії з материнськими факторами ризику інфікування та гіпоксично-метаболических порушень. Дослідженням встановлений тісний зв'язок факту збільшення або зменшення маси тимусу у поєднанні з реактивними змінами кількості функціональних (ІКК) периферичної крові на тлі певних змін клінічних проявів існуючого захворювання. Комплексна оцінка взаємозв'язків імунного стану, стану ушкодження тканин легень, надала можливість обґрунтувати застосування удосконаленого комплексу діагностичних і лікувальних заходів при ВП у новонароджених та диференційованому призначенні препаратів метаболічно-протекторної й імуномодулюючої дії.

**Висновки.** При диференційованому підході за ознакою важкості загального клінічного стану у пацієнтів з ДН ІІІ ст. імунний стан був оцінений як дефіцитний – транзиторного характеру, а у дітей з ДН І-ІІ ст. як дисфункційний – ситуаційно-реактивного характеру, при якому було можливе формування більш високих рівнів ІКК в залежності від умов реагування. Удосконалення комплексу діагностичних і лікувальних заходів дозволило покращити метаболічні процеси в клітинах, зменшити пошкоджуючий вплив та сформувати більш адекватну імунну відповідь.

*Токарева Т.А.*

## **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Донецкий региональный центр охраны материнства и детства.*

*Кафедра неонатологии ФИПО, научный руководитель - зав. кафедрой неонатологии, проф. Батман Ю.А.*

**Цель исследования:** Выявить перинатальные факторы риска развития поражения ЦНС у недоношенных детей в неонатальном периоде.

**Материалы и методы:** В процессе анализа состояния 29 недоношенных детей находящихся в ОННЛН ДР-ЦОМД с перинатальной патологией ЦНС, были выявлены факторы, способствующие развитию поражения.

**Результаты:** В результате проведенного анализа 29 историй болезней недоношенных новорожденных, выявленные факторы перинатального риска можно условно разделить на факторы со стороны матери и со стороны ребенка. К материнским факторам можно отнести метод оплодотворения (самостоятельно наступившую беременность или ЭКО), течение беременности (сопровождаящуюся угрозой прерывания, преэклампсией), отягощенный анамнез ( гинекологические заболевания, аборт в анамнезе). Выявлено, что у новорожденных от матерей, беременность которых получена методом ЭКО в 24% случаях, а самостоятельно в 76% выявлено перинатальное поражение ЦНС. В 17% случаев женщины имели в анамнезе медицинские аборты, в 72% случаев имели эрозию шейки матки, аднексит, фибромиому матки, поликистоз, уреаплазмоз, кандидоз, хламидиоз, в 62% случаев беременность сопровождалась угрозой прерывания. У детей, рожденных путём операции кесарево сечение, чаще встречаются поражения ЦНС и составляют 65,5% случаев, а у рожденных естественным путем-34,5%. В 45% случаев отмечался длительный безводный промежуток (более суток). В исследуемой группе получены данные, что у детей, рожденных в сроке гестации 28-34 недель в 65,5% случаев развиваются различной степени поражения ЦНС, а в сроке гестации более 34 недель их частота встречаемости составляет 27,5%. Проанализировав показатели веса новорожденных, выявлено, что у детей с массой при рождении 1000-2000 г. в 86% случаев развивалось перинатальное поражение ЦНС. Нами отмечено, что в 17% случаев проводилась сурфактантная терапия с момента рождения. В исследуемой группе у шести детей поражение имело гипоксически-геморрагический характер (20,6%), а у остальных 23 детей (79,4%) отмечалось гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. В 17,5% случаев дети, находящиеся в отделении реанимации новорожденных получали респираторную поддержку в виде аппаратной вентиляции. Были получены результаты, что дети, находящиеся на ИВЛ более 9 суток, в 2,5 раза чаще попадают в группу риска по развитию патологии ЦНС.

**Выводы.** К предрасполагающим факторам развития перинатального поражения ЦНС у недоношенных детей относятся: гинекологический анамнез матери, метод наступления беременности, патологическое течение беременности, длительность безводного промежутка, метод родоразрешения, состояние ребенка при рождении, срок гестации, вес при рождении, проводимая сурфактантная терапия, длительность искусственной вентиляции лёгких.

*Харченко І.В.*

## **ПЕРИНАТАЛЬНИЙ АУДИТ И НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Региональный центр охраны материнства и детства, г. Донецк, Украина*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра неонатологии ФИПО, научный руководитель - зав. кафедрой проф. Батман Ю.А.*

**Цель исследования.** Провести анализ показателей неонатальной и перинатальной смертности за период 2007-2011 гг. в Донецком региональном центре охраны материнства и детства по данным официальной статистики.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ показателей неонатальной и перинатальной смертности за период 2007-2011 гг. в Донецком региональном центре охраны материнства и детства по данным официальной статистики.

**Результаты.** Минимальный уровень ранней неонатальной смертности был отмечен в 2009 г., и составил 4,82‰. В динамике этот показатель в 2011 г. выше в 2,5 раза - 12,2‰. Ранняя неонатальная смертность среди доношенных новорожденных остается на относительно стабильном уровне, за анализируемый период отмечаются колебания от 0,69‰ до 0,47‰. В то же время ранняя неонатальная смертность среди недоношенных увеличилась с 5,09‰ в 2007 г. до 11,73‰ в 2011 г. Рост этих показателей обеспечен исключительно категорией недоношенных новорожденных преимущественно с экстремально низкой и очень низкой массой тела. В 2007 г. количество недоношенных детей из числа всех новорожденных составило 8%, а в 2010 г. и 2011 г. по 11%. Так в 2011 г. частота рождения недоношенных детей составила 107%, среди них детей с массой тела менее 1500 грамм составила 22,3 ребенка на 1000 новорожденных. В 2007 г. этот показатель был ниже в 1,5 раза. Ранняя неонатальная смерть в случае родов до 28 недель гестации составила в 2011 г. 19,5%, тот же показатель в 2007 году составил 11,88%. Также имеется повышение уровня ранней неонатальной смерти в сроке гестации 28-33 недели, с оценкой по шкале Апгар на 5 минуте менее 7 баллов в 2011 г. в 2 раза, по сравнению с показателями 2007 г., соответственно 13,8% и 6,93%. Остаются относительно низкими показатели смертности в раннем неонатальном периоде новорожденных в сроке гестации в сроке более 28 недель, при оценке по шкале Апгар на 5 минуте более 6 баллов. Неонатальная смертность повысилась за исследуемый период с 11,11‰ в 2007 г. до 16‰ в 2011 г. За данный период показатель перинатальной смертности вырос с 23‰ до 31,75‰. Наименьший уровень перинатальной смертности за исследуемый период был отмечен в 2009 г. и составил 19,8‰. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности занимает антенатальная гибель плода (от 58% до 67%). В то же время нужно отметить, что за анализируемый период имеется тенденция к снижению интранатальной смертности с 2,5‰ до 1,4‰. Минимальный уровень смертности от врожденных пороков отмечался в 2011 г. и составил 5%, а наиболее высокие показатели смертности был отмечен в 2009 году - 10,3%. Смертность новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития плода за исследуемый период была минимальной и составляла 1-2%.

**Выводы.** За анализируемый период наблюдается рост числа недоношенных новорожденных, в частности с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Рост неонатальной смертности обусловлен исключительно за счет недоношенных новорожденных. В структуре ранней неонатальной смертности наибольший удельный вес имеет смертность недоношенных детей, в сроке гестации до 28 недель, а также недоношенных новорожденных в сроке 28-33 недели с низкими оценками по шкале Апгар. В структуре перинатальной смертности наибольший удельный вес имеет антенатальная гибель плода. Дальнейшее совершенствование анализа показателей смертности в перинатальном периоде позволит выявить объективные причины роста показателей детской смертности.

*Чубенко О.Э.*

## **ГИПОКСИЧЕСКИ-ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОЛОГИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Региональный центр охраны материнства и детства, г. Донецк, Украина*

*Научный руководитель - зав. кафедрой неонатологии ФИПО, проф. Батман Ю.А.*

**Цель исследования.** Установить причину возникновения гипоксически геморагического поражения ЦНС у недоношенных новорожденных, обусловленную патологией матери во время беременности.

**Материал и методы.**

**Результаты исследования.** В данной работе рассмотрена структура поражений головного мозга у 39 детей, переведенных из реанимационного отделения в отделение патологии новорожденных. Среди геморагических поражений мозга у недоношенных выделялись субэпендимальные (СЭК) и внутримозговые кровоизлияния (ВЖК) II-IV степеней. В гестационной группе до 32 недель геморагическая энцефалопатия диагностирована у 75% пациентов (у детей 33-37 недель лишь в 25%). СЭК выявлены у половины этих детей и в клинической картине отмечались лишь явления синдрома общемозговых расстройств. ВЖК II степени в гестационной группе до 32 недель возникли у 20 детей (68%) и сопровождалась симптомами угне-

тения ЦНС, судорогами в первые 3-е суток жизни, дыхательными нарушениями. ВЖК III-IV - массивные внутрижелудочковые геморрагии со значительной дилатацией желудочков и распространением на белое вещество отмечено у 9 детей (31%) и протекало с тяжелыми клиническими нарушениями - комой, угнетением центральной гемодинамики, длительным судорожным синдромом, стойкой мышечной гипотонией. В группе детей до 32 недель наибольшая частота ВЖК отмечена в гестационной группе 26-28 недель: ВЖК III-IV степени выявлено у 4 детей, что составило 13.7%. У 3 детей 24-25 недель гестации ВЖК IV степени, что привело к летальному исходу. Всего же у детей до 28 недель гестации геморрагические поражения составили 80% и кистозная форма ПВЛ - 6,6%. Среди факторов риска, выявленных у матерей во время беременности были: миопия 30.7% , хроническая фетоплацентарная недостаточность у 23.07%, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения 11 рожениц, что составило 28.2%, преэклампсия 79.4%, пиелонефрит беременных 38.4%, отслойка плаценты наблюдалась у 29 рожениц (74.3%) , излеченное бесплодие 10.2%. В сочетании преэклампсии с хронической фетоплацентарной недостаточностью и нарушением маточно-плацентарно-плодового кровообращением встречалась у 25 рожениц (64.1%), а миопия с отслойкой плаценты и пиелонефритом беременных в 12 (30.7%).

**Выводы:** Таким образом, ишемически-геморрагические поражения головного мозга с наибольшей частотой (75% случаев) встречаются у детей до 32 недель гестации. Наиболее достоверными факторами риска со стороны матери, являются сочетание преэклампсии с хронической фетоплацентарной недостаточностью и нарушением маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

*Шарапова А.Н.*

### **МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра неонатологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Батман Ю.А., науч. руководитель – доц. Левченко Л.А.*

**Цель исследования:** выявить частоту малых аномалий развития сердца у новорождённых с внутриутробной инфекцией при эхокардиографическом исследовании, в зависимости от гестационного возраста.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализировано 60 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в ОПН ОДКБ г. Донецка за период 2011-2012 г.г. Гестационный возраст обследованных – от 28 до 40 недель. Дети были распределены на две группы: 30 доношенных и 30 недоношенных. У всех пациентов диагностирована внутриутробная инфекция (ВУП, НЭК, менингоэнцефалит, сепсис). Эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ), проводилось на аппарате «Sonos 100» (Hewlett Packard, США) с использованием доплеровских датчиков 8 МГц и 5 МГц.

**Результаты.** Установлено, что малые аномалии развития сердца (МАРС) выявлены у 73,3% новорождённых с ВУИ. При этом в группе доношенных частота встречаемости данной патологии составила 36,7%, а в группе недоношенных детей – 100% случаев. Выявленные изменения на ЭХО-КГ среди доношенных были следующими: ООО – 6,7%, АРХ - 20,0%, сочетание ООО+АРХ - 10%. Среди недоношенных МАРС распределились таким образом: ООО – 43,3%, сочетание ООО+АРХ – 56,7%. Нарушения ритма сердца установлены у 31,7% новорождённых, причём 2/3 из них были недоношенные дети. У всех обследованных имелись признаки дисплазии соединительной ткани, у 38,3% - стигмы дизэмбриогенеза.

**Выводы.** Полученные данные подтвердили необходимость диспансерного наблюдения новорождённых с малыми аномалиями развития сердца, индивидуального подхода к обследованию (ЭКГ, ЭхоКГ) и лечению.

*Юрків О.І., Годованець О.С.*

### **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна,*

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини,*

*зав.кафедри – проф. Нечитайло Ю.М., науковий керівник – проф. Годованець Ю.Д.*

Гастроентерологічна патологія залишається надзвичайно актуальною проблемою в педіатрії. Ураження органів травлення в Україні посідають друге місце і складають 148,95 на 1000 дитячого населення. Така ж тенденція спостерігається щодо збільшення частоти функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту, питома вага яких у структурі захворювань травної системи в дітей перевищує 60 %. Порушення функціонального стану шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей віком до 1-го року, які мають в анамнезі перинатальну патологію, є однією з найбільш актуальних питань сучасної неонатології та педіатрії. Тому важливим є розробка напрямків профілактики і лікування функціональних розладів ШКТ у дітей, починаючи з раннього неонатального періоду, що надасть змогу своєчасного попередження у подальшому розвитку хронічної патології.

**Метою дослідження** було підвищення ефективності надання медичної допомоги новонародженим та дітям грудного віку з порушеннями функціонального стану ШКТ шляхом удосконалення методів діагностики, профілактики та лікування на основі вивчення особливостей моторно-евакуаторної функції, мікробіоценозу, процесів мальабсорбції, мальдигестії та механізмів запалення слизової кишечника при дисфункції ГБС за умов перинатальної патології.

**Методи дослідження:** анкетно-опитувальні, клінічного обстеження хворого; загальноклінічні методи (загальний аналіз крові, копрограма); біохімічні методи дослідження сироватки крові (визначення рівня загального білка та альбумінів, загального білірубину та його фракцій, глюкози, сечовини та сечової кислоти, холестерину та тригліцеридів; активності АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЛФ, ГГТ; концентрації іонів кальцію та заліза); імуноферментні методи (рівень А1-АТ, альбуміну та sIgA в калі); мікробіологічні методи (дослідження міа кробіоценозу вмісту порожнини товстого кишечника); методи варіаційної статистики й клінічної епідеміології. Біохімічні дослідження виконувалися з використанням біохімічного аналізатора «ACCENT» фірми «Cormay». Визначення показників А1-АТ, альбуміну та sIgA проведено за допомогою ензим-зв'язаного імуносорбентного методу (ELISA), реактиви фірми «Immudiagnostic AG» (Німеччина) на базі Німецько-Української лабораторії «БУКІНТЕРМЕД». Аналіз на мікробіоценоз вмісту порожнини товстого кишечника виконано за загальноприйнятими мікробіологічними методиками.

**Результати** досліджень дозволили удосконалити методи діагностики та лікування порушень функціонального стану кишечника у новонароджених та дітей грудного віку на основі визначення предикторів ризику, клінічних особливостей перебігу, а також комплексного визначення додаткових показників, які характеризують процеси всмоктування, моторно-евакуаторної функції, запалення та стан мікробіоценозу кишечника, у зіставленні з патологією гепатобіліарної системи за умов перинатальної патології.

## НЕРВОВІ ХВОРОБИ З КУРСОМ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ

*Avsyankina E.V.*

### THE EFFECT OF EXOGENOUS FACTORS ON THE COURSE GLOSSALGIA

*Donetsk National Medical University by M. Gorky, Department of Neurology and Medical Genetics, Head department and scientific hoses. - Prof. Statinova E.A.*

**Objective.** The investigation the effect of exogenous factors on the course glossalgia.

**Materials and Methods.** With this pathology on treatment are twelve patients aged 47 to 61 years. Of these, eight women and four men. By the nature of the clinical picture, they were divided into three groups. The first group consisted of five patients with the chief complaint was pain in the language while taking spicy food and conversation. The disease duration ranged from one to three years. Clinical evaluation of these patients showed atrophy of buds, increased deskmatsiyu epithelial edema with a clear imprint of the remaining teeth in the sides of the tongue, the violation of local circulation in the form of varicose veins on the inner surface of the tongue. All patients had positive symptom nizhnealveolyarnogo plexus strongly positive symptom of the lingual artery, submandibular and sublingual nodes and the symptom of "pinch." In one case, a positive symptom of carotid area. In addition, patients were functional disorders of the gastrointestinal tract, neurotic reactions, which were shown in the form of insomnia, excitable nervous system, fatigue, mood lability, tearfulness, etc. In the second group and five patients whose chief complaint was a burning sensation in the tongue and mucous membranes of the mouth, dry mouth and mucous membranes, the presence of small cracks. Clinical examination of patients showed that the language is clean, well-defined buds, all patients had reduced taste sensitivity, and dry mouth. Two patients were identified by us in the third group, as their complaints consisted of pain and burning, and pain were burning in nature, and it was burning, not only in language but also in the lining of the transition zone to the lower jaw. Patients reported dry mouth, they identified the atrophy of the mucous membrane of the mouth, increased sublingual veins, a small amount of viscous frothy saliva with an unpleasant odor. Positive symptoms were "pinch" nizhnealveolyarnogo plexus lingual and external maxillary artery. In one patient - a symptom of the upper cervical node. Find a violation of taste sensitivity and salivation, characteristic for these patients is the fact that in the beginning of the disease there was pain, and three months later - poor burning. However, each of the twelve patients had observed violation articulation of balance due to a significant loss of teeth, tongue injury occurred sharp edges worn teeth were recorded phenomena of galvanism. First of all, we had observed patients rehabilitation of the oral cavity and removed irrationally prosthesis. Since all patients had a severe form of declining bite, complicated disease with the tongue, dental procedures were aimed at normalizing the height of the bite and create optimal conditions for the function of dental field.

**Results and Discussion.** As a result of comprehensive treatment positive results were obtained in ten patients, two began to improve. The increase in the oral cavity, the elimination of local irritants create peace sick body - language, eliminate a number of etiologic risk factors.

**Conclusions.** The normalization of relations between the articulation of the upper and lower jaws, dental health, have yielded positive results in treatment of glossalgia.

*Боженко М.*

### БОЛЬОВІ СИНДРОМИ СПИНИ :ДЕЯКІ ПСИХОЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології, завідувач кафедри – проф. С.С.Пшик, науковий керівник - доц. Н.Л.Боженко*

**Мета.** Вивчення психоемоційного стану хворих з больовими синдромами нижнього відділу спини та визначення їх внеску у прояви больового синдрому.

**Матеріали і методи.** Обстежено: 23 хворих з попереково-крижовими радикулопатіями. Особливості психо-емоційного стану досліджувались за допомогою шкали Гамільтона та шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С. Хаустова Е.А.), опитувальник Айзенка. Больовий синдром оцінювали за допомогою шкали ВАШ та шкали DN4.

**Результати.** Порушення у вигляді депресивного синдрому спостерігались у 58% хворих, вони виявлялись у вигляді зниження працездатності, розладах сну, поганому настрої, тривожності, відчутті напруження, безпричинних страхах, вегетативних порушеннях. Больовий синдром за шкалою ВАШ становив  $6,9 \pm 0,3$  в осіб з депресивними проявами та  $5,5 \pm 0,2$  у осіб без них. У пацієнтів, тривалість больового синдрому яких становила 2 і більше місяців з'являлись нейропатичні компоненти в структурі больового радикулярного синдрому, які оцінювались за допомогою опитувальника DN4 (35%). Особливо психо-емоційні розлади були яскравими у осіб холеричного та меланхолічного типів (за опитувальником Айзенка). У хворих меланхолічного темпераменту перебіг больового синдрому був у 79% випадків на фоні депресивних проявів, у сангвініків без них. Вираженість больового синдрому мала такі тенденції: була вищою у осіб меланхолічного та холеричного типів ( $6,7 \pm 0,2$  та  $6,3 \pm 0,2$  відповідно), нижчою-сангвінічного і флегматичного типів ( $5,9 \pm 0,2$  та  $4,8 \pm 0,3$  відповідно).

**Висновки.** Порушення психоемоційного стану у вигляді депресивних та тривожних проявів є характерною ознакою у частини хворих з хронічними болями спини. Вони впливають на виразність, емоційне забарвлення больового синдрому і підтверджують значення психогенних факторів у патогенезі формування болю. Індивідуальні типологічні особливості, біопсихосоціальний статус пацієнта можна розглядати, як важливі конституційні складові клініко-патогенетичних механізмів хронічних болів спини. Врахування психоемоційних особливостей сприйняття болю сприятиме оптимізації лікування і реабілітації хворих з хронічними болями спини.

*Бабкова В. В., Сохина В. С.*

### **ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА, ЕГО ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой – проф. Статинова Е.А., научный рук. – Омельченко Р. Я.*

**Целью работы** явилась ранняя диагностика и лечение посттравматического повреждения возвратного гортанного нерва.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 383 больных после геми- или тиреоидэктомии. Поражение ВГН выявлено у 46 (12%) пациентов в возрасте от 42 до 58 лет (средний возраст –  $50,3 \pm 8,2$  лет), из которых 4 мужчин и 42 женщины. Диагноз пареза ВГН был выставлен на основании комплексного клиничко-неврологического, клиничко-инструментального, клиничко-лабораторного методов исследования. Все больные получали пентоксифиллин по 300 мг 2 раза в день месяц, нейромидин 1,5% 1 мл в/м 2 раза в день в течение 10 дней, с последующим переходом на таблетированную форму по 20 мг 3 раза в день 2 месяца, глиатилин по 1000 мг внутривенно 1 раз в день 10 дней, затем по 250 мг 2 раза в день 3 месяца, витаксон по 2,0 в/м 15 дней. Физиотерапевтический комплекс включал в себя: дыхательную гимнастику, фонопедические упражнения, электростимуляцию мышц гортани, элетрофорез, дарсонвализацию.

**Результаты исследования.** Повреждение ВГН в первые 14 суток после оперативного вмешательства на ЩЖ отмечено у 29 ( $63,0 \pm 7,1\%$ ) больных, свыше 14 суток – у 17 ( $37,0 \pm 7,1\%$ ) пациентов. Полученные данные позволили выделить две формы послеоперационного пареза гортани: раннюю и позднюю. У пациентов с обеими формами пареза дисфония отмечена в 96%, дисфагия различной степени выраженности – в 63%, стеноз гортани в виде абдукционного пареза – в 59%, аддукционного пареза – в 41% случаев. Эффективность лечения оценивали на 7, 14 и 30 день от начала проводимой терапии. Полное восстановление подвижности голосовых складок (ПГС) с ранней формой послеоперационного пареза гортани на 7 день наблюдалось у 15,2%, на 14 день – у 17,4% и через 30 дней – у 8,7% больных. Частичное восстановление ПГС с ранней формой послеоперационного пареза гортани на 7 день выявлено у 10,9%, на 14 день – у 10,9% пациентов. Полное восстановление ПГС с поздней формой послеоперационного пареза гортани отмечено: на 7 день – у 6,5% и на 14 день – у 2,2% больных. Частичное восстановление ПГС с поздней формой послеоперационного пареза гортани выявлено: на 7 день – у 6,5%, на 14 день – у 2,2% пациентов. Не отмечалось эффекта от проводимой терапии у 8,7% больных с поздней формой послеоперационного пареза гортани.

**Выводы.** Выявлено, что при проведении оперативных вмешательств на ЩЖ поражение возвратного гортанного нерва встречается в 12% случаев, клиническими проявлениями которого являются дисфония – 96%, стеноз гортани легкой степени в виде абдукционного пареза гортани – 59%. Доказана эффективность предложенной схемы лечения пареза ВГН в сочетании с комплексом физиотерапевтических процедур. У больных с ранней формой послеоперационного пареза гортани полное восстановление подвижности голосовых складок отмечено в 41,3% случаев, с поздней формой – 10,9%. Установлено, что ранняя диагностика пареза гортанного нерва способствует лучшему восстановлению неврологической симптоматики и уменьшению сроков реабилитационных мероприятий.

Безуглова И.О.

## РОЛЬ СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии,  
зав. кафедрой – проф. И.А. Григорова, научный руководитель – проф. Е.Л. Тожанянская

**Целью** настоящего исследования явилось определение роли нарушения вазомоторной реактивности сосудов мозга в формировании когнитивных нарушений при СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 93 больных с дисциркуляторно-дисметаболической энцефалопатией (ДДЭ) I и II степени на фоне СД 2 типа (42 и 51 пациент соответственно) в возрасте 49-59 лет, которые находились на лечении в КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» г. Харькова, и группа контроля (30 условно здоровых лиц). Комплекс обследования включал нейропсихологическое (краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и Адденбрукская шкала оценки познавательных способностей (ACE-R), доплерографическое и статистическое исследование.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное обследование (по данным шкалы MMSE) выявило легкие когнитивные нарушения у 43,7% и 27,6% больных с ДДЭ I и II степени и умеренные когнитивные расстройства – у 38,9% и 72,4% пациентов соответственно. Анализ данных шкалы ACE-R показал, что у больных с ДДЭ при СД 2 типа наиболее выражено снижались функция памяти (на 36,8% в сравнении в возрастной нормой), беглость речи (на 25,6%) и внимание (на 21,8%); менее значимо – зрительно-пространственные способности (на 8,4%), а функции языка имели лишь тенденцию к снижению. Допплерографическое исследование выявило ухудшение всех показателей цереброваскулярной реактивности у больных с ДДЭ I и II степени – снижение относительно контроля остаточной скорости кровотока в средней мозговой артерии в момент компрессии ипсилатеральной общей сонной артерии на 19,3% и 28,1% соответственно; снижение коэффициента овершута на 11,6% и 16,9%; увеличение в 1,7 и 2,3 раза времени восстановления скорости кровотока (нарушение метаболического контура сосудистой реактивности). Это отражало нарушение проходимости мелких перфорирующих артерий, а также изменение структуры сосудистой стенки и тонуса артерий среднего и крупного калибра в результате негативного влияния дисметаболических процессов. Выявленное ухудшение показателей цереброваскулярной реактивности у больных с СД 2 типа находилось в прямо пропорциональной зависимости от степени тяжести ДДЭ и выраженности когнитивного снижения.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о патогенетической роли нарушения ауторегуляции мозгового кровотока в формировании энцефалопатического синдрома и когнитивного снижения при СД 2 типа, что необходимо учитывать при назначении схем терапии данной категории больных.

Бондарев Н.В., Худoley С.А

## ВЛИЯНИЕ $\alpha$ -ГЛИЦЕРИЛФОСФОРИЛХОЛИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. каф. и научный руководитель – проф. Статинова Е.А.

**Цель:** обосновать физиологические принципы модуляции функций головного мозга на фоне применения донатора ацетилхолина на примере комбинированного препарата  $\alpha$ -глицерилфосфорилхолина (Глиатилин).

**Материалы и методы:** анализ данных отечественной и зарубежной литературы, материалов сети Internet.

**Результаты:**  $\alpha$ -глицерилфосфорилхолин представляет собой соединение, которое при внутривенном введении проникает через гематоэнцефалический барьер, структурах мозга вещество под воздействием ферментов расщепляется на холин и глицерофосфат. Холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат — предшественник фосфолипидов (фосфатдихолина), участвует в процессах восстановлении билипидного слоя мембраны нейрона. Доклинические исследования показали, что вещество увеличивает высвобождение ацетилхолина в гиппокампе у крыс — облегчает процесс синтеза фосфолипидов и глицеролипидов клеточных мембран, повышая степень их пластичности за счет угнетения лизофосфолипаз. В ходе исследований были определены возбуждающие эффекты глиатилина на гиппокампальные  $M_2$ -холинорецепторы, и в свою очередь активизирует аналогичные рецепторы в преоптической области мозга, в следствии чего, повышается тонус парасимпатической нервной системы и ее влияние на периферические органы.

**Выводы:**  $\alpha$ -глицерилфосфорилхолин оказывает существенное влияние на активность структур головного мозга, отвечающих за вегетативные и поведенческие процессы организма, что может быть использовано в клинической практике для коррекции неврологических расстройств при поражениях различных структур головного мозга.

Борисова В.И., Ипатов М. А.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, заведующая кафедрой – проф. Статинова Е.А., научный руков. - доц. Селезнёва С.В.

**Цель исследования.** Сравнить эффективность препаратов «Авонекс» (интерферон  $\beta$ -1a- «BIOGEN

АУДЕС») и «Лаквинимод» (интерферон  $\beta$ -1a СТР «TEVA») у больных рассеянным склерозом и изучить возможность достижения ремиссии при приёме каждого из препаратов.

**Материалы и методы.** В открытое рандомизированное исследование включены 60 больных рассеянным склерозом возрастом от 18 до 35 лет, которые наблюдаются в I неврологическом отделении ДОКТМО в течении 3 лет. Для уточнения диагноза были проведены клинично-неврологические исследования и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. В неврологическом статусе отмечались: центральные парезы (86%), вестибуло-атактический синдром (72%), глазовдвигательные нарушения (54%), депрессивный синдром (62%), хроническая усталость (45%). Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (28 челор век) получала препарат «Авонекс» 30 мкг (бмлн. МЕ) в/м 1 раз в неделю, II группа (32 человека) получала «Лаквинимод» по 0,6 мг. 1 раз в день.

**Результаты.** У пациентов I группы выявлено уменьшение очагов демиелинизации (по данным МРТ) и уменьшение степени активности центральных парезов (73%), уменьшение вестибуло-атактического синдрома (64%) и сенситивных нарушений (45%), регресс депрессивного синдрома (48%) и синдрома хронической усталости (36%), по сравнению с пациентами II группы.

**Вывод.** При сравнении эффективности препаратов «Авонекс» и «Лаквинимод» у больных рассеянным склерозом, нами было установлено, что более высокая эффективность у препарата «Авонекс».

*Ворона Е.В.*

## **РОЛЬ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ КОМПОНЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, заведующая кафедрой – проф. Статинова Е.А., научный руков. – асс. Омельченко Р.Я.*

**Цель исследования.** Разработка и внедрение эффективных способов профилактики, диагностики и лечения ишемического инсульта (ИИ).

**Материал и методы.** Источники отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме.

**Результаты.** Летальность вследствие мозгового инсульта, по данным разных авторов, составляет от 17 до 34% в первые 30 дней и 25-40% на протяжении первого года заболевания. В связи с высоким уровнем смертности своевременными и обоснованными мерами являются При различных патологических состояниях происходит нарушение гомеостаза. Так по динамическому сдвигу количества поверхностно-активных веществ в крови возможно предположить патогенез ИИ, его осложнения, определить оптимальную тактику лечения больных. Доказано, что на развитие и дальнейшее течение ИИ влияет изменение концентрации в крови ионов  $K^+$ ,  $Mg^{2+}$ ,  $Ca^{2+}$ , глюкозы и мочевины. Количество  $Ca^{2+}$  в крови определяет скорость натяжения мышечных волокон сосудистой стенки. Расстройства гомеостаза  $Ca^{2+}$  является ведущим механизмом развития метаболических нарушений в зоне ишемической полутени. Одними из главных повреждающих звеньев ишемического каскада, приводящих к гибели нейрона, являются поступление в нейрон  $Ca^{2+}$ , активация синтеза оксида азота, липолиз фосфолипидов, перекисное и гидроперекисное окисление липидов. При нарушении мозгового кровообращения возникает диффузное проникновение  $Ca^{2+}$  через частично поврежденную мембрану клеток мозга, что усиливает ишемию. Умеренная гипокалиемия может увеличить вероятность аритмий у больных с сердечной недостаточностью или гипертрофией левого желудочка, которые могут стать причиной кардиоэмболии. Результаты 12-летнего проспективного исследования (n=859) показали, что относительный риск летальности у больных с ИИ был значительно ниже при высоком потреблении калия. Многофакторный анализ продемонстрировал, что получение дополнительных 10 ммоль калия ежедневно связано с 40% снижением относительного риска летальности в результате ИИ. Негативным последствием магниевго дефицита является повышенная агрегация тромбоцитов и увеличение риска тромбоэмболических осложнений. На фоне дефицита магния дисбаланс  $Ca^{2+}$  и  $Mg^{2+}$  приводит к избыточному тромбообразованию. Европейское эпидемиологическое исследование по кардиоваскулярным заболеваниям определило гипомагниемию как важный фактор риска смерти от ИИ. При исследовании FAST-MAG (2011) было установлено, что у пациентов, получавших сульфат магния, выявлено снижение частоты смертности или стойкого неврологического дефицита на 90-й день. Capes F., 1998, выявил отрицательный прогноз течения ИИ при высоком уровне глюкозы. «Стрессовая» гипергликемия сопряжена с более высокой смертностью и риском плохого восстановления. В то же время гипогликемия может приводить к нейрогликопении и к выраженному поражению головного мозга, в некоторых случаях - к смерти. Christopher J. Weir F. et al., 2003, предположили, что повышение сывороточной концентрации мочевины, сопровождающее развитие ИИ, является независимым предиктором риска смерти, сосудистых осложнений в будущем. При превышении нормальных значений уратов на каждые 0,1 ммоль/л вероятность благоприятного исхода в течение трех месяцев после мозгового инсульта уменьшалась на 22%.

**Выводы.** Повышение концентрации  $Ca^{2+}$  в крови увеличивает риск развития ИИ, а увеличение уровня  $K^+$  и  $Mg^{2+}$  снижает риск летальности в результате инсульта. Повышение в сыворотке крови концентрации мочевины, гипер- и гипогликемия у больных ИИ является предиктором риска смерти и будущих сосудистых осложнений.



*Глушкова О. С., Фадеенко О. Б., Коценко Ю.И.*

## **ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АНОМАЛИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Статинова Е.А.*

**Цель:** оценить особенности мозговой гемодинамики у пациентов с мозговым ишемическим инсультом (МИИ), обусловленным аномалиями церебральных артерий (ЦА) методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ).

**Материалы и методы.** Обследовано 20 пациентов с МИИ, обусловленным аномалиями ЦА (мужчин-14 и женщин-6) в возрасте от 39 до 67 лет с помощью клинко-неврологического, клинко-инструментального (УЗДГ, МРТ головного мозга в режиме ангиографии) обследования.

**Результаты.** У всех пациентов выявлены аномалии ЦА: извитость позвоночных артерий (ПА) – в 95% , извитость внутренней сонной артерии (ВСА) - в 60% , гипоплазия ПА - в 75% (справа – у 10%, слева – у 15%) случаев. Асимметрия кровотока по ПА менее 30% наблюдалась у 9 (30%), более 30%- у 11 (37%), по ВСА более 30% - у 6 (20%), по общим сонным артериям более 30% - у 7 (23%) пациентов. По задним мозговым артериям асимметрия менее 30% выявлена - у 4 (13%), по передним мозговым артериям асимметрия (60%) - у 6 (20%), по средним мозговым артериям менее 30% - у 4 (13%) человек.

**Выводы.** У пациентов с МИИ, обусловленным аномалиями ЦА выявлены гемодинамические нарушения в виде гипоперфузии по ПА, передней, средней и задней мозговым артериям с наличием выраженных асимметрий по магистральным сосудам шеи и головы. Таким образом, полученные значения линейной скорости кровотока по ЦА объективно отражают степень нарушения мозгового кровообращения.

*Головина П.А., Шкрядова К.М., Курчина В.М.*

## **КАРДИОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ИНСУЛЬТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького*

*Кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. каф. – проф. Статинова Е.А., науч.рук. – асс. Никитенко Д.В.*

**Цель исследования.** Установить наиболее частые причины развития ишемических кардиоэмболических инсультов (ИКЭИ) у пациентов с кардиальной патологией.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучено 59 историй болезни пациентов в возрасте от 50 до 68 лет из которых мужчин было 32 (54,2%) и женщин 27 (45,8%), находившихся на стационарном лечении в ДОКТМО в период с 2010 по 2012 гг. Всем пациентам проводилась электрокардиография, эхокардиография, МРТ головного мозга, коагулограмма по стандартно принятым методикам, консультация кардиолога.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что в 28,8% случаев (17 больных) причиной ИКЭИ стала пароксизмальная форма мерцательной аритмии; в 11,8% случаев (7 больных) – постоянная форма мерцательной аритмии; 20,3% случаев (12 больных) пришлось на долю постинфарктных кардиосклеротических изменений левого желудочка с наличием участка гипокинезии; 8,4% случаев (5 больных) имели ревматический порок митрального клапана; 5,0% (3 больных) имели ревматический порок аортального клапана; в 6,7% случае (4 больных) имело место наличие протезированного митрального клапана с давностью оперативного лечения не менее 5 лет; в 5,0% случаев (3 больных) причиной инсульта служила аневризма межпредсердной перегородки; в 6,7% случаев (4 больных) – пролапс митрального клапана на фоне ишемической болезни сердца III степени.

**Выводы.** Установлено, что наиболее частыми причинами ИКЭИ являются пароксизмальная и постоянная формы мерцательной аритмии, постинфарктные кардиосклеротические изменения левого желудочка с наличием участка гипокинезии. Это целесообразно учесть при назначении терапии больным с вышеописанной кардиальной патологией с целью профилактики развития ИКЭИ.

*Коценко Ю.И.*

## **НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНОМАЛИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Статинова Е.А.*

**Цель:** выявить основные нейровизуализационные особенности аномалий интрацеребральных (ИЦА) и прецеребральных артерий (ПЦА) у пациентов с церебральным ишемическим инсультом (ЦИИ).

**Материалы и методы.** Обследовано 107 пациентов с установленным диагнозом ЦИИ в возрасте от 20 до 69 лет. У 72% пациентов выявлены аномалии церебральных артерий, возраст пациентов составил 20-49 лет.

**Результаты.** Аномалии развития церебральных артерий обнаружены у 72% больных с ЦИИ. У всех пациентов выявлены аномалии ИЦА: полная задняя трифуркация правой и левой внутренней сонной артерии (ВСА), передняя трифуркация правой ВСА, гипоплазия правой задней мозговой артерии (ЗМА) и двусторонняя гипоплазия ЗМА, аплазия задней соединительной артерии и левой передней мозговой

артерии, гипоплазия передней соединительной артерии (ПСА) и аплазия ПСА. При обследовании ПЦА установлено их поражение у 83,1% больных: патологическая извитость ВСА (S-образная, петлеобразная, C-образная извитость), гипоплазия позвоночной артерии (ПА), аплазия правой ПА. Комбинация аномалий ИЦА и ПЦА выявлена у 45,5% пациентов.

**Выводы.** Рассмотрены основные варианты аномалий церебральных артерий, среди которых установлена значительная роль гипоплазий правой задней мозговой артерии, аплазий задней соединительной, левой передней мозговой и передней соединительной, а также патологической S-образной извитости внутренней сонной, гипоплазии позвоночной артерий и их комбинаций в развитии ЦИИ у лиц преимущественно молодого возраста.

*Малишausкас И.Ю.*

### **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМА В НЕВРОЛОГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой – проф. Статинова Е.А.,  
научный руководитель – проф. Джоджуа А.Г.*

**Цель исследования.** Изучение влияния основных гендерных различий на частоту встречаемости неврологической патологии, тяжесть течения, прогноз, результат лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы современные литературные источники, в том числе англоязычные, в которых описывается частота встречаемости неврологических болезней по полу и сопоставлена с анатомическими, физиологическими, генетическими, психологическими, межличностными качествами, определяющим, различия между мужчиной и женщиной.

**Результат и выводы.** Проведен сравнительный анализ среднего размера мозга мужчин и женщин. В результате чего было выявлено больший средний размер мозга у мужчин, в то время как у женщин было обнаружено более развитые отростки дендритов и размера цингулярной борозды. Это может являться триггерным механизмом провоцирующим возникновение заболеваний, затрагивающих когнитивные функции и поражающих кору головного мозга у мужчин и деменции у женщин. Немаловажным является уровень гормонального фона. Благодаря влиянию циркулирующих эстрогена и прогестерона сохраняется большой нейропротекторный эффект, но при этом происходит выраженная мутация фактора Лейдена, что повышает риск развития инсульта в молодом возрасте. Выявлена связь повышения активности пролактина в крови с приступом эпилепсии. Это говорит о том, что циклические изменения содержания половых гормонов во время овуляторного менструального цикла могут повлиять на возникновение катамениальных приступов во время овуляции. Известен также факт обострения явлений синдрома вегетативной дистонии (астенические и цефалгические жалобы) в период становления менструальной функции. Во время беременности часто возникают радикулопатии, миелопатические расстройства. На фоне токсикоза иногда возникают очаговые нарушения мозгового кровообращения. Из генетических факторов можно выделить заболевания, которые относятся к X-сцепленным и больше проявляющиеся у мужчин – это мышечная дистрофия Дюшана, синдром Леша-Нихена, цветовая слепота. При оценке психологического фактора можно выделить более низкий болевой порог и повышенной мышечное напряжение у женщин, что может обуславливать появление головной боли напряжения, миофасциального болевого синдрома, различных миалгий, в том числе фибромиалгий. Немаловажны индивидуальные факторы, такие как: курение, употребление алкоголя, стиль питания, уровень физической активности. За последние 10 лет возросла смертность от ишемической болезни сердца у мужчин. Вероятно, что кроме всех уже известных причин ИБС, играет роль более развитая адаптация женщин, по сравнению с мужчинами, что в период государственных становлений является очень необходимой способностью.

*Махарадзе Н.О., Козачихина С.И., Жеваго Л.Э.*

### **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой – проф. Е.А. Статинова, научный руков. – асс. А.Б. Медведь*

**Цель исследования** – изучить современный взгляд на проблему когнитивных нарушений, возникших в результате хронической ишемии мозга.

**Материалы и методы.** Использованы литературные данные последних лет по исследованию когнитивно-го дефицита вследствие хронической недостаточности мозгового кровообращения различной этиологии.

**Результаты исследований.** Хроническая ишемия мозга – синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения (дисгемией, транзиторной ишемической атакой, инсультом). Согласно официальной статистике МЗ Украины в настоящее время зарегистрировано более 3 млн. людей с различными формами цереброваскулярных заболеваний, из них около 96% приходится на хронические формы. К развитию когнитивных нарушений могут

привести как цереброваскулярные расстройства, так и сопутствующие заболевания. Однако в последнее время в структуре заболеваемости увеличилось число цереброваскулярных нозологий, в т.ч. хронической ишемии головного мозга. Для данного заболевания характерны расстройства высших мозговых функций, что существенно снижает качество жизни. Среди больных с хронической ишемией головного мозга часто регистрируется когнитивный дефицит, причем когнитивные нарушения могут быть как легкими, так и тяжелыми, вплоть до развития деменции. В патогенезе сосудистой деменции особую роль играет активация глутаматергических NMDA-рецепторов. В норме активация NMDA-рецепторов связана с пластичностью структур центральной нервной системы и отвечает за способность к обучению и память. Избыточная активация глутаматных рецепторов, возникающая при ХИМ, сопровождается массивным поступлением в нейроны ионов кальция и натрия, что приводит к деполяризации мембраны и активации вольтаж-зависимых кальциевых каналов и сопровождается еще большим увеличением поступления ионов кальция в клетки, нарушению функционирования митохондриальных структур и формированию оксидантного стресса. Развитие методов современной нейровизуализации подтверждает, что длительная неконтролируемая артериальная гипертензия может приводить к диффузным изменениям глубинных отделов белого вещества головного мозга – лейкоареозу, который в настоящее время рассматривается как нейровизуализационный коррелят хронической ишемии мозга. Одним из самых значимых симптомов этой патологии являются когнитивные расстройства. Ведущую роль в формировании когнитивных нарушений играет разобщение лобных долей и подкорковых образований, что приводит к возникновению вторичной дисфункции лобных долей головного мозга. Лобные доли имеют очень существенное значение в когнитивной деятельности. Дисфункция лобных долей головного мозга приводит к формированию дисрегуляторного синдрома. При этом сохраняются операциональные механизмы памяти, восприятия, двигательные и языковые навыки.

**Выводы.** Изучение причинно-следственной связи и этиологии процесса возникновения когнитивных нарушений у больных с хронической ишемией мозга на биохимическом уровне позволит разработать эффективные профилактические и лечебные мероприятия.

*Назарян Н.Ш.*

### **КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, заведующая кафедрой - проф. Статинова Е.А., научный руководитель – Коценко Ю.И.*

**Цель:** выявить и оценить клиничко-неврологические особенности атеротромботического ишемического инсульта (ИИ) у пациентов разных возрастных групп.

**Материалы и методы:** Проанализированы данные клиничко-неврологического, клиничко-лабораторного и клиничко-инструментального исследований (МРТ головного мозга с ангиографией, доплерография церебральных артерий) у 35 пациентов с ИИ (мужчин- 25 и женщин-10) в возрасте от 21 до 88 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы по возрасту: в I группу вошли 14 пациентов в возрасте от 21 до 59 лет, во II группу - 21 пациент в возрасте от 60 до 88 лет.

**Результаты исследования.** В I группе глазодвигательные нарушения выявлены у 12 (85,7%), гомонимная гемианопсия - у 1 (7,1%), центральный прозопарез - у 10 (71,4%), контрлатеральный гемипарез – у 13 (92,9%), вестибуло-атактический синдром - у 8 (57,1%), чувствительные нарушения - у 7 (50%), дизартрия – у 6 (42,9%); афазия - у 2 (14,3%) больных. Во II группе глазодвигательные нарушения выявлены у 19 (90,5%), гомонимная гемианопсия - у 4 (19%), центральный прозопарез - у 19 (90,5%), вестибуло-атактический синдром – у 13 (61,9%); чувствительные нарушения – у 11 (52,4%), дизартрия - у 6 (28,6%); афазия – у 12 (57,1%) и контрлатеральный гемипарез у всех пациентов.

**Выводы.** Установлено, что в старших возрастных группах течение ИИ характеризовалось более выраженной неврологическим дефицитом, чем у пациентов молодого возраста.

*Попов А., Метельский А.*

### **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ТАБАКА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Беларусь Кафедра клинической фармакологии, зав.кафедрой – проф. А.В Хапалюк, научный руководитель - к.мед.н., асс. Е.И. Шишко*

**Цель.** Изучение влияния курения табака на способность к концентрации внимания у мужчин в молодом возрасте.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты были разделены на две группы. В первую исследуемую группу были включены курящие пациенты (n=40), в контрольную - некурящие (n=25). Пациентам проводили психологический тест Струпа. Методика основана на решении различных световых задач, с учетом времени на их выполнение и количеством допущенных ошибок. Тест предназначен для оценки возможности концентрации внимания, а также способности к выделению основного фактора и игнорированию остальных побочных. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета 51ай5йса, версия 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Выявлено, что достоверного различия прироста показателя снижения концентрации внимания в группе курящих и не курящих мужчин нет. Однако отмечается слабая корреляционная зависимость между стажем курения и величиной степени снижения концентрации внимания в сторону увеличения последнего ( $R=0,30$   $p<0,05$ ). Косвенно это говорит о необходимости затрат большего времени на выполнение задания при его усложнении и снижении концентрации внимания при этом у курящих.

**Выводы.** Скорость выполнения цветовых задач у курящих молодых мужчин была меньше при усложнении задания в сравнении с некурящими.

*Фадеев О.Б., Глушкова О.С., Коценко Ю.И.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 1 И 2 СТАДИЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики, Зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Статинова Е.А.*

**Цель.** Оценить особенности клинического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) 1 и 2 стадий.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 пациентов в возрасте от 47 до 85 лет (мужчин-7, женщин-13). Всем выполнялось комплексное клиничко-неврологическое (MMSE), клиничко-инструментальное (ультразвуковая доплерография сосудов шеи, МРТ головного мозга в режиме ангиографии) обследования.

**Результаты.** Все пациенты разделены на 2 группы: I группа - 8 (40%) пациентов с ДЭП 1 стадии в возрасте 47-80 лет (средний возраст 59,7), II группа - 12 (60%) пациентов с ДЭП 2 стадии в возрасте 50-85 лет (средний возраст 74,9). У всех пациентов имели место нарушения в когнитивной сфере. Среди неврологических синдромов в I группе выявлены: легкий вестибуло-атактический синдром - у 5 (62,5%) и астено-невротический - у всех пациентов. Во II группе преобладали нарушения в двигательной сфере - у 10 (83,3%), вестибуло-атактический - у 9 (75%), псевдобульбарный синдромы - у 11 (91,7%) и астено-невротический - у всех больных.

**Выводы.** Для пациентов II группы было характерно наличие следующих неврологических синдромов: вестибуло-атактический, астено-невротический, псевдобульбарный синдромы, двигательные нарушения и умеренные когнитивные нарушения, в то время для пациентов I группы характерно преимущественно астено-невротический и легкий вестибуло-атактический синдром.

*Шкредова К.М., Головина П.А., Курчина В.М.*

### **ПРИЧИНЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра неврологии и медицинской генетики, зав. кафедрой - проф. Статинова Е.А., науч.рук. - асс. Никитенко Д.В.*

**Цель исследования:** изучить структуру причин ишемического инсульта (ИИ) в молодом возрасте.

**Материалы и методы:** ретроспективно проанализировано 46 историй болезни молодых пациентов с ИИ, наблюдавшихся неврологами ДОКТМО за период 2007-2010гг. Группу обследованных больных составили 20 женщин (43%) и 26 мужчин (57%) в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст  $37\pm 7$  лет) с ИИ.

**Результаты исследования:** Всем больным проводились следующие обследования: клинический и биохимический анализ крови, исследование в крови антител к фосфолипидам и кардиолипину, исследование коагулограммы и агрегации тромбоцитов, магнитно-резонансная, реже компьютерная томография головы, магнитно-резонансная ангиография, электрокардиография, эхокардиография. Структура причин ИИ у обследованных пациентов оказалась следующей: интрамуральная гематома вследствие диссекции экстра- и интракраниальных артерий 12 человек (26%), кардиоэмболия 6 человек (13%), антифосфолипидный синдром (АФС) 5 человек (11%), артериальная гипертензия 4 человека (9%), атеросклероз крупных церебральных артерий 2 человека (4%), коагулопатия 3 человека (7,5%), вторичная ишемия мозга как осложнение разрыва аневризмы средней мозговой артерии 1 человек (2,5%), у 13 человек (28%) причина ИИ достоверно установлена не была.

**Выводы:** выявлено, что наиболее частой причиной развития ИИ молодого возраста (в 26% случаев) является интрамуральная гематома вследствие диссекции экстра- и интракраниальных артерий. 2 и 3 место по частоте встречаемости ИИ у молодых делят кардиоэмболия (13%) и АФС (11%) соответственно. Реже этиологическими факторами ИИ у молодых пациентов являются артериальная гипертензия (9%) и коагулопатия (7,5). Нечастыми причинами оказались атеросклероз крупных церебральных артерий (4%) и вторичная ишемия мозга как осложнение разрыва аневризмы средней мозговой артерии (2,5%).

*Андропова М.А., Куликовская Л.А.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Донецкое Областное Клиническое Территориальное Медицинское Объединение, Кафедра анестезиологии, ИТ, МНС и ЛД ФИПО, зав. каф и научный руководитель: чл.-корр.НАМН, проф. Черный В.И.*

**Цель:** выявить факторы, влияющие на сроки стабилизации неврологического статуса пациентов (сроки

пребывания в ОИТ) у пациентов с острыми экзогенными интоксикациями различной этиологии.

**Материалы и методы.** Обследовано 63 пациента (мужчин – 32 (50,8%), женщин – 31 (49,2%)) в возрасте от 18 до 79 лет в ОИТ ДОКТМО. С диагнозом: 13 пациентов – отравление угарным (ОУГ), 4 – природным (ОПГ), 4 – клоачными (ОКГ) газами, 12 – бытовое отравление грибами (БОГ), 6 – ядом каракурта (ОЯК), 10 – медицинскими препаратами (ОМП), 7 – алкоголем и его суррогатами (ОАиС), 7 – неизвестными веществами (ОНВ). Проводили клинично-неврологическое, лабораторное и инструментальное исследования. Применяли методы вариационной статистики и корреляционного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Выявлены прямые зависимости сроков пребывания в ОИТ (стабилизация состояния пациентов) от сроков госпитализации (все группы), от уровней при поступлении АЛТ и показателя доставки  $O_2$  (A-a  $DO_2$ ) (БОГ и ОКГ), креатинина и моноцитов (ОАиС), глюкозы и протромбинового индекса (ОУГ),  $Ca^{+2}$  (ОМП).

**Выводы.** Для повышения эффективности лечения экзогенных интоксикаций любой этиологии необходимо минимизировать сроки госпитализации этих больных в специализированные отделения для применения в ИТ оксигенационных и эфферентных методов.

## ОНКОЛОГІЯ ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

*Белецкий С.Г., Бондарь Андр.В.*

### МАТОЧНАЯ ТРУБА КАК АУТОТРАНСПЛАНТАТ ПРИ ПЛАСТИКЕ МОЧЕТОЧНИКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, кафедра онкологии, зав.кафедрой и научный руководитель – академик НАМНУ, проф. Бондарь Г.В.*

**Цель исследования.** Оценить в эксперименте целесообразность использования маточной трубы в качестве аутотрансплантата при пластиках дистальной трети мочеточников у женщин

**Материал и методы.** Эксперимент был проведен на базе СНК Виварий (ДОПЦ). Все экспериментальные работы были проведены с учётом требований биоэтической экспертизы Украины и Хельсинской декларации о защите прав позвоночных животных. Исследование проводили на 20 беспородных самках кролика. В послеоперационном периоде были произведены рентген исследования с использованием контраста с целью мониторинга проходимости анастомозов.

**Результаты исследования.** В эксперименте на кроликах была произведена уретеропластика с использованием маточной трубы по следующей методике. Дистальная треть мочеточника резецировалась, мочеточниковый конец в мочевом пузыре был ушит наглухо. Маточная труба мобилизовалась на сосудистой ножке. Выполнили формирование мочеточничко-трубного анастомоза конец в конец. Выполнили цистостомию и формирование инвагинационного трубно-пузырного анастомоза. Органокomплекc стентировали. В послеоперационном периоде в одном случае отметили несостоятельность трубно-пузырного анастомоза вследствие недостаточного кровоснабжения в области анастомоза. В 19 случаях(95%) отметили состоятельность и проходимость анастомозов на основании данных экскреторной урографии и фистулографии.

**Выводы.** В результате проведенного исследования установили состоятельность и проходимость анастомозов. Полученные данные свидетельствует о том что, данная методика может быть рассмотрена как один из вариантов при пластике дефекта дистальной трети мочеточников при распространенных инфильтративных опухолях таза у женщин.

*Ивнев Б.Б, Павлов Р.В, Енин А.А, Кинаш Д.А.*

### ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ В КОМПЛЕКСЕ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЕЙ

*Донецкий Национальный медицинский университет им М. Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой - академик НАМН Украины, профессор Бондарь Г.В., научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

**Цель исследования.** Обосновать использование внутриартериальной полихимиотерапии в комплексном лечении неоперабельных злокачественных холангиокарцином.

**Материалы и методы.** На базе Донецкого областного противоопухолевого центра был проведен анализ результатов лечения 14 больных, перенесенных оперативные вмешательства на желчных путях разного объема, с одномоментной катетеризацией собственной печеночной артерии по методике клиники.

**Результаты исследования.** Рецидивов механической желтухи не наблюдалось. У 9 больных отмечалась частичная регрессия, у 5 стабилизация процесса. Из 14 больных в течении года умер один пациент. За последующие 2 года отмечено еще 4 смерти. Остальные остаются под наблюдаются. Из осложнений зафиксированы 2 биломы, 1 гематома, абсцессов не отмечалось.

**Выводы.** Таким образом, использование внутриартериальной полихимиотерапии в комплексе с хирургической резекцией желчных протоков по поводу холангиокарцином, позволяет проводить комплексное лечение и увеличить продолжительность жизни больных.

*Бондарь Андр. В.*

### **ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА ОПУХОЛЕВЫЙ РОСТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ВОРОТА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой - академик НАМН Украины, профессор Бондарь Г. В., научный руководитель – проф. Седаков И. Е.*

**Цель исследования.** Изучить вопросы, связанные с влиянием региональной внутриартериальной химиотерапии на опухолевый рост и проявления механической желтухи у больных колоректальным раком с метастазами в ворота печени.

**Материал и методы.** На базе Донецкого областного противоопухолевого центра разработан и внедрен в клиническую практику способ катетеризации печеночной артерии. Данная методика использована для паллиативного лечения 19 больных, из которых 8 человек страдали раком ободочной кишки, 9 – сигмовидной кишки, 2 – прямой кишки и все имели метастазы в печень, в частности в её ворота. Во всех случаях катетеризации сосудов интраоперационно производился хроматоскопический контроль правильности установки катетера, для чего в установленный и фиксированный катетер медленно вводился 1% раствор метиленовой сини, при этом в качестве растворителя применялся раствор глюкозы 5%. Как правило, через 10-15 секунд наступает окрашивание зоны, кровоснабжаемой катетеризированным сосудом.

**Результаты исследования.** Катетеризация собственной печеночной артерии с проведением внутриартериальной химиотерапии по новой методике была проведена у 19 больных с метастазами колоректального рака в печень. После проведения катетеризации собственной печеночной артерии по новой методике и внутриартериальной полихимиотерапии по принципу: «один день - один препарат» явления обтурации желчных протоков исчезли. На контрастной рентгенограмме желчных протоков осталось их расширение, но контраст стал проходить в двенадцатиперстную кишку.

**Выводы.** Преимуществом данного способа катетеризации, обеспечивающего максимальную терапевтическую концентрацию химиопрепарата в органе-мишени и в зоне лимфогенного метастазирования в ворота печени, является возможность проведения повторных курсов полихимиотерапии при отсутствии тромболитических осложнений.

*Бухтеев Д. С., Бондарь Андр. В.*

### **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ**

*Донецкий областной противоопухолевый центр, Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г. В., научный руководитель – д. мед. н. Ищенко Р. В.*

**Цель:** Разработать схему профилактики осложнений селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВПХТ) при лечении метастатического поражения печени при колоректальном раке.

**Материалы и методы:** Основой для исследования послужили сведения о 230 больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке, которым проведено лечение с применением СВПХТ в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) в период с 1999 по 2011 год. Для проведения СВПХТ использовали введение лекарственных препаратов через собственную печеночную артерию. Внутриартериальная химиотерапия проводилась по модифицированной схеме, разработанной в ДОПЦ. Для катетеризации использовался полихлорвиниловый катетер для эпидуральной анестезии длиной 1 м №16-17 с наружным диаметром 1-1,2 мм. Курс внутриартериальной химиотерапии начинали с третьего-пятого дня после операции, по мере восстановления перистальтики кишечника. Комплексное лечение больных исследуемой группы предполагало проведение до четырех последовательных курсов внутриартериальной полихимиотерапии. Наиболее часто в качестве препарата первой линии использовался 5-фторурацил.

**Результаты:** В процессе или после лечения осложнения возникли у 17 больных, что составляет 7,39%. Токсические реакции 1 степени были выявлены у 5 (5,8%) больных, 2 степени – у 7 (8,12%) больных, 3 степени – у 4 (4,64%) больных, а 4 степени – у 1 (1,16%) больного соответственно. Наибольшее количество осложнений (8-47%) было связано с общетоксическим действием химиопрепаратов.

**Вывод:** предложенный комплекс мероприятий позволяет сократить количество осложнений при проведении СВПХТ и снизить токсическое влияние химиопрепаратов на организм больных.

*Жильцов А. В., Бондарь Андр. В.*

### **ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ**

*Донецкий областной противоопухолевый центр, Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г. В., научный руководитель – д. мед. н. Ищенко Р. В.*

**Цель исследования.** Изучить методы хирургической коррекции интраоперационной кровопотери при резекциях печени на фоне цирроза.

**Матеріали и методы.** В Донецком областном противоопухолевом центре разработан и внедрен в клиническую практику способ ступенчатой редукции печеночного кровотока, который позволяет снизить до минимума количество осложнений связанных гидродинамическим «ударом». Данная методика использована для лечения 19 больных, из которых 8 человек – рак ободочной кишки, 9 – сигмовидной кишки, 2 – прямой кишки и все имели метастазы в печень.

**Результаты исследования.** Всего в одном случае из 19 больных было отмечено длительное восстановление биохимических показателей в послеоперационном периоде. Средняя продолжительность жизни больных исследуемой группы составила  $1,47 \pm 0,17$  года (17,64 месяца). При этом одногодичная выживаемость составила  $60,7 \pm 4,27$  %, трехлетняя выживаемость –  $17,3 \pm 2,1$  %, пятилетняя –  $12,5 \pm 2,3$  соответственно.

**Вывод.** Предложенная последовательность хирургических манипуляций незначительно удлиняет продолжительность оперативных вмешательств, в то время как позволяет значительно повысить абластичность производимых оперативных вмешательств и значительно улучшает функциональные резервы оставшейся ткани печени.

*Ласачко П.С.*

### **ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ**

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра онкологии и радиологии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – член.корр. НАМНУ проф. Думанский Ю.В.*

**Цель работы:** выделить особенности течения паранеопластического синдрома у больных гепатоцеллюлярным раком.

**Методы и материалы:** проанализированы истории болезней 74 пациентов, проходивших лечение по поводу верифицированного гепатоцеллюлярного рака в Донецком Областном Противоопухолевом Центре за период с 2010 по 2012 гг., выделены основные особенности паранеопластического синдрома. Оценивались показатели лабораторных исследований, данные визуализирующих методов обследования.

**Результаты:** наиболее частыми проявлениями, выявленными при гепатоцеллюлярной карциноме являются гипогликемия – 17 из 74 пациентов (23 %) и гиперхолестеринемия 9 из 43 (21 %) обследованных пациентов. Гиперкальциемия была выявлена в 2 из 29 (7 %) случаев, эритроцитоз – в 1 из 74 пациентов (1 %). Указанные синдромы чаще встречались при большем размере опухоли, распространенном процессе (наличии отдаленных метастазов), либо сопутствующем циррозе вирусной или же токсической этиологии.

**Выводы:** наиболее частыми паранеопластическими проявлениями при гепатоцеллюлярной карциноме являются гиперхолестеринемия и гипогликемия. Частота выявленных паранеопластических синдромов примерно соответствует литературным данным. Факторами, при которых последний встречается чаще, являются размер опухоли, наличие отдаленных метастазов, наличие цирроза.

*Павлов Р.В., Бондарь А.В., Лысенко А.О., Белецкий С.Г.*

### **ФОРМИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ ОККЛЮЗИИ СОБСТВЕННОГО ПРОТОКА ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой и научный руководитель – академик НАМН Украины, профессор Бондарь Г.В.*

**Цель исследования.** Изучить влияние искусственной окклюзии собственного протока хвоста поджелудочной железы на формирование цистаденомы.

**Материал и методы.** Эксперимент проведен на базе СНК Виварий (ДОПЦ). Исследование проводили на 20 лабораторных кроликах из них 9 самок и 11 самцов. Все экспериментальные работы были проведены с учётом требований биоэтической экспертизы Украины и Хельсинской декларации о защите прав позвоночных животных. Эксперимент осуществлялся следующим образом: после срединной лапаротомии производилась мобилизация хвоста поджелудочной железы. Далее выполнялась панкреатотомия и эмболизация протока плазменным густком. Эмболизированная часть поджелудочной железы укрывалась лоскутом большого сальника.

**Результаты.** В экспериментальном исследовании на кроликах была выполнена искусственная окклюзия собственного протока поджелудочной железы путем его эмболизации плазменным густком. Релапаротомия производилась на 1, 3 и 6 месяц после оперативного вмешательства. Во всех случаях, послеоперационный период протекал гладко, без особенностей.

**Выводы.** Данный способ формирования искусственной окклюзии протока поджелудочной железы путем его эмболизации, может быть использован для изучения образования цистаденомы поджелудочной железы.

*Седакова Ю.И., Тохтамышева Э.С., Галактионова С.С., Ерохин Ю.А.*

### **МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой – академик НАМН Украины, профессор Бондарь Г.В., науч. рук. – член-корр. НАМН Украины проф. Думанский Ю.В.*

**Цель:** сравнить безопасность и эффективность использования тотальной внутривенной анестезии (ТВА)

и ингаляционной масочной анестезии у мелких лабораторных животных.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на 23 нелинейных лабораторных крысах на базе операционной СНК «Виварий». Всем животным были проведены оперативные вмешательства в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками. Исследуемую группу составило 10 крыс, анестезиологическое пособие которым оказывалось в виде ТВА с использованием внутрибрюшинного введения индукционной дозы оксибутирата натрия и последующим внутривенным ведением поддерживающей дозы. Во вторую группу вошло 12 животных, которым проводилась ингаляционная анестезия эфиром по модифицированной методике подачи паров препарата. Анальгезия и потенцирование эффекта наркотических средств обеспечивалась внутривенным введением дексальгина и местной анестезией рефлексогенных зон брюшной полости. Глубина анестезии оценивалась по выраженности сухожильного рефлекса отдергивания конечности.

**Результаты:** получено 3 летальных исхода, 2 из которых в раннем послеоперационном периоде в связи с хирургическими осложнениями (несостоятельность швов, кровотечение) и 1 – в интраоперационном периоде из-за передозировки наркотических средств (в контрольной группе). Анестезия в 1ой группе после индукции наступала в среднем на 2-3 мин без двигательного возбуждения, поддерживающая доза вводилась по требованию примерно каждые 25-30 мин. Выход из наркоза гладкий, нарушений дыхания не было. Во 2ой группе индукция проходила с выраженным двигательным возбуждением, анестезия наступала на 5-6 мин, течение анестезии было менее контролируемым, наблюдались дыхательные расстройства. Выход из наркоза наблюдался через 2-3 мин после прекращения ингаляции эфира, в трети случаев сопровождался двигательным возбуждением.

**Выводы:** исследование показало, что более безопасным и эффективным у лабораторных животных является применение ТВА, кроме того, данная методика позволяет сохранять воздух операционной чистым и предотвратить развитие токсических гепатитов у бригады.

*Седакова Ю.И., Кузьменко В.В., Шрамко А.С., Ковтун И.Е.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой - академик НАМН Украины проф. Бондарь Г.В., научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

**Цель:** оценить техническую сложность, показания и возможные осложнения периферического и центрального венозного доступа у крупных лабораторных животных.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на 17 нелинейных лабораторных кроликах на базе операционной СНК «Виварий». Объем выполненных оперативных вмешательств – панкреатотомия с эмболизацией долевого протока поджелудочной железы плазменным сгустком. Все животные были разделены на 2 группы: исследуемую группу составило 9 кроликов, а контрольную – 8. Животным 1ой группы производилась катетеризация v. jugularis, процедура проводилась в стерильных условиях с использованием пункционной иглы размером 18 G и центрального венозного катетера с наружным диаметром 1,0 мм. Кроликам контрольной группы катетеризировалась v. cephalica, использовались внутривенные канюли для периферической венопункции калибром 20-22G. Правильность постановки катетера контролировали визуально и пальпаторно.

**Результаты исследования:** были выявлены следующие показания для катетеризации центральной вены у лабораторных животных – необходимость в большой скорости инфузии во время оперативного вмешательства, длительной послеоперационной инфузионной терапии, ежедневного забора крови для анализа. В то же время, определены некоторые неудобства, связанные с данной процедурой – техническая сложность, необходимость в местной анестезии; а также возможные осложнения – инфицирование места пункции (наблюдалось у 2 животных), кровотечение при случайном извлечении катетера (наблюдалось у 1 кролика). Показаниями для постановки периферического катетера являются малая длительность операции, отсутствие необходимости в проведении послеоперационной инфузионной терапии, невозможность установки центрального венозного катетера. Преимущества использования данной методики заключаются в технической простоте, меньшей вероятности последующего инфицирования, а недостатки – невозможность забора крови для анализа, доступность для животного, т.е. большая вероятность раннего извлечения в послеоперационном периоде (наблюдалось в 5 случаях).

**Выводы:** Были выделены показания, оценены преимущества и недостатки катетеризации венозных сосудов у кроликов, из чего следует, что необходим индивидуальный подход к каждому животному и оперативному вмешательству, а также строгое определение целесообразности выбора необходимой методики.

*Павлов Р.В., Ивнев Б.Б., Попов Н.С., Осипенко А.Р.*

### **СПОСОБ УШИВАНИЯ КУЛЬТЫ МАТКИ ПОСЛЕ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра онкологии, зав. кафедрой – академик НАМН Украины, профессор Бондарь Г.В., научный руководитель – проф. Седаков И.Е.*

**Цель.** Изучить способы ушивания культи матки после надвлагалищной экстирпации в эксперименте.



**Матеріал и методи.** Експеримент проводился на 20 лабораторных крысах возрастом от 1-6 месяцев, весом 150-320 г., с учетом требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных (Страсбург, 1985 г.). Оперативные вмешательства проводились под комбинированным наркозом по общепринятой методике. Способ осуществлялся следующим образом: после срединнонижней лапаротомии производилась надвлагалищная экстирпации матки. Ушивания культи осуществлялась разными способами.

**Результаты.** Все крысы были разделены на две группы. В первую группу вошли крысы, которым производилось ушивание культи матки простым обвивным швом и простыми узловыми швами. В контрольную группу вошли крысы, которым производилось ушивание культи матки по разработанному способу. Оценка результатов производилась на 1, 7, 21, 30 сутки после оперативного вмешательства.

**Выводы.** Таким образом, способ ушивания культи матки в эксперименте, разработанный на базе СНК «Виварий» обеспечивает надежный гемостаз и предотвращает развитие послеоперационных осложнений.

*Фецич Маркіян, Махталер Роман*

### **ЦИТОРЕДУКТИВНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО РАКУ ЯЄЧНИКА**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра онкології та медичної радіології, зав. кафедри – проф. Т.Г.Фецич, наук. керівник - ас. Р.Р. Ярема*

**Мета.** Вивчення ефективності застосування циторедуктивної операції та інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії при лікуванні рецидивного раку яєчника.

**Матеріал та методи.** Дослідження базується на даних клінічних спостережень і результатів лікування 35 хворих на рецидивний РЯ, яким була проведена ЦРО та ІГВХ з наступною системною ХТ II лінії, що обстежувались і були проліковані у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі у період з 2008 по 2011 рік. Попередньо всім хворим було проведено стандартне первинне лікування по радикальній програмі хірургічним методом і застосуванням ад'ювантної ХТ за схемою СР. Після закінчення первинного лікування рецидиви виявляли за допомогою трансабдомінальної і трансвагінальної сонографії, комп'ютерної томографії, дослідження рівня СА-125. Після завершення хірургічного лікування рецидивного РЯ під загальним знечуженням проводилась ІГВХ.

**Результати.** При аналізі первинного лікування РЯ встановлено, що у пацієнтів середній показник безрецидивного виживання (мін.-макс.) становить 18,6 + 13,8 (6-60) місяців, медіана безрецидивної виживаності – 12 місяців. Отже, після радикального лікування первинного пухлинного процесу рецидиви РЯ виникали переважно в перші два роки. Хворим проведено протирецидивне лікування за допомогою ЦРО + ІГВХ. Ступінь “радикальності” циторедуктивного втручання визначався згідно з показником повноти циторедукції (completeness of cytoreduction score – “СС”) за Р. Sugarbaker. Ступінь повноти циторедукції під час ЦРО: СС0 - 6 (17,1 %), СС1- 13 (37,2 %), СС2 - 14 (40 %), СС3 - 2 (5,7 %), всього - 35 (100 %). В дослідженні проведено визначення медіани виживання пацієнтів в залежності від повноти циторедукції. Медіана виживання пацієнток в залежності від повноти циторедукції: СС0 - 30 міс, СС1 - 28 міс, СС2 - 19,5 міс, СС3 - 9 міс. Інтраопераційно з метою оцінки ураження очеревини пухлинним процесом визначали індекс перитонеального карциноматозу (peritoneal cancer index - PCI в англ. літер.), який є сумою балів оцінки ураження кожного із 13 тазово-абдомінальних відділів черевної порожнини. Встановлено, що тривалість виживання пацієнтів обернено пропорційно залежала від рівня PCI. Залежність виживання пацієнтів від рівня PCI: Рівень PCI < 22: Середній рівень PCI - 13 + 6,68; Медіана виживання (міс) – 29. Рівень PCI > 22: Середній рівень PCI - 26,31 + 1,92; Медіана виживання (міс) - 18,5.

**Висновки.** Комбінована терапія із застосуванням ЦРО, ІГВХ та системної хіміотерапії II лінії є ефективним методом лікування хворих на рецидивний РЯ. Результати комбінованого лікування рецидивного РЯ залежать від повноти циторедукції, а саме при циторедукції СС0 - медіана виживання – 30 місяців, при СС1 - 28 місяців, при циторедукції СС2 – медіана виживання 19,5 місяців, при СС3 – 9 місяців. Тривалість виживання пацієнток залежить також від рівня PCI, зокрема, при рівні PCI < 22 – медіана виживання становила 29 місяців, при рівні PCI > 22 – медіана виживання становила 18,5 місяців.

*Чистяков Р.С.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ**

*Донецкий областной противоопухолевый центр,*

*Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г.В., научный руководитель – д.мед.н. Ищенко Р.В.*

**Цель:** Снизить интраоперационную кровопотерю при резекции почки по поводу опухолей T1, путём совершенствования оперативной техники.

**Материалы и методы.** В урологическом отделении №1 Донецкого областного противоопухолевого центра с 2006 г. по настоящее время произведено 64 резекции почки с использованием генератора электросварки мягких тканей ЕК-300М1, разработанного в Институте электросварки им.Е.О. Патона. В 1996г., до внедрения технологии сварки мягких тканей в практику, была выполнена 1 резекция почки, а в 2008г. – 11 резекций. Методика выполнения оперативного пособия не отличается от классического до момента

произведения самой резекции. Доступ чрезбрюшинный, выполняется верхне-срединная лапаротомия. Почка мобилизуется с фасцией Героты, освобождается из окружающих тканей, выводится в рану. Осуществляется ранний контроль сосудистой ножки, под артерию подводится резиновый турникет. Затем удаляется вся паранефральная клетчатка и обнажается область почки пораженная опухолью. С помощью сварочного зажима, поэтапно обрабатывается здоровая паренхима почки, отступив от края опухоли 8-10 мм. При повреждении крупных сегментарных артерий почечная артерия с помощью турникета временно пережимается, прошиваются зияющие крупные сосуды вскрытых сосудов, при необходимости ушивается полостная система, дополнительно герметизируется с помощью аппарата сварки паренхима почки либо рана почки ушивается с помощью П-образных викриловых швов.

**Результаты.** Внедрение данного метода в практику позволило повысить долю резекции почки в хирургическом лечении опухолей T1 до 72,5%. Время диссекции паренхимы сократилось на  $26 \pm 4$  минуты, а интраоперационная кровопотеря в среднем на  $210 \pm 60$  мл. Количество лимфоциты по дренажу, после мобилизации почки с помощью аппарата сварки мягких тканей, уменьшилось на  $30 \text{ мл} \pm 5$ . Следует также отметить, что при применении метода биологической сварки частота ушивания чашечно-лоханочной системы почки, при повреждениях во время резекции, снизилась в 2,5 раза. Осложнений, связанных с использованием генератора электросварки не наблюдали.

**Выводы.** Предложенная методика обработки паренхимы почки при выполнении её резекции при опухолях T1 позволяет достичь лучшего интраоперационного гемостаза, сократить время операции и улучшить непосредственные результаты.

*Волков Н.В.*

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ**

*Донецкий областной противоопухолевый центр,*

*Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г.В., научный руководитель – д.мед.н. Ищенко Р.В.*

Ежегодно в мире регистрируется около 160 тыс. новых случаев рака поджелудочной железы. При РПЖ показатели заболеваемости приближаются к показателям смертности ( по Украине за 2010 г. заболеваемость составляла 11,1 при смертности 8,9 ), погибают в течение 1-го года после постановки диагноза более 77%. Ведущей причиной смерти при этом является опухолевой интоксикации вследствие отдаленных метастазов и прогрессирования местного процесса. Поэтому актуальной проблемой явилась необходимость выделения групп больных раком поджелудочной железы с высоким риском метастазирования для прогнозирования течения болезни и улучшения качества и продолжительности жизни пациентов.

**Цель исследования** – изучение влияния биологических особенностей опухоли на метастазирование. Рассмотрены клиничко-морфологические особенности первичной и метастатической опухолей при раке поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на текущем и ретроспективном анализе клиничко-морфологических данных 34 пациентов, получивших лечение в Донецком областной противоопухолевом центре за период с 2002 г. по 2012 г. Средний возраст больных составил 61 год. Соотношение между мужчинами и женщинами 1,2 : 1. Исследованию подверглись только пациенты с протоковыми аденокарциномами поджелудочной железы различной степени дифференцировки ( градация проводилась в соответствии с классификацией ВОЗ 2010 ). Выделено 2 группы пациентов: с наличием метастатического поражения печени ( 26 случаев ) и без выявленных отдаленных метастазов ( 8 случаев ).

**Результаты:** Установлено, что малый размер опухоли ( < 2 см, T1 ) встречающийся у 40 % пациентов без выявленных метастазов, свидетельствует о более благоприятном течении заболевания, чем у пациентов с размерами опухоли > 2 см ( T2-4 ) и медиана выживаемости у них составляет 21 и 14 мес., соответственно. Однако при дальнейшем наблюдении около 5 случаев «малыми» опухолей могут сопровождаться метастатическим поражением. Вероятность развития метастазов оказалась зависима не только от размеров первичной опухоли, но и от макро- и микроскопического строения опухоли. Гистологически все аденокарциномы были разделены на высокодифференцированные (G1; 26%), умереннодифференцированные (G2; 62%) и низкодифференцированные (G3; 12%) аденокарциномы. Наиболее часто отдаленные метастазы обнаружены у пациентов с низкодифференцированными аденокарциномами. В группе пациентов с выявленным сосудистым и периневральным инвазивным компонентом, метастатического поражения наблюдается гораздо чаще, чем в группе с его отсутствием.

**Выводы:** 1.Выделение решающих факторов позволяет более точно определить прогноз заболевания и оптимизировать лечебную тактику. 2.Наиболее благоприятны для прогноза метастазирования размеры опухоли менее 2 см без сосудистой и периневральной микроинвазии, высоко- и умереннодифференцированные. 3.Раннее метастазирование выявляется при высокоагрессивных опухолях, которые оцениваются по клиническим и морфологическим параметрам опухоли. 3.Указанные факторы должны учитываться в совокупности при составлении плана лечения больных раком поджелудочной железы.

Кошик Е.А.

## ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ МАРКЕРОВ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ E-КАДГЕРИНА И В-КАТЕНИНА В АДЕНОКАРЦИНОМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Донецкий областной противоопухолевый центр,

Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г.В., научный руководитель – д.мед.н. Ищенко Р.В.

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных видов злокачественных новообразований человека, показатели заболеваемости и смертности от которого, согласно статистическим данным последнего десятилетия, неуклонно растут в Украине и экономически развитых странах мира.

**Цель работы:** Определить особенности экспрессии белков межклеточной адгезии в аденокарциномах толстой кишки.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на ретроспективном материале 37 пациентов с первичными аденокарциномами толстой кишки, после хирургического лечения в отделениях проктологии Донецкого Областного Противоопухолевого Центра в 2007 г. Пациенты на момент операции имели I – III стадию опухолевого процесса. Наличие регионарных метастазов отмечено у 17 пациентов (45.9%), отдаленные метастазы на момент операции выявлены не были.

**Результаты исследования.** Возраст больных варьировал от 44 до 75 лет, медиана составила 59.5 лет. Мужчины 21 (56.8%), женщины 16 (43.2%). Локализация опухоли слепая/восходящая ободочная/поперечная ободочная 14 (37.8%), нисходящая ободочная/сигмовидная 23 (62.2%). Стадия I (T1-2N0M0) определялась у 2 пациентов (5.4%), II (T3-4N0M0) у 13 (35.1%), III (T1-4N0-2M0) у 22 (59.5%). При гистологическом исследовании материала у всех больных были диагностированы аденокарциномы (АК) различной степени дифференцировки. Высокодифференцированные АК выявлены у 9 (24.3%) пациентов, умереннодифференцированные – у 23 (62.2%), низкодифференцированные – у 5 (13.5%). Стадия по Дьюку А/В у 9 (24.3%), С/Д – у 28 (75.7%). Ангиолимфатическая инвазия наблюдалась в 10 опухолях (27%), перинеуральная в 6 (16.2%). Позитивная экспрессия E-cad выявлена в 17 (45.9%) исследованных АК. Из них реакция была слабой (+) в 3 (17.6%) случаях, умеренной (++) – в 10 (58.9%) и сильной (+++) – в 4 (23.5%). Реакция имела мембранный, цитоплазматический или смешанный (мембранно-цитоплазматический) характер. Эпителий пограничной с опухолью нормальной слизистой оболочки толстой кишки демонстрировал равномерную мембранную экспрессию умеренной интенсивности. Сохранение мембранного типа экспрессии было наиболее характерно для высокодифференцированных аденокарцином. Позитивная экспрессия  $\beta$ -cat выявлена в большинстве изученных опухолей (30 из 37, 81.1%), при этом реакция была слабой (+) в 5 (16.7%) наблюдениях, умеренной (++) – в 17 (56.7%) и сильной (+++) – в 8 (26,6%) наблюдениях. При этом реакция имела различную локализацию: мембранную, цитоплазматическую, ядерную и смешанную. Мембранная реакция в раковых клетках была более интенсивной, чем в эпителии нормальной слизистой оболочки толстой кишки. В центральных областях опухолевых комплексов  $\beta$ -cat был локализован на мембранах и/или в цитоплазме раковых клеток и демонстрировал менее интенсивную реакцию. Отсутствие белка фиксировалась в 7 (18.9%) наблюдениях. Высокий уровень экспрессии  $\beta$ -cat имел статистически достоверную взаимосвязь с наличием у больных инвазии сосудов ( $p=0.003$ ).

**Выводы.** В работе выявлено, что на инвазивный потенциал рака толстой кишки влияет изменение локализации E-cad в клетках опухоли. Утрата мембранной и появление цитоплазматической реакции, связано с возрастанием агрессивности опухоли, увеличением стадии процесса, появлением регионарных метастазов. Появление ядерного  $\beta$ -cat при этом наблюдаются в клетках зон роста опухоли, что может свидетельствовать в пользу новообразований с высоким инвазивным потенциалом. Таким образом, иммуногистохимическое определение экспрессии E-cad и  $\beta$ -cat может помочь в определении индивидуального прогноза течения аденокарцином толстой кишки.

Резниченко Л.П.

## ИНТАОПЕРАЦИОННЫЕ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК В ПОРТАЛЬНОМ КРОВОТОКЕ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Донецкий областной противоопухолевый центр,

Генеральный директор – академик НАМНУ Бондарь Г.В., научный руководитель – д.мед.н. Ищенко Р.В.

В настоящее время подходы к рациональному лечению колоректального рака основаны на диагностических и клинико-морфологических критериях. При этом они хотя и являются основными параметрами, определяющими тактику лечения и прогноз заболевания, но даже в пределах клинически однородных групп пациентов отмечается высокая гетерогенность течения и ответа на проводимое лечение. Сегодня для точного определения стадии опухоли необходимо расширить рамки стандартно выполняемых тестов и включить в арсенал используемых методов

**Цель.** Исследование периферической крови, которая представляет собой идеальную мишень для гематогенного метастазирования опухолей кишечника.

**Материалы и методы.** Нами произведен интраоперационный анализ портальной крови с целью верификации свободных циркулирующих опухолевых клеток по авторской методике, разработанной в Донецком

областном противоопухолевом центре. Методика включает в себя интраоперационный забор крови из портальной системы и изучение цитогрaмм осадка центрифугата на наличие опухолевых клеток. Кровь из портальной системы забирали в пробирку с буферным раствором, затем туда добавляют 3%-ный раствор уксусной кислоты из расчета 1:9 и тщательно перемешивают частым опрокидыванием сосуда. После этого смесь выливают в центрифужную пробирку и центрифугируют 15 минут при 1500 об/мин. Надосадочную жидкость удаляют, осадок смешивают с 90 мл 3%-ного раствора уксусной кислоты и центрифугируют при том же режиме. Надосадочную жидкость удаляют, осадок переносят на предметные стекла и готовят мазки. Мазки после высушивания окрашивают по Романовскому в модификации Паппенгейма (модификация методики обнаружения опухолевых клеток в крови по И. Ф. Греху и М. П. Яковлевой).

**Результаты и обсуждения.** У 15 больных подвергнутых радикальным оперативным вмешательствам. Распространенность процесса соответствовала Т2-4. В ходе работы опухолевые клетки верифицированы у 3 больных, у которых по данным гистологического исследования наблюдалось прорастание серозной оболочки.

**Выводы.** Использование интраоперационного исследования цитологических препаратов при хирургическом лечении больных колоректальным раком позволяет корректировать тактику лечения и прогноз заболевания.

*Воробьева В. Ю., Сташкевич М. А.*

### **РИБОЗО-1-ФОСФАТ – ФАКТОР АКТИВАЦИИ 5-ФТОРУРАЦИЛА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра медицинской химии, зав. кафедрой – д.х.н., проф. Матвиенко А. Г.,  
науч. руководитель – к.х.н., доц. Хомутов Е. В.*

**Цель.** Рибозо-1-фосфат – субстрат, необходимый для образования активной формы препарата 5-фторурацила (5-ФУ). Целью данного исследования стал поиск источников рибозо-1-фосфата (риб-1-Ф) в опухолевой и условно здоровой ткани слизистой стенки желудка.

**Материалы и методы.** Для исследования были использованы гомогенаты опухоли и условно здоровой ткани слизистой стенки желудка 5 пациентов с раком желудка 2-3 стадии после внутриартериального введения 5-ФУ в сальниковую артерию. Гомогенаты инкубировали с различными нуклеозидами (тимидин, аденозин, уридин), используемыми как источники рибозы. Концентрации указных субстратов и продуктов активации 5-ФУ определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) в условиях обратнoфазового элюирования на колонке УМС Triart длиной 250 мм.

**Результаты.** Оказалось, что в условиях *in vitro* пиримидиновые нуклеозиды имеют значительное преимущество в качестве источников риб-1-Ф для активации 5-ФУ по сравнению с пуриновыми нуклеозидами. При этом активная форма 5-ФУ в 2,5 раза быстрее образуется в здоровой ткани при прочих равных условиях. В опухоли концентрация 5-ФУ экспоненциально и согласованно у различных пациентов снижается с увеличением времени после его введения ( $R=-0,74$  при  $p=0,01$ ).

**Выводы.** Образование активной формы 5-ФУ происходит путем трансферазной реакции без образования свободной рибозы. В опухоли наблюдается слаженность метаболических процессов катаболизма 5-ФУ у разных пациентов, в отличие от условно здоровых, смежных с опухолью тканей, что может быть связано с ограниченной доступностью риб-1-Ф.

*Генбач И. О., Шатова О. П.*

### **ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ 5-ФТОРУРАЦИЛА МЕЖДУ ЛИМФОЦИТАМИ И ПЛАЗМОЙ**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра химии, зав. кафедрой – д.х.н., профессор Матвиенко А. Г., научный руководитель – к.х.н., доц. Хомутов Е. В.*

**Целью** работы было изучение распределения 5-фторурацила (5-ФУ) между лимфоцитами крови и плазмой *in vitro*, а также *in vivo* при внутриартериальной и эндолимфальной терапии.

**Материалы и методы.** Использовалась кровь здоровых добровольцев (N=5) и больных раком желудка (N=11), которые получали химиотерапию 5-ФУ двумя вышеописанными способами. Лимфоциты выделяли центрифугированием на градиенте фиколл-урографина; концентрации всех метаболитов определяли методом ВЭЖХ.

**Результаты.** У пациентов, которые получали эндолимфальную химиотерапию, концентрация 5-ФУ в лимфоцитах превышала таковую в плазме в 100 раз уже через 1 час после введения. Максимальный пик концентрации (C=990 мМ) был зарегистрирован через 1 час. При внутриартериальной терапии максимальная концентрация (C=576 мМ) наблюдалась через 2 часа, после чего наступал спад. Накопление 5-ФУ в лимфоцитах было также изучено в модельных системах *in vitro*. Так, при добавлении 5-ФУ к суспензии лимфоцитов в плазме (здоровые добровольцы) концентрация препарата в клетках была, в 4 раза выше, чем в плазме уже на 1-й минуте инкубации, а данное распределение сохранялось на протяжении 30 минут. При сравнении процессов активации 5-ФУ в суспензии функционально активных лимфоцитов и в лизате клеток того же субъекта было обнаружено, что наличие нативной клеточной мембраны замедляет образование

5-фторуридина, т.е. активацию препарата. Было обнаружено, что тимидин, в отличие от 5-ФУ, обладает меньшей проникающей способностью в клетки – его накопление происходит в 2 раза медленнее, причем на протяжении 1,5 часа с момента инкубации концентрация тимидина в плазме превышала таковую в клетках.

**Вывод.** Обнаружено активное накопление 5-ФУ в лимфоцитах в условиях как *in vitro*, так и *in vivo*. Однако активация 5-ФУ очень зависит от источника рибозо-1-фосфата, в нашем случае – тимидина. Активация 5-ФУ лимитируется не его содержанием в клетке и способом введения, а содержанием в клетке тимидина или других источников рибозы.

*Тютюнник М.В.*

## **ВПЛИВ ЛАКТАТУ НА КАТАБОЛІЗМ НУКЛЕОТИДІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького  
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

*Кафедра медичної хімії, завідувач кафедри – проф. Матвієнко А.Г., науковий керівник: доц. Є. В. Хомутов*

**Метою** цієї роботи було вивчення впливу лактату натрію (у фізіологічних і підвищених концентраціях) на активність дигідропіримідиндегідрогенази (ДПД) та аденозіндезамінази (АДА) – ключових ферментів розпаду нуклеотидів.

**Матеріали і методи.** Активність ферментів вивчали в гомогенаті селезінки щурів, гомогенаті пухлини шлунка людини та гемолізаті еритроцитів. Активність ферментів визначали спектрофотометричним методом та методом ВЕРХ.

**Результати та їх обговорення.** У межах фізіологічних концентрацій (0-4 мМ) лактат натрію збільшував активність ДПД, виділену з селезінки щурів, у відношенні тіміна в 1,8 рази ( $p < 0,05$ ) тим самим, прискорює розпад піримідинів. При використанні в якості субстрату 5-фторурацилу, фізіологічні концентрації лактату не чинили достовірного впливу на активність досліджуваного ферменту. Однак за високих концентрацій аніон лактату інгібує ДПД у відношенні, як тиміну в 2,3 рази, так і 5-фторурацилу в 2,0 рази. При додаванні лактату натрію до гомогенату пухлинних клітин раку шлунка спостерігалось дозозалежне збільшення активності ДПД пропорційно концентрації лактату. Додатки лактату натрію у фізіологічних концентраціях не чинили достовірного впливу на активність аденозіндезамінази, виділеної з еритроцитів здорових людей. Але за високих концентрацій 6 - 15 мМ лактат збільшує активність даного ферменту в 2,5 рази.

**Висновки.** Виявлено модулюючий вплив лактату натрію на активність ДПД та АДА, як в пухлинних, так і в здорових тканинах людини. Отримані результати дозволяють припустити, що аніон лактату модулює швидкість катаболізму нуклеотидів та їх синтетичних аналогів, цитостатичну дію яких залежить від активності даних ферментів.

## **ОФТАЛЬМОЛОГІЯ**

*Коробова А.В.*

### **ВНУТРИГЛАЗНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра офтальмологии, зав. кафедрой – проф. Павлюченко К.П., науч. рук. – проф. кафедры Олейник Т.В.*

**Цель исследования:** изучить уровни фактора некроза опухоли- $\alpha$ , интерлейкина- $1\beta$  во влаге передней камеры больных с СД 2 типа и различными стадиями ДР.

**Материал и методы.** Исследование уровней ФНО- $\alpha$ , ИЛ- $1\beta$  во влаге передней камеры (п/к) проводилось у 117 пациентов, из них 95 больных (104 глаза) с СД 2 типа составили основную группу, и 22 пациента (22 глаза) без диабета составили контрольную группу. Все пациенты были прооперированы по поводу возрастной катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы. Забор влаги п/к осуществляли во время вскрытия передней камеры при факоэмульсификации. Уровни ФНО- $\alpha$  и ИЛ- $1\beta$  определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа тест-системами производства «Укр-медсервис», (Донецк) согласно инструкциям фирмы-производителя.

**Результаты.** После удаления катаракты и восстановления прозрачности оптических сред в основной группе было выявлено, что ДР отсутствовала в 52,88% случаев (55 глаз), начальная непролиферативная ДР (НПДР) наблюдалась в 17,31% случаев (18 глаз), также у 17,31% (18 глаз) имелись признаки умеренной НПДР, тяжелая НПДР была обнаружена на 5 глазах (4,81%) и пролиферативная ДР (ПДР) – на 8 глазах (7,69%). Уровень ФНО- $\alpha$  во влаге передней камеры у больных с отсутствием ДР составил  $10,80 \pm 0,37$  пг/мл, что достоверно отличалось от уровня в контрольной группе –  $7,56 \pm 0,77$  пг/мл ( $p < 0,001$ ). При начальной НПДР содержание ФНО- $\alpha$  было равным  $23,57 \pm 1,47$ , что также было выше содержания в группе без диабета ( $p < 0,001$ ). При умеренной стадии непролиферативной ДР концентрация этого цитокина также оказалась выше, чем у контрольной группы –  $36,31 \pm 2,13$  ( $p < 0,001$ ). Тяжелая стадия НПДР и пролиферативная стадия характеризовались самыми высокими значениями ФНО- $\alpha$  во влаге п/к и были равны  $56,97 \pm 3,79$  и

80,10±4,31 пг/мл відповідно, і в обох випадках рівні во вологи п/к больних СД 2 типу були вище рівня в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). Вміст ІЛ-1 $\beta$  при відсутності ДР перевищував вміст ІЛ-1 $\beta$  у больних без СД і становив 15,33±0,49 пг/л в основній групі і 9,81±0,91 пг/мл в контрольній ( $p < 0,001$ ). Рівень ІЛ-1 $\beta$  при початковій і помірної НПДР був рівним 27,30±0,96 і 40,33±2,33 пг/мл, що статистично відличалося в обох випадках від рівня в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). При важкій НПДР і ПДР концентрація ІЛ-1 $\beta$  во вологи п/к статистично перевищувала концентрацію в нормі у больних без діабета і становила 75,63±5,31 пг/мл і 85,74±7,94 пг/мл відповідно ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Однонаправлене підвищення рівней ФНО- $\alpha$  і ІЛ-1 $\beta$  во вологи п/к пацієнтів з ДР свідечує о розвитку хронічного імуніопосередованного запалення на рівні тканин ока при СД 2 типу. Збільшення вмісту досліджуваних цитокінів во вологи п/к навіть при відсутності і початкових стадіях ДР диктує необхідність призначення медикаментозної корекції, починаючи з найраніших її проявів.

*Сович Х.*

## **ОБ'ЄКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПНЕВМОТОНОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ВИМІРЮВАННІ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Кафедра офтальмології, зав. кафедри – доц. А.С. Гудзь, науковий керівник – ас. Н.Б. Сеньків*

**Мета.** Провести порівняльний аналіз результатів вимірювання ВОТ за допомогою пневмотонометра та апланативної тонометрії по Маклакову та довести доцільність їх застосування в клінічній практиці.

**Матеріали та методи.** Вимірювання ВОТ проводилось у 77 пацієнтів (149 очей), серед яких було 42 жінки та 35 чоловіків. Частина пацієнтів проходила профілактичне вимірювання ВОТ, друга лікувалась стаціонарно з діагнозом відкритокутової (в/к) глаукоми. Для порівняння проводили вимірювання ВОТ за допомогою пневмотонометрії на апараті TOPCON ST 80 і апланативної тонометрії по Маклакову (за загальноприйнятою методикою). Статистичний аналіз результатів проводився за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

**Результати.** В ході дослідження пацієнтів було поділено на чотири групи, відповідно до результатів вимірювання ВОТ по Маклакову. При цьому для кожної з цих груп вираховувалася поправка щодо результатів пневмотонометрії (середнє арифметичне різниці ВОТ по Маклакову та ВОТ за пневмотонометром). Перша група: показники ВОТ (за Маклаковим) 16-20 мм рт.ст. – поправка становить «-3.2 мм рт.ст.». Друга група: показники ВОТ 21-25 мм рт.ст. – поправка становила «-0.57 мм рт.ст.». Третя група: при ВОТ 26-32 мм рт.ст. поправка (+ 5.71 мм рт.ст.). До четвертої групи віднесли величину ВОТ більше 35 мм рт.ст. При цьому поправка становила «+ 10 мм рт.ст.». Контрольна група складала 23 пацієнти (46 очей), яким проводили вимірювання ВОТ пневмотонометром до та після закапування анестетика. При дослідженні було виявлено, що після інстиляції 0,5% р-ну «Алкаїну» показники пневмотонометричного ВОТ в середньому знижувались на 1,04 мм рт.ст.

**Висновки.** 1. Відповідно до результатів наших досліджень встановлено, що із зростанням показників ВОТ при вимірюванні методом Маклакова змінюється поправка вимірювань відповідно до показників пневмотонометра. 2. При встановленні підвищеного ВОТ у хворих на в/к глаукому поправка показника пневмотонометрії щодо апланативної тонометрії Маклакова змінюється і становить «-0.57 мм рт.ст.» при ВОТ 21-25 мм рт.ст., «+ 5.7 мм рт.ст.» при ВОТ 26-32 мм рт.ст., і «+10 мм рт.ст.» - при ВОТ більше 35 мм рт.ст. 3. Базуючись на результатах досліджень, можна рекомендувати використання пневмотонометрії для дослідження ВОТ з урахуванням встановлених поправок та застосуванням інстиляційного анестетика.

*Чеботарева А.Д.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «АМБЛИОКОР» В КОМБИНАЦИИ СО СТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРОГРАММАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОПИЧЕСКОГО АСТИГМАТИЗМА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Павлюченко К.П.*

**Цель исследования.** Изучить эффективность комбинированного применения аппаратного комплекса «Амблиокор» и компьютерных программ «Цветок», «Крестик», аппарата «Панорама», при лечении миопического астигматизма и рефракционной амблиопии у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 36 детей (72 глаза) в возрасте 7-8 лет с миопическим астигматизмом и рефракционной амблиопией слабой степени. На обоих глазах средняя острота зрения равна 0.4±0.04 с максимальной коррекцией. Всем пациентам, после стандартного обследования (визометрии, рефрактометрии, офтальмометрии, офтальмоскопии), проводилось лечение на аппаратном комплексе «Амблиокор» длительностью 15 сеансов по 30 минут в день (по 15 минут на каждый глаз). В основе действия прибора лежит метод видеоконьютерного аутотренинга. Для достижения более значительного эффекта необходимо его сочетание с другими стимулирующими программами и аппаратами, которые поддерживают функциональную активность нейронов затылочных отделов коры головного мозга, предварительно активированных действием аппарата. Данные программы усиливают закрепление состояний био-

электрической активности мозга, определяющих наилучшее зрение. Первую группу наблюдения составил 21 ребенок (42 глаза), которым дополнительно к лечению на аппарате «Амблиокор» было добавлена работа со стимулирующими компьютерными программами «Цветок», «Крестик» и аппаратом «Панорама». Вторую (контрольную) группу составили 15 детей (30 глаз), которые получали стандартное лечение на аппаратном комплексе «Амблиокор» без дополнительных стимулирующих программ. Обе группы были статистически сравнимы по полу, возрасту, степени миопического астигматизма и амблиопии.

**Результаты.** Выявлено, что в контрольной группе в среднем острота зрения возросла до  $0.6 \pm 0.06$ , что составило  $0.2 \pm 0.02$ . В основной группе, где применялось комплексное аппаратное лечение, острота зрения в среднем возросла до  $1.0 \pm 0.05$ . Среднее значение изменений остроты зрения в данной группе равно  $0.6 \pm 0.03$ .

**Заключение.** Использование аппаратного комплекса «Амблиокор» в комбинации со стимулирующими компьютерными программами при лечении миопического астигматизма слабой степени более целесообразно в сравнении со стандартным применением данного аппаратного комплекса и позволяет достоверно повысить остроту зрения на  $0.6 \pm 0.03$ .

*Husham Hashim*

### OUR EXPERIENCE OF TREATING DEMODEX BLEPHARITIS

*Donetsk National Medical University named after Maxim Gorky, Department of Ophthalmology Internship and Post-graduate Education Division, Head of Department Professor Ludmila Sukhina, Thesis Supervisor Clinical Assistant Professor Yelena Datsko*

Demodex blepharitis is often a manifestation of generalized demodicosis and called opportunistic mite Genus Demodex. Usually suffer from Demodex persons with reduced general and local immunity, metabolic disorders, diseases of the gastrointestinal tract. Demodex blepharitis often etiology is found in individuals with incorrect refractive errors. Since the recent increase of the pathogenic factors, and increased incidence of Demodex. Progression Demodex blepharitis can cause severe morphological and functional changes of the lid, which leads to trichiasis and other serious eye diseases. The relevance of Demodex blepharitis explained by the fact that the existing methods of treatment is not always effective.

**Objective:** To develop optimal treatment Demodex blepharitis, given pathogenetic factors contributing to the disease.

**Materials and methods.** For our study we selected 27 patients (17 women and 10 men) aged 28-76 years. of symptomatic manifestations of Demodex blepharitis. The presence of Demodex on the eyelashes and (or) the skin was confirmed by laboratory tests. All patients were evaluated by a Dermatologist, Gastroenterologist, if necessary, prescribe appropriate treatment, correction of refractive errors and acaricidal therapy. Inside, all patients received a multivitamin, syrup Finer (Herbasuets SCM, India) in the appropriate dosage. We recommend washing 2 times a day with Neem face wash (The Himalaya Drug Company, India), and then deposited on the eyelids Blefarogel 2 (Geltek, Russia). All of the patients were with lid massage followed by treatment with alcohol-containing solutions edges of the eyelids. Patients instilled Combinil-Duo (Promed, India) 4 times a day for 1 week, and artificial tears Oftolik (Promed, India) 4 times daily for 4 weeks. After 4 weeks, underwent clinical examination and laboratory investigation of eyelashes and epithelial scrapings of skin.

**Results.** After 4 weeks after treatment in all patients had objective clinical improvement: less discharge, crusts and scales at the base of the eyelashes, redness and swelling of the eyelids. Subjectively, patients reported a decreasing of eyes itching, itching, a feeling of heaviness in the eyelids, and the feeling of discomfort and dry eyes. The laboratory studies showed the absence of Demodex in 24 patients (88%) and on the eyelashes and skin. In 2 patients (8%) appear tick only on the face and in 1 case (4%) - on the skin and eyelashes.

**Conclusions.** We have developed a scheme is an effective way to treat demodex blepharitis, which eliminates the clinical manifestations of inflammation of the eyelids, and in 88% of cases after treatment destroys mites of the genus Demodex.

*Гамбарян З.А., Дегтярева А.П.*

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ ПРИ ОТРЫВЕ ВЕК

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра офтальмологии ФИПО- зав.каф. проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Зорина М.Б.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности хирургического лечения пострадавших с разрывом слезных канальцев при отрыве век у внутреннего угла глаза.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в областном офтальмотравматологическом центре «Микрохирургия глаза» находилось 33 пострадавших с повреждением слезных канальцев, сопровождающих медиальный отрыв век. Преобладали лица мужского пола (28 человек), женщин - 5. В возрасте от 18 до 50 лет было 22 человека, старше 50 лет 4. Наряду с этим, среди пострадавших было 7 детей. У 27 пострадавших травма была бытовая, а у 6 - производственная. Все пострадавшие обращались в остром периоде травмы - в сроки до 6 часов с момента травмы - 22 пострадавших, от 6 до 24 часов - 7 пострадавших и четверо - от 1 до 3 суток. Оба канальца были повреждены у 7, только верхний у 6 и только нижний у 20 пациентов. В момент

поступления больным производили первичную хирургическую обработку раны века с восстановлением непрерывности слезных канальцев по предложенной нами методике.

**Результаты и выводы.** Критерием эффективности предложенного оперативного вмешательства являлся функциональный результат - активное слезоотделение - был достигнут в 96,6 % случаев. В отдаленные сроки наблюдения (от 6 мес. до одного года) обследованы 25 человек. Жалоб на слезотечение у них нет. Таким образом, использование предложенной методики операции по восстановлению поврежденных слезных канальцев в остром периоде травмы себя оправдывает.

*Голубов Т.К., Шевченко В.С., Карабиц Е.В.*

### **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Голубов К.Э.*

**Цель исследования** Исследование уровня внутриглазного давления у здоровых лиц.

**Материал и методы.** В ходе исследования было изучено состояние внутриглазного давления (ВГД) у группы здоровых лиц общей численностью 1198 человек (2396 глаз) возрасте от 30 до 70 лет, которые не имели отягощенного семейного анамнеза по глаукоме и объективных симптомов заболевания. Среди обследованных мужчин - 593 (49,5%), женщин - 605 (50,5%). Внутриглазное давление измерялось по стандартной методике тонометром Маклакова весом 10,0 гр.

**Результаты.** Анализ полученных данных позволил выявить некоторые закономерности. Средняя величина ВГД составила  $19,9 \pm 0,03$  мм.рт.ст. Чаще всего ВГД в здоровой выборке равно 20 мм.рт.ст., которое наблюдалось соответственно 21,5% у мужчин и 22,4% у женщин. ВГД - от 20 мм.рт.ст. и ниже составило у мужчин 72,0%, а у женщин 69,4%. ВГД в пределах 23 мм.рт.ст. и выше наблюдалось у 6,6% мужчин и 6,4% женщин. Надо отметить, что 22,7% мужчин и 19,9% женщин имеют индивидуальную норму 18 мм.рт.ст. и ниже, что составляло около 20% от обследованной популяции.

**Выводы.** Среди здоровых лиц можно выделить три зоны уровня ВГД.: зона низкой нормы от 15 до 18 мм.рт.ст., которая составляет 21,3%; зона высокой нормы от 23 мм.рт.ст. и выше, составляющая 6,5% от числа обследованных; наконец, зона средней нормы от 19 до 22 мм.рт.ст. с численностью 72,2% от популяции.

*Дегтярева А.П., Гамбарян З.А.*

### **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАНЕВОЙ КАТАРАКТОЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А.,  
научный руководитель - доц. Зорина М.Б.*

**Цель исследования.** Изучить эффективность реабилитации детей с травматической катарактой.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 42 ребенка с осложненными травматическими катарактами. В 76,19 % получали травму мальчишки. Более половины (54,76 %) составляли дети в возрасте от 4 до 10 лет, в 38,10 % - в возрасте от 11 лет и старше. 7,14 % из наблюдаемых детей (это 3 человека) были в возрасте до 3х лет.

**Результаты.** В 78,57 % пострадавшие поступали в офтальмотравматологический центр в ургентном порядке. В 89 %, травматическая катаракта явилась следствием проникающего ранения. Первым этапом реабилитации явилось проведение хирургического лечения пострадавших. Показанием к экстракции хрусталиковых масс в ургентном порядке явилось значительное нарушение передней капсулы хрусталика, и выхождение хрусталиковых масс в переднюю камеру. При неосложненных ранениях оперативные вмешательства ограничивались лишь ПХО раны. В 71,43 % в связи с возникновением ряда осложнений производились повторные оперативные вмешательства различного характера в плановом порядке. Все дети после хирургического лечения проходили II этап лечения - плеопто-ортоптическое, которое заключалось в рациональной коррекции, окклюзии здорового глаза, засветы по Кюперсу, АСО, занятия на макулотестере и на тренажерах ОЛТК, а также медикаментозный прием препаратов, улучшающих трофику.

**Выводы.** В отдаленные сроки наблюдения, несмотря на тяжесть травмы, получен благоприятный эффект в 83 % случаев, у 62 % пострадавших восстановлено бинокулярное зрение.

*Дегтярева А.П., Гамбарян З.А.*

### **О ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО,  
зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Зорина М.Б.*

**Цель исследования.** Изучить характер ПХО ранений глазного яблока, в зависимости от клинической картины и локализации раны.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 615 пострадавших с проникающими ранениями



переднего отдела глазного яблока.

**Результаты.** В 60,5 % рана локализовалась в роговице, в 36,7 % - в роговично-склеральной области, в 2,8 % - в лимбе. При этом в 20,5 % раны были обширными и, как правило, сопровождалась различного рода осложнениями. Из числа пострадавших с проникающими ранениями переднего отдела глазного яблока первичная хирургическая обработка раны была произведена в 83,6 %. В 18,2 % была произведена простая хирургическая обработка раны, а в 81,8 %, в силу тяжести травмы и наличия осложнений, возникала необходимость в проведении комбинированных или реконструктивных вмешательств. При соответствующих показаниях в различных сочетаниях производились манипуляции на радужке, стекловидном теле, удаление внутриглазных инородных тел – через рану или диасклеральным путем после ее обработки, экстракция катаракты, в том числе с одновременной имплантацией ИОЛ и др.

**Выводы.** Основным направлением ПХО было проведение исчерпывающей хирургической обработки при проникающих ранениях переднего отдела глаза, которое способствовало полноценной первичной реабилитации пострадавших с тяжелой травмой органа зрения.

*Евтушенко О.В.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ВИСКОЭЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА У ВЗРОСЛЫХ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Сухина Л.А., Отделение микрохирургии глаза ГБ № 20 г. Донецка, науч. рук. - доц. Евтушенко В.А.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения вискоэластика при лечении хронических дакриоциститов у взрослых пациентов.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 26 больных, страдающих хроническим гнойным дакриоциститом с давностью заболевания от 4 месяцев до 2 лет. Распределение по возрасту: от 23 до 70 лет, средний возраст составил 51 год. Мужчин было 10 человек, женщин – 16. Все больные были обследованы в соответствии с протоколом. Контролем были 10 больных, координирующих по возрасту и тяжести патологии. Всем больным производили зондирование слезно-носового канала с последующим промыванием антибиотиками широкого спектра действия. В экспериментальной группе к лечению добавляли введение в слезно-носовой канал вискоэластика ViscoCel, предполагая, что высокая осмолярность и адаптированность препарата к биологическим тканям существенно уменьшит отечность и воспаление слизистой слезоотводящих путей.

**Результаты.** В экспериментальной группе удалось достигнуть полного восстановления проходимости и купирования воспалительного процесса у 50% больных, что существенно улучшило качество их жизни. В контрольной группе аналогичный результат получен лишь у 30% пациентов. Результаты наблюдения от 6 месяцев до 2 лет свидетельствуют об устойчивости достигнутого эффекта.

**Выводы.** Применение вискоэластика в комплексном лечении дакриоцистита у взрослых актуально, патогенетически оправдано и эффективно, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию.

*Евтушенко О.В.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИСПРАВЛЕНИЕ РЕДКОЙ ФОРМЫ КОСОГЛАЗИЯ «ТЯЖЕЛЫЙ, ПАДАЮЩИЙ ГЛАЗ»

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Сухина Л.А., Отделение микрохирургии глаза ГБ № 20 г. Донецка, науч. рук. - доц. Евтушенко В.А.*

**Цель исследования.** Изучение возможности устранения косметического дефекта при данной патологии.

**Материал и методы.** Согласно современной классификации, одной из форм содружественного неаккомодационного косоглазия является так называемый «тяжелый, падающий глаз» при односторонней осложненной высокой близорукости. Отклонение крупного миопического глаза кнаружи и вниз создает впечатление его выпадения из орбиты. Нами проанализированы истории болезни 7 больных с данной патологией: 4 мужчин, 3 женщин. Распределение по возрасту: от 27 до 70 лет, средний возраст - 31 год. Больные были обследованы в соответствии с протоколом. Угол косоглазия по горизонтали колебался от 15ε до 20ε, по вертикали - от 5ε до 8ε. У всех пациентов близорукость косящего глаза была осевой, в пределах от 15,0 до 20,0 Д, при длине глазных яблок от 29,2 мм до 32,5 мм. Ограничения подвижности глаз не было. С целью ослабления сильной мышцы (наружной прямой - у 5 больных, наружной и нижней прямой - у 2 больных) выполняли полную тенотомию.

**Результаты.** В результате проведенной операции у 75% больных достигнута ортотропия по горизонтали, у остальных больных угол уменьшился до 5ε-7ε. Угол вертикального косоглазия исчез у 80% пациентов, у остальных уменьшился до 1ε-3ε. Все больные отмечали хороший косметический эффект. Наблюдение пациентов от 6 месяцев до 2 лет свидетельствует об устойчивости достигнутого результата.

**Выводы.** Хирургическое исправление данной формы косоглазия у взрослых актуально, вполне оправдано и способствует улучшению качества их жизни.

*Исаченко О.Ю., Захир Султан, Голубов Т.К.***НЕОВИР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ КЕРАТИТОМ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Голубов К.Э.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения неовира в комплексном лечении больных с герпетическим кератитом.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 29 больных в возрасте 19- 52 лет с древовидным герпетическим кератитом. В зависимости от характера терапевтических мероприятий было выделено две группы больных: первая(основная)-19 больных, в комплексном лечении которых использовался неовир, вторая(контрольная)-17 больных, в лечении которых препарат не использовался. Неовир-индуктор интерферона, назначался в виде внутримышечных инъекций по 1,0 мл один раз в сутки в течение 10-15 дней. Критериями эффективности лечения служили сроки эпителизации роговицы, длительность лечения пациентов, содержание Ig G в сыворотке крови.

**Результаты.** Начало эпителизации роговицы у больных первой группы отмечено к 2-3 дню лечения, у лиц второй группы - к 5-6 дню, а полная ее эпителизация соответственно к концу первой недели лечения и к 9-10 дню. Полное выздоровление у пациентов первой группы наблюдалось в 94,73% случаев, а во второй в 82,35%. На фоне клинического выздоровления снижение содержания Ig G отмечено у 78,94% лиц основной и 70,5% контрольной групп. Длительность лечения у больных первой группы составила  $15,6 \pm 1,8$  дня, второй- $18,4 \pm 2,4$  дня.

**Выводы.** Проведенные исследования показали целесообразность использования препарата неовир в комплексном лечении больных с древовидным герпетическим кератитом препарата имунофан.

*Захир Султан, Исаченко О.Ю.***КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РОГОВИЦЫ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Голубов К.Э.*

**Цель работы.** Изучение частоты, клинических особенностей герпетического поражения роговицы.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 630 пациентов с кератитами, лечившихся в глазном отделении ГКБ №21 г.Донецка в течение 2011-2012гг. При анализе учитывались вид, клинические особенности поражения роговицы, состояние местного и общего иммунитета.

**Результаты.** У наблюдаемых нами больных в 410 (65,08%) случаях отмечена герпетическая этиология заболевания, подтвержденная положительной ПРЦ, высоким титром Ig G к вирусу герпеса 1,2 типа. У 30,7% пациентов наблюдалась микс-инфекция (герпес+туберкулез, герпес+цитомегаловирус, герпес+хламидии). Данный вид заболевания чаще наблюдался у мужчин (56,5%) и жителей города(80,0%). Анализ распределения пациентов в зависимости от возраста показал, что в 73,7% это были лица трудоспособного возраста, причем 57,6% из них до 40 лет. Монокулярный характер поражения отмечен у 86,3% пациентов, бинокулярный – в 15,7%. Первичная атака заболевания наблюдалась в 67,3%, рецидив в 32,7%. Среди госпитализированных в 33,4% отмечены поверхностные формы поражения роговицы, а в 43,1%-глубокие. В 20,9% наблюдался кератопуеит и в 2,4% - герпетическая язва роговицы. На фоне консервативного лечения хирургические вмешательства были проведены у 4,6% больных.

**Выводы.** Среди лиц с кератитами до 68,08% составляют лица с герпетическим поражением роговицы. Отмечен полиморфизм клинической картины заболевания.

*Ларкина А.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К.***РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АМБЛИОПИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра офтальмологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный руководитель - доц. Голубов К.Э.*

**Целью работы** явилось изучение эффективности лечения детей с амблиопией в условиях детского специализированного центра.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением в течение года находилось 45 детей с амблиопией в возрасте от 4 до 8 лет получивших курс лечения в условиях специализированного детского центра. Эффективность оздоровительных мероприятий была изучена на основании сравнения показателей зрительной работоспособности (корректируемый тест Вестон-Тагаевой (КТ)), визометрии до и после проведения лечения. Каждое занятие начиналось с проведения аккомодотренинга с учетом рекомендаций Аветисова-Сомова. В лечении детей использовались следующие методики: оптический массаж по Коваленко, упражнения по Волкову-Колесниковой, с разделителем поля зрения, на аппаратах АСО-2, Панорама и др.

**Результаты.** У 94(75,4%) детей до проведения оздоровительных мероприятий острота зрения для дали не превышала 0,7. Анализируя результаты лечения надо отметить, что у всех детей отмечена положительная динамика изменения остроты зрения. Число детей с остротой зрения без коррекции более 0,7 увеличилось до 54,4% ,а уменьшилось количество лиц с остротой зрения менее 0,1 с 10,4% до 3,2. Изучение показателя КТ показало, что после лечения отмечается достоверное увеличение средних величин относительно их исходного уровня с  $0,22 \pm 0,01$  до  $0,31 \pm 0,009$  бит/сек.

**Выводы:** проведенные исследования показали эффективность реабилитации детей с амблиопией в условиях специализированного детского центра.

*Шевченко В.С., Голубов Т.К., Куркурина О.В.*

### **ВЛИВ ІРІФРІНУ НА СТАН АКОМОДАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ МІОПІЇ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра офтальмологии ФИПО зав.кафедрой - проф. Сухина Л.А., научный рук. – ас. Котлубей Г.В.*

**Метою дослідження** є вивчення впливу іріфрину на стан акомодативної функції у дітей з міопією слабкого та середнього ступеня.

**Матеріал і методи.** Під наглядом знаходилось 40 дітей у віці 10-16 років ( перша група -22 особи з короткозорістю слабкого ступеня, друга- 18 осіб з короткозорістю середнього ступеня).У дітей обох груп в комплексному лікуванні використовували іріфрін, який призначали у виді інстиляцій 2,5% розчину по одній краплі на ніч на протязі одного місяця. Ефективність використання препарату була вивчена на підставі аналізу даних гостроти зору,резерву акомодатії( РА ) , запасу відносної акомодатії(ЗВО) пацієнтів обох груп до та після закінчення курсу лікування.

**Результати.** До початку лікуванні у осіб першої групи показник не коригованої гостроти зору у далечинь складав -  $0,24 \pm 0,02$ , РА- $3,04 \pm 0,26^a$ , ЗВА- $2,20 \pm 0,16^a$ , а у дітей другої групи відповідно -  $0,13 \pm 0,003$ ,  $2,66 \pm 0,36^a$ ,  $1,62. \pm 0,16^a$ . Після закінчення курсу лікування у пацієнтів обох груп відзначалось збільшення гостроти зору відповідно до  $0,39 \pm 0,03$ ( $p < 0.05$ ) и до  $0,25 \pm 0,06$  ( $p < 0.05$ ). В обох групах зафіксовано статистично значуще збільшення показника РА (перша –  $4,20 \pm 0,19^a$ , друга-  $4,17 \pm 0,19^a$ ) та запасу відносної акомодатії (відповідно -  $3,29 \pm 0,22^a$  и  $2,92 \pm 0,23^a$ ). Використання іріфрину у лікуванні пацієнтів з короткозорістю дозволило поліпшити функціональний стан зорового аналізатору у 72,0% пацієнтів першої та 65,0% другої групи.

**Висновки.** Використання іріфрину у комплексному лікуванні дітей з міопією є ефективним, запропонована методика може бути використана у умовах первинної ланки дитячої офтальмологічної служби.

## **ПЕДІАТРІЯ**

*Грищенко И.С.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., научный рук. – доц. Балычевцева И.В.*

**Цель исследования:** оценить эффективность применения небулайзерной терапии при оказании неотложной помощи детям с обструкцией дыхательных путей.

**Материалы и методы:** Исследование было проведено на базе областного дома ребенка г.Донецка. В исследование были включены 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет с обструкцией дыхательных путей. Первую группу (5 человек) составили дети с обострением бронхиальной астмы, вторую группу (25 детей) – дети с обструктивным бронхитом на фоне ОРВИ, третью группу (8 пациентов) – дети со стенозирующим ларинготрахеитом и стенозом I-II степени на фоне ОРВИ. Доставка лекарственных средств осуществлялась с помощью небулайзера.

**Результаты исследования:** Проведенное исследование позволило выявить снижение числа экстренных госпитализаций по поводу обострения бронхиальной астмы в 3,5 раза, числа тяжелых пациентов, госпитализированных со стенозирующим ларинготрахеитом в 2,5 раза, тяжелых больных, госпитализированных с обструктивным бронхитом в 4 раза.

**Выводы:** Таким образом, была доказана эффективность применения небулайзера в терапии обструкции дыхательных путей, как наиболее оптимального способа доставки ингалируемых веществ за короткий период времени, в более высоких концентрациях у детей раннего возраста.

*Колесникова В. С.*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой и научный руковод. – проф. Юлиш Е. И.*

**Цель исследования.** Выявление клинических особенностей обострения бронхиальной астмы (БА) на

фоне респираторного хламидиоза.

**Материал и методы.** У 136 детей проанализировано течение текущего обострения БА. Основная группа – 85 детей с сочетанием респираторного хламидиоза и группа сравнения – 51 неинфицированный ребенок.

**Результаты.** Более чем у половины детей основной группы – 46 (54,1 %) при поступлении отмечалась экспираторная одышка в покое, у 35 (41,2 %) детей экспираторная одышка наблюдалась при физической нагрузке. Среди детей группы сравнения одышка в покое имела у 19 (37,2 %) человек, у 26 (51 %) больных одышка появлялась при физической нагрузке. Симптомы интоксикации имелись у 41 (48,2 %) пациентов основной группы, у 27 (31,8 %) из них обострение заболевания начиналось с повышения температуры тела. Среди пациентов второй группы симптомы интоксикации отмечались у одной трети (16; 31,4 %) больных, повышение температуры тела зарегистрировано у 11 (21,6 %) детей. При физикальном обследовании у 47 (55,3 %) детей с хламидийной инфекцией регистрировали большое количество разнокалиберных влажных хрипов над всей поверхностью легких, что свидетельствует о преобладании вазосекреторного компонента в механизме бронхиальной обструкции, тогда как среди неинфицированных подобная картина отмечалась только у 10 (19,6 %) пациентов.

**Выводы.** Тяжесть обострений была более выраженной у пациентов с сочетанием бронхиальной астмы и хламидийной инфекции. Достоверно более выраженными у детей основной группы отмечали такие показатели, как наличие кашля, катаральные изменения в ротоглотке и степень увеличения лимфатических узлов. Более выраженные проявления кожной аллергии зарегистрированы у детей группы сравнения.

*Гасюк Т.В., Небесная А.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Е.И. Юлиш, научный руководитель – асс. Ярошенко С.Я.*

**Цель исследования:** выявить анамнестические факторы риска повышенной респираторной заболеваемости у детей раннего возраста.

**Материал и методы:** истории развития 75 детей, относящихся к часто болеющим острыми респираторными заболеваниями (согласно критериям В. Ю. Альбицкого, А. А. Баранова, 1986), которые составили основную группу. Группу сравнения составили 35 детей с респираторной заболеваемостью, не превышающей возрастной порог. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

**Результаты.** Выявлено, что в антенатальном периоде для часто болеющих детей характерна более высокая частота таких факторов: рождение от повторных беременностей (в основной группе от повторных беременностей родились 50,7% пациентов, в группе сравнения – 14,3%,  $p < 0,05$ ); рождение после многочисленных аборт – 3 и более (20% часто болеющих детей (ЧБД), 2,9% относительно здоровых сверстников,  $p < 0,05$ ). При этом нормальное течение беременности наблюдалось у 80% матерей детей группы сравнения и лишь у 49,3% - основной группы ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что наиболее выраженные отличия наблюдались по частоте выявления хронической внутриутробной гипоксии плода – ее перенесли 22,7% пациентов основной группы и только 5,7% - группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Такие показатели, как гестозы (33,3% и 28,6% соответственно в группах основной и сравнения), угрозы прерывания беременности (20% и 11,4% соответственно), анемия беременных (24% и 17,1% соответственно), сопутствующая соматическая патология беременных (21,3% и 11,4% соответственно), в том числе и инфекционные заболевания (28% и 17,1% соответственно), вредные привычки во время беременности (13,3% и 5,7% соответственно) также были выше в группе ЧБД, однако уровни статистической значимости не достигли ( $p > 0,05$ ).

**Выводы:** Дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями, на антенатальном этапе значительно чаще подвергаются воздействию таких неблагоприятных факторов, как рождение после многочисленных абортов (3 и более), патологическое течение беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода. Так же такие дети чаще рождаются от повторных беременностей. Данные факторы могут приводить к снижению защитных сил организма и, в свою очередь, повышать респираторную заболеваемость пациентов.

*Грищенко И.С.*

### **ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., науч. рук. - доц. Балычевцева И.В.*

**Цель исследования.** Определить влияние этиологических факторов на клиническое течение обструктивного бронхита (ОБ) у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Проанализированы 48 историй развития детей с обструктивным бронхитом, в возрасте от 1 месяца до 4-х лет, проживающих в областном доме ребенка г.Донецка. Были изучены анамнез, данные клинического, лабораторного и инструментального исследования.

**Результаты.** Установлено, что почти у половины обследуемых детей (22 ребенка – 45,8%) развитие ОБ происходило на фоне ОРВИ. У 3 детей (6,3%) был выявлен аллергический генез ОБ. В 20,8% случаев (у 10 человек)

диагностирована внутрішньотрубна інфекція (хламідійна, цитомегаловірусна, мікоплазменная інфекція). У 9 наблюдаємих дітей (18,8%) зареєстрована тимомегалія і лише в 8,3% випадків (4 дитини) не вдалося з'ясувати причини розвитку ОБ із-за скудних анамністических даних. Наблюдая за динамікою течення болєзни, було установлено, що у 31 дитини епізоди бронхообструкції реєструвалися тільки на першому році життя, у 17 дітей – на протязенні всіх чотирьох років або з'являлися вперше в віці старше року.

**Висновки.** В результаті проведенного дослідження було виявлено, що рецидивуюче течення обструктивного бронхіта характеризувалося частішою зустрічальністю у дітей, перенесших внутрішньотрубну інфекцію і з тяжким алергологічским анамнезом.

*Загоруйко А.Н.*

## **ДИСФУНКЦІЯ БІЛІАРНОГО ТРАКТА У ДІТЕЙ І ЇХ КОРРЕКЦІЇ**

*Донецький національний медический університет ім. М.Горького,*

*Кафедра педіатрії №2, зав. кафедрой – проф. Чуриліна А.В., научний керівитель – доц. Зуєва Г.В.*

**Цель роботи:** Визначити ефективність препарату «Усофальк» як засобу патогенетической терапії у дітей з дискинезією жєлчевыводящих шляхів на фоні супутньої патології ЖКТ.

**Матеріали і методи:** Обследовані 34 болєних в віці від 5 до 16 років з діагнозом дискинезія жєлчевыводящих шляхів на фоні супутньої патології ЖКТ. Діагнози верифіцировались на основі анамнезу, клініческого течення, результатів лабораторно-інструментального дослідження. Всім болєним проводилися клініческі дослідження крові, мочі, копрограмми, біохіміческі дослідження (общий білірубін і його фракції, АЛТ, АсАТ, щєлочная фосфатаза, холестерин, тимолова проба, общий белок). До лічєння і після лічєння – ультразвуковє дослідження гепатобіліарної системи. Додатково к базисной терапії в залежності від нозології был включен Урсофальк в суспензії із расчета 10 мг/кг в сутки.

**Результаты.** Вторичная дискинезія жєлчевыводящих шляхів діагносцирована у всіх болєних. Наиболее частой фоновой патологією органів травлення были хронический гастродуоденит (38,7%), эзофагит і дуоденогастральный рефлюкс (24,6%), синдром раздраженного кишечника (16,6%). До начала лічєння диспептическі проявленія отмечєны у 50,8% болєних. Болевой синдром с локалізацієй в правом подреберьє отмечєн у 61,6% дітей. Увеличєніє печєні пальпаторно до 1см без изменєнія плотности выявлены у 20,1% болєних. Положительный симптом Ортнера у 92,2%, Мерфи – у 19,1% дітей, Кєра – у 24,0% пациентов. При УЗИ органів брюшної порости увеличєніє размеров жєлчного пузыря выявили у 52,3% дітей, уплотнєніє стєнок – у 41,7% пациентов, перегибы жєлчного пузыря у 47,2%, билиарный сладж в порости жєлчного пузыря отмечєн у 30,5% дітей. Нарушєніє моторно-эвакуационной функции у 12,3% пациентов. На фонє приєма Урсофалька у дітей с дискинезією отмечєтся положительная динамика: купированіє болевое, диспептическое, астєноневротическое синдромов. Лабораторніє показатєлі функционального состояния печєні у всіх болєних были в пределах нормы. При УЗИ наличие билиарного сладжа в жєлчном пузыре выявили у 5,6%, уплотнєніє стєнок – у 8,4% дітей. Моторно-эвакуационная функция жєлчного пузыря полностью восстановлена.

**Висновки.** Препарат Урсофальк является эффективным средством патогенетической терапії при дискинезії жєлчевыводящей системы у дітей з супутніми захворюваннями системи травлення.

*Кириєнко І.С.*

## **ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ДІТЕЙ С ВНУТРЕКЛЕТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

*Донецький національний медический університет ім. М. Горького,*

*Кафедра пропедевтики педіатрії, зав. кафедрой – проф. Юліш Е.І., науч.рук. – доц. Самойленко І.Г.*

**Цель исследования.** Изучение клініко-лабораторных изменений сердечно-сосудистой системы (ССС) у дітей с патологією органів дихання і внутріклеточной інфекцією (ВКИ).

**Матеріали і методи дослідження.** Под наблюдєнієм находилось 60 дітей младшего школьного віку (от 6 до 9 років) с подтвержденной і пролеченной внутріклеточной інфекцією (цитомегаловірус, хламідії, герпес-вірусы), і находившихся в детском отделєніи ЦГКБ №3 на лічєнніи.

**Результаты.** В ходє дослідження было установлено, что у 35 пациентов (58,3%) выявилась аритмия: синусовая тахикардия, режє брадикардия, экстрасистолия, приглушенность тонов, систолический шум. Стигмы соединительнотканного дизэмбриогенеза, определялись у 16 дітей (26,7%), уменьшєніє размеров лба, лица, ушей по сравнению с таковым у практически здоровых сверстников. Длительное активное воздействие ВКИ на головной мозг проявлялось в задержке навыков. Влияніє ВКИ обуславливает развитие у дітей данной группы миокардиодистрофии. В 17 случаях (28,3%) выявлены і подтверждены врожденные пороки развития (у 8 – ДМЖП (дефект межжелудочковой перегородки), у 1 – сочетание ДМПП (дефект межпредсердной перегородки) і ДМЖП (дефект межжелудочковой перегородки), у 2 – открытое овальное отверстие, а у 6 дітей – абберантные хорды в порости левого желудочка).

**Висновки.** ВКИ приводит к дистрофическим і дегенеративным изменениям в мышце сердца. Это требует проведения раннего углубленного дослідження і коррекції состояния сердечно-сосудистой системы у дітей с

ВКИ, полноценной профилактической кардиотрофической терапии у вышеназванного контингента больных.

*Клецова М.С., Никифоренко А.А.*

### **ВЛИЯНИЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой - проф. Юлиш Е.И., научный рук. – доц. Гадецкая С.Г.*

**Целью** настоящего исследования был сравнительный анализ некоторых показателей состояния здоровья детей раннего возраста в зависимости от инфицированности внутриклеточными возбудителями.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и анализ анамнестических данных 42 детей от 6 месяцев до 4 лет. Дети были обследованы на наличие внутриклеточных инфекций (цитомегаловирус (CMV), вирус Эпштейн-Бар (ВЭБ), вирусы простого герпеса, Chlamydia и Mycoplasma pneumoniae) современными иммунологическими методами.

**Полученные результаты:** у 26 детей (61,9%) были выявлены инфицированность одним или несколькими возбудителями (I группа). Большинство детей была инфицирована CMV или сочетанием двух или трех вирусов - 21 (80,8%) ребенок. У 65% детей I группы был диагностирован тимомегалия, 25% анемия и 18% пациентов имели проявления рахита и гипотрофии. Среди неинфицированных детей (II группа) аналогичная патология проявлялась не более чем у 10%. Частые респираторные инфекции, осложненные обструктивным бронхитом отмечены у 24 (92,3%) детей I группы и у 3 (18,8%) неинфицированных. Проявления атопического дерматита выявлено у 15 (57,7%) детей I группы и только у 1 ребенка II группы. При объективном обследовании у пациентов I группы в несколько раз чаще выявлялись увеличены периферические лимфатические узлы, нарушение носового дыхания, приглушение сердечных тонов.

**Вывод.** Для улучшения состояния здоровья и уменьшения частоты ОРВИ детям I группы показано проведение лечения внутриклеточных инфекций.

*Колесникова Н.А.*

### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., научный руководитель – доц. Кривущев Б.И.*

**Цель исследования:** Установить в раннем неонатальном периоде возможные гипоксические повреждения разных структур головного мозга и внутренних органов новорожденных детей.

**Материалы и методы:** Обследовано 20 детей, родившихся в сроке от 33 до 43 недели гестации с проявлениями асфиксии среднетяжелой и тяжелой степени. Определялись наличие и степень аутоаллергии к различным структурам головного мозга методом иммунолейколиза и цитокины (ИЛ-4 и ИЛ-6) методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты исследования:** У новорожденных с клиническими проявлениями асфиксии среднетяжелой степени определялась аутоаллергизация легкой степени к тканям общего мозга ( $14,03 \pm 2,5\%$ ), гипоталамуса ( $16,6 \pm 1,81\%$ ) и тканям сердца ( $16,8 \pm 2,8\%$ ); аутоаллергизация средней степени к коре больших полушарий ( $23,9 \pm 3,9\%$ ), почечной ткани ( $25,4 \pm 3,1\%$ ); высокой степени - к мозжечку ( $30,6 \pm 1,2\%$ ) и печени ( $31,8 \pm 1,6\%$ ). При тяжелой асфиксии выявлена слабая аутоаллергизация только к печеночной ткани ( $13,6 \pm 2,03\%$ ), к остальным структурам головного мозга и внутренним органам выявлена высокая степень аутоаллергизации. У обследованных детей выявлено снижение уровня Ил-4 и повышение уровня Ил-6.

**Выводы:** Предлагаемые методы исследования могут быть использованы в первые дни жизни новорожденных детей, перенесших гипоксию в пре- и перинатальном периоде, с целью диагностики аутоаллергического поражения разных структур головного мозга и внутренних органов.

*Колесникова Н.А.*

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ В АСФИКСИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. Кафедрой – проф. Юлиш Е.И., научный рук. – доц. Мустафин Т.О.*

**Цель исследования:** Улучшение качества лечения новорожденных, рожденных в асфиксии в результате ранней диагностики поражения центральной нервной системы.

**Материалы и методы:** Обследовано 20 детей родившихся в сроке гестации 33 – 43 неделе в тяжелой или умеренной асфиксии. В работе использовались следующие иммунологические методы: определение аутоаллергии к различным структурам мозга, а так же иммуноферментным методом цитокины - метод твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) для цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4, ИЛ-6, фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО)).

**Результаты исследования:** В результате аллергологического обследования при помощи тканевых алергенов к органам и структурам мозга, а так же определения уровня цитокинов Ил-1, 4, 6 и ФНО, были

выявлены значительные различия между испытуемыми и контрольной группами. Особенно показательна была аутоаллергия к структурам мозга: к мозжечку ( $30,6 \pm 1,2\%$ ), к коре больших полушарий ( $23,9 \pm 3,9\%$ ), гипоталамусу ( $16,6 \pm 1,81\%$ ), а так же к тканевому аллергену печеночной ткани ( $13,6 \pm 2,03\%$ ). Диагностическую ценность в постановке диагноза нарушений ЦНС имели Ил-6, который у недоношенных детей был в шесть раз выше, чем у здоровых, Ил-4, который был в три раза ниже, чем у здоровых и ТНФ, который был в два раза выше, чем в контрольной группе. Полученные результаты позволили нам на раннем этапе разделить детей по степени тяжести, в зависимости от иммунологических показателей и назначить им адекватную терапию. Вся проведенная интенсивная терапия в первые трое суток была первичной нейропротекцией (выхаживание в условиях открытой реанимационной системы с соблюдением охранного режима, мониторинг ЧСС, ЧД, температуры тела, АТ,  $\text{SaO}_2$ , респираторная терапия в случае реализации дыхательных расстройств, инфузионная терапия. (С учетом суточной физиологической потребности в жидкости и по принципу гиперперфузии головного мозга), нейропротективная терапия –  $\text{Mgso}_4$  25%, для охранительного торможения – 20% раствор натрия оксидуриата, при невозможности коррекции обнаруженных гемодинамических нарушений инфузионной терапией использовались адrenomиметики (дофамин, добутамин). Во время оценки катанестичных данных детей возрастом 6 месяцев, было установлено, что у доношенных малышей, которые перенесли тяжелую асфиксию и пролеченные за разработанной методикой, а также среди недоношенных детей этой категории, отмечено снижение абсолютного риска (ЗАР) развития неврологических синдромов на 44,6% (ДИ 8,4-67,6%,  $p < 0,05$ ) и на 34,9% (ДИ 5,4-58,3%,  $p < 0,05$ ) соответственно, в сравнении с группой детей, которые лечились по стандартной методике. У детей, которые перенесли тяжелую асфиксию и не получали разработанный комплекс интенсивной терапии, отмечалась тяжелая поливалентная аллергия среди доношенных у  $54,3 \pm 8,4\%$  случаев и в недоношенных у  $74,9 \pm 7,3\%$  случаев, тогда как среди доношенных детей основной группы тяжелой поливалентной аллергии не определялось вообще, а у недоношенных младенцев определялась у  $6,4 \pm 6,3\%$  случаев.

**Выводы:** Для ранней диагностики нарушения со стороны центральной нервной системы у новорожденных, рождённых в асфиксии, необходимо проводить иммунологическое обследование цитокинов, а так же выявлять аутоаллергию к структурам мозга. На основании полученных результатов следует индивидуально, в зависимости от тяжести, в ранние сроки назначать комплексы нейропротективной терапии.

*Костюковский Д.А., Удод К.А., Чернявский А.Р.*

## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., научный рук. – доц. Гадецкая С.Г.*

**Цель исследования.** Определить обоснованность и эффективность назначения антибиотиков у детей при респираторных инфекциях.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 64 ребенка в возрасте от 5 месяцев до 4-х лет, получающих лечение по поводу острого бронхита и очаговой неосложненной внебольничной пневмонии.

**Результаты.** По результатам бактериологического обследования патогенные микроорганизмы выделены в мокроте 22 детей (81,5%), наиболее значимыми в развитии заболеваний верхних и нижних дыхательных путей возбудителями, отмечены *Str. pneumoniae* – 14 (63,6%) и *S. aureus* – 7 (31,8%) детей. Кроме того, в диагностически значимых количествах определялись *H. influenzae*, *Ps. aeruginosa*, *Kl. pneumoniae*, *E. coli*, *Pr. mirabilis*, грибы рода *Candida*. Следует также отметить, что в 8 случаях (36,4%) выявлены комбинации 2 и 3 возбудителей. Исследование чувствительности микроорганизмов до лечения показало высокую эффективность цефалоспоринов III поколения в отношении большинства возбудителей. На фоне применения препарата Цефодокс отмечена ликвидация симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности к 7-му дню от начала терапии, значительно уменьшились частота и выраженность кашля, улучшились физикальные данные. Выздоровление было констатировано к 10 дню от начала лечения в 100% случаев.

**Выводы.** Более чем в 80% случаев подтверждена бактериальная этиология инфекций средних и нижних дыхательных путей у детей раннего возраста. Выявлена и клинически подтверждена эффективность применения антибактериальных препаратов из группы цефалоспоринов III поколения.

*Медяник Е.В.*

## ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ АГЕНТАМИ У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМ ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., науч.руководитель – асс. Вакуленко С.И.*

**Цель:** изучить вероятность инфицированности внутриклеточными инфекционными агентами в зависимости от некоторых анамнестических данных у детей с рекуррентным острым обструктивным бронхитом (РООБ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 82 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет с РООБ,

проживаючих в Донецком областном клиническом доме ребенка «Малютка».

**Результаты.** Отсутствие врачебного наблюдения за беременной – 83,8% риска, в то время, как поздняя постановка на учет составила 60% риска инфицированности, при наличии в анамнезе спонтанных аборт – 87,5% ( $p < 0,05$ ). Преждевременные и осложненные роды указывали на высокую степень риска наличия врожденной инфекции – 84,2 и 73,2% соответственно. Высокий риск инфицированности показал анализ заболеваемости детей с РООБ. Так, анемия и гипотрофия в 82,9 и 90,0%; случаи ОРВИ на первом году жизни – 78,1% риска, а частые и осложненные ОРВИ – 91,8 и 91,4% риска соответственно ( $p < 0,05$ ). Пневмонии на первом году жизни имели высокий прогнозируемый риск инфицированности – 88,9%, повторные случаи заболеваемости пневмонией увеличивали риск до 96,6% ( $p < 0,05$ ). Развитие первого эпизода бронхообструкции на первом году жизни прогнозировало инфицированность внутриклеточными инфекциями в 93,1% случаев ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие анамнестических данных с высоким показателем степени риска инфицированности у детей с РООБ является показанием для обследования пациента с целью диагностики и верификации внутриклеточной персистирующей инфекции.

*Никифоренко А.А., Волкова А.В.*

### **ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА КАННЕРА И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра медицинской биологии, зав. кафедрой – доцент Степанова М.Г.; научный руков. – Старостенко Е.В.; православный семейный центр «Отрада», руководитель проекта «Особый ребенок» - Перельгина Е.В.*

**Цель.** Изучить проблемы ранней дифференциальной диагностики синдрома Каннера (РДА) и ранней детской шизофрении (РДШ).

**Материалы и методы.** Исследования проводили в группе участников проекта «Особый ребенок» с диагнозами РДШ (2 человека: 15 и 23 года) и РДА (4 человека: 14, 17, 20, 21 год). Проанализированы анамнезы участников, составлены и обработаны анкеты, отражающие состояние детей в 1, 2 и 3 возрастных кризах. Тяжесть психического состояния оценивали по 8-уровневой системе психических отклонений (М. Буянов, 2001) Уровни развития основных сфер жизнедеятельности оценивали по 8 - бальной шкале.

**Результаты.** По результатам анализа анамнезов исследуемых и опросников для родителей было выявлено, что в возрасте 4 – 5 лет у 2 участников был поставлен диагноз РДА, впоследствии измененный на РДШ после яркой манифестации кататонно-регрессивного психоза (1 случай) и проявления парафренических нарушений (1 случай) в предпубертатном возрасте. У 1 участника был поставлен диагноз РДШ, впоследствии измененный на РДА. Постановка ошибочного диагноза и, соответственно, применение неправильного лечения повлекло за собой значительное ухудшение состояния детей. У всех участников группы на момент манифестации (в возрасте 3 – 5 лет) зафиксированы проявления триады РДА: нарушения в сферах общения и взаимодействия, развитии речи и наличие стереотипий. Анализ динамики психического состояния показал, что у детей с РДА с рождения нарушена реакция на родных и близких, отсутствует глазной контакт, проявляются особенности восприятия и реакций на окружающий мир, отсутствует коммуникативная функция речи. Дети с РДШ характеризуются равномерным нормальным (или задержанным) ранним общим развитием. Развитие основных сфер жизнедеятельности детей с РДА характеризуется асинхронностью (с колебаниями показателей 4-7 баллов) как до, так и во время манифестации аутистической симптоматики. Для детей с РДШ отмечена относительная равномерность развития или нарушений в основных сферах жизнедеятельности (в пределах 0-1 балла).

**Выводы.** 1. Дифференциальная диагностика РДА и РДШ крайне затруднительна в возрасте 3 - 7 лет, т.к. в обоих случаях наблюдается проявление аутистической симптоматики по типу синдрома Каннера. 2 Раннее развитие детей с РДШ - нормальное или равномерно задержанное; для детей с РДА характерно выраженное аномальное развитие эмоциональной сферы. 3. Одним из отличительных признаков РДА является асинхронность развития различных сфер жизнедеятельности детей во всех возрастных периодах.

*Сігімова О.В.*

### **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юліш Є.І., науковий керівник – доц. Самойленко І.Г.*

**Мета.** Розглянути основні властивості та можливості застосування озонотерапії у комплексному лікуванні дітей з гострим обструктивним бронхітом та профілактики бронхіальної астми.

**Матеріали.** Огляд наукової літератури.

**Результати.** У зв'язку із зростанням алергізації дітей, зниженням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, подорожчанням лікарських препаратів, все більш популярними стають немедикаментозні методи



лікування. Серед цих методів є інгаляційна озонотерапія. Її перевага пов'язана зі здатністю озону впливати на киснево-транспортну функцію крові, його дезінфікуючим, імуномодельюючим впливом, оптимізацією антиоксидантних систем. Гострий обструктивний бронхіт (ГОб) займає приблизно 76,5% від загальної патології, яку реєструють у дитячому віці. За даними О.М.Луцькової, гостра захворюваність органів дихальної системи складає 1385 випадків на 1000 дітей. Вперше озон був застосований окремими фахівцями у медичній практиці у 1932 році. Для надання доступної інформації про застосування озono-кисневої терапії, з метою координації досліджень у 1973 році була створена Міжнародна асоціація «Озон», що активно працює й нині (прим. VI конференція озонотерапевтів в Одесі – 3-5 травня 2012 року). Озонотерапія набула широкого розповсюдження в різних галузях медицини завдяки тому, що озон і модифіковані ним субстрати мають широкі терапевтичні властивості: антибактеріальну, противірусну й фунгіцидну дії. Зокрема у лікуванні ГОб застосовують інгаляції озonom - озono-киснева суміш «ОЗОН УМ-80», що синтезує озон з газоподібного кисню шляхом модифікації останнього в бар'єрному розряді. Системна дія озону проявляється у відновленні мікроциркуляції та киснево-транспортної функції крові за рахунок стимуляції виділення оксиду азоту тканинами, відновленні заряду еритроцитів та поліпшення їх деформабельності; оптимізації про- та антиоксидантних систем; оптимізації гомеостазу; стимуляції кровотворення; поліпшення метаболізму біологічних субстратів вуглеводів, білків, ліпідів (біоенергетичний, біосинтетичний ефекти). Також має місце активізація біологічно активних речовин. Вивчення біологічної дії озону на лімфоцити і моноцити визначило його активну роль як індуктора цитокінів (інтерферонів, туморнекротизуючих факторів, інтерлейкінів), які мають антивірусні та імуномодельючі властивості, сприяють підвищенню функціональної активності клітинного імунітету. Необхідно зауважити, що вітчизняній практиці бракує досвіду у використанні інгаляції з озonom у дітей, але цей напрямок вважаємо надзвичайно перспективним у педіатрії, зокрема у комплексному лікуванні гострого обструктивного бронхіту (ГОб).

**Висновок.** За даними літератури, озонотерапія дає змогу підвищити активність чинників місцевого захисту, поліпшити функцію вегетативної нервової системи у дітей, що допомагає подовжити періоди ремісії, знизити частоту рецидивів захворювань органів дихання.

*Осинская И.А., Седов А.В., Гусейнова Н.Х.*

### **ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КАК ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Юлиш Е.И., науч.руководитель – асс. Вакуленко С.И.*

**Цель:** определить влияние внутриклеточных инфекций (*Chlam. pneumoniae*, *Myc. pneumoniae*, HSV 1/2, CMV, VEB) на развитие рекуррентного острого обструктивного бронхита (РООБ) у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 82 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет, проживавших в Донецком областном клиническом доме ребенка «Малютка» с клиническими проявлениями РООБ.

**Результаты:** У 72,6% детей, переносящих рекуррентные формы острого обструктивного бронхита выявляются персистирующие внутриклеточные инфекции – герпесвирусы, преимущественно цитомегаловирусы, хламидии, микоплазмы и их ассоциации; активное течение инфекций диагностируется в 70,6% случаев. Эпизоды бронхообструкции у инфицированных персистирующими инфекциями детей протекают более длительно ( $10,4 \pm 0,66$  дней), чем у неинфицированных ( $7,87 \pm 0,63$ ) с более выраженной реакцией лимфо-гистиоцитарной системы и дыхательной недостаточностью. РООБ у детей при активном течении внутриклеточных инфекций развиваются на фоне уменьшения в крови уровня ИФН- $\alpha$  до  $5,54 \pm 0,31$  пг/мл – при активном инфекционном процессе и  $8,88 \pm 0,85$  пг/мл - при латентном; гиперпродукции IgE, особенно выраженной при латентном течении инфекции ( $53,3 \pm 10,65$  МЕ/мл), в сравнении с показателями неинфицированных детей и здоровых сверстников на фоне переключения иммунного ответа с Th1 на Th2 лимфоциты.

**Выводы.** Полученные данные указывают на значимость персистирующих внутриклеточных инфекций у детей в развитии РООБ с формированием хронических заболеваний органов дыхания, в частности бронхиальной астмы.

*Осинская И.А., Ковригина А.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, детская клиническая больница №5 г. Донецка, кафедра пропедевтики педиатрии, зав. каф. - проф. Юлиш Е.И., науч. рук. - асс. Конюшевская А.А.*

**Целью** работы было изучение клинико-лабораторных особенностей течения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). ОРВИ у детей с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ)

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 326 детей с ОРВИ, в возрасте от 3-х месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в инфекционном отделении ГККБ №5 г.Донецка. У всех больных проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование, включавшее выявление стигм ДСТ и дизэмбриогенеза.

**Результаты.** При обследовании 326 детей с ОРВИ стигмы ДСТ были выявлены у 80 % больных, множественные стигмы ДСТ (3 и более) были выявлены у 49 %, то есть у каждого второго больного с ОРВИ. Из стигм ДСТ чаще всего встречались аномалии кистей и стоп (35%) и плоскостопие (38%), гипермобильность суставов (35,9%). Мышечная гипотония выявлена у каждого третьего ребенка (32,5 %). Пигментные пятна и деформация грудной клетки встречались с одинаковой частотой (19,9%), а нарушение осанки, сколиоз были выявлены у 15,3% больных. Отсутствие стигм ДСТ было выявлено у 20 % детей с ОРВИ. Стигмы дизэмбриогенеза выявлены у 90 % больных ОРВИ, множественные стигмы дизэмбриогенеза (3 и более) выявлены у 50 % детей, то есть у каждого второго больного ОРВИ. Из стигм дизэмбриогенеза чаще всего встречались тенденция к синдактилии II, III пальцев стопы (69,9 %), с одинаковой частотой - готическое нёбо и гипертелоризм (соответственно 50 % и 49,1 %), несколько реже – деформация мочек ушей (19,9 %), низкий рост волос на лбу (15,3%), аномалии развития зубов (16 %). Сочетание более 5 стигм ДСТ и дизэмбриогенеза имели 54 % больных, то есть каждый второй больной с ОРВИ. При анализе структуры основных и сопутствующих диагнозов выявлено, что у детей с НДСТ ОРВИ протекает более тяжело и часто с осложнениями. Так у них в 2 раза чаще возникает острый бронхит и поражение ЛОР-органов в виде гайморита, этмоидита, отита; в 3 раза чаще развивается острый стенозирующий ларинготрахеит и в 5 раз чаще развивается обструктивный бронхит; 5 раз чаще ОРВИ осложняется пневмонией. У этих детей ОРВИ протекает более тяжело, с выраженным интоксикационным синдромом, с высокой (>39°C) и длительной (>5 дней) лихорадкой, с повторными эпизодами подъема температуры, часто сопутствует ацетонемический синдром (АС). АС сопутствовал детям с ОРВИ и выраженной стигматизацией в 15,9 % случаев, и был отмечен только у 1 (0,7 %) ребенка с единичными стигмами ДСТ.

**Выводы.** Таким образом, наличие множественных стигм ДСТ и дизэмбриогенеза, с одной стороны, указывает на неблагоприятное влияние в ante- и постнатальном периоде, предрасполагающее к развитию патологии органов дыхания. С другой стороны, наличие множественных стигм ДСТ и дизэмбриогенеза у больных с ОРВИ может быть косвенным критерием тяжёлого течения заболевания, что важно учитывать при прогнозе и терапии. Определение стигм ДСТ и дизэмбриогенеза является простым, достаточно информативным методом, общедоступным и не представляющим сложности для педиатра.

*Погорелая Ю.А., Шаповалова А.С.*

## **БУЛЛЕЗНАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПНЕВМОТОРАКСОМ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького  
Кафедра пропедевтической педиатрии, зав.кафедрой – проф. Юлиш.Е.И.,  
научный руководитель – доц. Максимова С.М.*

**Цель исследования:** изучить литературу по теме: «Буллезная эмфизема», описать редкий случай локальной буллезной эмфиземы легких у подростка, осложненный рецидивным пневмотораксом.

**Материалы и методы:** история болезни, объективное исследование, бронхоскопия, рентгенографические исследования, лабораторные исследования.

**Результаты исследования:** успешная операция и дренирование плевральной полости с удовлетворительным исходом, резекция верхней доли правого легкого.

**Выводы:** своевременная и ранняя диагностика пневмоторакса как осложнение буллезной болезни легких позволяет врачу своевременно диагностировать заболевание и осуществить адекватное лечение, включая новые методы хирургического лечения буллезной болезни, осложненной пневмотораксом.

*Ротарь Д.Г.*

## **МИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра пропедевтической педиатрии, зав.кафедрой – проф. Юлиш.Е.И.,  
научный руководитель – доц. Самойленко И.Г.*

**Цель:** Рассмотреть основные виды митохондриальных болезней у детей.

**Материалы:** Обзор научной литературы

**Результаты:** Совсем недавно описание таких нарушений можно было встретить как в разделе наследственных болезней с классическим характером наследования, так и в разделе заболеваний неясного, мультифакториального генеза. Сегодня доказано, что в основе возникновения митохондриальных наследственных болезней лежит дефицит производства клеточной энергии, вызванный генетическим дефектом мтДНК, характерной чертой которого является отличный от классического менделеевского, тип наследования по материнской линии. В течение последних нескольких лет значительные успехи достигнуты в диагностике митохондриопатий. Вместе с тем разработка подходов лечения в настоящее время затруднена, главным образом из-за ограниченного понимания патофизиологических механизмов развития нарушений окислительного фосфорилирования и отсутствия эффективных лекарственных препаратов. Однако чем больше мы узнаем о

взаимодействию между работой окислительного фосфорилирования и экспрессией заболеваний, тем выше вероятность создания эффективных схем терапии митохондриальных болезней. Проведенные недавно в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии исследования детей, поступивших в генетическую клинику с недифференцированными нарушениями физического и нервно-психического развития, показали, что у половины из них отмечены нарушения клеточного энергообмена. Сотрудниками института впервые обнаружено наличие митохондриальных нарушений при таких заболеваниях у детей, как болезни соединительной ткани (синдромы Марфана и Элерса-Данло), туберозный склероз, ряд неэндокринных синдромов, сопровождающихся задержкой роста (остеохондродисплазии, синдромы Аарскога, Сильвера-Рассела и др.). Выявлено влияние митохондриальной недостаточности на течение ряда кардиологических, наследственных, хирургических и других заболеваний у детей. Совместно с сотрудниками Смоленской государственной медицинской академии описана декомпенсирующая митохондриальная недостаточность при сахарном диабете 1-го типа у детей со сроком заболевания свыше 5 лет. Наконец, отдельно нужно упомянуть о том, что, по мнению многих исследователей, нарастание митохондриальных дисфункций является если не основным, то одним из важнейших механизмов старения. На Международном симпозиуме по митохондриальной патологии, состоявшемся в Венеции в 2001 г., было сообщено об открытии специфических мутаций митохондриальной ДНК, появляющихся при старении. Эти мутации не обнаруживаются у молодых лиц, тогда как у пожилых определяются в различных клетках организма с частотой более 50%. По данным литературы, в течение последних двух десятилетий исследования митохондриальной ДНК сыграли ведущую роль в эволюционной генетике и популяционных исследованиях, что послужило организации в 58 странах специализированных митохондриальных центров и созданию Ассоциации помощи больным детям и взрослым с МБ. Создание подобного центра в Украине сегодня является не только научной, но и практической необходимостью.

**Вывод:** Важность своевременной диагностики митохондриальных болезней, поиска клинических и параклинических критериев этих заболеваний на этапе предварительном, догенетическом, необходимо для подбора адекватной метаболической терапии и предотвращения ухудшения состояния или инвалидизации больных с этими редкими заболеваниями.

*Самойленко Е.Ф.*

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА РЕСПИРАТОРНУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой – проф. Е.И. Юлиш, научный руководитель – асс. Ярошенко С.Я.*

**Цель исследования:** оценить влияние персистирующих инфекций на респираторную заболеваемость детей раннего возраста.

**Материал и методы:** 129 часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей раннего возраста. Часто болеющими считали детей до 1 года при частоте острых респираторных заболеваний 4 и более в год, у детей от 1 до 3 лет пограничный показатель заболеваемости составлял 6 и более в год, у детей старше 3 лет – 5 и более. Для выявления влияния персистирующих инфекций на состояние здоровья детей, было проведено исследование на содержание иммуноглобулинов классов М и G, а также полимеразная цепная реакция для определения генотипического материала вирусов простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, хламидий и микоплазм пневмонии. По результатам указанного исследования, пациенты были на две группы: основную – дети, инфицированные персистирующими возбудителями (n=75), и сравнения – без маркеров данных инфекций (n=54). При этом данные группы значимо не отличались по полу и возрасту. При проведении статистического анализа результатов исследования на первом этапе проводилась проверка распределения на нормальность. Выявлено, что все показатели распределялись согласно нормальному закону распределения на уровне значимости  $p < 0,05$ . При количественных показателях проводили расчет среднего арифметического и среднеквадратического отклонения. Для сравнения выборок использовался критерий Стьюдента.

**Результаты.** Кратность острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей, не инфицированных персистирующими внутриклеточными возбудителями, составила  $4,83 \pm 0,12$  случаев в год, а в группе инфицированных –  $7,15 \pm 3,2$ . Данные различия имеют высокий уровень статистической значимости ( $p < 0,001$ ). При этом продолжительность одного случая заболевания в среднем была  $9,74 \pm 0,29$  и  $11,84 \pm 3,21$  дней в группах сравнения и основной соответственно ( $p < 0,001$ ). Бактериальные осложнения развивались в 48,2% случаев в основной группе и 39,1% - в группе сравнения ( $p = 0,25$ ).

**Выводы:** в группе часто болеющих детей, инфицированных персистирующими внутриклеточными возбудителями, значимо выше частота и длительность ОРЗ по сравнению с часто болеющими детьми без маркеров этих инфекций. Таким образом, возможно влияние персистирующих патогенов на устойчивость организма ребенка к возбудителям острых респираторных заболеваний.

*Тюрина А.С, Грищенко И.С.***ПРИЧИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. каф. - профессор Юлиш Е.И., научный рук. - доц. Чернышева О.Е.*

**Цель исследования.** Изучение этиологии внебольничной пневмонии у детей, находившихся на стационарном лечении в городской детской клинической больнице №2 г.Донецка.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 30 детей с рентгенологически подтвержденной пневмонией. Возраст детей составил от 1 года до 18 лет, из них 3 – от 1 месяца до 1 года, 14 – от 1 до 5 лет, 9 – от 5 до 12 лет, 4 – от 12 до 17 лет. Мальчиков было 17 (56,6%), девочек – 13 (43,4%). У 8 (30,0%) детей отмечалось легкое течение внебольничной пневмонии, у 19 (63,3%) – среднетяжелое, у 3 (6,7%) – тяжелое. Всем детям проводилось бактериологическое исследование мокроты и чувствительность к антибиотикам выделенной флоры. Также всем детям проводилось ПЦР исследование мокроты для определения ДНК *Chlamydomphila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

**Результаты.** В результате исследования были получены следующие данные: у 22 (73%) детей причиной возникновения внебольничной пневмонии явился *Streptococcus Pneumoniae*, у 2 (7%) – *Haemophilus influenzae*, у 6 (18%) – *Chlamydomphila pneumoniae*, у 3 (10%) – *Mycoplasma pneumoniae*. У 27 (90%) детей отмечалась моноинфекция, у 3 (10%) – сочетанная инфекция. Так, пневмококковая моноинфекция явилась причиной возникновения внебольничной пневмонии у 21 (70%) детей, хламидийная моноинфекция – у 6 (20%), сочетанная инфекция, вызванная *Haemophilus influenzae* и *Mycoplasma pneumoniae* – у 2 (6,6%) детей, *Streptococcus Pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* – у 1 (3,3%) ребенка.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные отображают современную этиологическую картину внебольничных пневмоний у детей.

*Усенко Д.В.***АНАЛИЗ ДИНАМИКИ МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ С ЖЕЛТУХОЙ «ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ» НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ***Одесский национальный медицинский университет, Кафедра пропедевтики педиатрии, зав.кафедрой – профессор Старец Е.А., научный руководитель – асс. Малиновская Н.А.,*

**Целью** нашей работы было исследование и анализ динамики набора массы тела у детей с желтухой грудного вскармливания.

**Материал:** обследовано 37 детей возрастом 1 месяц, которые находились на лечении по поводу желтухи в грудном отделении ГДБ №1 им. Б.Я. Резника города Одессы в период с августа по октябрь 2012 года. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей возрастом 1 месяц с физиологичной желтухой в анамнезе, которые находились исключительно на грудном вскармливании. Критериями включения в исследование были: подтвержденная гипербилирубинемия (за счет прямого билирубина), отсутствие воспалительной патологии, отсутствие сопутствующей соматической патологии, исключительно грудное вскармливание, рождение в срок.

**Методы:** общеклинические, анализ и контроль динамики массы тела, анализ содержимого билирубина по фракциям в венозной крови.

**Результаты:** при желтухе «грудного вскармливания» 13 (35,1%) детей за первый месяц жизни по массе тела набрали менее 600 г. В группе контроля этот показатель существенно отличался и составлял 6,7 %.

**Выводы:** На сегодняшний день доказано, что недостаточное грудное вскармливание приводит к относительному голоданию, которое вызывает усиленную реабсорбцию непрямого билирубина. Основным этиологическим фактором желтухи «грудного вскармливания» считают не снижение конъюгации билирубина в печени, а недостаточное грудное вскармливание, приводящее к относительному голоданию и усилению реабсорбции непрямого билирубина. Достоверным фактором риска развития желтухи «грудного вскармливания» является прибавка массы тела ребенка в первый месяц жизни 600 г и менее.

*Шаповалова А.С., Погорелая Ю.А.***РОЛЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ (Ch.PNEUMONIAE) В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (ИЛИ РЕСПИРАТОРНОГО АЛЛЕРГОЗА) – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ***Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького**Кафедра пропедевтики педиатрии, зав.кафедрой – проф.Юлиш.Е.И., научный рук. – доц.Максимова С.М.*

**Цель исследования:** изучить роль хламидийной инфекции (*Ch.pneumoniae*) в развитии бронхиальной астмы (БА) у детей разного возраста.

**Материалы и методы:** изучен обзор литературы по теме, выполнение метода ПЦР к (*Ch.pneumoniae*), внедрение метода выявления специфического антихламидийного IgE у детей с БА.

**Результаты исследования:** изучено 56 историй болезней детей раннего возраста больных БА неинфици-

риваних *Ch.pneumoniae* (контрольна група). У 15 дітей с БА виділена *Ch.pneumoniae* методом ПЦР. Проводиться клінічне спостереження за цією групою. Предполагается изучить у них влияние *Ch.pneumoniae* на клиническую картину БА при выявлении у них специфического антихламидийного IgE.

**Выводы:** ввиду небольшого количества наблюдений не представляется возможным сделать окончательные выводы о роли влияния хламидийной инфекции (*Ch.pneumoniae*) на развитие БА. Наблюдение предполагается продолжить.

*Antonova O.A.*

### FEATURES OF VACCINE PROCESS IN CHILDREN WITH THYMOMEGALY

*Donetsk National Medical University of Maxim Gorky*

*Department No. 2 of Pediatrics, head of the department - Dr. Churilina A.V., Ph.D.*

*Head of scientific research dept. - Associate professor Masyuta D.I.*

**Aim of research.** To study the features of the vaccine process in children with thymomegaly.

**Materials and methods.** An analysis of literature about features of the vaccine process in children with thymomegaly.

**Results.** Children with increased thymus I-II degree can be vaccinated without great risk of vaccine-related complications if they are clinically healthy. There are the same indications and contraindications for this group of children as for the general population of children. However, vaccination of children with thymomegaly should be made on the background of a hypoallergenic diet and intake of vitamins, as well as antihistamines. Vaccination of children with increased thymus III degree can be temporary (6 months) postponed in case of a favorable epidemiological situation, since these children have a perinatal damage of the CNS. Vaccination of these children should be encouraged only after the course of treatment prescribed in cooperation with a neurologist. It is recommended to prescribe a course of immunotherapy before vaccination for children with increased thymus II-III degree and sickly children with increased thymus degree I.

**Conclusions.** Children with thymomegaly can be vaccinated with regard to the degree of thymus increase and existing comorbid conditions.

*Boateng S. O*

### CARDIAC T TROPONIN AND C - REACTIVE PROTEIN: DIAGNOSTIC CRITERIA FOR VIRAL MYOCARDITIS IN CHILDREN HOSPITALISED FOR VIRAL INFECTION

*M. Gorky Donetsk National Medical University*

*Department of Paediatrics N.2, Head of Department – Prof. Churylina, A. V*

*Scientific Supervisor – Associate Prof. Zuyeva, G. V*

**Aim:** To investigate the incidence of myocarditis during viral infections and the changes of cardiac T troponin (cTnT) and C-reactive protein (CRP) in children with viral myocarditis.

**Materials and Method:** Case presentation of 42 children hospitalised for acute viral infection. Duration of hospitalisation, treatment and outcome were recorded. 15 children with viral myocarditis post-viral infection were examined for cTnT, CRP, and Creatine phosphokinase (CPK) levels.

**Results:** Altogether, 42 children were examined during the study. 32 (76.2%) children had respiratory viral infection as a cause for hospitalisation. 15 (35.7%) children with viral myocarditis (VMC) had significantly higher mean titres of cTnT (0.7sec), CRP (12.3mg/L) and CPK (33.2U/L) levels than the control group on admission, but obviously decreased after two weeks of treatment. The positivity rate of cTnT and CRP were significantly higher in children with VMC than the control group on admission, and decreased significantly after treatment. In four (26.7%) children, all younger than 1 year, cTnT levels remained high, but decreased after that to normal levels after further two weeks of treatment.

**Conclusion:** The incidence of myocarditis during viral infections is high among children, however, remains a significant diagnostic and therapeutic challenge to physicians. Serum levels of cTnT and CRP maybe sensitive indices for the diagnosis of VMC, and their detection can predict the severity of myocarditis and the prognosis for effective treatment and management.

*John C.M and Kobani L.C*

### BRONCHIAL INFLAMMATION IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

*Donetsk National Medical University named after M.Gorky*

*Department of Pediatrics No 2, Head of Department- Prof. Churylina, A.V and*

*Scientific Supervisor- Associate Prof. Zuyeva, G.V*

**Aim.** To investigate Incidence of obstructive bronchitis in children with cystic fibrosis

**Material and methods.** We analyzed case history of patients with obstructive bronchitis and cystic fibrosis for the past 5 years who underwent treatment for upper respiratory tract inflammatory infection. Laboratory investigations of Sweat chloride test, Lung function tests, sputum analysis, bronchial lavage fluid, bronchoscopy, were carried out.

**Results.** Amongst the 10 patients with cystic fibrosis, 7 (70%) had obstructive bronchitis and 3 (30%) had recurrent obstructive bronchitis within the past 6 months. All the patients have been diagnosed positive with cystic fibrosis by

having more than 60mmol/L chloride in their sweat chloride test. In the sputum analysis of 7 (70%) patients with obstructive bronchitis, the bacteria cultures were predominantly positive for *P.Aeruginosa* but there were cultures which noted to be positive for *S. Aureus* or *H.Influenza*. Spirometry results in the 7 (70%) patients with obstructive bronchitis were below average. In bronchoscopy of the 7 (70%) patients with obstructive bronchitis, there was absence of foreign body in the bronchial lumen. Bronchial lavage fluid from children with cystic fibrosis had predominance of neutrophils, accompanied by high titers of other types of inflammatory cells.

**Conclusion.** Upper respiratory tract infections are very common in patients with cystic fibrosis. Early diagnosis and timely prophylaxis can decrease the progression of the disease therefore, Immunoreactive trypsinogen test in blood should be included in newborn screening program for early diagnosis of cystic fibrosis.

*Соловьева М.*

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научн. руководитель – асс. Москалюк О.Н.*

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей гипермобильности суставов при дисплазии соединительной ткани.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни 42 детей с дисплазией соединительной ткани, находящихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении ДГКБ №1 г. Донецка и имеющих пролапс митрального клапана. Пациенты были в возрасте от 10 до 16 лет, незначительно преобладали мальчики – 22 (52,3%).

**Результаты.** Все больные имели разнообразные фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани, как внешние, так и висцеральные. Гипермобильность суставов выявлена у 18 больных (42,8%). У 23% детей с синдромом гипермобильности суставов были жалобы на полиарталгии, в основном в коленных и голеностопных суставах, и хруст в суставах. Арталгии были незначительными, периодическими; возникали чаще после изменений метеоусловий, физических нагрузок, длились от нескольких минут до нескольких часов, исчезали самостоятельно. Хруст в суставах не сопровождался болевыми ощущениями. При объективном обследовании явлений артрита и периартикулярных поражений выявлено не было. Рентгенологическое и ультразвуковое исследование суставов патологии не выявило. Значения количества лейкоцитов, СОЭ, острофазовых показателей были в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании сердца признаки воспалительного процесса (участки повышенной эхогенности, уплотнение и утолщение створок клапанов) отсутствовали. Повышенная амплитуда движений в основном наблюдалась в суставах верхних конечностей. Среди внешних фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани, помимо гипермобильности суставов, чаще встречались: астеническое телосложение – 31 больной (73,8%), сколиоз – 25 (60,0%), деформации грудной клетки – 27 (62,2%), плоскостопие – 13 (31,0%).

**Выводы.** Таким образом, у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани гипермобильность суставов выявляется достаточно часто. Больные с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, имеющие гипермобильность суставов, должны выделяться в отдельную группу диспансерного наблюдения, как группа «риска» по развитию воспалительных и дегенеративных артропатий.

*Sumit P.I.*

## **APPLICATION OF THE BERLITON FOR THE TREATMENT OF NEUROPATHY IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1.**

*Donetsk National Medical university named after M.Gorky, Department of Pediatrics No.2, Head of Department-prof. Churylina A.V., Scientific Supervisor Prof.Zuyeva G.A.*

**Aim:** To investigate the beneficial effect of Berlition in diabetes mellitus type 1 in diabetic neuropathy.

**Material and Method:** To investigate the effect of Berlition, we have chosen 53 Children with Diabetes Mellitus Type 1. The children aged between 12-17 year old with 3-10 year timing of disease. We divided them into two groups A and B. Duration of treatment was 2 months. Group A contains 31 children's with DM Type 1 plus Diabetic neuropathy who are under the treatment of Berlition and the Group B contains 22 children who are also suffering from DM Type 1 plus diabetic neuropathy and did not receive treatment with Berlition. The children from Group A and Group B are present with pain, burning, numbness and paresthesias and the combined scale of neuropathic damage to the lower limbs (NIS-LL). We have used Semmes-Weinstein esthesiometer for measuring the tactile sensitivity of the skin, pain -by touching a blunt needle. We have done blood analysis for fasting glucose and glycosylated hemoglobin before and after the treatment.

**Result:** After 2 months of treatment with Berlition in Group A, we have found reduction in fasting glucose, before treatment it was 9.9mmol/l and after it was 7.2 mmol/l as well as normalization of glycosylated hemoglobin. The activation of mitochondrial enzymes, increased glucose oxidation, inhibition of gluconeogenesis and ketogenesis have been founded. Compared these children from group B which was not under the treatment have no reduction in

fasting glucose as well as glycosylated hemoglobin.

**Conclusion:** The use of Berlition in children with diabetes mellitus type 1 proved to be effective in Diabetic neuropathy.

*Абдуллина Л.Р.*

## **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АУТОИМУННОГО ТИРЕОИДИТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького, кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научн. руководитель – доц. Артеменко С.П*

**Цель исследования:** повысить эффективность диагностики аутоиммунного тиреоидита у детей.

**Материалы и методы:** изучение эхограмм у детей различного возраста с аутоиммунным тиреоидитом.

**Результаты:** Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является аутоагрессивным заболеванием, морфологическим субстратом которого является лимфоидная и плазмоцитарная инфильтрация щитовидной железы с последующим ее разрушением и замещением соединительной тканью. Распространенность заболевания у детей составляет 1%—1,2%. Клиническая симптоматика АИТ обусловлена дефицитом тиреоидных гормонов и возникающими вследствие этого общеметаболическими нарушениями. Одним из основных критериев, позволяющий установить диагноз АИТ - обнаружение типичного ультразвукового симптомокомплекса: 1) равномерное снижение эхогенности железы 2) наличие гиперэхогенных участков 3) уровень суммарного объема железы. Выраженность всех перечисленных ультразвуковых признаков, при аутоиммунном тиреоидите, широко варьируема.

**Выводы:** Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики АИТ, позволяющий наиболее точно оценивать динамику изменений в щитовидной железе, на фоне назначенного лечения.

*Кириенко И., Васковская Л., Демишева С.*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ РАСТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научн. руководитель – доц. Чалая Л.Ф.*

**Цель исследования.** Изучить частоту функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГР) у детей грудного возраста.

**Материалы и методы.** Обследовано 49 детей первого года жизни, находившихся на лечении в педиатрическом отделении №1 ДГКБ №1 г. Донецка. ФГР диагностировали согласно усовершенствованной классификации и новым Римским критериям III диагностики ФГР у детей раннего возраста (Лос-Анжелес, 2006).

**Результаты.** При клинико-инструментальном обследовании выявлено, что младенческая регургитация (шифр МКБ X – P 92.1) имела место в 18 (36,7±6,9%) случаях, синдром руминации (шифр МКБ X – P 92.1; F 98,2) – 5 (10,2±4,3%), младенческие кишечные колики (шифр МКБ X – K 59.0) – у 15 (30,6±6,6%), младенческая дишезия (шифр МКБ X – K 59.8) – 11 (22,5±6,5%), синдром циклической рвоты (шифр МКБ X – R 11) – у 4 (8,2±3,9%), аэрофагия (шифр МКБ X – R 14; F 45.3) – 17 (34,7±6,8%).

**Выводы.** Таким образом, у детей грудного возраста функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта встречаются часто. Диагностика их затруднительна, учитывая ранний возраст пациентов.

*Войтенко Ю.В.*

## **ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ТЕЧЕНИЕ «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ» ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии № 2 – зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научный руководитель – асс. Курышева О.А.*

**Цель работы** – изучить влияние гипоксии на течение «физиологической» желтухи новорожденных.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 118 детей в возрасте от 14 дней до 1,5 месяца, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ №1 г. Донецка по поводу пролонгированного течения «физиологической» желтухи новорожденных. Методы исследования включали: общеклинические, инструментально-лабораторные.

**Результаты исследования.** При изучении анамнеза было выявлено неблагоприятное течение ante- и интранатального периодов: угроза прерывания беременности – 51 (43,2%), преэклампсия различной степени тяжести – 42 (35,6%), анемия беременных – 31 (26,3%), родоразрешение путем кесарева сечения – 54 (28,8%), слабость родовой деятельности с последующей родостимуляцией – 26 (22%). По данным нейросонографического исследования признаки гипоксически-ишемического и гипоксически-геморрагического поражения головного мозга выявлялись у 94 (79,7%) пациентов, а именно: перивентрикулярная инфильтрация в области затылочных рогов – у 83 (70,3%), кровоизлияния на стадии формирования псевдокист – у 12 (10,2%), локальное расширение затылочных рогов – у 11 (9,3%).

**Выводы.** Таким образом, гипоксическое воздействие является одним из наиболее значимых факторов в развитии пролонгированного течения «физиологической» желтухи новорожденных.

*Давыдова Т.О., Лешкович К.Г.*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научный руководитель – асс. Налетов А.В.*

**Цель работы.** Изучение особенностей течения атопического дерматита (АД) у детей среди разных возрастных групп.

**Материалы и методы.** На базе ГДКБ №1 обследовано 44 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с АД.

**Результаты исследования.** В младенческой стадии (до 2 лет), 10 (22,7%) детей, преобладала экссудативная форма заболевания с остро- или подостровоспалительным характером течения. Воспаление протекало с проявлениями гиперемии, отечности, мокнутия и образованием корок с локализацией на лице, поражая кожу щек и лба, груди, живота, а также на разгибательных поверхностях голени. Детская стадия (от 2 до 12 лет), 22 (50,0%) пациента, характеризовалась острыми воспалительными явлениями с менее выраженной экссудацией, но нарастающей интенсивностью зуда. Высыпания локализовались в крупных складках и были представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенизацией, множественными эскориациями и трещинами. Подростковая стадия (12-18 лет), 12 (27,3%) детей, характеризовалась преобладанием лихенизации, сухостью, эритема имела синюшный оттенок, сопровождалась зудом. Характерна избирательность поражения в области верхней половины туловища, лица, шеи. В детской и подростковой стадиях у большинства пациентов была выявлена сопутствующая патология пищеварительной системы и ЛОР органов.

**Выводы.** Развитие сыпи у детей при АД носит четкий стадийный характер, а одним из факторов, поддерживающих аллергическое воспаление, является наличие сопутствующей патологии внутренних органов.

*Зубарева Е.*

### **ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научн. руководитель – асс. Москалюк О.Н.*

**Цель исследования.** Выявить клинические изменения грудной клетки и позвоночника у детей дисплазией соединительной ткани и пролапсом митрального клапана.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни 42 детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), находящихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении ДГКБ №1 г. Донецка и имеющих пролапс митрального клапана (ПМК). Диагноз ДСТ устанавливался на основании критериев Кадуриной Т.И. (2009), ПМК – Фремингемского исследования (1986).

**Результаты.** У 27 (64,3%) детей с ДСТ и ПМК выявлена деформация позвоночника в виде сколиоза: II степени у 2 (4,8%), I степени – у 25 (59,5%). Нарушение осанки наблюдалось у 34 (81,0%) пациентов, при этом плоская спина имела место в 27 (64,3%) случаев, круглая спина – 7 (16,7%). Половина обследованных имели деформации грудной клетки: 14 (33,3%) воронкообразную, 5 (11,9%) – килевидную, 2 (4,8%) – сколиотическую. Астеническая форма грудной клетки имела место в 10 (23,8%) случаях.

**Выводы.** Таким образом, диспластикозависимые изменения позвоночника и грудной клетки у детей с пролапсом митрального клапана выявляются достаточно часто, что необходимо учитывать при динамическом наблюдении за этим контингентом детей.

*Лешкович К.Г., Давыдова Т.О.*

### **СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научный руководитель – асс. Налетов А.В.*

**Цель работы.** Изучение состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, страдающих атопическим дерматитом (АД).

**Материалы и методы.** Обследовано 30 детей в возрасте от 4 до 14 лет с АД. Все дети находись под наблюдением детского аллерголога и направлены в гастроэнтерологическое отделение ГДКБ №1 для изучения состояния ЖКТ.

**Результаты исследования.** Все пациенты имели жалобы на кожные высыпания аллергического характера, зуд, сухость, шелушение кожных покровов. У 24 (80,0%) детей отмечались жалобы на периодически боли в животе, отрыжку, тошноту, изжогу, склонность стула к запору. При проведении УЗИ органов брюшной полости у 6 (20,0%) детей выявлена картина холецистита, у 3 (10,0%) – холецистохолангита, у 12 (40,0%)



– деформации желчного пузыря, у 2 (6,7%) – отека поджелудочной железы. Течение АД у 14 (46,7%) детей сопровождалось снижением экзокринной функции поджелудочной железы, косвенным подтверждением, которого являлось значительное количество нейтрального жира, нерасщепленного крахмала и растительной клетчатки в копроцитограмме. При эндоскопии эритематозная гастропатия или гастродуоденопатия диагностирована у 21 (70,0%) пациентов, эрозивный бульбит – у 3 (10,0%). Дисбиоз кишечника выявлен у 30 (100%) детей, паразитарная инвазия – у 24 (80,0%).

**Выводы.** Таким образом, патологию ЖКТ можно рассматривать, как один из факторов играющих роль в поддержании аллергического воспаления у детей с АД. Лечебные мероприятия в данной группе пациентов должны проводиться с учетом состояния органов ЖКТ.

*Москалюк О.Н.*

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ТОРАКОДИАФРАГМАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Чурилина А.В.*

**Цель исследования.** Выявить клинко-рентгенологические особенности торакодиафрагмального синдрома (ТДС) у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и пролапсом митрального клапана (ПМК).

**Материалы и методы.** Обследовано 126 детей с ДСТ, имеющих ПМК. ТДС диагностирован на основании критериев Нечаевой Г.И. (2008), диагноз ДСТ устанавливался на основании критериев Кадуриной Т.И. (2009), ПМК – Фремингемского исследования (1986).

**Результаты.** ТДС у детей с ДСТ и ПМК выявлен в 85 (67,5±4,2%) случаях. Клиническими проявлениями ТДС были: сколиоз – у 82 (65,1±4,2%) обследованных, деформации грудной клетки – 64 (50,8±4,4%), астеническая форма грудной клетки – 29 (23,0±3,7%). При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлены: спондилолистез – у 27 (21,4±3,7%) пациентов, деформирующий спондилоартроз – 6 (4,8±1,9%), юношеский остеохондроз – 9 (7,1±2,3%), аномалии дуг позвонков – 4 (3,2±1,6%), грыжи Шморля – 6 (4,8±1,9%), «капельное сердце» – 29 (23,0±3,8%).

**Выводы.** Таким образом, торакодиафрагмальный синдром у детей с дисплазией соединительной ткани и пролапсом митрального клапана имеет разнообразные клинко-рентгенологические проявления, которые необходимо учитывать при диспансерном наблюдении за этой группой пациентов.

*Налетов А.В.*

## **ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫХ АНТИ-CAGA IGA У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Чурилина А.В.*

**Цель работы.** Установить частоту обнаружения антител IgA к антигену CagA Helicobacter pylori (НР), который является цитотоксическим геном, определяющим высокую вирулентность НР, у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

**Материалы и методы.** На базе гастроэнтерологического отделения ГДКБ №1 г. Донецка обследовано 50 детей с ЯБДПК. Всем пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка для подтверждения диагноза. Определение НР осуществлялось биохимическим быстрым уреазным тестом с биоптатом. Определение IgA антител к белку CagA НР в сыворотке крови полуколичественным методом проводилось при помощи иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов с ЯБДПК проведение уреазного теста дало резко положительные результаты, что свидетельствует о высокой степени инфицированности НР. При проведении ИФА для определения антител класса IgA к белку CagA НР положительный результат выявлен у 37 (74,0%) обследованных детей.

**Выводы.** У детей с ЯБДПК с высокой частотой обнаруживаются антител класса IgA к белку CagA НР, что свидетельствует о высокой частоте инфицированности данной группы пациентов высоко патогенными штаммами НР. Более широкое внедрение в педиатрическую практику постановки данного анализа позволило бы прогнозировать более тяжелое развитие воспалительного процесса у детей с гастродуоденальной патологией.

*Пархоменко А.В.*

## **ПЕЛЬГЕРОВСКАЯ АНОМАЛИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научн. руковод. – доц. Артеменко С.П.*

**Цель исследования:** изучить особенности картины крови при наличии Пельгеровской аномалии лейкоцитов.

**Материалы и методы:** проведен анализ историй болезни и гемограмм детей.

**Результаты:** Пельгеровская ядерная аномалия – конституциональное изменение гранулоцитов, насле-

дурное по доминантному типу. Частота ее среди населения составляет 1 на 1000 – 1500 человек. Считают, что в основе данного изменения крови лежит нарушение регуляторного гена, индуцирующего фермент, ответственный за сегментацию ядер лейкоцитов. Особенностью морфологии пельгеровских нейтрофилов является однодолевое, несегментированное ядро, по форме сходное с палочкоядерными клетками. Подобная картина крови может навести на мысль о регенераторном сдвиге в лейкоцитарной формуле, что часто принимают за патологию. Мы наблюдали 17 детей в возрасте от 2 до 8 лет, у которых в связи с нейтрофильным палочкоядерным сдвигом до 18-22% ошибочно были диагностированы различные заболевания: у 7 больных – пневмония, у 6 – кишечная инфекция, у 3 – уроренальная инфекция, у 1 – сепсис. На фоне повторно проведенных курсов антибактериальной терапии динамики в гемограмме не наблюдалось. И только после исследования крови у членов семьи был подтвержден диагноз Пельгеровской аномалии.

**Выводы:** Пельгеровская аномалия не вызывает никаких патологических нарушений и не требует лечения. Знание данной аномалии позволяет избежать необоснованного назначения антибактериальных препаратов. Основным диагностическим критерием является наличие подобной картины крови у членов семьи ребенка.

*Сулиманова Е.*

### **СОДЕРЖАНИЕ МАГНИЯ В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ИМЕЮЩИХ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой – проф. Чурилина А.В., научный руководитель – асс. Москалюк О.Н.*

**Цель исследования.** Выявить особенности содержания магния в сыворотке крови и эритроцитах у детей с дисплазией соединительной ткани, имеющих пролапс митрального клапана.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни 42 детей в возрасте 10-17 лет с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), пролапсом митрального клапана (ПМК). Содержание магния в сыворотке крови и эритроцитах определяли с помощью набора жидких реагентов для фотометрического определения в биологических жидкостях («Плива-Лахема Диагностика», Чехия).

**Материалы и методы.** Выявлено, что снижение магния в эритроцитах имело место у 28 (66,7%) пациентов, в сыворотке крови – у 19 (50,5%), что сопровождалось снижением соотношения магний сыворотки: магний эритроцитов до 7,28 (при норме 8,6). При этом абсолютные значения содержания магния в эритроцитах составили 5,82 мкмоль/л (норма 7,31 мкмоль/л), в сыворотке крови – 0,8 мкмоль/л (норма 0,85 мкмоль/л).

**Выводы.** Таким образом, у детей с ДСТ и ПМК имеет место снижение магния в сыворотке крови и эритроцитах, при этом значения последнего являются более показательными.

*Токарева Е.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра педиатрии №2, зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Чурилина А.В.*

**Цель.** Определить факторы угрозы, провоцирующие развитие аритмии у недоношенного ребенка.

**Материалы и методы.** Полное клинико-лабораторное обследование ребенка 3 мес. с постгипоксической метаболической кардиомиопатией, нарушением ритма, наджелудочковой и желудочковой (би-, тригеминия) экстрасистолией, диспластической кардиомиопатии – ООО, АРХЛЖ, НК I, перинатальным постгипоксическим поражением ЦНС с синдромом двигательных нарушений и формированием наружной гидроцефалии.

**Результаты.** Больной А., 3 мес., поступил в ДГКБ №1 с жалобами на периодическое беспокойство, затрудненное дыхание, утомляемость во время кормления. Из анамнеза: ребенок от 3-й беременности, тяжелая эклампсия у матери на фоне ГБ IIст., патологические роды на 32нед., лапаротомия, кесарево сечение. Масса при рождении - 1730г; рост - 45см; окр. головы – 30см; окр. груди – 27см; оценка сост. по шкале Апгар – 4-6 баллов, врожденные ателектазы легких, ДН II-IIIст. Семейный анамнез – отягощен, мать болеет ГБ IIст. При поступлении состояние средней тяжести, масса – 4700г, рост – 58см. Во время кормления периодически отдыхает. Реакция на осмотр – громкий крик, зрительное сосредоточение. Размеры большого родничка – 242см. Небольшое уплотнение краев родничка. Нервно-психическое развитие: кратковременно держит голову, отмечается зрительное сосредоточение, признаки морфо-функциональной незрелости выражены (лануго, мягкие ушные раковины, низкое расположение пупка). Рефлексы периода новорожденности живые. Спонтанный рефлекс Моро, рефлекс опоры и ползания – снижены; ходьба с перекрестом голеней, тремор подбородка и конечностей при крике. Кожные покровы бледные, наблюдается мраморность, а также перiorальный цианоз при крике. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ЧСС – 170уд/мин, аускультативно – средней интенсивности систолический шум в V точке, экстрасистолы до 3-4 в мин. При инструментальном обследовании в общем анализе крови анемия легкой степени. Основные биохимические показатели в норме, гипопропротеинемия. Тропонин Т – 0,083мг/мл, ЛДГ – 241,0ЕД/л. По данным Рц ОГК – легочной рисунок в норме. Корни легких прикрыты тенью сердца. Границы сердца расширены в поперечнике, удлинена дуга

правого предсердия, выбухание дуги левого предсердия. ЭхоКГ – ООО, минимальная регургитация через ТК. Две параллельные аберрантные хорды в полости ЛЖ. Полости сердца не расширены. Сократительная способность сердца не снижена. Тахикардия, экстрасистолия. ЭКГ – Синусовая тахикардия, ЧСС-172, вертикальное расположение ЭОС,  $\alpha=+71^\circ$  одиночные наджелудочковые экстрасистолы, спаренные и групповые экстрасистолы. Наджелудочковые бигеминии. Суточное мониторирование электрической активности сердца – циркадный индекс – 1,1. Преходящая АВ-блокада 2ст. Mobitz 1, экстрасистолия: наджелудочковая, желудочковая би-, тригеминия. НСГ – Признаки повышения наружного внутричерепного давления. Выражены участки периваскулярной инфильтрации в области затылочных рогов с обеих сторон.

**Вывод.** При исследовании удалось установить основные определяющие факторы развития аритмии у данного ребенка. Это недоношенность, которая обусловила морфофункциональную незрелость, в т.ч. проводящей системы сердца. А также нарушение регуляторной функции ЦНС вследствие перенесенной перинатальной гипоксии.

*Шаров К.В., Пироженко Р.И., Курышева О.А.*

## **СОСТОЯНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра педиатрии № 2, зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Чурилина А.В.*

**Цель работы** – изучить состояние вилочковой железы у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Обследовано 56 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ №1 г. Донецка по поводу пролонгированной неонатальной желтухи (ПНЖ). Методы исследования включали: общеклинические, инструментально-лабораторные.

**Результаты.** Согласно данным ультразвукового исследования вилочковой железы у обследуемых детей средние значения размера вилочковой железы составили: длина –  $44,3 \pm 0,9$  мм, толщина –  $24,6 \pm 0,6$  мм, ширина –  $38,9 \pm 0,6$  мм. Среднее значение массы вилочковой железы составило  $31,6 \pm 1,4$  г, объема тимуса –  $22,7 \pm 1,0$  см<sup>3</sup>. Для более точной оценки состояния вилочковой железы правильно ориентироваться не на ее абсолютные значения, а на массу органа в пропорции к массе тела ребенка (индекс вилочковой железы). Полученное среднее значение исследуемого показателя составило  $7,5 \pm 0,3$  ‰, что достоверно ( $p < 0,05$ ) выше возрастной нормы. Увеличение индекса вилочковой железы выявлено у 76,3 % обследуемых пациентов и расценено нами как синдром увеличения вилочковой железы.

**Выводы.** У 76,3 % детей с ПНЖ выявлен синдром увеличения вилочковой железы, что может быть проявлением нарушения механизмов адаптации новорожденного к внеутробным условиям существования.

*Денчик Н.С.*

## **ЭВОЛЮЦИЯ БРОНХОЛЕГочНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2,  
Заведующий кафедрой – проф. Одинец Ю.В., научный руководитель – доц. Алексеева Н.П.*

**Цель исследования:** проанализировать течение и прогноз бронхолегочной дисплазии (БЛД) у детей.

**Материалы и методы:** проведен анализ 72 амбулаторных карт развития детей с БЛД в возрасте от 9-ти месяцев до 5 лет.

**Результаты:** выявлено, что факторами риска развития БЛД наиболее часто являются недоношенность, малая масса тела, врожденная пневмония, синдром аспирации мекония, открытый артериальный проток, внутриутробные инфекции. Основным фактором, определяющим тяжесть БЛД, является кислородозависимость. Отягощенность семейного анамнеза по БА, врожденная цитомегаловирусная инфекция, также предрасполагают к тяжелому течению БЛД.

**Выводы:** дети с БЛД после выписки со II этапа выхаживания нуждаются в наблюдении пульмонолога, невролога, офтальмолога, кардиолога. При задержке клинического выздоровления - рекомендуется проведение высокоразрешающей компьютерной томографии легких при подозрении на развитие облитерирующего бронхиолита, исследование аллергологического статуса для исключения БА.

*Арсентьева С.М., Мамченко М.М.*

## **О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛУЧАИ ЛИСТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ?**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк,  
научный руководитель – проф. Н.П. Скородумова*

**Цель исследования.** Установить особенности листериоза у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 4 больных с различными клиническими формами листериоза: двое детей в возрасте 11 лет и 12 дней от роду и двое мужчин в возрасте 45 и 50 лет. Оба взрослых и ребенок 11 лет заразились пищевым путем, а новорожденный – трансплацентарно. У всех больных развилась смешанная форма заболевания с поражением нескольких органов и систем. У мужчины 45 лет

глазо-железистая форма заболевания переросла в септическую с летальным исходом. Обращает на себя внимание, что у всех больных развился менинго-энцефалит с массивным высевом листерий из ликвора и у 3-х - из крови. Кроме того, диагноз был подтвержден и РНГА с листериозным диагностикумом (реакция положительная в титрах 1:100 и 1:200). У всех больных отмечался неблагоприятный преморбидный фон: у мужчин были хронические заболевания различных органов и систем. Девочка 11 лет состояла на диспансерном учете как «часто болеющая» (школьное образование на дому). У мамы новорожденного первая беременность замершая в сроке 8 недель в связи с внутриутробным токсоплазмозом, а второй ребенок родился после оживления, с перинатальным поражением ЦНС.

**Результаты.** Особенности листериозного менингита являются: выраженность менингеального синдрома и гиперестезии (особенно у детей), раннее появление судорог, тремора и нарушения координации движений, нарушение сознания, птоз, анизокория, нистагм, бред, галлюцинации, депрессия (у взрослых). У всех больных был гнойный ликвор, который отличал высокий белок, умеренный цитоз (белково-клеточная диссоциация), снижение глюкозы. Выжившие (трое больных) были переведены в неврологические отделения для долечивания в связи с развившимися осложнениями (гидроцефалия, признаки снижения интеллекта).

**Выводы.** К особенностям листериоза новорожденных (по данным литературы и собственному наблюдению) относятся: молниеносное развитие симптомов неонатального сепсиса с высокой лихорадкой и развитием симптомов менинго-энцефалита, сонливость, гиперестезия, мышечная гипотония, выбухание родничка и расхождение сагитального шва, общий цианоз, гепатомегалия, пневмония. При УЗИ головного мозга обнаружены выраженные участки перивентрикулярной инфильтрации в области затылочных рогов обоих боковых желудочков. По данным Американских медиков, по количеству выявленных случаев (60% среди заболевших лиц в возрасте от 10 до 40 лет) листериоз уступает кампилобактериозам и сальмонеллезам, но значительно превосходит их по летальности и тяжести течения, что, собственно и подтверждают наши немногочисленные наблюдения. Решение проблемы нам видится в должной профилактике: обследование беременных женщин из «группы риска», контроль в сфере производства и переработки пищевых продуктов, улучшение работы ветеринарных служб и знание врачами особенностей течения листериоза (особенно у новорожденных) для своевременной диагностики заболевания.

*Барасий А.А.*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. – проф. В.Н. Буряк, науч. рук. – доц. Ю.В. Пошехонова*

**Цель исследования.** Выявление особенностей психологического статуса при ФД в зависимости от формы и возраста ребёнка

**Материалы и методы.** Обследовано 84 ребёнка в возрасте от 5 до 15 лет: 51 ребенок с функциональной диспепсией (ФД), 33 ребенка с хроническим гастродуоденитом (ХГД). Психологический тип личности и уровень эмоциональной неустойчивости выявлялись путём опроса по личностному опроснику Х.Д. Айзенка. Для определения степени тревожности использовался личностный опросник Ч.Д. Спилберга.

**Результаты.** Изучение психоэмоционального статуса выявило высокий уровень интроверсии при ФД (29,4%,  $p \leq 0,05$ ), а экстраверсии несколько чаще - при ХГД (21,2%, при ФД 11,8%,  $p \leq 0,3$ ). Для детей с ФД была характерна замкнутость и обособленность; они плохо контролировали свои эмоции. Так при ФД достоверно чаще выявлялась низкая степень эмоциональной неустойчивости (62,8%,  $p \leq 0,01$ ). Нормальный тонус вегетативной нервной системы наблюдался в 4 раза чаще у детей с ФД, чем у детей с ХГД ( $p < 0,05$ ). Частота симпатикотонии и дистонии в обеих группах существенно не различались. Ваготония чаще выявлялась при ХГД, чем при ФД (соответственно, 36,4% и 13,7%,  $p < 0,05$ ). Вегетативный индекс Кердо в обеих группах не отличался.

**Выводы.** Психологический статус ребенка с ФД характеризуется интровертированным типом личности с высокой эмоциональной неустойчивостью.

*Богданов И.А.*

## **ПРИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. каф. – проф. В.Н. Буряк, науч. рук. – доц. Т.И. Коваленко*

**Цель исследования.** Изучить особенности эпидемиологии, этиопатогенеза, диагностики и клинических проявлений прионных заболеваний у детей по данным современной мировой литературы.

**Материалы и методы.** Были детально изучены научные публикации отечественных и зарубежных авторов, посвященные проблеме прионной патологии у детей. Также был проведен поиск в электронной базе данных «Pubmed» за последние пять лет по данному вопросу.

**Результаты.** В ходе проведенного обзора доступной литературы было установлено, что детские прионные заболевания делятся на врожденные (синдром Alpers-Huttenlocher и болезнь Крейтцфельда-Якоба раннего детского и юношеского возраста) и приобретенные (болезнь куру, а также ятрогенный и новые варианты

болезни Крейтцфельда-Якоба). Перечисленные заболевания, наряду с некоторыми различиями, имеют, однако, и определенное сходство: ключевые моменты эпидемиологии, этиопатогенеза, патоморфологии, схожесть клинической симптоматики, а также стопроцентная летальность.

**Выводы.** Таким образом, проведенный обзор литературы позволяет сделать выводы о том, что прионные заболевания являются на сегодняшний день серьезной педиатрической проблемой. Обладая свойствами генетических, инфекционных, опухолевых и иммунодефицитных состояний, прионные болезни требуют мультидисциплинарного подхода к их дальнейшему изучению. Чрезвычайная сложность диагностики и лечения данных заболеваний, а также стопроцентная летальность делают их одной из первоочередных для разрешения задач современной педиатрической науки и практики.

*Габрикевич К.В.*

### **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – асс. В.Л. Бабич*

**Цель исследования.** Изучить клиничко-анамнестические особенности у детей с хроническим необструктивным пиелонефритом.

**Материалы и методы.** Обследовано 27 детей в возрасте от 7-ми до 14-ти лет с хроническим необструктивным пиелонефритом. Диагноз верифицировался по общепринятым критериям в соответствии с МКБ-10. У всех детей изучались жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и лабораторные обследования.

**Результаты.** Выявлено, что клиническое течение хронического необструктивного пиелонефрита в периоде обострения характеризуется умеренной выраженностью интоксикационного (фебрильная лихорадка наблюдалась в 37,7% случаев, субфебрильная в 62,3%), болевого (73,5%) и мочевого синдромов (несчитаемая лейкоцитурия у 83,7% больных), редкой встречаемостью предшествующих обострению провоцирующих факторов (переохлаждение в 11,3% случаев, острые респираторные инфекции – у 9,2% больных), отсутствием анамнестических сведений о патологическом течении беременности у матерей детей, а также отсутствием отягощённой по заболеваниям мочевыводящей системы наследственности.

**Выводы.** Редкая встречаемость провоцирующих факторов, отсутствие отягощённого анамнеза беременности у матерей и наследственности по заболеваниям мочевыводящей системы у детей с хроническим необструктивным пиелонефритом требуют углублённого изучения патогенетических механизмов хронизации данного процесса с последующей разработкой направленной терапевтической коррекции.

*Довбиж Т.Ю., Коломойцева А.А., Тумалия М.Р.*

### **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – доц. Э.В. Голосной.*

**Цель исследования.** Изучить этиологические и клинические особенности протейной инфекции у детей раннего возраста в условиях промышленного региона Донбасса.

**Материалы и методы.** Были изучены истории болезни 48 историй болезней детей раннего возраста, которые переносили острую кишечную инфекцию (ОКИ), вызванную протеей, а также произведен анализ этиологической структуры ОКИ за последние 18 месяцев в клинике детских инфекций ДонНМИ.

**Результаты.** Протейная инфекция у детей раннего возраста преимущественно протекает в виде энтероколита и у половины больных с развитием токсико-эксикоза. Начало болезни острое с повышением температуры тела до 38-39°C, обильного жидкого, пенистого с резким специфическим запахом стула, а у части больных: с примесью слизи и крови. Течение заболевания волнообразное, особенно у детей с несколькими отягощающими факторами (искусственное вскармливание, предшествующие вирусные инфекции, рахит и т.д.). Из 5 видов протеев у детей наиболее часто выделялись *P. vulgaris* и *P. mirabilis*, часть которых имела устойчивость к нескольким антибиотикам.

**Выводы.** Протейная инфекция возникает у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном и вызывается двумя видами этих бактерий: *vulgaris* и *mirabilis*. Болезнь протекает в виде энтероколитов с развитием тяжелых форм, а у детей с несколькими отягощающими факторами – волнообразно.

*Дудко М.В.*

### **СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой и науч. рук. – проф. В.Н. Буряк*

**Цель исследования.** Уточнить характер биоэлектрической активности миокарда у детей с метаболической

кардиомиопатией (МК), развившейся на фоне атопического дерматита (АД).

**Материал и методы.** Проведено обследование 34 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, у которых на фоне АД выявлены проявления МК и 15 здоровых детей (группа контроля). Всем детям проведено ЭКГ исследование при помощи электрокардиографа ЭК1Т–03М2.

**Результаты.** В результате исследования у больных детей установлено достоверное снижение амплитуды зубца Р. Её средняя величина ( $0,66 \pm 0,44$  мм) во II стандартном отведении была достоверно ниже по сравнению со средним значением ( $1,75 \pm 0,08$  мм) этого параметра в контроле. У 5,8% детей с МК отмечались беспорядочные предсердные экстрасистолы. В 43,9% наблюдений у них отмечалась НБПН пучка Гиса. У 4,8% больных – деформация зубца Р, у 23,8% пациентов – увеличение его длительности, у 9,9% больных – удлинение интервала PQ. У 35,2% пациентов определялись нарушения ранней и поздней реполяризации. В 8,9% случаев в отведениях  $V_2$ ,  $V_3$  регистрировалось косовосходящее смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии. В 26,3% наблюдений в левых грудных отведениях была увеличена амплитуда зубца Т.

**Выводы.** При развитии МК у детей, страдающих АД выявляются нарушения таких физиологических функций миокарда, как автоматизм, возбудимость, проводимость и реполяризация. Данный факт, вероятнее всего, объясним большей подверженности миокарда у этих лиц различным нарушениям его вегетативного обеспечения.

*Жовнер Е.Г.*

## ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. каф. – проф. В.Н. Буряк,  
науч. рук. – асс. В.В. Медведева*

**Цель исследования** – проанализировать частоту распределения и характер микрофлоры, выявленной в группах внезапно умерших детей первого года жизни.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 120 случаев внезапной смерти детей первого года жизни, наступившей вне лечебных учреждений Донецка и области. Все исследованные случаи внезапной смерти детей были разделены на три группы. К I группе были отнесены 26 случаев смерти детей, которые развились на фоне полного благополучия, где отсутствовали какие-либо признаки состояний, угрожающих жизни, т. е. «истинные» случаи синдрома внезапной смерти грудных детей (СВСГД). Во II группу вошли 47 случаев, внезапной смерти детей, у которых за несколько дней до летального исхода наблюдались минимально выраженные, но не зарегистрированные, клинические и подтвержденные на аутопсии признаки острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). III группу составили 47 случаев, где внезапная смерть у детей наступила на фоне жизнеугрожающего состояния, достаточного для объяснения причины летального исхода без явных предшествующих клинико-лабораторных признаков. Посевы материала брались из слизистых полости рта, полости носа, конъюнктивы, гортани, трахеи, прямой кишки. Исследуемый материал отправлялся в лабораторию для идентификации возбудителя в течение 2-х суток после смерти.

**Результаты.** Согласно исследованию, у 47 из 73 случаев ( $64,4 \pm 4,2\%$ ) смерти детей I и II групп выявлялись различные типы вирусов в органах дыхания. Однако, при разделении групп у детей умерших от «истинного» СВСГД результаты иммунофлюоресцентного исследования оказались положительными у 4 из 26 случаев ( $15,4 \pm 3,1\%$ ), из 47 случаев смерти детей II группы у 43 ( $91,5 \pm 4,1\%$ ) случаев. Кроме того, наряду с разницей в частоте мы определяли различные виды возбудителей. Среди умерших I группы чаще всего выявляли антигены респираторно-синцитиального (РС) вируса ( $7,7 \pm 5,2\%$ ), обладающие избирательной тропностью к эпителию нижних дыхательных путей (бронхиол и альвеол). Следующими по частоте выявлялись вирусы парагриппа (тропные к эпителию гортани) и лимфотропные аденовирусы ( $3,8 \pm 3,8\%$  соответственно). Во II группе в половине случаев ( $48,9 \pm 7,3\%$ ) обнаружено антигены аденовируса, обладающие тропностью к лимфоидной ткани, и у каждого четвертого – респираторно-синцитиальный (РС) вирус ( $25,5 \pm 6,4\%$ ). С меньшей частотой регистрировали вирус парагриппа ( $10,6 \pm 4,5\%$ ) и вирус гриппа – у  $2,1 \pm 2,1\%$ , энтеровирус ( $4,3 \pm 2,9\%$ ) и микоплазму у  $6,4 \pm 3,6\%$ . Вирусно-вирусная ассоциация встречалась в  $6,4 \pm 3,6\%$ . Среди умерших детей III группы чаще выявлялись вирус гриппа ( $23,4 \pm 6,2\%$ ), респираторно-синцитиальный вирус ( $17,0 \pm 5,5\%$ ), энтеровирус ( $10,6 \pm 4,5\%$ ), цитомегаловирусы у 5 ( $10,6 \pm 4,5\%$ ) скоропостижно умерших детей. Сочетание возбудителей у одного и того же внезапно умершего наблюдалось в  $21,3 \pm 6,0\%$  случаев. Бактериальная флора выявлялась у 6 –  $12,8 \pm 4,9\%$  случаев (протей вульгарис, кишечная палочка, стафилококк).

**Выводы.** Таким образом, среди умерших от «истинного» СВСГД обнаружены только пневмотропные возбудители, а у детей, умерших от СВСГД с сопутствующей ОРВИ установлены атипичные и энтеральные возбудители. Можно предположить, что в танатогенезе этого синдрома респираторные вирусы с наличием различных факторов риска играют определенную роль.

*Захарова Л.А., Заяц В.Ю.*

## **ИНФОРМАТИВНОСТЬ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк,  
научный руководитель – доц. Л.А. Гончарова*

**Цель исследования:** оценка общего реактивного потенциала организма при вирусных гепатитах у детей по показателям количественно-качественной характеристики гемограммы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 31 больной с хроническим гепатитом в возрасте от 2-х до 17-ти лет включительно, из них: хронический вирусным гепатитом В- 19 детей, гепатит С– 11, вирусный гепатит В+С-1. Фоновые заболевания выявлены у 2 детей (6,4%) в виде нейробластомы забрюшинного пространства (3,2%) и язвенной болезни желудка, эрозивный гастродуоденит с повышенной секрецией (3,2%). Причиной заболевания у обоих детей явилось оперативное вмешательство, у остальных- санация зубов (52,3%), лечение с использованием препаратов крови (27,7%) и инструментальные обследования в условиях поликлиники (13,6%). Основными клиническими синдромами болезни у всех детей явились: диспепсический (89,4%), астеновегетативный (13,8%), артралгический (7,8%), субиктеричность кожных покровов и склер (49,7%), гепатомегалия в пределах  $1,5 \pm 0,8$  см (32,6%). Активность воспалительного процесса в печени оценивалась по данным лабораторного исследования крови: повышение общего билирубина в пределах  $48,5 \pm 11,8$  мкмоль/л, прямого –  $8,7 \pm 2,2$ ; увеличение АлАТ в 1,5 – 5 раза (18,9%), АсАТ – в 1,1-1,5 (9,3%); выявление HBeAg (5,8%), HBsAg, специфических IgM (23,2%), IgG (84,6%). УЗИ органов брюшной полости позволило выявить у 3,2% детей деформацию желчного пузыря, что способствовало развитию синдрома холестаза. Всем детям помимо базисной терапии проводилась и специфическая: липоферон (14,5%), лаферобин (13,2%) внутримышечно, амиксин С – детям старше 7 лет (72,3%) по схеме., урсофальк, эссенциале.

**Результаты.** На фоне проводимой терапии клинико-лабораторная ремиссия наблюдалась у 86,7% детей. Для дальнейшего лечения 9,7% детей переведены в гепатологический центр НИИ ПАГ г. Киева. Неблагоприятные исходы болезни отсутствовали. Показатели общего реактивного потенциала организма значительно снизились: клеточно-фагоцитарный показатель (КФП) на  $28,7\%$  ( $762 \pm 12,5$  против  $544,2 \pm 11,6$ ); иммуно-лимфоцитарный потенциал (ИЛП) – на  $65,7\%$  ( $546,2 \pm 10,3$  против  $187,4 \pm 15,3$ ) на фоне сохраняющейся аллергической организации (394,5±10,7 против 374,9±14,6).

**Выводы.** 1. Специфическая противовирусная терапия пролонгирует клинико-лабораторную ремиссию и улучшает качество жизни детей, страдающих хроническими гепатитами. 2. Характер изменения клеточно-фагоцитарного показателя при хроническом вирусном гепатите у детей отражает наличие противоинфекционной защиты организма на фоне дисфункции иммунной системы в виде иммунодепрессии.

*Захарова Л.А., Заяц В.Ю.*

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. – проф. В.Н. Буряк,  
научный руководитель – проф. А.И. Бобровицкая*

**Цель работы.** Выявить информативные критерии среди показателей гемограммы для экспресс-диагностики инфекционного мононуклеоза у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 55 детей с инфекционным мононуклеозом в возрасте от 1 года до 14 лет включительно из них, детей в возрасте 1-3 года было 14,5%, от 3 до 7 лет - 47,3%, старше 7 лет - 38,2%. С целью выявления информативных критериев среди показателей гемограммы нами использованы лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) - соотношение уровней клеток, повышающихся при воспалительных процессах; модифицированный индекс интоксикации (ЛИИм) - соотношение уровня клеток, повышающегося и снижающегося при воспалительных заболеваниях; лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ) - соотношение лимфоцитов и гранулоцитов; лимфоцитарно-лейкоцитарный индекс (ИЛЛ) - соотношение числа лимфоцитов к общему количеству лейкоцитов.

**Результаты.** Проанализированы лабораторные тесты у 55 детей: 29 больных с Эпштейна - Барр вирусной инфекцией и 26 - с приобретенной цитомегало-вирусной инфекцией, имеющих мононуклеозоподобный синдром. Нами установлено, что дифференциальная диагностика данных заболеваний вызывает большие затруднения, так как в периферической крови выявляются лимфоцитоз в пределах  $54,9 \pm 3,2\%$  и атипичные мононуклеары  $18,8 \pm 1,8\%$  при ЭБ – вирусной инфекции;  $49,5 \pm 2,7\%$  и  $12,8 \pm 2,1\%$  - при цитомегаловирусной инфекции, что формально дает основание диагностировать ЭБ – вирусную инфекцию во всех случаях. Однако, средний показатель общего числа лейкоцитов значительно выше у детей, имеющих ЭБ - вирусную инфекцию, и составляет  $12,9 \pm 1,7$  Г/л против  $7,3 \pm 1,1$  Г/л. у детей, имеющих цитомегало-вирусную инфекцию, то есть увеличен в 1,4 раза у детей с инфекционным мононуклеозом ( $p > 0,05$ ). Лейкоцитарный

индекс интоксикации (ЛИИ) более выражен при ЦМВ-инфекции –  $0,54 \pm 0,04$  ед. против  $0,35 \pm 0,09$  ед. (ЭБ-вирусная инфекция) и увеличен в 1,5 раза ( $p > 0,05$ ). При этом не учитывалось общее количество лейкоцитов и СОЭ, которые подчеркивают характер воспалительного процесса. Поэтому более приемлемыми и достоверными являются модифицированный индекс (ЛИИм) и показатель соотношения лимфоцитов и лейкоцитов (ИЛЛ), которые составили соответственно:  $0,45 \pm 0,05$  ед. у детей с ЦМВ-инфекции и  $0,31 \pm 0,03$  ед. – с ЭБВ-инфекцией; показатель соотношения лимфоциты/лейкоциты (ИЛЛ) –  $5,18 \pm 0,27$  ед. против  $6,82 \pm 0,34$  ед. (ЦМВ-инфекции). Данные показатели отражают, прежде всего, вирусный характер воспалительного процесса наиболее выраженный у детей при ЭБВ-инфекции по сравнению с детьми, имеющими ЦМВ-инфекцию. Различия в показателях гемограммы статистически достоверны ( $p > 0,05$ ). Особенно наглядно данную версию подтверждает лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), так как данный индекс у детей при ЭБВ-инфекции значительно выше по сравнению с показателем у детей при ЦМВ-инфекции ( $20,87 \pm 1,7$  ед. против  $6,78 \pm 1,3$  ед.).

**Вывод.** Расчет данных показателей гемограммы можно использовать в качестве индикаторов необходимости проведения экспресс дифференциальной диагностики заболеваний, вызванных герпесвирусами у детей при инфекционном мононуклеозе.

*Козачихина С.И.*

### **ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – доц. Ю.В. Пошехонова*

**Цель исследования:** изучение частоты и характера стигм дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей с функциональной диспепсией (ФД).

**Материалы и методы.** Обследовано 134 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет. Всем детям проведены ФЭГДС с уреазным тестом и внутрижелудочной рН-метрией, УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты.** Наличие стигм ДСТ было выявлено у  $88,0 \pm 2,8\%$  детей с ФД, при этом  $56,7 \pm 4,3\%$  больных ФД имели до 5 стигм ДСТ, а 6 и более стигм были отмечены у  $31,3 \pm 4,0\%$  детей, в том числе 10 и более признаков ДСТ были выявлены у  $6,0 \pm 2,1\%$  детей с ФД. Фенотип детей с ФД характеризовался наличием  $5,0 \pm 0,3$  стигм ДСТ в виде астенического телосложения, деформации позвоночника, гипермобильности суставов, гиперэластичности кожи, аномалий развития ушных раковин, туловища, кистей и стоп, плоскостопия, пролапса митрального клапана, брахицефалии. До 5 признаков ДСТ чаще имели больные с неспецифическим вариантом ФД, а наличие 6 и более проявлений ДСТ чаще отмечалась у детей с язвенноподобным вариантом. Наличие множественных стигм ДСТ у детей с ФД сопровождалось более выраженным снижением кислотообразующей функции желудка, а эндоскопически – значительным снижением количества желудочного секрета, отеком и утолщением складок СОЖ, более выраженными моторными нарушениями с формированием ДГР почти у трети больных, имевших 6 и более стигм ДСТ.

**Выводы.** Вероятно, наличие у ребенка ДСТ предрасполагает к развитию ФД, что необходимо учитывать при обследовании и выборе оптимальной терапии у детей с ФД.

*Махмутова А.Р.*

### **ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – доц. С.И. Такташов.*

**Цель исследования.** Изучить особенности кардиальных изменений при внебольничной пневмонии у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 детей с перикардитом на фоне внебольничной пневмонии в возрасте от 1 до 14 лет. Группу контроля составили 20 детей больных внебольничной пневмонией аналогичного возраста. Посредством ЭКГ изучались СД и ДД в легочной артерии, проводился фазовый анализ электрического цикла сердца. Поражение перикарда у всех больных подтверждено эхокардиографически.

**Результаты.** Реактивный перикардит на фоне внебольничной пневмонии встречается в  $6,2\%$  случаев. Поражение перикарда сочетается с миокардитом у  $30,0\%$  детей, реактивным панкреатитом – у  $26,7\%$ , плевритом – у  $30,0\%$ , полисерозитом – у  $8,3\%$ . У больных с перикардитом длительно отмечались одышка, тахикардия, цианоз, лихорадка, приглушенность тонов, систолический шум в I и V точках. На ЭКГ у таких больных выявлено смещение интервала ST, уплощение зубца T, увеличение СП. Нарушения кардиогемодинамики отмечены у  $60,0\%$  детей с перикардитом в виде повышения уровня МОК, СИ, КЭК, потребления кислорода миокардом, понижения ОПСС и УПСС, наличия функционального напряжения миокарда. В контроле такие изменения отмечены в  $21,5\%$  случаев. У больных с перикардитом выявлено стойкое повышение уровня ЦИК, степень которого коррелировала с объемом жидкости в перикардиальной полости, выраженная диспротеинемия.



**Выводы.** На фоне своевременной диагностики и комплексного лечения, выявленные изменения показателей кардиогемодинамики оставались на протяжении 2 – 3 недель и исчезали через 3 – 4 месяца от начала терапии.

*Махмутова А.Р.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – доц. С.И. Такташов*

**Целью работы** явилась апробация заменителей грудного молока с пребиотиком.

**Материалы и методы.** В нашей клинике проводилось наблюдение за детьми, которые в течение 4 недель в качестве основного питания получали вышеуказанные смеси. Всего обследовано 58 детей, в возрасте от 3 до 12 месяцев. Контрольную группу составили 30 детей первого года жизни, получавших заменители грудного молока без пребиотика.

**Результаты и их обсуждение.** Период адаптации к смесям у всех детей проходил удовлетворительно. Побочные реакции в виде отказа от кормления, снижения аппетита, рвоты отсутствовали. При использовании этих смесей у всех обследованных детей стул был желтого цвета, кашицеобразный без патологических примесей. Копрологические исследования указывали на хорошую перевариваемость всех нутриентов.

**Выводы.** На основании полученных результатов по оценке клинического эффекта применения современных высокоадаптированных заменителей грудного молока с пребиотиком для вскармливания детей первого года жизни установлено следующее: молочные смеси, имея хорошую перевариваемость всех нутриентов, эффективно купируют метеоризм, нарушенную моторику кишечника диспептические расстройства, способствуют стабильной прибавке массы тела, оказывают нормализующее влияние на бифидобактерии и лактобактерии кишечника и угнетающее влияние на условно – патогенные бактерии. Это позволяет рекомендовать приоритетное назначение заменителей грудного молока с пребиотиком в практическом здравоохранении для смешанного и искусственного вскармливания детей при недостатке или отсутствии материнского молока у детей первого года жизни.

*Мелешко В.К.*

### **ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – асс. В.Л. Бабич*

**Цель исследования.** Изучить особенности этиологической структуры воспалительного процесса при хроническом необструктивном пиелонефрите у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 27 детей в возрасте от 7-ми до 14-ти лет с хроническим необструктивным пиелонефритом и 18 детей с хроническим обструктивным пиелонефритом аналогичного возраста, составивших группу сравнения. Проводилось бактериологическое исследование мочи с последующим анализом спектра микрофлоры.

**Результаты.** При микробиологическом исследовании мочи наиболее частым возбудителем, выявленным в 49,3% случаев у детей основной группы и 57,1% детей группы сравнения, была *E.coli*. Также определены условно-патогенная флора, представленная клебсиеллой у 3,5% и 12,2% больных соответственно и протеем – у 2,8% пациентов и в 9,3% случаев детей. Однако у 11,7% детей с необструктивным хроническим пиелонефритом были зарегистрированы возбудители семейства грамположительных кокков, таких как *Staphylococcus haemolyticus* (у 7,1% больных), *Staphylococcus aureus* (в 2,4% случаев), *Staphylococcus epidermidis* (у 2,2% детей). При этом, у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом грамположительные кокки не были выявлены.

**Выводы.** При обострении хронического необструктивного пиелонефрита при высеве из мочи патогенной (особенно, грамположительной) микрофлоры следует определять её чувствительность к максимально возможному спектру антибиотиков и уросептиков.

*Сачко Ю.В.*

### **ШИСТОСОМОЗ – УЖЕ НЕ ЭКЗОТИКА В УКРАИНЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – проф. Н.П. Скородумова*

**Цель исследования.** Установить клинические и специфические проявления шистосомозов для разработки мер профилактики.

**Материал и методы.** Источники отечественной и зарубежной литературы, собственные наблюдения 7 случаев шистосомозов.

**Результаты.** На XI Европейском мультиколлоквиуме в 2012 г. в рамках темы «Паразиты в меняющемся»

мире» было подчеркнуто, что глобальные изменения климата представляют собой потенциальный риск ряда зоонозных паразитарных инвазий в Европейских странах. На территории бывшего СССР и Украины шистосомоз никогда не встречался. Однако появились случаи заражения среди иностранных студентов (особенно проживающих в тропиках). К сожалению и наши туристы привозят из дальних путешествий экзотические заболевания, среди которых шистосомоз занял почетное место. «Дерматит купальщиков» вызывается проникновением в тело человека церкариев шистосоматид водоплавающих птиц при купании в загрязненных фекалиями птиц заболоченных водоемах, изобилующих моллюсками – промежуточным хозяином шистосоматид. Во всем мире инфицировано более 207 миллионов человек, а риску инфицирования в 74 эндемичных странах подвергается, по оценкам ВОЗ, 700 миллионов человек, имеющих контакт с зараженной паразитами водой. Продолжительность жизни шистосомов в теле человека составляет десятки лет. Особо уязвимы перед инфекцией дети из-за их привычек, связанных с гигиеной и играми. Поэтому описание клиники завозного шистосомоза напечалит семейным врачам о появившейся проблеме. Мы наблюдали семь случаев шистосомоза, завезенного из Боа. Диагноз «шистосомозный дерматит», синоним (водяная чесотка) устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных. Наши туристы во время купания в Аравийском море ощутили покалывание, пощипывание кожи. Через 15-20 минут появился интенсивный зуд и пятнисто-папулезная сыпь, которая сохранялась в течение 6-7 дней. У двух больных эритематозные пятна превратились в типичные уртикарные элементы диаметром 2см и больше, которые потом сливались в крупные полицикличные отечные диски, что свидетельствовало о повторном заражении (это подтвердили пациенты). У всех больных отмечалась выраженная экссудация с образованием пузырей, которые содержали опалесцирующую жидкость. Образование пузырей обусловлено выделением из «желез проникновения» секрета, который оказывает лизирующее действие на ткани. Через 2 недели сыпь исчезла, поскольку после некоторого времени внедрения в кожу человека личинки погибают. Сегодня наши пациенты чувствуют себя хорошо. Но ставить точку рано, поскольку, по данным литературы, через 38 недель у не иммунных людей может появиться температура, зудящие высыпания, головная боль, различные симптомы интоксикации. Также часто развивается бронхит с астматическим синдромом, гепатомегалия, лейкоцитоз, эозинофилия, возможно развитие даже менингоэнцефалита. Специфические проявления заболевания развиваются в хронической стадии. Семейные врачи должны знать, что полипы, полипозы, эндометриты, эндометриозы, рецидивирующий песок, камни в почках, рецидивирующие пиелонефриты, циститы, простатиты, опухоли, свищи в области копчика - все это может оказаться результатом поражения шистосомами.

**Выводы.** Сегодня семейные врачи и педиатры должны быть ознакомлены с клиническими проявлениями шистосомозов, поскольку разнообразные симптомы могут появиться как раз после возвращения из экзотических стран. Туристам, выезжающим в жаркие страны (особенно тропики), следует воздерживаться от купания в закрытых водоемах, поскольку заражение может произойти даже при хождении босыми ногами по воде, а иногда и по земле.

*Середа А.И., Гаранина Г.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – проф. Н.П. Кучеренко*

**Цель исследования:** выявить особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза (ИМ) у детей.

**Материал и методы.** Нами проанализировано 34 истории болезни детей, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении ЦГКБ №1 г. Донецк. Диагноз ИМ был выставлен на основании характерных клинико-лабораторных данных. Для подтверждения диагноза ИМ определялись иммунологические маркеры – ДНК в реакции ПЦР, иммуноглобулины М, G в ИФА. Для исключения микст – инфекции детям проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, определялись маркеры вирусного гепатита.

**Результаты и обсуждение.** Из 34 больных преобладали дети в возрасте до 3-х лет - 41,2%. В анамнезе жизни у всех детей отмечался неблагоприятный преморбидный фон: частые ОРВИ, аллергический дерматит, хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей. Разнообразие клинических диагнозов в амбулаторных условиях (ангина, аденовирусная инфекция, острый вирусный гепатит, лихорадка неясной этиологии) свидетельствует о трудностях диагностики данного заболевания на ранних этапах болезни. У всех детей при поступлении в стационар отмечался интоксикационный синдром, степень выраженности которого зависела от тяжести заболевания. Среднетяжелых форм болезни было 94,1%, тяжелых - 5,9%. Лихорадка, как первый и основной симптом, выявлялась у 94,1% больных. У 91,2% детей начало болезни было острым. Поражение лимфоидной ткани, как одного из характерных клинических симптомов, выявлено у всех больных. Преимущественно отмечалось увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов. С первых дней болезни выявлялось поражение носоглотки в виде заложенности носа, отека лица и век, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Аденоидит отмечался у 47,1%. У детей отмечалось

«храпящее» дыхание открытым ртом. Склерит и конъюнктивит имели место у 23,5% детей. У всех детей отмечалось поражение ротоглотки и проявлялось болью в горле при глотании, умеренной гиперемией слизистой оболочки, отеком и зернистостью мягкого неба, дужек, бугристостью задней стенки глотки, а через 2-3 дня на миндалинах появлялись наложения – развивалась ангина. На момент госпитализации наложения на миндалинах отмечались у 82,3% больных, причем у 67,6% они были творожистого характера, у 14,7% – пленчатые. Это вызывало необходимость срочно проводить дифференциальную диагностику с дифтерией ротоглотки (пленчатой формой). У 17,7% детей наложения на миндалинах отсутствовали. При бактериологическом обследовании посева с миндалин была выявлена патогенная флора: у 47,1% – золотистый стафилококк, у 2,9% – грибы рода *Candida*, у остальных – результаты были отрицательными. Гепатомегалия отмечалась у всех больных. Выраженность этого синдрома четко зависела от возраста больного: чем меньше возраст ребенка, тем больше размеры печени. Спленомегалия выявлена у 67,6% больных. Значительно чаще, нежели в прошлые годы, регистрировалась экзантема. Высыпания имели пятнисто-папулезный интенсивный характер по всей поверхности тела, у 4 детей высыпания имели геморрагический характер.

**Выводы:** Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острая форма EBV инфекции. Интерес к ИМ, в последние годы, связан с повышением заболеваемости у детей и большим разнообразием клинических проявлений. Особенностью течения инфекционного мононуклеоза на современном этапе является превалирование среднетяжелых форм болезни, преобладание в структуре заболеваемости детей до 3 лет. Значительно чаще, нежели в прошлые годы, регистрировалась экзантема, более длительно сохранялись явления тонзиллита.

*Такташова Р.Г.*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОГО ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк,  
научный руководитель – доц. Р.Ф. Махмутов*

**Цель исследования.** Изучить эффективность препарата «Лактовит форте» (Великобритания) у детей раннего возраста с дисбактериозом кишечника на фоне антибактериальной терапии заболеваний органов дыхания.

**Материалы и методы.** Обследовано 26 детей (возраст от трёх месяцев до трёх лет) с клиническими проявлениями дисбиоза кишечника. В составе комплексной терапии 20 детей получали «Лактовит форте» – комбинированный препарат, содержащий споры лактобактерий, фолиевую кислоту и витамин В<sub>12</sub>. Группу контроля составили 6 детей, которым этот препарат не назначался. Проводились клинические и микробиологические исследования фекалий с определением степени выраженности дисбактериоза кишечника. Все дети были распределены на 3 группы. В первую группу вошло 8 детей с дисбактериозом 3 степени, которым наряду с «Лактовит форте» назначали противомикробный препарат «Нифуроксазид». Во вторую группу вошли 12 детей с дисбактериозом 1-2 степени, которые получали только «Лактовит форте». В 3-ей (контрольной) группе 6 детей с дисбактериозом 1 степени получали комплексную терапию с ферментами.

Оценка лечения проводилась по степени эффективности лечения. 1. Низкая – незначительное улучшение клинических показателей, отсутствие видимой динамики лабораторных показателей. 2. Умеренная – умеренное улучшение клинических показателей, положительная динамика лабораторных показателей. 3. Высокая – значительное улучшение клинических показателей, положительная динамика лабораторных показателей.

**Результаты.** Клинически у всех детей отмечались диспептические проявления в виде частого жидкого стула, у части из них с примесью слизи и окрашиванием в зелёный цвет. Кроме того, у большинства детей имели место рвота, метеоризм, кишечные колики. При бактериологическом исследовании фекалий у всех детей был выявлен дисбактериоз со снижением лакто- и бифидобактерий и значительным ростом условно патогенной флоры, а у части детей – патогенной флоры в виде золотистого стафилококка. Динамика клинических проявлений на фоне проводимого лечения более быстро отмечалась у детей 1-й группы, так у них метеоризм и колики исчезали за 1 – 2 дня, тогда как у детей 2-й, 3-й групп эти симптомы сохранялись 3 – 4 дня. Диарея у детей первой группы купировалась на 4 – 5 день, во 2-й группе на 6 – 7 день, у детей 3-й группы неустойчивый стул держался до 10 дней. На фоне лечения у детей 1-й, 2-й группы к концу на 13 – 15 сутки восстанавливался нормальный уровень кишечной флоры, в то время, как у детей 3-й группы симбиоз кишечника восстанавливался значительно позже.

**Выводы.** «Лактовид форте» у детей раннего возраста в составе комплексной терапии дисбактериоза кишечника на фоне антибактериальной терапии заболеваний органов дыхания имеет высокую степень эффективности так как купирует диспептические проявления, нормализует кишечную флору.

*Тарарина А.А.*

### **НАРУШЕНИЕ ГОМЕОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – асс. В.В. Медведева*

**Цель исследования** – изучить показатели гуморального иммунитета и баланса основных электролитов крови у детей из группы риска по развитию синдрома внезапной смерти грудных детей (СВСГД).

**Материал и методы.** Нами исследовано содержание глюкозы, кальция и кортизола в крови и состояние гуморального иммунитета (иммуноглобулинов основных классов G, M, A) у детей из группы риска по развитию СВСГД (n=31) и сопоставлены с показателями здоровых детей контрольной группы (n=30), находящихся под наблюдением участкового педиатра. Группа риска формировалась на основании прогностических таблиц для распознавания высокого риска СВСГД.

**Результаты.** Нами установлена возможная связь СВСГД с биохимическими изменениями в организме ребенка. В частности, отмечена четкая тенденция к уменьшению уровня кальция, глюкозы и кортизола, как важных гомеостазиологических констант, у детей из группы риска по СВСГД оказалось достоверно сниженным содержание кальция и глюкозы в крови по сравнению с таковым у детей контрольной группы. При этом из числа детей основной группы у 7 (22,6%) количество кальция в крови не достигало 2,00 ммоль/л, а у 6 (19,4%) детей глюкоза крови не достигала 3,8 ммоль/л. Выявленная тенденция к гипокальциемии и гипогликемии у детей при СВСГД, на фоне субклинически протекающей ОРВИ могла привести к летальному исходу. Снижение кортизола крови ниже 165,0 нмоль/л наблюдалось у 7 (22,6%) детей из группы риска по СВСГД. Анализ состояния гуморального иммунитета показал, что у детей из группы риска по развитию СВСГД показатели иммуноглобулинов Ig G и Ig A оказались достоверно сниженными, нежели у здоровых детей контрольной группы ( $p < 0,01$  и  $p < 0,0001$  соответственно). Конкретно, у 7 (22,6%) детей из группы риска по СВСГД показатели Ig G определялись как значительно сниженные (менее 3,0 г/л), а показатели Ig A у 6 (19,4%) детей определялись в значении менее 0,2 г/л, и показатели IgM менее 0,4 г/л определялись у 3 (9,7%) детей из группы риска. Полученные данные подтверждают факт о нередкой констатации сниженной иммунологической резистентности организма, что на фоне возможной стрессовой ситуации у детей из групп риска по СВСГД может вести к срыву адаптационных, компенсаторно-приспособительных механизмов. В контрольной группе, у детей выявлено повышение уровня содержания иммуноглобулинов класса G, M, A. В группе риска по синдрому внезапной смерти младенцев выявлена более низкая концентрация изучаемых иммуноглобулинов ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные данные подчеркивают значимость гипокальциемии и гипогликемии, как одного из факторов риска развития СВСГД, что на фоне стрессовой ситуации могло привести к летальному исходу. У детей из группы риска по СВСГД имели место изменения в иммуно-гормональном статусе, возможно влияющие на возникновение СВСГД. Сочетание врожденной недостаточности иммуноэндокринной системы (возможно, транзиторной, по мере созревания органов) с неадекватной реакцией организма даже на минимальное внешнее воздействие любой природы (инфекционной) создает условия для самых неблагоприятных последствий.

*Цыбуля Е.В.*

### **ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой и научный рук. – проф. В.Н. Буряк*

**Цель исследования.** Выяснить особенности вегетативного статуса при развитии первичной артериальной гипотензии (ПАГ) в детском возрасте.

**Материалы и методы.** Обследованию 53 ребёнка (28 мальчиков и 25 девочек) с ПАГ и 19 здоровых детей (контрольная группа) в возрасте от 11 до 14 лет. При проведении кардиоинтервалографии измерялась длительность интервалов RR и составлялся вариационный ряд. Рассчитывались показатели:  $M_0$  – наиболее часто встречающееся значение кардиоинтервала,  $AM_0$  – число значений кардиоинтервалов, соответствующих  $M_0$  и выраженное в % от общего числа кардиоциклов массива,  $\Delta X$  – разница между max и min значениями длительности интервалов RR. Вегетативную реактивность изучали посредством проведения и оценки клиноортостатической пробы по величине соотношения  $ИН_2/ИН_1$ .

**Результаты.** В 34,8% случаев (16,2% мальчики и 18,6% девочки) у детей с ПАГ имела место симпатикотония. У 42,7% пациентов (20,3% мальчиков и 22,4% девочек) отмечена склонность к ваготонии. При проведении клиноортостатической пробы переход в ортостаз у 37,2% больных выявлено гиперсимпатикотоническую вегетативную реактивность. У 36,1% пациентов регистрировалась асимпатикотоническая вегетативная реактивность.

**Вывод.** Вегетативный статус детей с ПАГ характеризуется либо исходным высоким уровнем функционирования симпатoadреналовых регуляторных механизмов с недостаточным повышением их адаптационной

активности, либо преобладанием исходной холинергической вегетативной направленности и соответствующей ей гиперсимпатикотонической реактивности.

*Шамраева Д.Н., Пузанова А.В., Махмутова А.Р.*

### **КОРРЕГИРУЮЩАЯ ДИЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СИНДРОМЕ СРЫГИВАНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. В.Н. Буряк, научный руководитель – доц. Р.Ф. Махмутов*

**Цель исследования.** Апробация специализированной молочной смеси с содержанием камеди в диете детей с синдромом срыгивания.

**Материал и методы.** Специализированной молочной смесью с содержанием камеди вскарммливались 40 детей с синдромом срыгивания. Группу сравнения составили 18 детей, получавших базовую молочную смесь. В обеих группах возраст пациентов составлял 1 – 6 месяцев. Доля специализированной молочной смеси с содержанием камеди в питании детей составляла от 1/3 до 2/3 должностующего суточного объёма питания.

**Результаты.** Период адаптации к молочной смеси с содержанием камеди протекал у всех детей удовлетворительно. Побочные реакции отсутствовали. На 3 – 4-е сутки срыгивания исчезли у 77,5% детей. У 20,0% пациентов срыгивания исчезли на 5-е сутки после увеличения дозы до 2/3 от общего объёма питания, чего не отмечалось в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Среднесуточная прибавка массы тела в основной группе составляла 22,3 г, а контроле – 12,0 г ( $p < 0,05$ ). Биохимические показатели крови (общий белок, альбумины) в основной группе нормализовались быстрее, чем в контроле. У всех обследованных детей стул был самостоятельным, кашицеобразным без патологических примесей. Копрологически отмечалась хорошая перевариваемость всех нутриентов.

**Выводы.** Проведенное клиническое исследование показало эффективность и безопасность специализированного молочной смеси с содержанием камеди при синдроме срыгивания. Её использование способствует быстрому и гармоничному физическому развитию детей, что позволяет рекомендовать данную молочную смесь для вскармливания при синдроме срыгивания у детей.

*Mohammad Rizwan Joomun (Mauritius)*

### **THE TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN YOUNG CHILDREN**

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk City, Ukraine, Department of Pediatrics N1, Head of the Department Professor Prokhorov Y.V., Scientific supervisor Associate. Prof. Tolstikova E.A.*

**Goal of investigation.** For children who have uncontrolled asthma despite the use of low-dose inhaled corticosteroids, evidence to guide step-up therapy is lacking.

**Methods.** We randomly assigned 21 children (3 to 5 years of age), who had uncontrolled asthma while receiving 100 mg of fluticasone twice daily, to receive step-up therapies for 16 weeks: 250 mg of fluticasone twice daily (1 group), 100 mg of fluticasone plus 50 mg of a long-acting beta-agonist twice daily (2 group), or 100 mg of fluticasone twice daily plus 5 or 10 mg of a leukotriene-receptor antagonist daily (3 group). We investigated the phase of exacerbations, asthma-control days to determine whether the frequency of a differential response to the step-up regimens was more than 25%.

**Results.** A differential response occurred in 19 of patients who were evaluated ( $P < 0.001$ ). The response to long-acting-beta-agonist step-up therapy was most likely to be the best response, as compared with responses to leukotriene-receptor antagonist step-up (relative probability, 1,6; 95% confidence interval [CI], 1,1 to 2,3;  $P = 0,004$ ) and inhale corticosteroids step-up (relative probability, 1,7; 95% CI, 1,2 to 2,4;  $P = 0,002$ ). Higher scores on the Asthma Control Test before randomization (indicating better control at baseline) predicted a better response to long-acting-beta-agonist step-up ( $P = 0,009$ ).

**Conclusions.** Nearly all the children had a differential response to each step-up therapy. Long-acting-beta-agonist step-up was significantly more likely to provide the best response than either inhaled corticosteroids or leukotriene-receptor antagonist step-up. However, many children had a best response to inhaled corticosteroids or leukotriene receptor antagonist step-up therapy, highlighting the need to regularly monitor and appropriately adjust each child's asthma therapy.

*B.G. Mahesh Tharanga Jayasinghe (Sri Lanka)*

### **HELICOBACTER PYLORI GASTRITIS IN OBESE CHILDREN**

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk City, Ukraine, Department of Pediatrics N1, the Head of the department Professor Prokhorov Y.V., Scientific supervisor associate. prof. Tolstikova E.A.*

**Goal of investigation.** The incidence of obesity is increasing in developed countries. Among possible related factors reported, changing dietary habits can be held responsible and also H. pylori has been proposed to play a role. H. pylori infection leads to chronic active gastritis in all infected individuals and thereby interferes with the release of hormones, which are involved in the regulation of appetite and food intake. H. pylori infection leads to an increase in leptin. Based on these observations, weight gain caused by increased appetite after H. pylori eradication has been suggested. The aim of the present study is to investigate H. pylori infection and the clinical correlation of chronic gastritis in obese patients.

**Methods.** 41 obese patients aged 10 - 17 years old (27 boys) were examined. The esophagogastroduodenoscopy and urease test was done. Relationship between rate of leptin and chronic gastritis because of *H. pylori* infection was analyzed.

**Results.** *H. pylori* was present in 16 (39,0%) out of 41 patients. The leptin level was significantly increase for *H. pylori*-infected patients. Obese patients positive for *H. pylori* were associated with sex (common in boys), older age (more than 14 years old) and abnormal plasma triglyceride level, but not with body mass index and glucose level.

**Conclusion.** According to our investigation, *H. pylori* infection has a negative impact on leptin in obese patients. The potential role of *H. pylori* infection on the development of obesity and their biological significance warrants further investigation.

*Capiron Marie Desiree Daneelah, Warsallee Shameema Azmeen (Mauritius)*

### **THE TREATMENT OF HYPOTHYROIDISM IN YOUNG CHILDREN**

*Donetsk National Medical University named after M.Gorky, Donetsk city, Ukraine*

*Department of Pediatrics N1, Head of the Department Professor Prokhorov Y.V.*

*Scientific Supervisor Associate. Prof. Tolstikova E.A.*

**Goal of investigation.** To investigate the correlation between the dosage of synthetic thyroid hormone replacement and changes of thyroid parameters in children with Hypothyroidism

**Methods.** 12 children (8 boys and 4 girls) with Hypothyroidism were randomly assigned, in a range of 2 weeks old to 5 years old. At the start of the investigation the level of serum TSH, T4, T3 and the size of thyroid gland were assessed in those patients. Following the administration of a dosage of  $36 \pm 4,5$  mcg per day of synthetic thyroid hormone, the level of TSH, T4 and T3 is monitored each week until the normalization of the thyroid parameters.

**Results.** Normalization of thyroid parameters, T4: 9,0-15,0 (newborn: -20,0) mcg/dl; T3: 1,5- 3,5 (newborn: -4,0) ng/ml, TSH: 0,5-5,0 (newborn: -20,0) mIU/L, were achieved at different period of time in patients of different age.

**Conclusion:** The most important period to monitor the adequate thyroid hormone replacement is the first three years of life to ensure optimal somatic and psycho- neurological development. Follow up should be every 1-2 months in the first 6 months, every 2-3 months between 6 months and 3 years and every 6-12 months later in childhood.

*Васюшкина Е.В., Зайцева Е.В., Тимченко К.В., Чернявская Е.В.*

### **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АЦЕТОНЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1,*

*зав. кафедрой – проф. Прохоров Е. В., научный руководитель – доц. Острополец М.С.*

**Цель исследования.** Изучить ведущие симптомы ацетонемических состояний (АС) и основные принципы их терапии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 124 историй болезни детей в возрасте от 1,5 до 8 лет, находившихся на лечении в инфекционно-боксованном отделении Областной детской больницы г. Донецка. План обследования включал общеклинические методы, по показаниям — инструментальные.

**Результаты.** Анализ полученных данных позволяет констатировать у всех больных (100%) повторную рвоту, наличие запаха ацетона в выдыхаемом воздухе. Повышение температуры тела в течение 1-2 дней с интоксикационным синдромом отмечалось у 86 детей (69,4%), а болевой абдоминальный синдром — примерно у трети (41- 33,0%). Первичное АС в виде синдрома циклической рвоты было у 8 пациентов (6,5%) с нервно-артритической аномалией конституции. Терапия заключалась в регидратации, оральной или инфузионной, на фоне элиминационной диеты.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о преобладании вторичного характера АС, развитию которых способствовали инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные и кишечные инфекции). В возрастном диапазоне преобладали дети от 2 до 5 лет. В качестве первичной профилактики подобных состояний рекомендовано соблюдение соответствующего диетического режима.

*Волоскова Ю.С., Мамченко М.М., Хрипач Е.А.*

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ОДКБ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1,*

*зав. кафедрой – проф. Прохоров Е.В., руководитель работы – доц. Островский И.М.*

**Цель работы:** определение особенностей современного течения геморрагического васкулита (ГВ) у детей.

**Материал и методы.** Проанализировано 27 историй болезни детей, находившиеся в клинике на протяжении последнего года.

**Результаты.** В выборке оказались дети в возрасте от 3-х до 16 лет, (средний возраст 11 лет 6 месяцев). Девочки болели почти в два раза чаще, чем мальчики (60,7±9,39% против 39,3±9,39%,  $p>0,05$ ). Простую форму переносили 5 детей, ревматоидную — десять, абдоминальную (АФ) — 12. Создаётся впечатление, что

мальчики болеют реже, но переносят более тяжелую форму заболевания. У всех детей наблюдались типичные высыпания на ногах, кроме того, у четырех - и на ягодицах, у семи - и на руках, у двоих - на конечностях и ягодицах. Аллергия в анамнезе зафиксировано только у 9 пациентов (33,3%). У 12 человек заболевание дебютировало после перенесенных инфекций (ОРВИ, ринит, тонзиллит, вульвит и др.) в то же время у 8 детей отсутствовал предшествующий аллергический или инфекционный фон. Нейтрофилез выявлен у 23 больных, палочкоядерный сдвиг - у 8 человек, умеренный лейкоцитоз у 4-х пациентов. Лимфопения обнаружена у 66,6%. Минимальная эозинофилия характеризовала гемограмму 4-х больных. У одного ребенка (с сопутствующей ОРВИ, тонзиллитом вульвитом) в лейкоцитарной формуле преобладали лимфоциты. Эти показатели гемограммы не коррелировали с формой заболевания. Самым частым сдвигом в результатах ОАК стало незначительное увеличение СОЭ. Острофазовые показатели в были умеренно повышенными или нормальными. Гиперкоагуляция (свертываемость по Ли-Уайту и протромбиновое время) обнаружена у 23 детей (85,1%), у оставшихся четырех - верхняя граница нормы. Некоторое повышение ЦИК зарегистрировано только у одного ребенка. Общий анализ мочи выявил преходящую лейкоцитурию у двух пациентов. У двоих больных АФ зарегистрирована эритроцитурия до 35 п/зр., еще у одного выявлена небольшая протеинурия. Этих пациентов отличал выраженный болевой синдром (боли в животе и в суставах). Сравнивая полученные результаты с показателями 20-ти летней давности [1] можно отметить некоторое уменьшение количества абдоминальной формы ГВ, хотя она по-прежнему остается наиболее частой. Уменьшилось количество детей дошкольного возраста, более значимым выявилось преобладание девочек во всех возрастных группах. Менее значимым фактором, предшествующим васкулиту, оказались ОРВИ, тогда как значение аллергии в анамнезе возросло. Среди пациентов в настоящей выборке, по сравнению с литературными данными, уменьшился удельный вес хронических очагов инфекции. Существенным следует считать уменьшение числа детей с поражением почек (25% в настоящее время против 74,6% в прошлом). Реже наблюдается АФ ГВ. Если умеренная анемия у больных ГВ продолжает наблюдаться в начальном периоде болезни и сегодня, то нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, в отличие от предыдущих лет, не выявлен.

Показатели активности (СОЭ, «острофазовые») также свидетельствуют об уменьшении активности заболевания в последние годы.

**Выводы.** Возросло значение аллергии в анамнезе ГВ, уменьшилось значение ОРВИ и очагов хронической инфекции. Ныне ГВ протекает легче (уменьшилось количество АФ ГВ и поражения почек, снизился уровень активности процесса и степень гиперкоагуляции). Изменения в гемограмме менее выражены и не коррелируют с формой заболевания.

*Голубицкая А. В.*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1, зав. кафедрой – проф. Прохоров Е. В., научный руководитель – проф. Борисова Т. П.*

**Цель.** Изучение клинических проявлений мезангиопролиферативного гломерулонефрита (МПГН) в детском возрасте.

**Материалы и методы.** Обследовано 169 детей с МПГН. Диагноз установлен путем прижизненного морфологического светомикроскопического исследования (гематоксилин и эозин, PAS-реакция) почечной ткани. Общеклинические методы включали исследование общих анализов мочи и крови, суточной протеинурии; биохимические методы - исследование белка и белковых фракций, общего холестерина, мочевины, креатинина сыворотки крови.

**Результаты.** Морфологическая картина МПГН характеризовалась мезангиальной гиперклеточностью и увеличением мезангиального матрикса. У половины больных (84 - 49,7%) выявлен тубуло-интерстициальный компонент различной степени выраженности. Клинически МПГН был представлен у 87 (51,5 %) больных изолированным мочевым синдромом в виде гематурии (77 детей - 45,6 %) и протеинурии (10 пациентов - 5,9%), у 49 (30,0%) - нефротическим синдромом, у 33 (19,5%) - нефритическим синдромом.

**Выводы.** Проявлениями МПГН в детском возрасте могут быть различные клинические формы гломерулонефрита. Ведущим клиническим вариантом является изолированный мочевого синдром в виде эритроцитурии.

*Мацынина М.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Прохоров Е. В.*

**Цель работы.** Оценить особенности клеточного и гуморального иммунитета у детей с СД1.

**Материалы и методы.** Для реализации цели исследования обследовано 51 детей с СД1, находившихся в эндокринологическом отделении ОДКБ г.Донецка. Группу контроля составили 30 практически здоровых

детей. У детей исследовали содержание в крови лимфоцитов с разным иммунологическим фенотипом (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD95+, с подсчетом иммунно-регуляторного индекса - ИРИ).

**Результаты и их обсуждение.** Изучение особенностей иммунологического статуса у пациентов с СД1 показало, что в большинстве случаев (49 – 94,1%) имеют место те или иные отклонения показателей иммунитета. Выяснили, что у детей с СД1 имело место повышение содержания лейкоцитов ( $9,15 \pm 1,45$  Г/л) ( $p < 0,05$ ). В то же время, относительное количество лимфоцитов ( $31,22 \pm 7,11\%$ ) не имело статистически существенных отличий от показателя контрольной группы. Обнаружены изменения со стороны Т-клеточного звена иммунитета в виде достоверного снижения относительного содержания CD3+ ( $42,3 \pm 1,3\%$ ), тенденции к повышению относительного содержания CD4+ ( $21,1 \pm 1,2\%$ ) и снижению относительного содержания CD 8+ ( $10,7 \pm 0,9\%$ ), что и привело к повышению ИРИ до 1,9 (при 1,7 у детей контрольной группы). При исследовании В-клеточного звена иммунитета установлена отчетливая тенденция к нарастанию содержания CD20+ ( $9,5 \pm 0,5\%$ ) по сравнению с соответствующим показателем детей группы контроля ( $5,5 \pm 0,5\%$ ). Так же у детей с СД1 выявлена высокая активность апоптоза по данным изучения CD95+ ( $13,3 \pm 0,8\%$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При исследовании иммунологического статуса детей с СД1 установлены отклонения в Т-клеточном звене иммунитета в виде снижения относительного содержания CD3+, а также тенденции к повышению относительного количества CD4+ и снижения относительного содержания CD 8+. Параллельно установлена тенденция к нарастанию содержания CD20+, а также повышенный уровень CD95+, что свидетельствует об активности гуморального звена иммунитета и усилении процессов апоптоза.

*Морозова Ю.Н., Веремкович А.В.*

### **ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ОДКБ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1,  
зав. кафедрой – проф. Прохоров Е. В., научный руководитель – доцент Бельская Е.А.*

**Цель работы:** определение особенностей современного течения язвенной болезни (ЯБ) у детей.

**Материалы и методы.** Проанализировано 34 истории болезни детей, находившихся в клинике в 2011- 2012 г.

**Результаты.** В выборке оказались дети в возрасте от 7-и до 17-ти лет (средний возраст 11- 15 лет). Мальчики болели в 2 раза чаще девочек. У 29 детей (94%) ЯБ диагностирована впервые, у 2-х детей (6%) констатирован рецидив. У 42 % детей наблюдался отягощенный анамнез по ЯБ, гастриту. Основные жалобы - боли в эпигастрии, тошнота, рвота. ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДК) выявлена у 20-ти пациентов (65%), желудка- у 10 (32%), и лишь у 1-го (3%) - сочетанное поражение слизистой желудка и ДК. При определении кислотности оказалось, что 97% больных имеют гиперацидность. Н. pylori выделен у 22 (71%) детей. Анемия выявлена лишь у 3 детей, причем у 2 из них имело место желудочно - кишечное кровотечение. Изучение копроцитограмм показало косвенные признаки дисбиоза кишечника у половины пациентов. Осложнением в данной группе детей чаще было кровотечение (3 случая) и лишь 1 случай стеноза пилорического отдела желудка.

**Выводы.** ЯБ чаще страдают мальчики пубертатного периода. Заболевание возникает на фоне повышенной кислотности, ассоциировано с Н. Pylori. В большинстве случаев страдает ДК. При ЯБ в половине случаев наблюдаются явления дисбиоза кишечника.

*Острик Д.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ-3А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра педиатрии №1, зав. кафедрой – проф. Прохоров Е. В., научный руководитель – Мацынина М.А.*

**Цель исследования.** Оценить состояние углеводного обмена у детей с аутоиммунным полигландулярным синдромом-3А (АПС-3А).

**Материалы и методы.** Обследовано 27 детей с АПС-3А, находившихся в эндокринологическом отделении областной детской клинической больницы г. Донецка. Группу контроля составили 51 детей с изолированным течением сахарного диабета 1 типа (СД1). Обе группы репрезентативны по половому и возрастному составу. У детей исследовали уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в периферической крови.

**Результаты исследования.** Анализируя степень компенсации углеводного обмена у детей с АПС-3А выяснилось, что превалировала оптимальная степень компенсации (уровень HbA1c не превышал 7,6%), которая имела место у 13 (48,1%) больных, в то время как у детей с СД1 лишь у 24 (30,8%) детей. Удовлетворительная степень компенсации (HbA1c от 7,6% до 9,0%) при АПС-3А встречалась несколько реже (9 – 33,3%), чем у детей контрольной группы (32 – 41,0%). Показатель HbA1c со значением более 9%, который соответствует неудовлетворительной степени компенсации углеводного обмена, зарегистрирован у 5 (18,6%) детей основной группы и 22 (28,2%) пациентов с СД1.

**Выводы.** Таким образом, АПС-3А характеризуется более благоприятным клиническим течением, что подтверждается превалированием оптимальной степени компенсации углеводного обмена.



Потіхенська Х.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОЛІТИЧНИХ АНЕМІЙ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2, завідувач кафедри – д.м.н., проф. Одинець Ю.В.

Наукові керівники – доцент І.М. Піддубна, к.мед.н. О.О. Панфілова

**Мета:** уточнити структуру, особливості перебігу та лікування гемолітичних анемії (ГА) у дітей.

**Матеріали і методи:** обстежено 84 дитини віком від 1 місяця до 17 років з ГА, які проходили лікування в ДМКЛ № 16 м. Харкова за останні 5 років. Окрім рутинних досліджень, визначалися рівні білірубину та вільного гемоглобіну сироватки крові, дефіцитглюкозо-6-ФДГ, осмотична резистентність еритроцитів, проба Кумбса.

**Результати:** переважали діагнози спадкового мікросфероцитозу (у 41,6% дітей), аутоімунної ГА (у 25%), спадкової несфероцитарної ГА (у 16,7%). В період кризи в клінічній картині спостерігалися симптоми інтоксикації та гіпоксії (у 57,4%), жовтяниця (у 52%), гепатолієнальний синдром (у 98% дітей). Рівень Нв коливався від 46 до 130 г/л ( $95,2 \pm 3,8$  г/л), були збільшені рівні сироваткового вільного Нв ( $14,9 \pm 3,05$  г/л) та непрямого білірубину ( $36,6 \pm 4,9$  мкмоль/л), у 37,5% дітей ці показники не приходили до норми і в період поза кризою. Розповсюдженим ускладненням була жовчокам'яна хвороба (у 18% дітей). Лікування в період кризи включало інфузійну терапію, гепатопротектори, сорбенти, жовчогінні засоби, за показаннями – гемотрансфузії, антибіотики. Дітям з аутоімунною ГА призначався преднізолон в початковій дозі 2-5 мг/кг. У 13,2% дітей з важкими кризами, безперервно-рецидивуючим перебігом захворювання була проведена спленектомія.

**Висновки:** у дітей переважають спадкові форми ГА з кризовим перебігом; в лікуванні аутоімунних ГА ефективним є призначення преднізолону в дозі 5 мг/кг; спленектомія показана в лікуванні резистентних варіантів ГА.

Потихенская К., Омельченко А.

## ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №1 и неонатологии, заведующий кафедрой – д.м.н., проф. Сенаторова А.С., научный руководитель – доцент Омельченко Е.В.

**Цель:** выявить эпидемиологические закономерности, особенности течения хронических вирусных гепатитов (ХВГ) у детей, проанализировать эффективность противовирусной терапии (ПВТ).

**Материалы и методы.** Обследовано 17 детей в возрасте от 2 до 18 лет с ХВГ за последние 2 года, которые проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ. Использованы методы: клинические, биохимические (АлАТ, АсАТ, билирубин), инструментальные (УЗИ брюшной полости), серологические (НВsAg, анти-НВs, НВeAg, анти-НВe, анти-НВс Ig M и G, анти-НСV), вирусологические (ДНК-НВV, РНК-НСV). Лабораторные исследования осуществлялись с применением коммерческих ИФА тест-систем. Противовирусная терапия (ПВТ) проводилась препаратами рекомбинантного человеческого интерферон альфа-2b (НВV), PEG-IFN alfa-2b (НСV). У 35% больных применялась комбинированная терапия с рибавирином и у 41% с ламивудином.

**Результаты.** Среди НВV инфицированных преобладали дети дошкольного и раннего школьного возраста, среди микст инфицированных преобладали дети старшего школьного возраста. У всех обследованных инфекционный процесс в фазе репликации вируса (НВeAg+, ДНК НВV+, РНК НCV+). Изучение анамнеза больных ВГ В и С, показало, что 35% из них были подвержены операционному вмешательству, 29% имели неоднократные гемо- и плазматрансфузии, и лишь в 12% случаев источником инфицирования явилась мать. Установлено, что желтушные формы ВГ регистрировались только при НВV в 12% случаев (2 чел.). Большинство пациентов переносили безжелтушную и субклиническую форму ВГ. При безжелтушной форме выявлялись диспептический синдром и интоксикация (НВV – 65,0%; НCV – 6%), но основными проявлениями были гепатомегалия (84%) и гиперферментемия (65%). При УЗИ кроме увеличения печени, диффузного повышения эхогенности паренхимы и патологии желчного пузыря (деформации и признаков гипомоторной ДЖВП) другой патологии не выявлено. Наиболее распространенные побочные реакции при проведении ПВТ следующие: тромбоцитопения и гриппоподобный синдром у 2/3 больных, астеновегетативный и диспепсический синдромы у половины больных, психиатрические нарушения (агрессия, раздражительность) у 2 больных.

**Выводы.** Инфицированность вирусами гепатитов В (НВV) и С (НСV) является чрезвычайно важной медико-социальной проблемой. На земном шаре насчитывается 300-400 млн. носителей НВV, из них ежегодно погибает 2 млн. человек. Распространенность НCV среди детей составляет 4-7 млн. В Харьковской области выявлено 132 ребенка с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), из них НВV – 93 ребенка, НCV – 39 детей, НВV+НСV – 8. Из-за высокой инфицированности населения вирусами гепатита В и С в эпидемический процесс наряду со взрослыми вовлекаются и дети, и поэтому в настоящее время ВГ относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте. В клинических формах гепатитов преобладают атипичные формы (безжелтушные, стертые). При установлении факта инфицирования ВГ В и С показана противовирусная терапия. Длительность болезни наряду с генотипом НС-вируса являются важными критериями прогноза эффективности противовирусной терапии. Эффективность терапии ХВГ значительно повышается при комбинированном применении альфа-интерферона с ламивудином.

*Пыльнева С.С.*

### **ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЭРИТРОЦИТУРИЕЙ**

*Областная детская клиническая больница, г. Донецк, Украина*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра педиатрии №1, зав. кафедрой – проф. Прохоров Е.В., научный руководитель – проф. Борисова Т.П.*

**Цель исследования.** Определить химический состав мочи у детей с эритроцитурией.

**Материалы и методы.** Обследовано 34 ребенка с эритроцитурией, из них - 18 (53%) детей с дизметаболической нефропатией (ДМН), 16 (47%) детей с гломерулонефритом (ГН). Изучен химический состав мочи – суточное мониторирование рН, концентрация фосфора (Р) и буферная емкость (БЕ) утренней мочи, кальций-креатининовый тест.

**Результаты.** рН<sub>ср</sub> мочи у детей с ДМН и ГН не различались ( $6,28 \pm 0,23$  vs.  $6,44 \pm 0,22$ ;  $p = 0,31$ ). Скорость изменения рН мочи в течение суток ( $\delta_{ср}$ ) при ДМН достоверно меньше, чем при ГН ( $\delta_{ср} = 0,11 \pm 0,04$  час<sup>-1</sup> vs.  $\delta_{ср} = 0,22 \pm 0,09$  час<sup>-1</sup>;  $p = 0,05$ ). Установлены более высокие показатели фосфора в моче у детей с ГН ( $[P_{группа ГН}] = 36,49 \pm 9,57$  ммоль / л;  $p = 0,02$  vs.  $[P_{группа ДМН}] = 22,85 \pm 4,99$  ммоль / л), что сопровождалось увеличением БЕ мочи. Выявленная гиперкальциурия связана с нарушением реабсорбции кальция. Так, у детей с ДМН  $Ca/Cr_{до} = 0,45 \pm 0,12$ ,  $Ca/Cr_{после} = 0,73 \pm 0,34$ , у детей с ГН  $Ca/Cr_{до} = 0,61 \pm 0,48$ ,  $Ca/Cr_{после} = 0,61 \pm 0,37$ .

**Выводы:** Химический состав мочи у детей различен при ДМН и ГН, что позволяет использовать данную методику в дифференциальной диагностике эритроцитурии.

*Хамдамов Х.Р. \*, Шериф Л.А.*

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКТАЛЬНОГО СТИМУЛЯТОРА**

*ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Россия, Томск\**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра детских хирургических болезней ГБОУ ВПО СибГМУ, зав. каф. – доцент, к.м.н. Слизовский Г.В., науч. рук. - проф. кафедры детских хирургических болезней ГБОУ ВПО СибГМУ, д.м.н. Мельник Д.Д.*

**Цель.** Изучить эффективность применения ректального стимулятора (РС) при восстановительном лечении функциональной дисфункции (ФД) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей.

**Материалы и методы.** Воздействие электронных импульсов РС на стенки прямой кишки проведено у 226 детей в возрасте от 6 месяцев до 16 лет при ФД ЖКТ на фоне различных состояний (хронические заболевания ЖКТ – 49, операции на ЖКТ – 46, пневмонии – 3, кишечные инфекции – 2, травмы – 26 (переломы позвоночника, ЧМТ, политравмы) с применением. При введении капсулы РС во влажную среду (в прямой кишке) в близости к сакральному сплетению электронные импульсы волнообразно распространяются на всю центральную нервную систему, накладываясь на ослабленные биологические сигналы организма, усиливают их. Ультразвуковым исследованием после процедуры выявлялось усиление перистальтики кишечника и уменьшение газонаполнения.

**Результаты.** У 50% больных с хроническими заболеваниями моторика ЖКТ нормализовалась через 2 недели (исчезли абдоминальные боли, нормализовался аппетит, стул). При повторном курсе лечения РС наступило полное выздоровление детей с ФД ЖКТ (через два месяца). Курс интенсивного лечения в группе пациентов с травмами и операциями на ЖКТ составлял 5-10 дней.

**Выводы.** РС может эффективно применяться при лечении ФД ЖКТ у детей, в случаях возникновения ее как синдрома при хронических заболеваниях ЖКТ, тяжелых травмах, операциях и интоксикационном синдроме. Метод не исключает применения медикаментозных средств, но значительно потенцирует действие и способствуя более быстрому восстановлению функции ЖКТ.

*Чубан Е.С.*

### **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии №1, заведующий кафедрой – проф. Прохоров Е.В., научный руководитель – проф. Борисова Т.П.*

**Цель.** Изучить клинические проявления и исходы ОГННС у детей различных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Детям с ОГННС (до 6-лет – 89, 7 - 11 лет – 106, 12-14 лет – 52) проведено полное нефрологическое обследование.

**Результаты.** Не выявлено зависимости между возрастом и частотой, выраженностью, длительностью отечного синдрома и артериальной гипертензии. В возрастных группах также не обнаружено существенных отличий в частоте макрогематурии, ее длительности, степени эритроцитурии, протеинурии. Установлена связь возраста с частотой развития осложнений ОГННС, в частности почечной эклампсии, которая наблюдалась только у детей старше 7 лет. Отдаленный исход у больных школьного возраста был хуже, чем у дошкольников. В старшей возрастной группе чаще наблюдался неудовлетворительный исход (наличие

постоянного мочевого синдрома –  $12,5 \pm 4,8$  против  $2,0 \pm 2,0$  % ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом (ОГННС) является одной из наиболее распространенных форм гломерулонефрита в детском возрасте. В литературе отсутствуют данные о современных особенностях течения ОГННС в зависимости от возраста детей. Частота и выраженность клинических симптомов ОГННС не зависят от возраста. При этом у детей школьного возраста чаще развивается почечная эклампсия и в отдаленном анамнезе имеет место постоянный мочевой синдром, что позволяет рассматривать данный возраст как прогностически неблагоприятный критерий.

*Емец Т.В.*

### ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛИМФОБЛАСТНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 2,  
заведующий кафедрой – проф. Одинец Ю.В., научный руководитель – к.м.н. Панфилова Е.А.*

**Цель исследования.** Анализ неблагоприятных осложнений, которые возникают вследствие схем лечения детей с острыми лимфобластными лейкозами (ОЛЛ).

**Материалы и методы.** Проанализированы материалы 32 историй болезни детей с ОЛЛ, у которых заболел закончилось летальным исходом.

**Результаты.** Среди больных преобладали мальчики и дети от 1 до 5 лет. Лидирующим вариантом лейкоза был В-линейный common. Группы риска больных: высокая - 59,4%, средняя - 34,4%, низкая - 6,2%. Наиболее опасной из развития смертельных осложнений является: I фаза I и II протоколов. Среди осложнений преобладали инфекционные (75%), сердечная и легочная недостаточность (78%), геморрагические (44%), токсические (57%). Лечение осложнений включало: антибактериальную, противогрибковую, иммуноотерапию, колониестимулирующую и симптоматическую терапию.

**Выводы.** Неблагоприятный прогноз заболевания зависит от принадлежности пациента к группе высокого риска. Подходы к терапии инфекционных осложнений требуют четкого соблюдения стандартов диагностики и лечения и нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

*Беломеря К.В., Карташова О.С.*

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕНДИ-УОКЕРА У ДЕТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН, г. Донецк, кафедра педиатрии ФИПО, заведующая кафедрой – д.мед.н., профессор Нагорная Н. В., научный руководитель – к.мед.н., доцент Бордюгова Е. В.*

**Цель исследования:** изучить клинические проявления синдрома Денди-Уокера у детей.

**Материалы и методы.** Ретроспективное изучение историй болезни 2 детей с синдромом Денди-Уокера, находившихся на лечении в отделении детской кардиохирургии, кардиологии и реабилитации ИНВХ им. В. К. Гусака НАМН Украины.

**Результаты.** В наблюдаемых нами случаях диагноз был выставлен на основании клинических данных (стигмы дизэмбриогенеза, судорожный синдром, синкопальные состояния) и классической триады признаков по данным КТ и МРТ (гипоплазия червя мозжечка, расширение IV желудочка с формированием кисты задней черепной ямки, внутренняя гидроцефалия). В одном случае патологические изменения центральной нервной системы были выявлены на фоне синдрома Люиса-Дитца. В обоих случаях дети от I беременности, протекавшей с токсокозом, угрозой прерывания, патологических родов. Умеренная выраженность структурных аномалий головного мозга является одним из прогностически благоприятных признаков для жизни и здоровья пациентов.

**Выводы.** Синдром Денди-Уокера характеризуется наличием стигм дизэмбриогенеза, синкопальных состояний, судорожного синдрома; гипо- или аплазией червя мозжечка, расширением IV желудочка с формированием кисты задней черепной ямки, внутренней гидроцефалией с возможным сочетанием с другими аномалиями развития.

*Бессонная А.Ю., Беломеря К.В.*

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Нагорная Н.В.*

**Цель исследования:** оценить психоэмоциональный статус детей с ВСД.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 97 детей (54 девочки и 43 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет с ВСД (47 чел. – по кардиальному типу, 31 чел. – по гипертензивному типу, 19 чел. – по гипотензивному типу). Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В.В. Седнева и цветового теста Люшера (ЦТЛ).

**Результаты.** У 75,6% обследованных выявлены различные особенности психоэмоционального статуса, при этом повышенный уровень тревожности, нарушения сна и конфликтность достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) имели дети с ВСД по гипертензивному типу (83,9%), астению – пациенты с ВСД по гипотензивному типу (79,0%), депрессию и интровертированность – больные с ВСД по кардиальному типу (61,7%). Следует отметить, что 67 (69,1%) детей с ВСД находились в состоянии хронического стресса, из них у 21 (67,7%) пациента с ВСД по гипертензивному типу уровень его был высоким.

**Выводы.** Для каждого типа ВСД были характерны различные особенности психоэмоционального статуса. Так, дети с ВСД по гипертензивному типу чаще имели нарушения сна и конфликтность, дети с ВСД по гипотензивному типу – астению, пациенты с ВСД по кардиальному типу – депрессию и интровертированность. Полученные данные важно учитывать при составлении патогенетически обоснованной лечебно-реабилитационной программы ведения пациента с ВСД.

*Власюк Д.А., Карташова О.С.*

### **СИНДРОМ ХОЛТА-ОРАМА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н.В., научный рук. – доц. Бордюгова Е.В.*

**Цель исследования.** Изучить клинические проявления синдрома Холта-Орама, наследственного сочетания аномалий развития сердца и верхних конечностей, обусловленных мутацией двух генов гомеобокса (ТВХ5 и ТВХ3), локализованных на длинном плече хромосомы 12q24.1.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни девочки, 10 месяцев с синдромом Холта-Орама, находившейся на лечении в отделении детской кардиохирургии, кардиологии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины.

**Результаты.** У пациентки врожденный порок сердца (большой субаортальный дефект межжелудочковой перегородки) и аномалия портально-венозной системы (агенезия венозного протока с впадением пупочной вены в правое предсердие, единственная артерия пуповины) диагностированы антенатально. Правосторонняя преаксиальная полидактилия выявлена после рождения. Особенность случая – наличие дефекта межжелудочковой перегородки, встречающегося в 20% случаях, мелких гемангиом в проекции X-XII грудных позвонков и на II пальце правой стопы. Сопутствующей патологией было перинатальное поражение ЦНС с судорожным синдромом.

**Выводы.** Данный клинический случай демонстрирует реальность антенатальной диагностики синдрома Холта-Орама, проявившегося врожденным пороком сердца и преаксиальной полидактилией, что важно в выработке тактики хирургической их коррекции.

*Жилина Т.В.*

### **КАРДИАЛЬНЫЕ «МАСКИ» ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н.В., научный руководитель – асс. Дубовая А.В.*

**Цель работы:** изучение кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей.

**Материал и методы.** 37 детям с ГЭРБ (28 девочкам и 9 мальчикам) в возрасте от 6 до 17 лет, находившимся на лечении в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины в 2012 году, проведено общеклиническое и инструментальное обследование (стандартная ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям – суточное мониторирование ЭКГ, доплерЭхоКГ).

**Результаты.** Поводом для обращения к детскому кардиологу служили: боли колющего и/или давящего характера в области сердца у 23 (62,2%) чел.; ощущение неритмичности работы сердца у 12 (32,4%) чел.; выявленные при обследовании приступы брадикардии (2 чел., 5,4%) или тахикардии (14 чел., 37,8%); синкопальные состояния (8 чел., 21,6%), пресинкопальные состояния (12 чел., 32,4%). Изжога и боль в эпигастральной области беспокоили 17 (45,9%) больных с ГЭРБ. В анамнезе жизни у 5 (13,5%) пациентов были указания на наличие хронического гастродуоденита. У всех пациентов имела место максимальная степень дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

**Выводы.** У 20 (54,1%) обследованных отсутствовали жалобы, характерные для ГЭРБ. Только сопутствующие изменения, которые были ложно расценены как симптомы патологии сердечно-сосудистой системы, послужили поводом для обращения к врачу. Клиницисту необходимо помнить о кардиальных «масках» ГЭРБ у детей: боли колющего и/или давящего характера в области сердца, ощущения неритмичности работы сердца, приступы бради- или тахикардии, возникающие после приема пищи, приседаний, подъема тяжестей, наклонов вперед, наблюдающиеся в горизонтальном положении.

*Коваль А.П., Мокрик И.Ю.\*, Дубовая А.В., Усенко Н.А.*

## **ТОКСИЧНЫЕ ВЕЩЕСТВА В ТКАНЯХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького,  
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины»\*.  
Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Н.В. Нагорная.*

**Цель работы.** Изучение содержания токсичных веществ в сердце детей с аномалиями развития сердечно-сосудистой системы.

**Материалы и методы.** 21 ребёнку (13 мальчикам и 8 девочкам) в возрасте от 14 дней до 17 лет с различными мальформациями сердечно-сосудистой системы проведен анализ содержания Al, Cd, Pb, Hg, Be, Ba, Tl, Bi, As, Ni, Sb, Sn, Sr, Ti, W, Zr, Ag, Li, B, Co, Si, V в интраоперационных (15) и аутопсийных (6) биоптатах тканей сердца и магистральных сосудов методами атомно-эмиссионной спектроскопии в индуктивно-связанной плазме и атомно-абсорбционной спектроскопии с электротермической атомизацией.

**Результаты.** У 85,7% обследованных документировано превышение допустимого содержания токсичных веществ в биоптатах миокарда, эндокарда, перикарда, аорты. При этом бария – у 76,2% пациентов, лития – у 28,6%, алюминия – у 23,8%, никеля – у 14,3%, стронция и мышьяка – у 4,8% обследованных. Степень превышения указанных элементов зависела от топика биоптата.

**Выводы.** Превышение допустимой концентрации токсичных веществ: бария, алюминия, никеля, стронция, мышьяка, лития документировано в тканях сердца 85,7% детей с аномалиями развития сердечно-сосудистой системы. Указанное позволяет предположить возможную роль токсичных, потенциально токсичных и условно эссенциальных микроэлементов в формировании аномалий развития сердечно-сосудистой системы.

*Денчик Н.С.*

## **ЭВОЛЮЦИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ.**

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2,  
Заведующий кафедрой: проф. Одинец Ю.В., научный руководитель: доцент, к. м. н. Алексеева Н.П.*

**Цель исследования:** проанализировать течение и прогноз бронхолегочной дисплазии (БЛД) у детей.

**Материалы и методы:** проведен анализ 72 амбулаторных карт развития детей с БЛД в возрасте от 9-ти месяцев до 5 лет.

**Результаты:** выявлено, что факторами риска развития БЛД наиболее часто являются недоношенность, малая масса тела, врожденная пневмония, синдром аспирации мекония, открытый артериальный проток, внутриутробные инфекции. Основным фактором, определяющим тяжесть БЛД, является кислородозависимость. Отягощенность семейного анамнеза по БА, врожденная цитомегаловирусная инфекция, также предрасполагают к тяжелому течению БЛД.

**Выводы:** дети с БЛД после выписки со II этапа выхаживания нуждаются в наблюдении пульмонолога, невролога, офтальмолога, кардиолога. При задержке клинического выздоровления - рекомендуется проведение высокоразрешающей компьютерной томографии легких при подозрении на развитие облитерирующего бронхолита, исследование аллергологического статуса для исключения БА.

*Коваль А.П., Мокрик И.Ю.\*, Карташова О.С.\*.*

## **СТРУКТУРА МАЛЬФОРМАЦИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького,  
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины»\*.  
Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Н.В. Нагорная*

**Цель работы.** Анализ структуры врожденных аномалий сердца и магистральных сосудов у детей Донецкой области.

**Материалы и методы.** Данные реестра пациентов с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов (ВПСиМС) на 1 января 2013г, жителей Донецкой области.

**Результаты.** По данным пятилетнего регистра, общее количество детей с ВПСиМС в возрасте от 0 до 18 лет составило 3534 чел. (1944 девочек и 1590 мальчиков). У 34,9% обсуждаемая патология была выявлена на первом году жизни, 24,1% – в возрасте от 1 года до 5 лет, 27,9% – после 5 лет жизни. Простые ВПСиМС имели 2923 (82,7%) чел., комбинированные – 611 (17,3%) чел., из них: – два 467 чел., три – 105 чел., четыре – 36 чел., пяти – 5 чел. Врожденные пороки сердца выявлены у 2280 (64,5%) чел., врожденные пороки сосудов – 890 (25,2%) чел. сочетанные врожденные пороки развития сердца и магистральных сосудов – 364 (10,3%) чел. Установлено 130 различных комбинаций диагнозов.

**Выводы.** В структуре обсуждаемой патологии у 17,3% детей Донецкой области имеется различная комбинация пороков. Только у 35,0% ВПСиМС выявлены на первом году жизни. Наличие реестра пациентов

важно для проведения диспансеризации детей с мальформациями сердечно-сосудистой системы врачами педиатрами, детскими кардиологами и кардиохирургами; повышает эффективность предоперационной подготовки и последующей реабилитации этой группы детей.

*Лавериненко А.А., Дубовая А.В.*

### **ПРОГНОЗ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Нагорная Н.В.*

**Цель исследования:** оценка прогноза первичной гипертрофической кардиомиопатии (ПГКМП) у детей.

**Материалы и методы.** 16 детям с ПГКМП (9 девочкам и 7 мальчикам) в возрасте от 1 месяца до 18 лет, находившимся на лечении с 2006 по 2012 год в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, проведено общеклиническое и инструментальное обследование (стандартная ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, доплероэхоКГ).

**Результаты.** У 2 (12,5%) чел. ПГКМП протекала бессимптомно, 11 (68,8%) чел. отмечали одышку при физической нагрузке, 9 (56,2%) чел. – кардиалгии, 6 (37,5%) чел. – повышенную утомляемость, 3 (18,8%) чел. – синкопальные состояния. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была выявлена при первичном обращении у 15 (93,7%) чел. с ПГКМП, при этом у 9 (56,2%) чел. – ХСН 1, у 7 (43,8%) чел. – ХСН 2а. Под воздействием проводимого лечения у 6 (37,5%) чел. уменьшилась частота и степень выраженности жалоб, данные ЭхоКГ без отрицательной динамики. У 10 (62,5%) чел. сохранялась одышка, кардиалгии, несмотря на проводимое лечение, наблюдалось нарастание гипертрофии межжелудочковой перегородки, степени обструкции выводного тракта левого желудочка, 1 ребенок погиб.

**Выводы.** Прогноз ПГКМП неблагоприятный: у 62,5% человек, несмотря на проводимое лечение, наблюдалось ухудшение самочувствия и состояния, нарастание степени гипертрофии межжелудочковой перегородки, степени обструкции выводного тракта, 1 ребенок погиб.

*Паршин С.А., Тонких Н.А., Маслакова Т.В.*

### **ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРЕЭКЗИТАЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Нагорная Н.В.*

**Цель работы:** оценить электрофизиологические показатели проводящей системы сердца у детей с преэксцитацией желудочков.

**Материалы и методы:** обследован 21 ребенок (6 девочек и 15 мальчиков) 7-17 лет с предвозбуждением желудочков на стандартной ЭКГ. Во время неинвазивного электрофизиологического исследования (ЭФИ) оценивали следующие показатели: время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), скорректированное ВВФСУ (КВВФСУ), точка Венкебаха (ТВ), эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного соединения (ЭРП АВС) и ЭРП дополнительного пути проведения (ЭРП ДПП)

**Результаты:** синдром WPW константирован у 7 (33,3%) чел., феномен WPW – у 14 (6,7%) чел. Результаты анализа свидетельствовали, что у пациентов с синдромом WPW ЭРП ДПП превышало ЭРП АВС и документировано в 100% случаев в сравнении с 14,3 % у детей с феноменом WPW ( $p < 0.05$ ). Показатели автоматизма синусового узла и ЭРП ДПП у детей с синдромом и феноменом WPW достоверно не отличались. Также незначительно отличалась частота стимуляции, при которой наступила блокада проведения импульсов по АВС.

**Выводы:** у детей с синдромом WPW в сравнении с феноменом WPW, выявлено достоверное превышение эффективного рефрактерного периода дополнительного пути проведения над эффективным рефрактерным периодом атриовентрикулярного соединения, что создает электрофизиологические условия для возникновения у них ортодромной атриовентрикулярной реципрокной тахикардии.

*Семёнов А.А.*

### **СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н.В., научный рук. – доц. Бордюгова Е.В.*

**Цель исследования:** Изучить структуру нарушений ритма сердца и проводимости (НРСиП) у детей с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов (ВПС и МС) в позднем послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 1304 детей (547 мальчиков, 757 девочек) с ВПС и МС в возрасте от 0 до 18 лет, которым была проведена оперативная коррекция ВПС в отделении детской кардиохирургии, кардиологии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины за период 2002-2012 гг. Комплекс обследования включал общеклинические методы исследования, стандартную электрокардиограмму (ЭКГ), суточное

мониторинг ЭКГ по Холтеру (ХМ), чреспищеводную электрокардиостимуляцию, доплер-эхокардиографию, адаптационные резервы сердечно-сосудистой системы выявляли с помощью дозированного теста с физической нагрузкой по модифицированному протоколу Bruce.

**Результаты.** У 56 детей выявлены различные НРСИП, при этом у 8 (14,3 %) чел. в течение первого года, у 48 (85,7 %) чел. – через 1-4 года после оперативной коррекции ВПС и МС. У 22 (39,3 %) чел. диагностирована экстрасистолия (ЭС), в том числе у 13 чел. – наджелудочковая, у 9 чел. – желудочковая. У 24 (42,9 %) пациентов констатированы жизнеугрожающие НРСИП, в том числе у 19 (33,9 %) чел. – атрио-вентрикулярная (АВ) блокада III степени, у 15 (26,8 %) чел. – синдром слабости синусового узла (СССУ). В связи с указанным 5 детям был имплантирован искусственный водитель ритма (4 чел., 80 % с АВ-блокадой III ст. и 1 чел., 20 % с СССУ). Обращало внимание, что у 7 (12,5 %) пациентов НРСИП были выявлены на дооперационном этапе и сохранялись после хирургической коррекции ВПС: WPW-феномен (2 чел., 28,8 %), АВ-блокада III ст. (2 чел., 28,8 %), АВ-блокада II ст. (3 чел., 42,9 %). Следует отметить, что у 38 (67,9 %) обследованных аритмия была документирована уже на стандартной ЭКГ, у 18 (32,1 %) – после углубленного обследования – у 7 (38,9 %) чел. во время 24 часового ХМ, а у 11 (61,1 %) чел. только во время проведения пробы с физической нагрузкой (тредмилл-тест, велоэргометрия). Это были переходящие НРСИП: WPW-синдром, АВ-блокада II ст., ЭС.

**Выводы.** У пациентов с ВПС, в различные сроки после оперативной их коррекции, имели место различные НРСИП, 87,5 % из которых были жизнеугрожающими. Важно, что у 32,1 % пациентов аритмия выявлена только после углубленного обследования (ХМ, тредмилл-тест), что свидетельствует о необходимости проведения таким пациентам не только стандартной ЭКГ, но и мониторинга ЭКГ, проб с физической нагрузкой.

*Узун Е.С., Глинская Н.А.*

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗОК НА ДИНАМИКУ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Национальный медицинский университет им.М.Горького*

*ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМНУ» Донецк, Украина, кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н.В., научный руководитель – доц. Пшеничная Е.В.*

**Цель исследования:** оценка динамики частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей во время психоэмоциональной и физической нагрузок.

**Материал и методы.** Обследовано 35 детей (25 девочек и 10 мальчиков) в возрасте 7-10 лет. Дети жалоб не предъявляли, на уроках физической культуры в школе занимались в основной группе. Всем детям проведено 24-часовое мониторирование ЭКГ. В течение периода наблюдения пациенты дважды (в 14.00 и в 17.00) осуществляли физическую нагрузку в виде подъема по лестнице на 5 этаж. В интервале между нагрузками каждый ребенок проводил 1 час за компьютерной игрой.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что средняя величина ЧСС в период бодрствования у детей составляла  $85 \pm 5$  ударов в минуту; во время физической нагрузки: у 9 чел. –  $150 \pm 5$  ударов в минуту, у 26 чел. –  $190 \pm 5$  ударов в минуту; в период компьютерных игры: у 7 чел. –  $100 \pm 5$  ударов в минуту, у 10 чел. –  $150 \pm 5$  ударов в минуту, у 18 чел. –  $185 \pm 5$  ударов в минуту.

**Выводы.** Суточное мониторирование ЭКГ позволяет объективно оценить динамику частоты сердечных сокращений у ребенка, в том числе, во время психоэмоциональной и физической нагрузок. Установлено, что прирост ЧСС у детей во время компьютерной игры и при подъеме по лестнице на 5 этаж сопоставимы ( $p < 0,05$ ).

*Усенко Н.А., Карташова О.С.*

## **VATER-АССОЦИАЦИЯ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака, Донецк, Украина, Кафедра педиатрии ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н. В., научный руководитель – доц. Бордюгова Е.В.*

**Цель исследования.** Представление клинического случая VATER-ассоциации.

**Материалы и методы.** Медицинская документация ребенка Алины Ж., 6 мес., с VATER-ассоциацией, находившейся в отделении детской кардиохирургии, кардиологии и реабилитации ГУ ИНВХ им. В. К. Гусака НАМН Украины.

**Результаты.** VATER-ассоциация – врожденная патология, проявляющаяся множественными пороками развития – сердца и магистральных сосудов, костей, тел позвонков, почек и др., часто в сочетании с нарушениями системы гемостаза. Для верификации диагноза достаточно наличия трех и более аномалий развития. У наблюдавшейся девочки имелись классические проявления VATER-ассоциации: аплазия правой лучевой кости, врожденный порок сердца и магистральных сосудов (двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка, дефект межжелудочковой перегородки, трехпредсердное сердце), атрезия ануса, ректо-вагинальный свищ, дисплазия почки. В дооперационном периоде отсутствовали клинические проявления геморрагического синдрома, в общем анализе крови количество тромбоцитов было физиологи-

ческим, однако во время хирургической коррекции ВПС началось значительное и длительное кровотечение, ставшее причиной летального исхода.

**Выводы.** Наличие у ребенка VATER-ассоциации является основанием для оценки количества и качества тромбоцитарного звена гемостаза даже при отсутствии клинических проявлений геморрагического синдрома.

*Хапченкова Д.С., Карташова О.С. \**

### **ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины\*, Кафедра педиатрии  
ФИПО, зав. кафедрой – проф. Нагорная Н. В., науч. Руководитель – доц. Бордюгова Е.В.*

**Цель работы.** Демонстрация случая туберозного склероза у ребенка раннего возраста.

**Материалы.** Медицинская документация девочки Марии, 4 месяцев, с туберозным склерозом, находившейся в отделении детской кардиохирургии, кардиологии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины

**Методы.** Клинические, инструментальные, генетические.

**Результаты.** Девочка поступила с жалобами матери на одышку, бледность носогубного треугольника, усиливающуюся при беспокойстве, судороги, сыпь на коже. Больная с рождения. В сроке 32 недель беременности во время ультразвукового исследования выявлены изменения в сердце, с предположениями наличия рабдомиом, туберозного склероза. На ЭхоКГ в периоде новорожденности подтверждены множественные рабдомиомы. В возрасте 2 недель у девочки внезапно возник приступ судорог в виде тонического напряжения конечностей и запрокидывания головы, вначале 1 раз в 2-3 дня с последующим учащением до 5 раз в сутки. Неоднократно находилась в неврологическом стационаре с диагнозом «Туберозный склероз, симптоматическая эпилепсия, синдром Веста, частые инфантильные спазмы, задержка психо-моторного, физического развития. Рабдомиома сердца». Получала антиконвульсанты с незначительным кратковременным эффектом. На ЭКГ регистрировалась суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия с ЧСС 270 в минуту, в связи с чем направлена в нашу клинику. При объективном осмотре констатировано тяжелое состояние ребенка, обусловленное явлениями дыхательной недостаточности и неврологической симптоматикой. Сонлива в течение суток. Лицо «лунообразное» с гипертрофированными щеками. В момент осмотра отмечался тремор подбородка и отведение взора в сторону длительностью не более 15 сек. Голову не удерживает, на голос матери реагирует. Кожные покровы бледные, на левом бедре пятна депигментации неправильной формы 0,5-1 см в диаметре. В области пупка два ярко-розовых элемента сыпи с блестящей поверхностью, возвышающиеся над кожей. Тахипноэ до 70 в 1 минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Деятельность сердца ритмичная, тоны ослаблены, ЧСС – 160 уд/мин. Заключение ЭхоКГ – множественные образования в области верхушки 0,6х0,7см, в правом желудочке, в области средней трети межжелудочковой перегородки 0,4х0,42см и 0,43х0,45 см без обструкции камер сердца и сосудов (рабдомиомы?). Сократимость миокарда удовлетворительная. 24-часовое мониторирование по Холтеру: в течение наблюдения синусовый ритм с ЧСС 118-163/мин., средняя ЧСС 137/мин., WPW-феномен, тип В. На МРТ головного мозга – множественные полиморфные очаговые изменения, обусловленные основным заболеванием – факоматозом (туберозный склероз). На компьютерной ЭЭГ документирована низкоамплитудная медленноволновая ЭЭГ без признаков локальной патологии. Функциональная незрелость. Заключение генетика – туберозный склероз (шифр по МКБ X-Q 85.1).

**Выводы.** Данный случай демонстрирует тяжелое течение туберозного склероза с ранним появлением неврологической симптоматики, изменениями в сердечно-сосудистой системе и кожными проявлениями. Несмотря на редкость данного заболевания, считаем важным познакомить педиатров, детских кардиологов и семейных врачей с основными его симптомами.

## **ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА**

*Аксьонова О.Г.*

### **СОНОДУКТОСКОПІЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІНАХ ГРУДЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Обласне клінічне територіальне медичне об'єднання. Донецьк, Україна  
Кафедра радіології, зав кафедрою – проф. Вакулєнко І.П., науковий керівник – проф. Первак М.Б.*

**Мета.** Аналіз власного досвіду і популяризація авторського методу комплексної сонографічно-цитологічної діагностики протокових уражень грудей на тлі запалення.

**Матеріал і методи.** До аналізу залучено 59 жінок у віці від 21 до 71 року (середній вік  $46 \pm 1,6$ ), які звернулись з приводу запальних змін грудей і мали патологічні виділення із сосків. Їм проводили комплексне сонографічно-цитологічне дослідження молочних проток за власним способом (патент України 57518 А). Спосіб включає контрастування молочних проток з наступним променевим дослідженням груді і відрізняється тим, що контрастування проток здійснюють шляхом введення в них фізіологічного розчину, оцінку стану проток проводять за допомогою сонографії, а промивну рідину, отриману після контрастування проток, піддають цитологічному дослідженню. Для УЗД застосовували сучасні сканери Logic-3 (General



Electric), EnVisor (Fillips) та експертну систему Aplio (Toshiba) із викочастотними адаптерами на 10-14 МГц. Дослідження виконували у В-режимі сірої шкали. Статистичну обробку наукової інформації проводили на РС Pentium-4 з використанням програмного продукту Microsoft Excel-2003. У якості референтного показника використовували гістологічні висновки. Дане дослідження ухвалене біоетичною комісією Донецького національного медичного університету.

**Результати.** До введення контрасту середній діаметр проток склав 1,9 мм (мін. 0,8; макс. – 4,0 мм), а внутрішньопротокові утворення вдалось візуалізувати в 11 (19,3%) випадках. Прямі цитологічні ознаки протокової папіломи виявили в 1 (1,8%) спостереженні та в 1 випадку спостерігали явища атипії. Показники чутливості, специфічності і точності даного тесту склали відповідно 54,5 – 40,0 – 53,0%. Після контрастування середній діаметр проток склав 4,1 мм (мін. 2,5; макс. – 9,0 мм). Внутрішньопротокові утворення візуалізовано у 46 (89,7%) жінок. Цитологічні ознаки папілом були присутніми у 28 (49,1%) спостереженнях. У 1 пацієнтки, у якій спочатку цитологічно спостерігали тільки атипів клітини, після проведення запропонованого способу, сонографічно і цитологічно констатовано наявність протокової аденокарциноми. Чутливість, специфічність і точність даного тесту після введення фізіологічного розчину і цитологічного дослідження промивної рідини склали відповідно 86,4 – 58,4 та 79,6%.

**Висновки.** Проведення контрастної сонодуктоскопії підвищує точність діагностики внутрішньопротокових новоутворень груді на 26,6%, тобто в 1,5 рази.

*Богданов І.А.*

## **АНАТОМИЯ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЯМКИ ПО ДАННЫМ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.*

**Цель исследования:** изучить и описать варианты строения обонятельной ямки по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

**Материалы и методы.** Детально изучены и описаны конусно-лучевые компьютерные томограммы лицевого отдела черепа 81 пациента от 9 до 61 года, не имеющих патологии внутриносовых структур, среди которых 51 мужчина (62,9%) и 30 женщин (37,1%). Томограммы, выполненные на томографе «VATECH ECST-12», были представлены в стандартных проекциях, а также в виде 3D-реконструкций. Толщина томографического слоя и интервал между слоями составили 1мм. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «MS Excel».

**Результаты.** У 22 пациентов (27%) глубина обонятельной ямки составила в среднем  $3 \pm 0,35$ мм, что соответствует I типу по классификации Keros. У 41 пациента (50,6%) глубина составила  $6 \pm 0,17$ мм (Keros II), у 3 пациентов (3,7%) –  $9 \pm 0,5$ мм (Keros III). В 18,5% случаев (15 пациентов) была выявлена асимметрия – глубина обонятельной ямки по обе стороны петушиного гребня была различной.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование значительно дополняет имеющиеся данные о варибельности размеров обонятельной ямки, – особенный интерес представляет асимметричный тип ее строения. При помощи метода КЛКТ исследователь имеет возможность получать точные данные о варибельности анатомических структур скелета лица каждого конкретного пациента, что имеет практическое значение в ринологии при планировании оперативного вмешательства.

*Грона К. В.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.*

**Цель исследования.** Изучить диагностические возможности современных методов лучевой диагностики – спондилографии, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в выявлении травм различных отделов позвоночника.

**Материалы и методы исследования.** Исследования выполнены у 87 пациентов в возрасте от 17 до 57 лет с подозрением на травму позвоночника, на стационарной рентген-диагностической системе Viromatik, компьютерном томографе Phillips MX6000 DUAL, МР-томографе GE Signa Excite 1.5T hd.

**Результаты.** Спондилография выполнена 87 пациентам (100%), КТ-исследование – 47 пациентам (54%), МРТ – исследование – 29 пациентам (33%). Спондилография позволила достоверно подтвердить диагноз травмы позвоночника у 59 больных (67%), КТ- исследование выявило наличие травмы позвоночника у 28(24%) пациентов, у которых не определялось выраженной рентген семиотики поражения позвоночника при проведении спондилографии. МР-томография выполнялась больным с подозрением на повреждение спинного мозга, которое было диагностировано 11(12%) пациентов. Диагноз травмы позвоночника подтвердился у 87 (100%) пациентов, из них у 11 (12%) пациентов выявлено также и повреждение спинного мозга.

**Выводы.** Таким образом, комплексное использование современных методов лучевой диагностики – спондилографии, КТ и МРТ позволяет выявить весь спектр повреждений различных отделов позвоночника и спинного мозга, детально оценить их объем, характер и распространенность, а также дает возможность выбрать оптимальную тактику лечения.

*Джемая Ахмед, Винников С.Ю., Шульженко Н.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.*

**Цель работы.** Повышение качества ультразвуковой диагностики морфо-функциональных изменений в общих сонных артериях (ОСА) путем изучения влияния насосной функции сердца при ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с ишемическим инсультом мозга (ИИ).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 100 больных в острой стадии ишемического инсульта, из них 60 больных с ИБС, 40 больных без ИБС. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «ACUSON X300» (Siemens, Германия). В доплеровском спектральном режиме изучали насосную функцию ЛЖ в систолу и диастолу, гемодинамику в ОСА, проводили статистическую обработку.

**Результаты исследований.** Установлено, что у пациентов с ИБС характерно увеличение в ОСА справа и слева пиковой систолической скорости кровотока 129 см/с (Vps), максимальной конечной диастолической скорости кровотока 59 см/с (Ved), усредненной по времени максимальной скорости кровотока 85 см/с (TAMX), усредненной по времени средней скорости кровотока 49 см/с (TAV), по сравнению с пациентами без ИБС, где они были соответственно 89 см/с, 27 см/с, 61 см/с и 37 см/с и более выраженной диастолической дисфункцией ЛЖ.

**Выводы.** В планировании лечебных мероприятий у больных с ишемическим инсультом мозга при ИБС необходимо учитывать насосную функцию ЛЖ и проводить ее корректировку для благоприятного прогноза исхода заболевания.

*Довбня А.А., Худoley Е.В.*

### **МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МСКТ) В ОЦЕНКЕ МОРФОЛОГИИ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра радиологии, зав. кафедрой –*

*Вакуленко И.П., научный руководитель – проф. Танасичук-Гажиева Н.В.*

**Цель исследования.** Изучить возможности МСКТ в оценке состояния левого желудочка и проходимости коронарных артерий при ИБС.

**Материал и методы.** У 15 пациентов (10 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 38 до 75 лет с ИБС изучены результаты МСКТ, произведенной на 64-срезовом компьютерном томографе Brilliance-64 (Philips) с внутривенным болюсным введением 100мл контрастного вещества (Визипак-320), со скоростью 5 мл/с с помощью двухконтурного автоматического иньектора, с ретроспективной синхронизацией с ЭКГ в различные фазы сердечного цикла. Толщина среза 0,625мм, отсроченное сканирование выполнено на 15мин.

**Результаты.** МСКТ выявила гемодинамически значимое и выраженное сужение коронарных артерий у 80,0% пациентов с ИБС, достоверное нарушение глобальной функции левого желудочка: увеличение конечного систолического объема (73,3%), снижение фракции выброса (86,7%), а также регионарной сократимости (66,7%) и трансмурального индекса (53,3%). У 3 пациентов с выраженным стенозом огибающей ветви левой коронарной артерии обнаружено отсроченное накопление контрастного вещества в миокарде, указывающее на его повреждение (очаговый кардиосклероз).

**Выводы.** МСКТ является высокоинформативным неинвазивным методом оценки состояния коронарных артерий, морфологии и функции левого желудочка у пациентов с ИБС.

*Долинский В.В., Иофе Е.И.*

### **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой – проф. Вакуленко И.П., научный руководитель – доц. Оборнев А.Л.*

**Цель исследования.** Изучить особенности использования позитронно-эмиссионной томографии и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) в ранней диагностике ишемических повреждений головного мозга.

**Материалы и методы:** Была изучена отечественная и зарубежная литература, проанализированы монографии, статьи и пособия для врачей-лучевых диагностов касательно применения ПЭТ-КТ в клинической практике как метода ранней диагностики ишемических повреждений головного мозга.

**Результаты.** ПЭТ-КТ значительно дополняет МРТ головного мозга данными о гемодинамике и метаболизме, позволяет не только выявить очаги некроза и/или области ишемии, но также оценить протяженность и степень поражения нервной ткани. Возможность определить ишемизированные ткани, способные к дальнейшему восстановлению функции влияет на выбор программы реабилитации. ПЭТ-КТ особенно эффективен при неясно очерченных взаимоотношениях между анатомо-морфологическими нарушениями и клиникой неврологических симптомов, и при обнаружении мозговой дисфункции в структурно неизменных областях мозга обеспечивает объективные доказательства неврологического дефицита, влияя на дальнейшую тактику диагностики и лечения заболевания.

**Выводы.** ПЭТ-КТ является высокоинформативным методом лучевой диагностики, позволяя за одно исследование оценить наличие очагов ишемии, а также степень морфологических и функциональных нарушений, что делает его особенно эффективным в ранней диагностике ишемических повреждений головного мозга.

*Ельский И.К.*

## **ОСОБЕННОСТИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЭПИЛЕПТОГЕННЫХ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой – проф. Вакуленко И.П., научный руководитель – доц. Оборнев А. Л.*

**Цель исследования.** Выявление у детей наличия симптоматических форм фокальных эпилепсий при визуализации очаговых поражений головного мозга на магнитно-резонансной томографии: характер, точную локализацию и размер патологического процесса, его отношение к окружающим мозговым структурам.

**Методы и результаты.** Работа основана на обзоре литературы и анализе магнитно-резонансно томографического исследования 40 пациентов с очаговыми изменениями в головном мозге. Средний возраст пациентов составлял 4 года. Для анализа были отобраны пациенты с такими установленными диагнозами: гиппокампальный склероз, кисты височных долей, рубцовые поражения кортикальной пластинки, фокальные кортикальные дисплазии и гемиатрофии. При исследовании у всех больных были выявлены очаги в различных структурах головного мозга. Теоретическая значимость исследования состоит в разработке клиничко-нейрорадиологического направления в клинической диагностике эпилепсии, систематизации структурных изменений головного мозга и оценки их роли в развитии эпилепсии. На основе системного комплексного подхода и анализа данной группы пациентов, в работе представлены критерии диагностики эпилепсии, а также вестников данного заболевания при использовании магнитно-резонансной томографии.

**Выводы.** На основе результатов проведенной работы в визуализации эпилептогенных очагов поражения головного мозга у детей, было доказано, что магнитно-резонансная томография позволяет с наибольшей точностью своевременно выявлять локализацию, форму и размер поражения.

*Кузьменко В.В., Нестеренко И.А, Нестеренко Е.А, Бычкова М.М.*

## **ИЗУЧЕНИЕ КТ-СЕМИОТИКИ АЛЬВЕОЛИТОВ (ФИБРОЗИРУЮЩЕГО И ЭКЗОГЕННОГО) И ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра радиологии, зав. кафедрой – проф. Вакуленко И.П., научный руководитель – доц. Скрынникова И.П.*

**Цель исследования:** Целью нашего сообщения явилось изучение семиотики диффузных поражений соединительной ткани и альвеолитов (фиброзирующего и экзогенного) и особенности дифференциальной диагностики между этими патологическими процессами.

**Материалы и методы:** Нами проведен комплексный анализ : изучены литературные данные института повышения квалификации МЗ РФ. Проанализированы результаты исследований пациентов, находящихся на стационарном лечении пульмонологического, ревматологического и аллергологического отделений ДОКТМО. Изучены данные 49 пациентов с альвеолитами различной этиологии, 16- с системной красной волчанкой (СКВ), 11- с гранулематозами и 9 с васкулитами. Были проанализированы результаты традиционной рентгенографии, компьютерной томографии по стандартной методике и данные КТ с высоким разрешением (КТВР).

**Результаты:** Традиционная рентгенография органов грудной полости выявила патологические изменения лишь у 1\3 первичных пациентов, которую составили 16 пациентов с ЭАА, 21 пациент –ФИА., 14 пациентов с системной красной волчанкой, гранулематозами и васкулитами. На рентгенограммах пациентов с ЭАА выявлялись следующие изменения: расширения корней лёгких за счёт сосудов, плевральные наслоения, мелкие очаги в нижних или средних отделах лёгких. При ФИА- было изменение лёгочного рисунка линейного и ячеистого характера, неоднородное снижение прозрачности лёгочной ткани без чёткой локализации. Такая же рентгенологическая картина наблюдалась и у многих пациентов с СКВ. Гранулематозы характеризовались изменением корней лёгких, во многих случаях за счёт увеличенных лимфатических узлов и наличием участков ограниченной диссеминации. КТ с высоким разрешением позволяла не только выявить патологию, но и оценить плохо доступные для изучения отделы, т.е. выявить субплевральные изменения,

мелькие не визуализируемые обычными методами очаги. КТВР позволило достоверно оценить выраженность периваскулярных и перибронхиальных уплотнений выявить снижение плотности лёгких, визуально напоминающее “матовое стекло” (“ground glass”), тем самым способствуя оценить степень выраженности процесса или его стадию при ФИА и СКВ; позволило выявить начальные проявления фиброзно-кистозной деформации лёгких, что позволяло выработать своевременную правильную тактику лечения. При гранулематозах КТВС выявляло очаги менее 2 мм минимальные субплевральные серповидные уплотнения.

**Выводы:** Диагностика диффузных заболеваний соединительной ткани, и альвеолитов бесспорно является одной из сложнейших вопросов современной пульмонологии, ведущую роль в которой, всё-таки, занимают лучевые методы диагностики. КТВС это метод не первичной диагностики, а метод, позволяющий визуализировать мельчайшие изменения, метод позволяющий оценить степень выраженности процесса, способствующему улучшению эффективности проводимого лечения.

*Нестеренко Е.А, Нестеренко И.А, Кузьменко В.В, Бычкова М.М*

### **ОСОБЕННОСТИ СЕМИОТИКИ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АЛЬВЕОЛИТОВ (ФИБРОЗИРУЮЩЕГО И ЭКЗОГЕННОГО) С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра радиологии, зав.кафедрой - проф. Вакуленко И.П., научный руководитель - доц. Скрынникова И.П.*

**Цель исследования:** Изучить возможности диагностики диффузных поражений соединительной ткани и альвеолитов (фиброзирующего и экзогенного (ФИА и ЭАА)). Проанализировать семиотику и особенности дифференциальной диагностики между этими патологическими процессами.

**Материалы и методы:** Проанализированы данные пациентов, находящихся на стационарном лечении пульмонологического, ревматологического и аллергологического отделений ДОКТМО. Изучены данные 49 пациентов с альвеолитами различной этиологии, 16- с системной красной волчанкой (СКВ), 11- с гранулематозами и 9 с васкулитами. У всех пациентов были изучены данные анамнеза и проанализированы результаты клинико-лабораторных, инструментальных исследований. Детально изучались результаты методов лучевой диагностики, а именно: традиционной рентгенографии органов грудной полости, стандартной компьютерной томографии (КТ) и КТ с высоким разрешением (КТВР). Полученные результаты были сопоставлены с данными пункционной биопсии лёгких и результатами аутопсии. Анализ показал, что данные анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования были специфичны лишь для ЭАА СКВ. У пациентов с другой патологией— специфика простежено не было. Основным клиническим проявлением всех пациентов было недомогание и одышка. Функциональные и инструментальные методы, особенно показатели бронхоальвеолярного лаважа выявили специфику при ФИА. Более детальне данные при выявлении патологии были получены при применении методов лучевой диагностики. Обзорная рентгенография органов грудной полости была первым этапом диагностики, однако надо отметить, что данный метод не всегда позволял выявить начальные признаки патологического процесса. Стандартная КТ позволяла визуализировать более детально патологические изменения в лёгких особенно начальные субплевральные нарушения. Кроме того, данный метод способствовал измерению плотности лёгких, которое визуально не могло быть оценено на рентгенографии лёгких. КТ с высоким разрешением позволило выявить мелкие очажки менее 2 мм, мелкие субплевральные, периваскулярные и перибронхиальные изменения, характеризующие начальные проявления патологических процессов. При нарастании процесса КТ с высоким разрешением способствовала точно оценить выраженность и распространённость поражения, что в дальнейшем способствовало правильно оценить стадию заболевания и соответственно назначить правильное адекватное лечение.

**Выводы:** Диагностика диффузных поражений соединительной ткани и альвеолитов (фиброзирующего и экзогенного (ФИА и ЭАА)) является сложной проблемой на настоящий момент, включающий многогранный комплекс исследований, однако ведущую роль в нём выполняют методы лучевого исследования.

*Худолей Е.В., Довбня А.А.*

### **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ОЦЕНКЕ МОРФОЛОГИИ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького, кафедра радиологии, зав.кафедрой – проф. Вакуленко И.П., научный руководитель – проф. Танасичук-Гажиева Н.В.*

**Цель исследования.** Определить возможности МРТ в оценке состояния сердца при ИБС.

**Материал и методы.** У 10 пациентов (7 мужчин и 3 женщин) в возрасте от 43 до 68 лет с ИБС изучены результаты МРТ, выполненной на томографе Ingenia (Philips) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тс с синхронизацией с ЭКГ и внутривенным введением 20мл Магневиста и отсроченным сканированием на 15-20мин. Всем пациентам выполнена эхокардиография.

**Результаты.** По данным МРТ у пациентов с ИБС обнаружено изменение морфологии и функции левого желудочка (ЛЖ): расширение (70,0%), гипертрофия мышцы (50,0%), истончение стенки (30,0%), снижение

глобальной систолической функции (70,0%), нарушение регионарной сократимости (82,4%), поражение миокарда (80,0%). У 4 пациентов (40,0%) обнаружено отсроченное накопление контрастного вещества в миокарде ЛЖ. Выявлены субэндокардиальные зоны ишемии у 2 пациентов, у одного - диагностирован трансмуральный инфаркт передней стенки и межжелудочковой перегородки ЛЖ с формированием аневризмы и пристеночным тромбозом. В двух случаях выявлен повторный субэндокардиальный инфаркт задней стенки ЛЖ.

**Выводы.** МРТ - высокоинформативный метод исследования при ИБС позволяющий изучать морфологию и функцию левого желудочка, выявлять поврежденный и жизнеспособный миокард.

*Шаров К.В.*

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра радиологии,  
зав. кафедрой – проф. Вакуленко И. П., научн. руководитель - доц. Котлубей Е. В.*

**Цель работы.** Доказать целесообразность использования ультразвукового исследования в диагностике неотложных состояний в гинекологии.

**Материалы и методы исследований.** Изучены монографии, статьи и пособия для врачей - лучевых диагнозов отечественных и зарубежных авторов.

**Результаты исследований.** Трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) широко применяется в качестве скрининга при подозрении на внематочную беременность (ВБ) и разрыв кисты яичника, дает возможность проведения динамического наблюдения за состоянием маточных труб и яичников и выявления различных осложнений (разрыв маточной трубы, сильные внутренние кровотечения). Компьютерная томография (КТ) менее информативна в плане диагностики ВБ и разрыва кисты яичника, но позволяет провести дифференциальную диагностику с аппендицитом и другими острыми процессами. Магнитнорезонансная томография (МРТ) позволяет получить дополнительную информацию при неоднозначных результатах УЗИ.

**Выводы.** Применение сонографии в дифференциальной диагностике неотложных состояний в гинекологической практике оправдывается высокой информативностью, отсутствием лучевой нагрузки, низкой себестоимостью в сравнении с КТ и МРТ и возможностью частого повторения исследования.

*Шевченко Е.В.*

## **ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра радиологии, зав. каф. – проф. Вакуленко И.П., научн. рук. – доц. Котлубей Е.В.*

**Цель исследования:** изучить диагностические возможности различных лучевых методов исследования в диагностике панкреонекроза и его местных осложнений.

**Материалы и методы.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости в динамике проведено 30 пациентам с панкреонекрозом. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости выполнена 10 из них.

**Результаты.** Мелкоочаговая форма панкреонекроза выявлена у 7 пациентов, крупноочаговая – у 20, тотальная (субтотальная) – у 3. У 26 пациентов при первичном обследовании был выявлен оментобурсит. При динамическом наблюдении другие местные осложнения панкреонекроза обнаружены у 24 пациентов. Абсцессы поджелудочной железы обнаружены у 4 больных, флегмона забрюшинной клетчатки - у 2, панкреатическая псевдокиста - у 6, абсцессы сальниковой сумки - у 4 пациентов. Данные КТ оказались практически аналогичны данным УЗИ. При КТ более точно была определена локализация абсцессов сальниковой сумки и поджелудочной железы у 5 пациентов, флегмоны забрюшинной клетчатки – у одного, панкреатической псевдокисты – у 4 пациентов.

**Вывод.** УЗИ позволяет достоверно установить диагноз панкреонекроза, но в ряде случаев для уточнения распространенности патологического процесса и его осложнений следует проводить КТ.

*Шентуха Д.*

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Донецкий национальный университет им.М.Горького, кафедра радиологии, зав. кафедрой – проф. Вакуленко И.П., научный руководитель – доц. Губенко О.В.*

**Цель исследования:** Определить прогностические компьютерно-томографические (КТ) признаки развития осложнённого преобразования очага ушиба-размозжения (УР) головного мозга.

**Материал и методы:** Проанализированы данные КТ-исследований 30 пациентов старше 18 лет с УР головного мозга со слиянием кровоизлияний в единый конгломерат, получивших консервативное лечение. УР располагались в лобной (15чел.) и височной (15чел.) долях. Группу контроля составили 30 пациентов со стандартным преобразованием УР. Изучали динамику КТ-признаков в остром и отдалённом периоде болезни.

**Результаты:** Очаг УР в первые сутки после травмы содержал множество гиперденсивных очагов диаметром от 1 до 1,5 см на изо- и гиподенсивном фоне. На 3-4 сутки выявлено слияние отдельных кровоизлияний в единый конгломерат. В лобных долях слияние происходило при расстоянии между кровоизлияниями не более  $1,1 \pm 0,27$  см, в височных – не более  $0,7 \pm 0,21$  см. В группе контроля гиперденсивные очаги преобразовывались в изоденсивные без изменения их взаимоотношения. Через 1-1,5 года после травмы в группе контроля на месте УР зоны атрофии выявлены в 63,3% (19 чел.), у остальных – 36,7% (11 чел.) видимых изменений не выявлено. При слиянии гиперденсивных очагов в конгломераты кисты образовывались в 43,3% (13 чел.) случаев, у остальных (17 чел. – 56,7%) – формировались зоны атрофии.

**Выводы:** Формирование кист в 43,3% случаев у пациентов с УР можно прогнозировать при расстоянии между кровоизлияниями в лобных долях менее 1,1 см, в височных – менее 0,7 см.

*Шентуха Д.Ю.*

### **КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГРУДНЫХ ЖЕЛЁЗ**

*Донецкий национальный университет им. М. Горького,  
кафедра радиологии, зав. кафедрой – проф. Вакуленко И.П.,  
научный руководитель – доц. Губенко О.В.*

**Цель исследования:** Уточнить этапы проведения ультразвукового (УЗ) исследования грудной железы при выявлении объемных образований.

**Материал и методы:** Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, а также комплексного УЗ-исследования 30 пациенток старше 18 лет с объемными образованиями грудных желез, у которых диагноз был подтвержден оперативным вмешательством. У 18 больных выявлены злокачественные образования, у остальных – доброкачественные.

**Результаты:** При УЗ-исследовании (В-режим) осматривались все отделы грудных желез, регионарные зоны лимфооттока. Кроме «стандартных» зон осмотра (надключичная, подключичная, подмышечная зоны), проводили УЗ-оценку загрудинных лимфатических узлов. Для исследования периферического кровоснабжения грудных желез оценивали состояние медиальных и латеральных ветвей приводящих грудных артерий. Применение цветокодированных методик как в дуплексном, так и в триплексном режимах позволяло улучшить выявление сосудов. Разница в показателях скоростей кровотока и индекса резистентности сосудов в доброкачественных и злокачественных опухолях оказалась недостоверной. Патологические опухолевые сосуды характеризовались асимметричной неравномерностью калибра, извитостью хода, лакунообразными расширениями, что хорошо визуализировалось при методике пространственной трехмерной реконструкции.

**Выводы:** Большая вариабельность гистологического и соответственно сосудистого строения злокачественных опухолей грудных желез требует дальнейшего совершенствования и стандартизации методик ультразвукового исследования.

*Шульженко Н.А., Палкина А.А., Лях А.Ю*

### **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ УЗИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра радиологии, заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор Вакуленко И.П.*

**Цель исследования.** Оценка гемодинамики в позвоночных артериях (ПА) в зависимости от степени артериальной гипертензии (АГ) и насосной функции левого желудочка сердца (ЛЖ).

**Материалы и методы.** Обследовано 44 больных лиц мужского и женского пола, средний возраст составил  $39 \pm 3,9$  с подтвержденным диагнозом первичной АГ и продолжительностью заболевания в среднем  $5,6 \pm 1,9$  года. С помощью УЗИ определяли УО, сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), линейная скорость кровотока, скорость распространения пульсовой волны (СПВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), податливость сосудистой системы (ПСС), ПА и подвергали статистической обработке.

**Результаты.** У больных с АГ, составившие основную группу, СИ был повышен на 21% ( $p < 0,05$ ), параметры ОПСС были достоверно выше на 7,5% ( $p < 0,05$ ) по сравнению со значениями ОПСС с соответствующей контрольной группой. Наряду с этим во всех подгруппах пациентов с АГ были значимо повышены показателями СПВ на 9,0% ( $p < 0,05$ ), увеличение УО на 12,4% ( $p < 0,01$ ) и ЧСС на 8,8% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Повышение сосудистого тонуса у больных АГ указывает на недостаточность резервных и компенсаторных возможностей кровообращения в целом, в том числе и в позвоночных артериях.

# ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ І МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

*Kyrychenko N.*

## QUALITY OF LIFE OF WOMAN SUFFERING FROM GENITAL SYSTEM CANCER LOCALIZATION WITH EMOTIONAL DISTURBANCER

*Donetsk national medical university of ministry of public health of Ukraine Department of psychiatry, narcology and medical psychology, Head of department – Abramov V., MD, professor, Research supervisor – Vasylyeva A., MD*

**The research purpose** – the study of the emotional state and quality of life of women with cancer of the reproductive sphere.

**Materials and methods:** In accordance with the target set in the Donetsk regional anti-tumor center were examined 65 patients with a verified diagnosis of cancer of the female reproductive system at the age of 26–55 years (mean age  $42,7 \pm 8,3$  years): 21 patients with body cancer (32,3%) and 26 (40,0%) – the cervix, and 18 patients with malignant ovarian tumors (27,7%). In order to identify emotional disorders in the form of anxiety and depressive symptoms in patients with cancer of the reproductive sphere method was used HADS (Zigmond AS, Snaith RP, 1983), to study the quality of life – the general questionnaire MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36).

**Results:** In 47 (72,3%) patients suffering from cancer of the reproductive sphere, using screening techniques HADS identified emotional problems as anxiety (18,5%), depression (23,1%) and mixed anxiety-depressive (30,7%) symptoms. In the analysis of the quality of life of women surveyed showed a significant decrease in the perception of quality of life on all scales of the questionnaire MOS SF-36, and were the lowest rates on the scale of «social activity», «the role of emotional problems in the disabled», «intensity of physical pain» and «life activity», a significant decline in the quality of life of this population of patients is mainly due to the psychological component of health, in particular – the sharp decline of social activity and the presence of emotional problems. Analyzing data on the quality of life of oncologic patients with emotional disorders, found lower levels of perception as a physical (as physical problems in disability and intensity of physical pain) and psychological (vitality and role emotional problems in disability) components of health than in women without anxiety and depressive disorders. The worst perception of quality of life of oncologic patients with emotional disorders explained, in our opinion, the combination of factors somatogenic and psychogenic nature. Firstly, the presence of cancer: stage and location of tumor, the main clinical manifestations contributed quite substantial restrictions in almost all spheres of life of patients, which in turn, in some cases, were more significant for women with cancer pathology of the reproductive system than even the physical distress. Secondly, greatly affect the quality of life for the life of illness feeling in the emotional aspect.

**Conclusions.** The results presumed that the quality of life of patients suffering from cancer of the reproductive sphere, significantly reduced. The lowest were the following indicators: the role of physical problems in the Disabled, the intensity of physical pain and emotional issues in the role of the Disabled, which in turn restricts the vitality of patients and, as a consequence of the low level of social adaptation of women with neoplastic process of the reproductive sphere. Reduced quality of life in this cohort of cancer patients with emotional disorders is diffusing, affecting equally both a physical and psychological component of health patients. Thus, the degree of reduction of the quality of life in the subjective perception of women with gynecological cancer pathology depends not only on the severity of the manifestations of the primary cancer, but also on the presence of concomitant emotional disorders.

*Абрамов В.А., Бойченко А.А., Смаль Е.Э.*

## ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав.кафедрой – проф. Абрамов В.А.,  
научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.*

**Целью** настоящего исследования являлось изучение стратегий копинг – поведения у больных шизофренией с различной продолжительностью болезни.

**Материал и методы исследования.** Стандартизованная оценка копинг-стратегий была проведена у 60 больных шизофренией. Больные были разделены на две группы: группа 1 (23 чел. – 38,3%) – больные, перенесшие первый психотический эпизод шизофрении, группа 2 (37 чел. – 61,7%) – пациенты с давностью заболевания до 3-х лет. Средний возраст больных составлял  $32,7 \pm 0,62$  года. Мужчин было 32 чел. (53,3%), женщин – 28 чел. (46,7%). Все обследованные больные прошли курс антипсихотической терапии. Исследование поведенческих стратегий проводилось с помощью методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман и соавт, адаптированный Т.А.Крюковой). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

**Результаты исследования.** Конструктивный вариант копинга, нашедший отражение в поведенческих моделях разрешения проблем, был выявлен у 25% больных основной группы и значительно реже наблюдался в группе сравнения (6 чел. – 16,2%). Данная поведенческая стратегия способствовала появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов активного решения проблем. Копинг, ориентированный на эмоции был отнесен к условно-конструктивному варианту. Он представлял собой пассивное

преодоление с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения и дезадаптивного отношения к травматическому событию, а не на изменение или активное преодоление стрессовой ситуации. Эта копинг-стратегия наблюдалась у 69% больных с впервые установленным диагнозом шизофрении и у 29% больных с начальными проявлениями хронической динамики заболевания. Неконструктивный вариант копинга или копинг, ориентированный на избегание, отражал формирование дезадаптивного, псевдосовладающего поведения, низкое развитие копинг-ресурсов и способствовал социальной изоляции и дезинтеграции личности. Неконструктивный копинг предпочтительно использовался больными шизофренией на начальной стадии хронизации процесса по сравнению с достоверно более редким его применением больными с манифестом заболевания ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Определение «coping» подразумевает индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Представления об этиопатогенезе шизофрении в рамках модели «уязвимость – стресс – болезнь» предполагают в качестве необходимого условия для развития заболевания наличие индивидуально непереносимого стрессового воздействия, а также низкую способность использования эффективных копинг-стратегий, направленных на сознательное совладание со стрессом. У больных шизофренией преобладающие стратегии поведения оказывают существенное влияние на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания, вероятность рецидивов. Учитывая сохранность на начальных этапах заболевания более конструктивных моделей поведения и формирование при повторных рецидивах избегающих поведенческих стратегий, при ранней реабилитации больных шизофренией целесообразно использовать когнитивно-поведенческие методы, направленные на сохранение и развитие наиболее социально приемлемых и помогающих формированию адаптивного поведения копинг-стратегий, ориентированных на решение проблем.

*Абрамов В.А.*

## **ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ИНТЕГРАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А.,  
научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.*

**Целью** настоящего исследования являлось изучение уровней интеграции идентичности у больных шизофренией с различной давностью заболевания.

**Материал и методы** исследования. Исследование уровней интеграции идентичности проводилось с помощью Опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности (Абрамов В.А. и соавт., 2012). Было обследовано 98 больных шизофренией, из которых 23 пациента (23,4%) перенесли первый психотический эпизод шизофрении (группа 1), 37 больных (37,8%) в течение 3-х лет болезни перенесли до 5ти психотических эпизодов (группа 2) и 38 (38,8%) – имели давность заболевания не более 5ти лет и перенесли не более 5ти психотических эпизодов (группа 3). Средний возраст больных составлял  $34,4 \pm 0,48$  года. Среди обследованных преобладали мужчины (62 чел. – 63,3%). Все больные на момент обследования получали стандартную терапию атипичными антипсихотиками. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

**Результаты исследования.** Лишь у 5 больных группы 1 (21,7%) был определен целостный уровень идентичности. Этот уровень интеграции идентичности предполагает наличие баланса динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Функционирование на этом, самом высоком уровне интеграции является свидетельством низкой стигматизированности больных после первого перенесенного психотического эпизода, что возможно лишь при высокой стрессоустойчивости личности к стигматизирующей ситуации госпитализации и постановки психиатрического диагноза. Во второй группе статистически достоверным ( $p < 0,05$ ) в сравнении с больными групп 1 и 3 было преобладание пациентов с диффузно-фрагментарной идентичностью (29 чел. – 78,4%). Этим больным было свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности с фрагментарностью и противоречивостью представлений о себе, выраженной иррациональных установок, ослаблением способности дифференцировать реальность, низкой самооценкой, пессимизмом, апатией, отчуждением, элементами беспомощности и безнадежности, отсутствием понимания своих чувств и желаний. У преобладающего большинства пациентов группы 3 (32 чел. – 84,2%) был диагностирован деструктивный кризис идентичности или спутанная идентичность (различия с группами 1 и 2 статистически достоверны,  $p < 0,05$ ). Состояние больных характеризовалось потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождало ощущение растерянности, «размытости» личностных границ, потерю контроля над собой, неуверенность в себе, уход от реального мира, общую дезинтеграцию личности.

**Выводы.** Идентичность понимается как самоопределение личности, самоотождествление своих биологических, психических и социальных составляющих с собственным Я. Оценочными категориями идентичности являются принятые человеком суждения относительно себя и своей жизни. Стигматизация и аутостигматизация больных шизофренией приводят к деформации сложившейся до болезни идентичности



личности. Этот процесс происходит постепенно и тем интенсивнее, чем менее стрессоустойчивым является пациент и чем значительнее спектр стигматизирующих воздействий. Изучение трансформированной болезнью идентичности личности как интегрального критерия психического здоровья является важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий при заболеваниях психотического регистра.

*Аверин Б.М., Персток Д.А.*

### **УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И УРОВЕНЬ ПОТРЕБНОСТИ ВО ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра психиатрии, наркологии и мед. психологии, заведующий кафедрой – проф. Абрамов В.А., научный руководитель – доц. Голоденко О.Н.*

**Целью** нашего исследования является изучение распространенности употребления психоактивных веществ (ПАВ) и определения уровня потребности во вмешательстве.

**Материал и методы исследования.** Интервьюировано 102 студента-добровольца медицинского университета. Возраст обследованных (в основном мужчины) был от 20-22 лет. Студенты были разделены на две группы сравнения: 1 группа (45 человек) – студенты 4 курса; 2 группа (57 человек) – студенты 5 курса. В качестве инструмента исследования была применена методика ВОЗ ASSIST V3.0 (Тест на выявления проблем, связанных с потреблением алкоголя, табака и наркотиков). Позволяющая выявить проблему и определить уровень вмешательства: нет вмешательства, краткосрочное вмешательство (помощь психолога) и интенсивное (психологическое и медикаментозное лечение). Предметом анализа стало процентное соотношение по обеим группам сравнения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенного исследования у студентов 4 и 5 курсов было выявлено употребление таких ПАВ, как табак, алкоголь и марихуана. Среди студентов 4 курса не нуждаются во вмешательстве по поводу табакокурения 15.5% (7 человек), нуждаются в краткосрочном вмешательстве – 1.1% (3 человека) и нуждаются в интенсивном лечении – 11.1% (5 человек). Не нуждаются во вмешательстве по поводу употребления алкоголя 44.4% (20 человек), нуждаются в краткосрочном вмешательстве – 46.7% (21 человек), нуждающихся в интенсивном лечении выявлено не было. Марихуану употребляло 13.3% (6 человек), все они нуждаются в краткосрочном вмешательстве. Студентов 5 курса не нуждающихся во вмешательстве по поводу табакокурения 1.7% (1 человек), нуждающихся в краткосрочном вмешательстве – 22.8% (13 человек), требующих интенсивного лечения – 15.8% (9 человек). Среди студентов употребляющих алкоголь не нуждаются во вмешательстве 52.6% (30 человек), нуждаются в краткосрочном вмешательстве 40.3% (23 человека), нуждающихся в интенсивном лечении выявлено не было. На 5 курсе марихуану употребляют 12.3% (7 человек), все они нуждаются в краткосрочном вмешательстве.

**Вывод:** зависимость от табакокурения к 5 курсу возрастает и большее количество студентов становятся нуждающимися в интенсивном лечении, употребление алкоголя с рекомендованным краткосрочным вмешательством несколько выше на 4 курсе, употребление марихуаны требующей краткосрочного вмешательства одинаково распространено на обоих курсах.

*Бойченко А.А.*

### **ЧАСТОТА СТИГМАТИЗИРУЮЩИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,  
зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Абрамов В.А.*

**Целью** настоящего исследования являлось изучение частоты стигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной выраженностью экстрапирамидных симптомов.

**Материал и методы.** Исследование частоты стигматизирующих переживаний проводилось с помощью Шкалы оценки стигматизирующих переживаний (Абрамов В.А. и соавт., 2012) у 98 больных шизофренией с давностью заболевания не более 5ти лет, перенесших не более 5ти психотических эпизодов. Средний возраст больных составлял  $34,4 \pm 0,48$  года. Среди обследованных преобладали мужчины (62 чел. – 63,3%). Все больные на момент обследования получали терапию атипичными антипсихотиками. Тяжесть экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии оценивалась с помощью опросника SAS (шкала Симпсона Ангуса). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

**Результаты исследования.** На основании выраженности экстрапирамидных побочных эффектов терапии нейролептиками все больные были разделены на три группы: 1-я группа – больные с легкими (по шкале SAS  $0,98 \pm 0,12$  балла, 25 чел. – 25,5%), 2я группа – с умеренными ( $2,24 \pm 0,45$  балла, 51 чел. – 52,0%) и 3я группа – с выраженными экстрапирамидными симптомами ( $3,48 \pm 0,23$  балла, 22 чел. – 22,5%). Ни в одной

из групп не было выявлено больных с низкой частотой стигматизирующих переживаний. У 74,5% (38 чел.) больных 2й группы и у 81,8% (18 чел.) больных 3й группы стигматизирующие переживания присутствовали почти всегда или постоянно, причем при большей выраженности экстрапирамидных симптомов частота стигматизирующих переживаний возрастала ( $38,6 \pm 0,76$  и  $42,3 \pm 0,32$  балла у больных 2й и 3й групп соответственно) (различия между группами статистически достоверны,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Увеличение частоты стигматизирующих переживаний с нарастанием выраженности экстрапирамидных симптомов у больных шизофренией требует не только коррекции нейролептической терапии, но и разработки и внедрения психокоррекционных антистигматизационных мероприятий. Данные о различных сферах стигматизирующих переживаний дают возможность для более надежной идентификации психиатрической стигмы, способствуют выделению факторов, участвующих в ее формировании и разработке целевых психосоциальных вмешательств.

**Кириченко Н.І.**

### **ДО ПИТАННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри – проф. Абрамов В.А., науковий керівник – д. мед. н., доцент Васильєва А.Ю.*

**Мета дослідження** – вивчення особливостей психологічного реагування на захворювання у жінок із онкогінекологічною патологією.

**Матеріал і методи.** Дослідження ґрунтується на вивченні психологічного реагування на онкологічне захворювання за допомогою методики для визначення типу відношення до хвороби 65 пацієнток з верифікованим діагнозом злоякісного новоутворення органів репродуктивної сфери, які знаходилися на обстеженні і лікуванні у Донецькому обласному протипухлинному центрі.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів виявив, що у жінок зі злоякісними новоутвореннями репродуктивної сфери найчастіше діагностувався змішаний тип реагування на захворювання з певними особливостями відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У загальній ранговій оцінці домінували тривожний (75,4%), невротенічний (64,6%), сенситивний (56,9%), меланхолічний (49,2%) та іпохондричний (46,2%) типи відношення до онкологічної хвороби. У жінок, які знаходилися на діагностичному етапі найчастіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. Пацієнтки випробовували загальний неспокій, тривогу, відчуття безнадійності, безперспективності існування, думки про несприятливість перебігу хвороби, висловлювали побоювання відносно можливих ускладнень під час проведення діагностичних процедур. У пацієнток, які знаходилися на передопераційному етапі, частіше виявлявся змішаний тривожно-сенситивно-іпохондричний тип психологічного реагування, який проявлявся у тривожному очікуванні оперативного втручання, побоюванні можливих фатальних ускладнень втручання, страхом можливої смерті в процесі операції і ускладнень, пов'язаних з дією наркозу, а також калічущіх наслідків лікування. У жінок, які знаходилися на післяопераційному етапі протипухлинного лікування, домінували тривожно-іпохондрично-невротенічні варіанти реагування. Такі особливості внутрішньої картини хвороби були пов'язані, на нашу думку, не тільки із спадом емоційної напруги після тривалої психотравмуючої ситуації, але і перебільшеними побоюваннями про можливий прогноз післяопераційного періоду, страхом розвитку віддалених ускладнень, невпевненістю у відновленні порушених оперативним втручанням функцій організму з виразною фіксацією на стані свого здоров'я. Для цього періоду були характерні спалахи дратівливості, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Негативні емоції виливаються на оточуючих, після чого хворий випробовує розкаяння. занадто переймалися через враження від специфіки онкологічного діагнозу на оточуючих та надмірно турбувалися, що через захворювання їх будуть вважати неповноцінними, зневажати та уникати спілкування, побоювалися стати тягарем для родини.

**Висновки.** Нами було виявлено значне переважання дезадаптивних типів психологічного реагування на факт наявності злоякісної пухлини з домінуванням інтрапсихичної спрямованості внутрішньої картини хвороби. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках відношення до хвороби.

*Клименко В.А., Кузнецов О.И.*

### **ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ КАК ОДНОГО ИЗ ОСНОВНЫХ МЕХАНИЗМОВ МОТИВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра психиатрии, наркологии и мед. психологии, заведующий кафедрой – проф. Абрамов В.А., научный руководитель – доц. Голоденко О.Н.*

**Цель исследования** - изучить уровень субъективного контроля как один из основных механизмов моти-

ваціонной деятельности у студентов-медиков.

**Материал и методы.** В исследовании добровольно приняли участие 48 студентов 4-го курса (18 человек мужского пола, 30 – женского), средний возраст которых составил 21 год. Все студенты были разделены на две группы (по 5-балльной системе оценивания знаний): 1 группа (25 человек) – с хорошим уровнем знаний (более 3,5 баллов), 2 группа (23 человек) – с низким уровнем знаний (менее 3,5 баллов). В качестве инструмента исследования была применена методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) (модифицированный вариант опросника американского психолога Дж. Роттера). При этом между группами рассматривались различия, достоверность которых оценивалась по t-критерию Стьюдента [17].

**Результаты исследования.** У студентов 1 группы были выявлены высокие показатели УСК  $\Sigma 27 \pm 3$  баллов (61,4%). Особенно высокими показателями УСК, имеющие достоверные различия ( $p < 0,05$ ) со 2 группой студентов, были по шкалам: интернальности в области неудач ( $9 \pm 2$  баллов, 75,0%), что говорит о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям; интернальности в области межличностных отношений ( $3 \pm 1$  балла, 75,0%), что свидетельствует о том, что человек чувствует себя способным вызывать уважение и симпатию других людей; интернальности в отношении здоровья и болезни ( $4 \pm 1$  балла, 100%) – люди с такими показателями считают себя во многом ответственными за свое здоровье и полагают, что выздоровление зависит преимущественно от их действий. У студентов 2 группы, как общий показатель УСК, так и показатели по всем шкалам, находились на низком уровне ( $\Sigma 4 \pm 2$  балла, 9,1%). Они отличались низким уровнем субъективного контроля, склонностью приписывать ответственность в неудачах другим людям или объяснять это, результатом невезения; отсутствием стремления к гармонизации межличностных отношений; склонностью считать здоровье и болезнь результатом случая.

**Вывод.** Студенты с хорошим уровнем знаний отличались автономностью, уверенностью в себе, высокой степенью ответственности за свои поступки и свою жизнь. Студенты с низким уровнем знаний отличались зависимостью, неуверенностью со стремлением переложить ответственность на других.

*Смаль Е.Э.*

## СТРУКТУРА ПРОФИЛЯ СПУТАННОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А.,*

*научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.*

**Целью** настоящего исследования являлось изучение профиля спутанной идентичности у больных шизофренией с различной продолжительностью болезни.

**Материал и методы** исследования. Исследование профиля спутанной идентичности проводилось с помощью Опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности (Абрамов В.А. и соавт., 2012). Было обследовано 98 больных шизофренией. Больные были разделены на три группы: группа 1 (23 чел. – 23,4%) – больные, перенесшие первый психотический эпизод шизофрении, группа 2 (37 чел. – 37,8%) – пациенты с давностью заболевания до 3-х лет; группа 3 (38 чел. – 38,8%) – с давностью заболевания до 5ти лет. Средний возраст больных составлял  $34,4 \pm 0,48$  года. Среди обследованных преобладали мужчины (62 чел. – 63,3%). Все больные на момент обследования получали стандартную терапию атипичными антипсихотиками. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

**Результаты исследования.** Деструктивный кризис идентичности был диагностирован у 6 больных группы 1 (26,1%), 12 больных группы 2 (32,4%) и у 32 пациентов группы 3 (84,2%). Наиболее высоким эмоциональным уровнем кризиса ( $1,46 \pm 0,45$ ) отличались пациенты группы 1, что проявлялось такими эмоциональными состояниями как чувство неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Когнитивный уровень, связанный с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью оказался статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более высоким ( $1,63 \pm 0,24$ ) у больных группы 2. У пациентов группы 3 нарастал распад целостности ценностно-смысловых структур личности, на которые она обычно опирается при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения, что нашло отражение в статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более высоким, в сравнении с пациентами с меньшей давностью заболевания, ценностно-смысловым уровнем кризиса идентичности. При этом у больных всех трех групп отмечалось нарушение межличностного взаимодействия, отсутствие доверия к значимым другим, чувство одиночества, отсутствие эмоциональной глубины социальных контактов, применение неадаптивных стратегий поведения.

**Выводы.** С увеличением продолжительности болезни нарастает вероятность и видоизменяется структура деструктивного кризиса идентичности больных шизофренией. Кризисное изменение идентичности у этих больных характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией личности. Возможность преодоления кризиса идентичности зависит от социальных обстоятельств и саморегуляционных навыков личности, что требует разработки специфических индивидуализированных комплексных мер психосоциального воздействия у больных шизофренией.

# СУДОВА МЕДИЦИНА І МЕДИЧНЕ ПРАВО

*Аверин Б.М*

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И БЕЗ НЕЕ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, зав. каф. - проф. Герасименко А.И., научный руководитель – асс. Минаков Г. Р.*

**Цель исследования.** Изучить судебно-медицинскую характеристику случаев скоропостижной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на фоне алкогольной интоксикации и без неё.

**Материалы и методы.** Анализ архива Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы (326 акта судебно-медицинского исследования трупов за 2011 год) без повреждений которые могли привести к смерти.

**Результаты.** Изучение данных материалов позволило основными причинами смерти: Острая коронарная недостаточность (114 -34,96%), Атеросклеротический коронаросклероз (190- 58,29%), Цирроз (15случаев-4,6%),Хроническая ишемическая болезнь сердца (6 -1,84%),Пост инфарктный кардиосклероз (1-0,3%). Изучение возраста показало, что в группе с 20-40 лет 28 случая смерти, 40-60 лет 154 случая смерти, 60-80 144. В случаях при судебно-токсикологическом исследовании крови и мочи был выявлен этиловый спирт: до 0,5 (0,56%), 0,5-1,5 (9,2%), 1,5-2,5 (5,24%), 2,5-3,0 (3,37%).

**Выводы.** Основными причинами смерти являлись Острая коронарная недостаточность (114 -34,96%), Атеросклеротический коронаросклероз (190 -58,29%), Цирроз (15-4,6%),Хроническая ишемическая болезнь сердца (6-1,84%),Пост инфарктный кардиосклероз (1-0,3%):. Этиловый спирт был выявлен в 60 актах до 0,5 (0,56%), 0,5-1,5 (9,2%), 1,5-2,5 (5,24%), 2,5-3,0 (3,37%). Таким образом имеется значительная разница, как в морфологии скоропостижной смерти, умерших на фоне алкогольной интоксикации, так и без нее.

*Белобородько В.С., Кононенко Р.Е., Чурилов К.А., Шукин А.И.*

## **ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, заведующий кафедрой – профессор Герасименко А.И., Национальная Академия прокуратуры Украины, Научный рук. – профессор А.И. Герасименко*

**Цель исследования** – выявить основные актуальные юридические проблемы, возникающие при трансплантации органов в Украине.

**Материал и методы.** Проанализированы нормативно-правовые акты, регулирующие проведение трансплантаций в Украине – Закон Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человека» от 16 июля 1999 г., Конституция Украины, Уголовный кодекс Украины, Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» от 19 ноября 1992 г. Проанализирована судебная практика Верховного суда Украины, материалы уголовных дел Управления расследования тяжких и особо тяжких преступлений Главного следственного управления МВД Украины.

**Результаты.** В Уголовном кодексе Украины с момента его принятия в 2001 г. содержится ст. 143 «Нарушение установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека». В диспозицию этой статьи, в частности, входит изъятие у человека органов или тканей путем обмана или принуждения, их изъятие у человека, находящегося в беспомощном состоянии, а также незаконная торговля органами либо тканями человека. Наказание, предусмотренное законом – от штрафа 850 грн. до 7 лет лишения свободы в зависимости от наличия отягчающих обстоятельств. С 2007 г. подследственность ст. 143 УК перешла от прокуратуры к органам внутренних дел. Начиная с этого момента, милицейскими следователями было расследовано 8 уголовных дел по этой статье, 6 из них были переданы в суд, по 5 были вынесены обвинительные приговоры, причем по 3 из них судьи освободили приговоренных от уголовной ответственности в связи с актом амнистии. В диспозиции названной статьи не зря сказано об установленном законом порядке. Эту сферу регулирует Закон Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человека», принятый Верховной Радой 16 июля 1999 г. Согласно этому нормативному акту, сейчас в Украине, как и во многих других странах, в частности США, Великобритании, Австралии, действует принцип презумпции несогласия человека на использование его органов после смерти. Т. е. для того, чтобы пересадить какой-либо орган, необходимо разрешение, данное человеком еще при жизни либо родственниками после его смерти.

**Выводы.** Решение основной юридической проблемы в трансплантологии Украины имеет два варианта – первый: замена презумпции несогласия презумпцией согласия, но подобная мера может спровоцировать вспышку преступлений, имеющих целью получение органов, и второй – проведение медицинской пропаганды донорства, введение донорских карт, привлечение внимания людей к донорству.

*Веретин К.И., Ивченко С.В., Поливода Е.Г., Готовкина В.С.*

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы, кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор Герасименко А.И.*

**Цель исследования.** Изучить структуру отравлений угарным газом по г. Донецку.

**Материалы и методы.** Проведен анализ архива отдела судебно-медицинской экспертизы трупов Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы с 2010 по 2012 г. Исследовано 50 актов судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших в результате отравления угарным газом.

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что на территории г.Донецка за 2010г. было зарегистрировано 34 случая смерти от отравления угарным газом, что составляет 1,5 % от общего количества исследованных трупов за указанный период. В 2011 году этот процент составил 1,1%, в 2012г. – 1,3%. Умершие мужчины составили 65%, женщины – 35%. 64% всех пострадавших были в зрелом возрасте, 34% в преклонном, 2% в детском и юношеском. В зимнее время года было зарегистрировано 46% всех отравлений, в осеннее 18%, в летнее 24%, в весеннее – 12%. На территории Кировского района было зарегистрировано 28% всех отравлений угарным газом, Куйбышевского и Пролетарского – по 18%, Буденовского – 12%, Петровского – 9%, Кировского – 6%, Киевского – 4%. В 24% всех случаев в крови умерших был найден этиловый алкоголь (от 1,5 мг/л до 3,1 мг/л).

**Выводы.** Чаще всего от отравления угарным газом гибнут люди преклонного возраста, проживающие в домах с печным отоплением. Максимальное количество смертей приходится на зимнее время года ночной промежуток суток, выходные дни.

*Заплавский А.В., Золото М.С., Семизаров С.С., Никулин И.Ю.*

## **МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ ОТ УТОПЛЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, заведующий кафедрой – профессор Герасименко А.И., Донецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы, научный руководитель – доцент Шевченко В.В.*

**Цель исследования** – выявить частоту встречаемости случаев утоплений, признаков смерти от утопления и признаков пребывания трупа в воде.

**Материалы и методы.** Методом математической статистики был обработан архивный материал отдела судебно-медицинской экспертизы трупов Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы: акты судебно-медицинского исследования и заключения экспертов за 5 лет.

**Результаты исследования.** Случаи утоплений в г. Донецке за 2008 – 2012 годы составили 102 (0,6 %) от общего числа исследований (16853). По половому признаку пострадавшие распределились: мужчин 79 (77%), женщин 23 (23%). В возрасте до 18 лет – 10 (10 %), трудоспособного возраста (18 – 54 лет) – 63 (65%), старше 56 лет – 27 (27 %). За период 5 лет: 2008 – 28 (28,5%), 2009 – 19 (19,5%), 2010 – 26 (26,5%), 2011- 19 (19,5%), 2012- 10 (10%). По сезонности: зима 11 (11%), весна 12 (12%), лето 64 (66%), осень 12 (12%). По обстоятельствам: несчастный случай – 97 (98 %) , самоубийство – 3 (3%), убийство – 1 (1%). В состоянии алкогольного опьянения находилось 47 человек (46 %). В обработанном материале во всех случаях выявлены морфологические признаки, характерные для утопления: мелкопузырчатая стойкая пена у отверстий рта и носа (признак Крушевского); увеличение окружности грудной клетки; сглаживание над- и подключичных ямок; наличие в просвете трахеи и бронхов розоватой стойкой мелкопузырчатой пены; «влажное вздутие легких» с отпечатками ребер; жидкость в желудке и верхнем отделе тонкой кишки с примесью ила, песка, водорослей (признак Фегерлунда); в левой половине сердца кровь, разведенная водой, вишнево-красной окраски (И.Л. Каспер); пятна Рассказова- Лукомского -Пальтауфа; жидкость в пазухе основной кости (признак В. А. Свешникова). Судебно-медицинскими экспертами описаны также признаки, характерные для пребывания трупа в воде: «гусяная кожа»; бледность кожных покровов; соски и мошонка сморщенные; выпадение волос; мацерация кожных покровов (морщинистость, бледность, «рука прачки», «перчатки смерти»).

**Выводы.** Актуален вопрос разработки мероприятий по контролю поведения на воде, особенно в летний период. Совокупность характерных признаков, формирующихся при утоплении, позволяет определить «мокрое» (истинное), «сухое» и синкопальное утопление. Так как утопление относится к категории насильственной смерти, то трупы лиц, обнаруженных в воде, подлежат обязательной судебно-медицинской экспертизе.

*Золото М.С., Заплавский А.В., Никулин И.Ю., Семизаров С.С.*

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОВЕШЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, зав. каф. – профессор Герасименко А.И., Донецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы, научный руководитель – доц. Шевченко В.В.*

**Цель исследования.** Определить структуру случаев повешения по г. Донецку за 5 лет с 2008 по 2012 годы,

а также выявляемость признаков данного вида механической асфиксии.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ архива отдела судебно-медицинской экспертизы трупов за 5 лет с 2008 по 2012 год. Составление электронной базы данных с учетом пола, возраста, а также времени года и дней недели. Данные обработаны статистическим методом.

**Результаты.** Случаи смерти от суицида через повешение в г. Донецке за 5 лет с 2008 по 2012 годы составили 83 % от общего числа самоубийств за этот период. Из них мужчин 81%, женщин – 19%. По возрасту случаи асфиксии через повешение распределились следующим образом: до 21 года – 3%; 21-40 – 39%; 41-60 – 33%; старше 60 лет – 25%. В зависимости от времени года выявлено, что наибольшее количество повешений в г. Донецке за указанный период было отмечено в летнее и весеннее время года и составило по 29 %; зимнее и осеннее время – по 21%. Наибольшее количество повешений было отмечено в середине недели – среда (17%) и четверг (18%); наименьшее – во вторник (9%). В обработанном материале почти во всех случаях выявлены морфологические признаки, характерные для механической асфиксии: кровоизлияния в мышцы шеи соответственно странгуляционной борозде; признак Мюссе, кровоизлияния в грудино-ключично-сосцевидную мышцу у места прикрепления ее к груди; кровоизлияния и надрывы мышц грудной клетки и плечевого пояса; переломы подъязычной кости и хрящей гортани с кровоизлияниями в места переломов; надрывы интимы сонных артерий (признак Амюсса); кровоизлияния в адвентицию каротид (признак Симона), кровоизлияния в межпозвоночные диски; триада А.В. Пермякова: а) застойные явления и кровоизлияния в заднюю стенку глазного яблока; б) кровоизлияния и отек орбитального отдела зрительного нерва; в) дистрофические изменения нервов в коже области странгуляционной борозды. Выявлены также и наружные и внутренние общеасфиктические признаки смерти: цианоз лица и шеи; обильные, разлитые темно-фиолетовые трупные пятна; расширение зрачков, иногда наблюдалась анизокория; экхимозы в соединительно-тканной оболочке век, слизистой рта, глотки (признак Бруарделя); ущемление кончика языка между зубами; кровоизлияния на слизистой оболочке рта; признаки непроизвольного мочеиспускания, дефекации, извержения семени. Внутренние общеасфиктические признаки, выявленные при внутреннем исследовании трупа: жидкая темная кровь; переполнение кровью правой половины сердца и полых вен; пятна Тардье.

**Выводы.** Отмечено возрастание количества суицидов в летний и весенний период (с пиком в июне). Средний возраст погибших составил 45 лет (от 13 до 100 лет). Повешение среди мужчин встречается в 4 раза чаще, чем женщины. Совокупность характерных признаков, образующихся при повешении, позволяет определить вид повешения, прижизненность образования странгуляционной борозды, и уточнить обстоятельства происшествия.

*Ногач А.*

## **АНАЛІЗ КІЛЬКОСТІ ВИПАДКІВ СМЕРТІ ВІД МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2008-2012 РОКІВ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра патологічної анатомії та судової медицини*

*Завідувач кафедри - д.м.н., проф. Поспішіль Ю.О., науковий керівник – к.м.н., доц. Шевчук М.М.*

**Мета** цієї роботи полягає в аналізі кількості випадків смерті від механічної асфіксії у Львівській області за 2008-2012 роки.

**Матеріали і методи:** Об'єктом дослідження були 2188 «Акти судово-медичних досліджень трупів» та «Висновки експерта», із архіву Львівського обласного бюро судово-медичної експертизи за період 2008-2012 років. Отримані результати були оброблені стандартними методами варіаційної статистики.

**Результати:** Механічна асфіксія є проблемою сьогодення, коли відбувається соціальна трансформація суспільства. За родом смерті механічна асфіксія може являти собою як випадки самогубства, так і випадки вбивства. Згідно архівних даних Львівського обласного бюро судово-медичної експертизи, в період 2008 року в області зареєстровано 497 випадків смерті від механічної асфіксії, у 2009 році ця кількість становила 472 випадки. У період 2010 року, у порівнянні з попереднім роком, ця кількість зменшилась на 11%. Згодом, у 2011 році, смертність від механічної асфіксії знизилась ще на 9%. А в останній рік кількість осіб, що загинули від механічної асфіксії, зросла на 12% на відміну від попереднього року. Досліджуючи 2008-2012 роки слідє, що станом на 2008 рік смертність від асфіксії становить: утоплення – 177, повішання – 220, задушення руками – 3, задушення петлею – 2, інші види асфіксій – 95, всього – 497 випадків. Станом на 2009 рік: утоплення – 132, повішання – 235, задушення руками – 5, задушення петлею – 2, інші види асфіксій – 98, всього – 472 випадків. Станом на 2010 рік: утоплення – 145, повішання – 217, задушення руками – 2, задушення петлею – 3, інші види асфіксій – 49, всього – 416 випадків. Станом на 2011 рік: утоплення – 121, повішання – 216, задушення руками – 2, задушення петлею – 4, інші види асфіксій – 35, всього – 378 випадків. Станом на 2012 рік: утоплення – 122, повішання – 241, задушення руками – 1, задушення петлею – 0, інші види асфіксій – 61, всього – 425 випадків. Як слідє з вище викладеного, за 2008-2012 роки найбільша частка випадків смерті від механічної асфіксії припадає на повішання, та становить в середньому 52% від загальної кількості. Друге місце в кількості смертей займає утоплення. Аналіз загибелі людей на воді показав, що найбільше трагічних випадків ставалося на необладнаних для купання місцях. В окремих

випадках утоплення відбуваються і поза водоймою – у ванні, криниці. Виходячи з даних статистики можна відмітити, що найбільше утоплень було у період 2008 року і це становить 25% від загальної кількості утоплень протягом опрацьованих 5 років. Набагато рідше трапляються такі види механічної асфіксії як задушення руками та петлею. У період 2009 року задушення руками зустрічалося у 5 випадках, що становить найбільше у порівнянні з іншими дослідженими роками. Варто зазначити, що за періоди 2010 та 2011 років кількість випадків смерті від задушення руками однакова (по 2 випадки). Задушення петлею за період 2008–2012 років становить 11 випадків, найбільша кількість відмічається у період 2011 року і становить 4 випадки. Жодного випадку задушення петлею не спостерігалось у період 2012 році. Також слід зазначити, що найбільша кількість випадків смертей від інших видів асфіксії, до яких відноситься закриття отворів рота, носа та дихальних шляхів стороннім тілом, а також стиснення грудей і живота, припадає на 2009 рік. Згідно таблиці, їх кількість становить 98 випадків.

**Висновок:** Аналіз отриманих результатів дає можливість стверджувати, що кількість випадків смерті від механічної асфіксії у Львівській області за період 2008–2012 років має хвилеподібний характер. Це залежить від багатьох факторів, одним із яких є різка зміна соціально-економічної та моральної організації суспільства, що є травмуючим чинником психіки суб'єкта.

*Поливода Е.Г., Верейтин К.И., Тимченко Д.В., Игнатъева А.С.*

### **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СМЕРТЕЛЬНОЙ АВТОТРАВМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы, Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор Герасименко А.И.*

**Цель исследования.** Определить структуру автомобильной травмы и основные причины смерти участников ДТП (дорожно-транспортных происшествий).

**Материалы и методы.** Проведен анализ 64 актов судебно-медицинского исследования трупов лиц, погибших в результате ДТП в 2010 году (архив отдела судебно-медицинской экспертизы трупов Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы).

**Результаты исследования.** В ходе исследования было выявлено, что на территории г.Донецка за 2010г. зарегистрировано 34 случая смертельной автотравмы (1,1% от всех случаев смерти). В 2011 году этот процент составил 1,2%, в 2012г. – 0,7%. В 74% случаев травмированы мужчины. Случаи столкновения пешехода с движущимся автомобилем составили 85%, столкновение транспорта с препятствием – 14%, комбинированная автотравма – 1%. При наезде транспорта на препятствие в 46% случаев смертельные повреждения получали только водители, в 12% – только пассажиры, в 42% повреждения получали и водители и пассажиры. В 12% у пострадавших в крови был найден спирт этиловый. В качестве непосредственной причины смерти в 65% случаев выступала закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ), шок – 24%, открытая ЧМТ – 7%.

**Выводы.** Наибольшее количество погибших в ДТП регистрировалось в зимнее время года, в основном в пятницу и воскресенье, преимущественно около 12 часов дня. По виду автотравмы первое место занимает столкновение пешехода с движущимся автомобилем, а среди причин смерти превалирует ЧМТ.

*Тимченко Д.В., Полищук-Сироха Т.П., Ивченко С.В., Самохвалов Р.С.*

### **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СКЕЛЕТИРОВАННОГО ТРУПА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы, Кафедра судебной медицины и медицинского законодательства, заведующий кафедрой – профессор Герасименко А.И., научный руководитель – доцент Шевченко В.В.*

**Цель исследования.** Определить частоту встречаемости скелетированных трупов и возможности судебно-медицинской экспертизы костных останков.

**Материал и методы.** Анализ архива Донецкого бюро судмедэкспертизы по скелетированным трупам за 5 лет (86 случаев). Методы: визуальный, микроскопический, иммунологический, рентгенологический, спектральный, фотосовмещение по черепу с использованием компьютерной программы.

**Результаты.** В г. Донецке за 2008 – 2012 годы обнаружено 86 скелетированных трупов, что составило 0,5% от общего числа исследований. По способу захоронения: все объекты находились в почве (в основном в черноземе и песке, единичные объекты были захоронены в суглинистой почве). В 47,8% случаев на них имелись остатки одежды. По сезонности: чаще всего скелетированные трупы обнаруживались весной и летом (соответственно 30 и 36 случаев, что составило 34,9% и 41,9%). Во всех случаях была определена половая принадлежность останков (70 мужчин – 81,4% и 16 женщин – 19,6%), а также прижизненный рост; в случаях имевшихся повреждений костей была определена причина смерти. В 83,1% случаев был решен вопрос о давности захоронения. Личность была идентифицирована в 100% случаев.

**Выводы.** Независимо от давности, глубины захоронения и вида почвы имеющиеся в распоряжении эксперта методы позволяют решить ряд важных вопросов следствия, а именно: пол, возраст, рост, причина смерти давность захоронения, идентификация личности.

*Уваров Е.А., Кононенко Р.Е., Шукин А.И., Полищук–Сироха Т.П.***СТРУКТУРА СМЕРТЕЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПО Г.ДОНЕЦКУ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Донецкое областное бюро судебно–медицинской экспертизы, Кафедра судебной медицины и медицинско–законодательства, заведующий кафедрой – проф. Герасименко А.И., науч. рук. – асс. Поливода Е.Г.*

**Цель исследования:** определить структуру смертельной черепно–мозговой травмы (ЧМТ), полученной пострадавшими на территории г.Донецка.

**Материал и методы:** был проведен ретроспективный анализ 468 актов судебно–медицинского исследования трупов лиц, погибших вследствие ЧМТ (по данным архива Донецкого областного бюро судебно–медицинской экспертизы за период с 2009 по 2011г.).

**Результаты:** при исследовании первичного материала за период с 2009 по 2011г. было установлено, что за 3 года частота встречаемости ЧМТ существенно не изменилась. В 2009 году общий процент случаев смертельной ЧМТ составил 4,1% от всех случаев смертей на территории города за год, в 2010г. – 4,4%, в 2011г. – 4,8%. В 76% всех случаев пострадавшими были мужчины, в 24% – женщины. Среди всех 468 случаев, в 318 смерть наступила в результате закрытой ЧМТ, что составляет 67,9% и лишь в 150 это была открытая ЧМТ. По районам случаи смертельной ЧМТ распределились следующим образом: Кировский – 21,9%, Киевский – 19,4%, Буденковский–17,5%, Пролетарский – 15%, Ворошиловский – 13,8% и Петровский 13,1%. За исследуемый период времени в 28,8% всех случаев ЧМТ произошла в зимнее время года, 25,6% – весной, 24,3% – летом, 21,3% –осенью. Преимущественно травмировались лица пожилого (52,5%) и зрелого возраста (29,5%). Только 18% приходится на лиц детского и юношеского возраста. В 47,57% случаев смертельная ЧМТ получена в быту, в 19,33% – при дорожно–транспортных происшествиях (ДТП), 12,5% – самоубийства, 4,5% – убийства и лишь 2,6% составила производственная травма. В остальных 10% случаев обстоятельства травмы выяснены не были. В 69,3% случаев ЧМТ фигурировала как отдельное патологическое состояние, в 30,7% – в составе сочетанных травм тела. В качестве непосредственной причины смерти при ЧМТ в 73,2% случаев выступал отек головного мозга, в 19,5% – шок, в 4,7% – разможжение вещества головного мозга.

**Выводы:** ретроспективный анализ смертельной ЧМТ в г.Донецке свидетельствует о том, что структура смертельной ЧМТ за исследуемый период существенно не изменилось ни по количеству, ни по непосредственным причинам смерти; по–прежнему преимущественно травмировались мужчины, в основном, в быту. Среди районов г. Донецка лидировали Кировский и Киевский.

## ТРАВМАТОЛОГИЯ

*Ачкасов А.А.***КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА У СПОРТСМЕНОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, клиника детской травматологии и ортопедии – руководитель проф.Климовицкий В.Г., научный руководитель – ст.н.с. Кравченко А.И.*

**Цель исследования** — улучшение результатов и достижение значительного сокращения сроков лечения и реабилитации у спортсменов подросткового возраста с болезнью Осгуда-Шлаттера.

**Материалы и методы:** исследования проведены у 60 спортсменов подросткового возраста с болезнью Осгуда-Шлаттера наблюдавшихся в НИИТО ДНМУ в 2007-2012 годах.

**Результаты и их обсуждение:** В основной группе детей получавших лечение с использованием метода биопунктуры, болевой синдром купировался через 14-16 дней. При контрольном осмотре через 3 месяца у всех пациентов движения были безболезненны, в полном объеме. На контрольных рентгенограммах, выполненных через 3 месяца после начала лечения наблюдалась выраженная положительная динамика в восстановлении структуры. Подростки вели активный образ жизни и через 3-4 месяца полноценно занимались спортом и физическими упражнениями. Оценка результатов лечения контрольной группы получавших традиционное консервативное лечение, установлено, что длительность болевого синдрома составила 10-25 мес., положительная рентгенологическая динамика отмечена через 5-10 мес., клинко-рентгенологическое выздоровление наступило в среднем через 15 месяцев от начала лечения.

**Выводы:** предложенный вариант лечения пациентов с болезнью Осгуда-Шлаттера позволяет улучшить результаты лечения данной патологии, значительно сократить продолжительность заболевания и сроки ограничения физической нагрузки и может быть широко использована в спортивной медицине.

*Бессмертный С.А.***ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА***НИИ Травматологии и ортопедии ДонНМУ им.М.Горького, Кафедра Травматологии, ортопедии и ХЭС, зав.каф. – проф. Климовицкий В.Г., науч. руководитель – проф. Рушай А.К.*

**Цель исследования:** определить возбудителей инфекции области эндопротезирования коленного сустава.



**Материалы и методы.** Исследование выполнено по данным бактериологического исследования отделяемого из ран 21 больного с нагноением области эндопротезирования, находившихся на лечении в клинике костно-гнойной инфекции ДНИИТО.

**Результаты:** Str. Aureus – 15 (71%), Str. Epidermidis – 9 (43%), E. Faecalis – 6 (29%), Pyogenes – 2(9%), Coagibacter – 2(9%). Бактериальные ассоциации из 2 видов бактерий выявлены у 2 больных, из 3 видов бактерий у 6 больных. В единственном случае бактериальный рост не отмечался.

**Выводы:** Самым частым возбудителем перипротезной инфекции является St. Aureus (до 71%). Бактериальные ассоциации встречаются у 38% пациентов с НОЭ. Наличие бактериальных ассоциаций в большом количестве случаев нагноений требует назначения нескольких антибактериальных препаратов одновременно.

*Большаков Д.В.*

### **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СКОЛІОТИЧНІЙ ХВОРОБИ У ХЛОПЦІВ 11-12 РОКІВ**

*Донецкий державний інститут здоров'я, фізичного виховання і спорту при Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Кафедра фізіології, фізичної та психологічної реабілітації – завідувач: д. мед. н., доцент Норецько Сергій Борисович, науковий керівник – к. мед. н., доцент Гришун Ю. А.*

**Мета дослідження.** Теоретично обґрунтувати та практично перевірити ефективність використання розробленої програми фізичної реабілітації при сколіотичній деформації хребтового стовпа у хлопців 11-12 років.

**Матеріали і методи.** В дослідженні прийняли участь 20 осіб. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: експериментальна (n=10) та контрольна (n=10). У контрольній групі 3 рази на тиждень проводилися класичний лікувальний масаж та лікувальна фізична культура (ЛФК). В експериментальній групі 3 рази на тиждень проводилися лікувальний масаж та ЛФК, що чередували їх з двома сегментарними масажами на тиждень. Для оцінки стану хворих використовували наступні тести: оцінка рухливості хребта назад та вперед, оцінка бічної рухливості, сили м'язів спини, сили м'язів правої і лівої сторони тулуба та сили м'язів черевного преса. Тести для контролю за ефективністю методики лікування сколіозу проводили перед початком занять, через 4 місяці і після курсу лікування (через 8 місяців).

**Результати.** Початково досліджувані показники в контрольній та експериментальній групах не розрізнялися. В експериментальній групі після експерименту збільшилася рухливість хребта, зросла сила м'язів бічних поверхонь тулуба, сила м'язів черевного преса та намітилася тенденція до збільшення показників сили м'язів спини ( $P < 0,01$ ).

**Висновки.** Розроблена програма фізичної реабілітації, є ефективною і може бути рекомендована для використання у лікуванні при сколіотичній деформації хребтового стовпа у хлопців 11-12 років.

*Гриценко А.В., Солов'єв І.А.*

### **ОБЗОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького, Кафедра травматологии, ортопедии, ХЭС ФИПО, зав. каф.: проф. Климовицкий В.Г., науч. рук.: проф. Борзых А.В.*

**Цель исследования:** провести обзор современной литературы и опыта отделения микрохирургии кисти ОКТБ и определить оптимальную тактику лечения пациентов с ложными суставами ладьевидной кости кисти.

**Материалы и методы:** проведён обзор отечественной и зарубежной литературы, опыта отделения м\х кисти ОКТБ с 2009 по 2012 годы по поводу переломов ладьевидной кости. По расположению – проксимальной трети, средней или пояса, и дистальной.

**Результаты и обсуждение:** консервативное лечение при помощи адекватной иммобилизации показано при свежих стабильных переломах дистальной или средней трети. Открытая фиксация показана при нестабильных переломах, и любых проксимальной трети. Также, открытая или миниинвазивная фиксация может быть выполнена активным пациентам и спортсменам при стабильных переломах. При застарелых переломах и ложных суставах, в зависимости от учитываемых факторов, применяется: металлоостеосинтез спицами или канюлированными винтами, остеосинтез кортикальными штифтами, свободная костная аутопластика, аутопластика васкуляризированной костью, удаление отломков, артродез костей запястья, удаление проксимального ряда, остеотомия шиловидного отростка лучевой кости. Для стимуляции процессов репаративной регенерации применяется ударно-волновая терапия, введение плазмы обогащённой тромбоцитами, физио- и медикаментозная терапия.

**Выводы:** лечение переломов ладьевидной кости кисти должно быть строго индивидуальным и, в первую очередь, зависеть от анатомического размещения перелома, сроках с момента травмы, возраста и активности пациента.

*Демьяненко Р.Ю., Чернецкий В.Ю., Якубенко Я.В., Уманский К.С.*

### **НАРУЖНЫЙ ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ**

*НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, научный руководитель - проф. Климовицкий В.Г.*

**Цель:** сформулировать показания и изучить результаты применения разработанного способа чрескост-

ного остеосинтеза (ЧКО) переломов пяточної кістки.

**Матеріал и методи.** По розробанній методикі чрескостного остеосинтеза переломов пяточної кістки в відділенні відновительної травматології НІІ травматології и ортопедії ДонНМУ ім. М. Горького с 2007 по 2012 г. прооперировано 36 пацієнтів в візасте от 22 до 63 лет: мужчин – 29(80,6%), женцин – 7(19,4%). Изолированные переломы отмечены у 20(55,6%) пацієнтів; переломы обеих пяточных костей – у 6(16,7%) чел.; сочетанная травма – у 7(19,4%) чел., открытые переломы – у 3(8,3%) чел. Результаты оценены в сроки от 2 до 12 месяцев на основании критериев Приказа №41 МОЗ Украины от 30.03.94г.

**Результаты.** Из 36 больных осложнения отмечены у 1 (2,8%) чел. Для объективизации функциональных результатов применяли аппарат ДиаСлед-Скан. Хорошие результаты отмечены у 34 (92,6%) пацієнтів, удовлетворительные у 2 (7,4%).

**Выводы.** Применение разработанного способа ЧКО переломов пяточної кістки позволило получить 92,6% хороших результатов, что говорит о его эффективности и целесообразности применения при наличии указанных выше показаний.

*Ивашутин Д.А., Нехно В.С., Оксимец В.В., Волкова А.М.*

### **МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ В ПОВРЕЖДЕННОМ СЕГМЕНТЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕХАНИЗМАХ ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*НИИ травматологии и ортопедии ДонНМУ им. М. Горького, Кафедра ортопедии травматологии и ХЭС ФІПО, зав. кафедрой – проф. Климовицкий В.Г., научный руководитель – доц. Гребенюк А.М.*

**Цель исследования:** сравнительная оценка уровня микроциркуляции в тканях поврежденных сегментов у больных с высоко- и низкоэнергетической травмой нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Для изучения состояния микроциркуляции в области перелома использовали неинвазивный метод лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ). Исследования проводили при помощи лазерного доплеровского флуометра ЛАКК-02. Оценку состояния гемомикроциркуляции над областью перелома в области поврежденного сегмента осуществляли зондированием лазерным излучением с длиной волны 0,63 мкм (красный диапазон спектра излучения). Данные компьютерной обработки представлялись в виде таблиц с показателями, из которых оценивали такие параметры: ПМ – показатель микроциркуляции; НТ – нейрогенный тонус прекапиллярных резистных микрососудов; МТ – миогенный тонус прекапиллярных сфинктеров; ПШ – показатель артериовенулярного шунтирования. Флуометрические исследования были проведены у 24 больных с диафизарными переломами костей голени на 1-2 сутки с момента травмы. При этом у 11 из этих больных были высокоэнергетические травмы, у 13 – низкоэнергетические. Каких либо сосудистых, системных или эндокринных заболеваний у исследованных пацієнтів не выявлено. Сравнительную оценку выраженности изменений проводили на основании анализа расчета коэффициентов асимметрии.

**Результаты.** По результатам выявлено, что изменения процессов микроциркуляции в тканях поврежденного сегмента при травмах голени во многом зависят от величины силы, прилагаемой к сегменту в момент травмы: в результате травмы происходит повышение нейрогенного тонуса, но при высокоэнергетической травме он повышается в 4,6 раза больше, чем при низкоэнергетической. Миогенный тонус при низкоэнергетических травмах снижается, а при высокоэнергетических – наоборот повышается, в результате разница составляет более чем в 20 раз. Артериоло-венулярное шунтирование при высокоэнергетических травмах было более чем в 12 раз большим, чем при низкоэнергетических травмах. Эти изменения в микроциркуляторном русле приводили к тому, что эффективность микроциркуляции при высокоэнергетических травмах была почти в 45 раз хуже, чем при низкоэнергетических травмах.

**Выводы.** Исходя из данных, полученных в настоящем исследовании можно говорить о том, что при травмах голени в поврежденном сегменте развиваются значительные нарушения периферической гемодинамики на уровне микроциркуляции. Выраженность этих нарушений напрямую зависит от энергии травмирующего агента. При высокоэнергетической травме на уровне микроциркуляторного русла происходят более выраженные нарушения, чем при низкоэнергетической травме: нейрогенный тонус снижается в 4,6 раза, миогенный тонус – в 20 раз, а эффективность микроциркуляции – в 45 раз

*Канзюба М.А., Хачатрян С.С., Зоубі Фарес М.Ф.*

### **ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ. БІОМЕХАНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ.**

*НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кафедра травматології, ортопедії та ХЕС ФІПО, науковий керівник – проф. В.Г. Климовицкий*

**Мета роботи** – аналіз клінічного застосування внутрішнього остеосинтезу при переломах шийки стегнової кістки в осіб молодого віку.

**Матеріали та методи** Узагальнено досвід застосування внутрішнього остеосинтезу при переломах шийки стегнової кістки в період з 2006 по 2012 рр. у 42 пацієнтів (26 чоловіків і 16 жінок) у віці від 18 до 58 років (середній вік –  $42,3 \pm 1,1$  року). У 7 пацієнтів мали місце іпсилатеральні (односторонні) переломи шийки

і діафіза стегнової кістки. Переломи шийки стегна без зміщення (I і II тип по Garden) спостерігалися у 14 пацієнтів. У 28 переломи відповідали III і IV типам. Відповідно до класифікації Pauwels у 6 пацієнтів переломи відповідали II, у решти - III типу. У 3 пацієнтів остеосинтез шийки виконаний протягом першої доби, у 29 - в період від 1 до 7 діб, у 10 - від 7 до 16 діб після травми. Для внутрішнього остеосинтезу застосовували конструкції, що забезпечують можливість динамічної компресії між ними, з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей проксимального відділу стегнової кістки. Вибір конструкції і параметри остеосинтезу визначені на основі результатів моделювання НДС проксимального відділу стегнової кістки [Климовицкий и др. 2010].

**Результати.** Віддалені результати лікування вивчені у 34 пацієнтів у строки від 3,5 до 6 років. Функціональні результати (Harris Hip Score):  $93,3 \pm 1,1 - 21$ ;  $87,5 \pm 3,2 - 8$ ;  $76,31 \pm 5$ . Вибір фіксаторів і параметрів їх введення в проксимальний відділ стегнової кістки здійснювали на підставі результатів чисельного аналізу напружено-деформованого стану імплантів та навколишньої кісткової тканини. Критеріями біомеханічної оцінки обрані стабільність фіксації фрагментів (за клінічними ознаками) і максимальні значення внутрішніх напружень (напруги Мізеса), близькі до гранично допустимих для кісткової тканини. Згідно з розрахунковими даними, оптимальний рівень напруженого стану в кістковій тканині і максимальну стабільність фіксації, забезпечує введення в головку та шийку 3 паралельних гвинтів, які в поперечному перетині шийки утворюють фігуру трикутника з верхівкою, направленою до нижньої кортикальної стінки шийки. Оптимальні значення напруг Мізеса в середній частині гвинтів і в навколишній кістковій тканині на рівні перелому спостерігаються при умові, що гвинти розташовані поблизу кортикального шару шийки. Зменшення простору між гвинтами і, особливо, перехресне їх розташування в області перелому, сприяє появі зон концентрацій напружень не тільки в гвинтах, але і в кісткових фрагментах на рівні перелому. При базальних переломах площина перелому розташовувалася, практично, вертикально. Моделювання остеосинтезу для умови одноопорного стояння показало, що в медіальній стінці шийки і дистальніше зони перелому, виникає досить велика зона концентрації напружень, близьких до гранично допустимих для кортикальної кістки. Дослідження також показали, що застосування так званих «кутових» конструкцій, база частина яких фіксується гвинтами до зовнішньої кортикальної стінки в підвертлюговій ділянці (DHS) або ітрамедулярно шляхом блокування (PFN), забезпечують значне зниження напруженого стану в кістці за рахунок розподілу навантаження вздовж металевої конструкції

**Висновки.** У пацієнтів молодого віку ПШСК, в більшості випадків, є результатом високоенергетичного травматичного впливу. При ПШСК у пацієнтів молодого віку внутрішній остеосинтез дозволяє відновити функцію ушкодженого кульшового суглоба. При плануванні та виконанні внутрішнього остеосинтезу необхідно враховувати анатомо-фізіологічні особливості проксимального відділу стегнової кістки, локалізацію та тип перелому шийки за Pauwels.

*Макаренко А.В.*

## **НО-ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА**

*НИИ травматологии и ортопедии ДонНМУ им. М. Горького, г. Донецк, Украина.*

*Кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС, зав.каф. – проф. Климовицкий В.Г., науч. рук. – проф. Рушай А.К.*

**Цель.** Повышение эффективности лечения инфицированных ран и дефектов мягких тканей при хроническом посттравматическом остеомиелите путем физиотерапевтического воздействия на рану аппаратом «Плазон».

**Материалы и методы.** Поставленная задача достигнута ежедневной до 15 дней обработкой раны охлажденным воздушно-плазменным потоком, обогащенным молекулами оксида азота в течение 2 мин на каждые 4 см<sup>2</sup> поверхности раны с фокусным расстоянием 60 мм после предварительной обработки раневой поверхности растворами антисептиков. По данной методике пролечено 29 больных с локализацией раневого процесса на уровне с/3-н/3 голени. Из них 21 мужчина, 8 – женщин, все 29 пациентов – лица трудоспособного возраста. Размер раневого дефекта  $11,3 \pm 2,9$  см<sup>2</sup>. Для объективизации исследования была создана группа сравнения из 16 больных, лечение которых проводилось «традиционными» методами (перевязки с антисептиками, мазями, физиотерапия). Состояние пациентов в группах, давность основного заболевания, а также характеристики ран были схожими. Эффективность лечения контролировалось цитологическим исследованием мазков-отпечатков ран в динамике до начала лечения, на 1-е, 3-е, 10-е, 15-е, 20-е сутки от начала лечения.

**Результаты и их обсуждение.** До начала лечения ран у больных обеих групп при цитологическом исследовании раневых отпечатков в 87,3% случаев обнаружен воспалительный тип цитограмм, а в 12,7% - воспалительно-регенераторный тип. При обработке ран аппаратом «Плазон» тип цитограмм сменялся в сторону регенераторного на 5 сутки. Особенностью цитологической картины после 5-ых суток являлось преобладание в ране макрофагов и фибробластов. В группе сравнения смена типа цитограмм на регенераторный происходит в среднем на 7-10 дней позже. К 20-тым суткам средний размер раны в основной группе составил  $1,1 \pm 0,7$  см<sup>2</sup>, в группе сравнения -  $7,5 \pm 2,7$  см<sup>2</sup>

**Выводы.** Использование аппарата «Плазон» возможно с первой фазы раневого процесса. НО-терапия способствует раннему очищению раны от участков некроза и расплавлению фибринозного налета, купирует

явления воспаления. При применении экзогенного оксида азота аппарата «Плазон» процессы заживления раны протекают в среднем на  $9,1 \pm 0,7$  дней быстрее.

*Соловьёв И.А.*

## **КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра травматологии, ортопедии, ХЭС ФИПО, заведующий кафедрой – проф. Климовицкий В.Г., научный руководитель – проф. Борзых А.В.*

**Цель исследования:** определить эффективность комбинированного подхода к лечению пациентов с ложными суставами ладьевидной кости кисти, который включал применение ударно-волновой терапии и введения плазмы обогащённой тромбоцитами на фоне стабильной фиксации винтом Герберта.

**Материалы и методы:** проведён анализ 14 историй болезней пациентов находившихся на лечении в отделении микрохирургии кисти областной травматологической больницы г.Донецка в период с 2009 по 2012 годы по поводу ложных суставов ладьевидной кости без сопутствующей патологии. Контрольная группа включала пациентов, которым выполнен металлоостеосинтез винтом Герберта. Основная - которым кроме синтеза был проведён сеанс ударно-волновой терапии, а во время операции в полость сустава введена плазма обогащённая тромбоцитами.

**Результаты и обсуждение:** в основной группе рентгенологически видимое сращение через 8 недель наступило у 4 пациентов (80%). У 1 (20%) - через 14 недель после операции. В контрольной группе сращение на 8 неделе выявлено у 2 пациентов (22%), у 6 (66%) – на 12-16 неделе. Послеоперационное течение у 1 пациента осложнилось отсутствием сращения через 16 недель.

**Выводы:** применение ударно-волновой терапии и введение плазмы обогащённой тромбоцитами стимулировало остеогенез и ангиогенез, потенцировало процессы репаративной регенерации, что на фоне стабильной фиксации винтом Герберта позволило ускорить сращение перелома, снизило сроки иммобилизации и дало возможность раньше приступить к реабилитации.

*Соловьёв И.А., Гриценко А.В., Морозюк Д.Ю.*

## **ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра травматологии, ортопедии, ХЭС ФИПО, заведующий кафедрой – проф. Климовицкий В.Г., научный руководитель – проф. Борзых А.В.*

**Цель исследования:** определить оптимальный метод диагностики переломов ладьевидной кости.

**Материалы и методы:** проведён анализ данных современной отечественной и зарубежной литературы и опыта отделения микрохирургии кисти областной травматологической больницы г.Донецка по диагностике и лечению пациентов с переломами ладьевидной кости кисти. Учитывались данные рентгенографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ).

**Результаты и обсуждение:** диагностическая точность распознавания переломов ладьевидной кости кисти в течении 10 дней после травмы при рентгенографии составила 55-70%, при КТ - 85-93%, МРТ - 83-90%, причём как при КТ, так и МРТ наблюдались как ложно-негативные, так и ложно-позитивные результаты. При подозрении на перелом выполнялась иммобилизация лучезапястного сустава, и проводились повторные исследования на 14 и 25 сутки. Применение КТ и МРТ по сравнению с рентгенографией позволяло в более ранние сроки чётко визуализировать перелом. Преимуществами КТ по отношению к МРТ была более чёткая картина расположения отломков, тогда как МРТ давала больше информации о жизнеспособности отломков, что при застарелых переломах позволяло распознать асептический некроз фрагмента.

**Выводы:** оптимальным методом диагностики свежих переломов ладьевидной кости является компьютерная томография. При застарелых переломах - магнитно-резонансное исследование.

*Солоницын Е.А., Ткаченко С.А.*

## **МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Донецкий Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Кафедра травматологии, ортопедии, ХЭС ФИПО, заведующий кафедрой – проф. Климовицкий В.Г., научный рук. – доц. Гребенюк Ю.А.*

**Целью** данной работы является изучение закономерности метастазирования различных нозологических форм злокачественных опухолей в длинные кости скелета.

**Материалы и методы.** С 1990 по 2012 года в клинике костной онкологии научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького лечилось 207 больных с метастатическими поражениями длинных костей конечностей. Среди них мужчин было 131, женщин 76, в возрасте от 19 до 89 лет.

**Результаты и их обсуждение.** У 141 (68,1%) пациента первыми признаками онкологического заболевания

были костные метастазы, которые манифестировали с наступлением патологического перелома — 119 случаев (57,5%). Большую часть таких больных составили пациенты с раком почки, молочной железы, легкого. При наличии патологического перелома длинных костей конечностей, который сопровождался выраженным болевым синдромом и нарушением функции конечности (невозможность передвигаться, самостоятельно обслуживать себя в быту), первоначально выполнялся ортопедический этап комплексного лечения. Во всех остальных случаях в первую очередь производились оперативные вмешательства на основном очаге, а вторым этапом — удаление метастатического очага с ортопедической реабилитацией больного. Метастатический потенциал опухоли свидетельствует о степени ее агрессивности, и, в определенной степени, определяет прогноз. Тщательное и полное обследование пациентов позволяло максимально точно установить диагноз, а распределение больных по клиническим группам — выбрать оптимальную последовательность комплексного противоопухолевого лечения для каждого пациента индивидуально.

**Выводы.** Оценка типа метастаза, его локализация и масштаб поражения кости, наличие патологического перелома, эффективность проводимой системной противоопухолевой терапии, продолжительность безрецидивного интервала после ранее проведенного лечения и общий соматический статус больного определяли предполагаемый прогноз жизни и выздоровления этих пациентов, а также степень операционного риска.

*Шериф Л.А., Жилицын Е.В.*

### **БЛОКИРУЕМЫЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ**

*НИИТО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, отделение травматологии и ортопедии для детей, зав. отд. Воропаев В.Н., научный руководитель – с.н.с., к.мед.н. Чугуй Е.В.*

**Цель исследования** — оценить эффективность лечения диафизарных переломов бедренной и большеберцовой костей у подростков методом блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИО).

**Материалы и методы.** БИО с применением фиксаторов ChM (Польша) выполнен при переломах бедренной и большеберцовой костей у 52 подростков (14-17 лет). Мальчиков 34 (65,4%), девочек - 18 (34,6%). Предоперационная подготовка включала расчет длины стержня и блокирующих винтов по длине здорового сегмента и рентгенограммам. Операции выполнены с антероградным введением стержней: в 28 (53,8%) случаях — закрытым способом, без вмешательства на зоне перелома (под контролем электронно-оптического преобразователя), у 24 (46,2%) подростков производили открытую репозиция фрагментов. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовыми повязками не использовалась.

**Результаты и обсуждение.** Контрольные обследования проводились 1 раз в 1-2 месяца. Динамизация конструкции выполнена в 8 (15,3%) случаях в сроки от 2,5-3 месяцев при наличии рентгенологически слабо выраженных репаративных явлений. Удаление элементов конструкции производилось через 6-8 месяцев после операции, после рентгенологического подтверждения консолидации перелома. На момент удаления имплантатов у всех пациентов опороспособность конечности была восстановлена, функция в смежных суставах сохранена в полном объеме.

**Выводы.** Применение БИО при лечении диафизарных переломов бедренной и большеберцовой костей у подростков может быть методом выбора. Данная методика обеспечивает раннюю реабилитацию пациентов с хорошими анатомо-функциональными результатами.

*Ютовец Е. Г., Томаев Г. Г.*

### **КРАНИОПЛАСТИКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СЕТЧАТОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ**

*Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк, Украина  
Кафедра травматологии, ортопедии, ХЭС ФИПО, Зав. каф.: проф. Климовицкий В.Г., науч. рук. – Бублик Л. А.*

**Цель** поиск новых технологий, позволяющих выполнить закрытие костных дефектов.

**Материалы и методы.** Перспективным методом является технология краниопластики на основе 3D моделирования. Пациенту с костным дефектом свода черепа проводится СКТ с трехмерной реконструкцией, затем при помощи компьютерной программы в масштабе 1:1 изготавливается стереолитографическая модель черепа больного либо части черепа, содержащей костный дефект. По размерам костного дефекта изготавливается сетчатая пластина из титана, повторяющая анатомические параметры неповрежденного черепа.

**Результаты.** Проведен анализ лечения 26 пациентов, оперированных в ОТБ города Донецка по поводу посттравматических дефектов черепа в 2004-2012 годах. Возраст больных составил от 12 до 65 лет, из них 22 пациента мужчины, 4 женщины. Размер костных дефектов варьировался от 6 до 105 квадратных сантиметров. Наиболее частая их локализация (28%) наблюдалась в лобно-орбитальной области. Краниопластика индивидуальной сетчатой конструкцией из титана, произведенная по стереолитографической модели, выполнена у 10 больных. Данная методика делает более корректной технику операции, снижая риск ранения твердой мозговой оболочки и крупных сосудов, уменьшает вероятность послеоперационных осложнений, сокращает время операции. Закрытие небольших по размеру костных дефектов, расположенных конвексально, может осуществляться стандартными перфорированными пластинами, которые моделируются интраоперационно.

**Вывод.** Краниопластика индивидуальной сетчатой конструкцией является методом выбора при больших костных дефектах любой локализации со сложным анатомическим рельефом. Наиболее актуально применение этой методики при дефектах во фронторбитальной и сагиттальной областях.

## УРОЛОГІЯ

*Balarabe Umar Mohammed, Toshpulatov Iskandar*

### **MATHEMATICAL MODELING IN EARLY DIAGNOSES OF PROSTATE CANCER**

*Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy*

*Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**Objective of research.** To improvement of early diagnostics of prostatic carcinoma the possibility of the method of mathematical modeling was analyzed.

**Material and methods.** The study was conduct on 225 patients (111 – with benign prostatic hyperplasia, 114 – with prostate cancer). Patients age was from 38 to 85 years). Applying methods of lumpy consequent procedure of the recognition, that is based on Bayes method. The digital material is processed with t-test.

**Results.** The different forms of the cancer of the prostate as of primary biopsy are diagnosed in 47,5% (48/101), under the repeated specimens - in 68,2% (30/44) of the observations ( $p < 0,01$ ). It was installed that on the informatively the diagnostic triad (DRE, PSA, TRUS) occupies 11-e place, but its specific gravity in determination of the supposed diagnosis of prostatic carcinoma does not exceed 37,3% under its most probability. The diagnosis of prostatic carcinoma as of amounts diagnostic coefficient (DC) (less “-” 130) differed in group of primary and of repeated biopsy: 41,6% and 61,4% patients ( $p < 0,05$ ), accordingly. Sensitivity, specificity and diagnostic accuracy offered by us way of the early diagnostics prostate cancer in the primary and in the repeated biopsy has formed 88% and 90%, 83% and 86%, 85% and 89%, accordingly. The acknowledgement of the diagnosis of prostate cancer has formed in primary biopsy 87,5%, in the repeated - 90,0%. The diagnosis of prostatic carcinoma in primary and in the repeated biopsy in men with normal or doubtful amount DC (more “-” 130) was installed in a few patients - 10,2% and 17,4%, accordingly, ( $p > 0,05$ ) that allows vastly to reduce the number unnecessary primary and repeated biopsy in 89,8% and 83,6% observations. The algorithm of the choice of the indication to primary and to repeated biopsy of the prostate was designed. The determination of optimum range clinic-laboratory factors parameter organism of patient must be founded on quantitative factor (DC), which display positive or negative influence upon forecasted histology construction tissue of the prostate. The optimum parameter of the source patients' status with benign prostatic hyperplasia follows to consider that, which have greatly positive importance DC, and, on the contrary, greatly negative importance DC - for forecasted diagnosis of prostatic carcinoma.

**In sum,** using the offered method of mathematical modeling to allow us to individualize the evidences in performing the prostatic biopsy, to minimize the risk a false-negative conclusion, to motivate often high-priced methods of the additional patients' examination or dynamic observation.

*Balarabe Umar Mohammed*

### **OPEN RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY: THE LONG-TERM RESULTS**

*Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy*

*Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**Objective of research.** To investigate the level of complications in prostate cancer surgical treatment in patients with local and loco-regional disease.

**Materials and Methods.** 165 open radical retropubic prostatectomies (ORPE) were performed for the period 2003-2012 years. Morphologically PCa was verified in all patients. 135 (81.8%) followed by radical prostatectomy pelvic lymphadenectomy was performed, in 52 (31.5%) – nerve-sparing ORPE. The follow-up was  $5.2 \pm 1.1$  years.

**Results.** The age of patients ranged from 45 to 78 years (mean  $63 \pm 7$ ). The distribution of patients by stage: pT0 – 5 (3.0%), pT2a – 85 (51.5%), pT2b – 41 (24.8%), pT3a – 25 (15.2%), pT3b-4 – 9 (5.5%). Metastases to regional lymph nodes are noted in 18 (10.9%) cases. 32 patients (19.4%) had the final Gleason score 5-6 points, 72 (43.7%) - SG 7 points, 61 (36.9%) - SG 8-10. The intraoperative blood loss varied from 100 to 1000 ml (average -  $430 \pm 50$  ml). In the early postoperative period, 39 complications in 23 (13.9%) patients were diagnosed. Among them prevailed genitourinary complications - 16 (9.7%), blood transfusions - 8 (4.8%), infectious - 7 (4.2%). PCa recurrence was observed in 68 (41.2%) patients: biochemical - 47 (28.5%), local and biochemical - 21 (12.7%). In the late, 43 (26.1%) patients had urinary incontinence (two patients underwent sling correction), 22 (13.3%) – a stricture of urethra-vesical anastomosis, which required in 15 (9.1%) patients to perform visual optical urethroto-my. Erectile dysfunction observed in 86 (52.1%) patients, of whom 12 (7.3%) performed endofalloprotesion. 3-year overall survival (OS) was 87.2%, 5-year OS - 79.8%.

**Conclusions.** During the period of observation was a reduction of intraoperative blood loss, the incidence of early and late complications of ORPE.

*Danilets R.O.*

## **ADJUVANT COMBINATION OF RADIATION THERAPY WITH BICALUTAMIDE 150 MG FOR PATIENTS WITH RECCURENCE OF PROSTATE CANCER AFTER RADICAL PROSTATECTOMY**

*Institute of Urology of NAMS of Ukraine, Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy, Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**The goal** was a comparative evaluation of different methods of adjuvant therapy in patients with biochemical relapse after radical prostatectomy.

**Material and methods.** We observed 358 patients who between 1996 and 2010 underwent retropubic radical prostatectomy of access for localized and locally advanced prostate cancer (stage T1-3N0-xM0-x). In 145 (40.5%) patients had recurrence of prostate cancer in the period from 0.5 to 10 years of observation (PSA  $\leq 0,2$  ng/ml). This category of patients was divided into three groups. The first group consisted of 46 (31.7%) patients, which was subsequently adopted by expectant management. The second group - 54 (37.2%) patients whom was performed radiotherapy (RT), the third group - 45 (31.1%) - radiation therapy combined with hormonal therapy (HT) with the non-steroidal anti-androgen bicalutamide monotherapy at a dose of 150 mg OD during the 3 years. The first step of RT was summed dose 45 Gy on a bed of prostate with fractionation by 1.8-2 Gy. The second step was the exposure of the lateral field (zone of regional lymph nodes) for the total dose of 72-74 Gy. As a criterion for comparing the effectiveness of the above three group of patients was the CSS.

**Results.** The age of patients in the groups ranged from 38 to 72 years and averaged  $65.3 \pm 7.3$  years. Median follow-up of patients was  $82.7 \pm 11.3$  months (ranged from 8 to 120 months). The period of the biochemical recurrence ranged from 6 months to 15 years (median -  $60.7 \pm 23.1$  months). 5-years CSS in 1, 2 and 3 groups was 73.9%, 88.9%, 91.1%, accordingly. 10-years CSS was 56.5%, 66.6%, 71.1%. For Groups 2 and 3 the 5-years results of adjuvant treatment was better than in 1 group: on 15% and 17.2%, accordingly. For 10-years CSS - on 10.1% and 14.6%, respectively ( $p < 0.05$ ). The differences between the 2 and 3 group was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Biochemical recurrence was found in 12 (8.3%) patients in 6 months after RRPE, 34 (23.4%) – in the second year of observation, and in 8 (5.5%) patients - after 24 months. In 6 (4.2%) of the second group of patients after radiation therapy there was a sharp progression of the underlying disease on the third year of observation, 12 (8.3%) patients had a progressive increase in PSA that began in 6 years after adjuvant therapy (PSA from 0.2 to 175 ng/ml). Improved survival due to radiotherapy was observed in the following three conditions: 1) PSA doubling time  $< 12$  months (indicating over more aggressive tumor growth), 2) the beginning of radiation therapy within 2 years from the detection of biochemical recurrence, and 3) at least a temporary decline in PSA to 0 after RT.

**Conclusions.** Adjuvant combination of RT with 150 mg OD bicalutamide in compared with close supervision and RT alone improves 5-years CSS at 17.2% and 2.2%, a 10-years CSS - by 14.6% and 4.5 %, respectively.

*Toshpulatov Iskandar*

## **MINIINVASIVE SURGICAL TREATMENT OF KIDNEY CANCER: THE DIRECT RESULTS OF LAPAROSCOPIC RADICAL NEPHRECTOMY**

*Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy  
Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**Objective of research.** To investigate the direct results of laparoscopic transabdominal radical nephrectomies (LRNE).

**Materials and Methods.** For the period 2010–2012 years 215 radical nephrectomies were performed, of which 23 (10.7%) – LRNE. The age of patients ranged from 21 to 75 years. In 15 (65.2%) patients the tumor was hit the left kidney, in 8 (34.8%) - right.

**Results.** The distribution of patients by stage: pT1aN0M0-x – 4 (17.4 %), pT1bN0M0-x – 8 (34.8 %), pT2N0M0-x – 9 (39.2 %), pT3aN0M0-x - 1 (4.3%) and pT3bN0M0-x – 1 (4.3 %). The average tumor size was  $28.0 \pm 2.3$  mm,  $51.3 \pm 1.5$  mm,  $83.0 \pm 7.5$  mm,  $150.0 \pm 28.3$  mm, respectively. The time of operation varied from 80 to 230 min (ave.  $115 \pm 10$  min). The average length of the cutis cuts –  $6.5 \pm 3.1$  cm, blood loss was  $95.2 \pm 23.7$  ml (from 100 to 800 ml). There was a weak correlation between tumor size and the amount of intraoperative blood loss ( $r = 0.23$ ). There are no complications of Clavien III-V during and after LRNE. In 2 (8.7%) cases patients needed conversion because of bleeding, the level of blood transfusion was 8,7% too. Hospitalization consisted  $7.9 \pm 0.6$  days.

**Conclusions.** Laparoscopic transabdominal radical nephrectomy has significantly reduced trauma, blood loss and duration of hospitalization in surgical treatment of patients with kidney cancer.

*Бессонова А.Д.*

## **ВАРИКОЦЕЛЕ: ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра урологии, заведующий - д.мед.н., с.н.с. Шамраев С.Н., научный руководитель - асс. Канана А.Я.*

**Цель:** определение критериев выбора метода хирургической коррекции путем оценки непосредственных и отдаленных результатов различных современных способов хирургического лечения варикоцеле.

**Материал и методы.** Ретроспективно анализированы периоперационные, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 110 пациентов с различными видами варикоцеле за период 2008 – 2011 гг. Больные были разделены на четыре группы в зависимости от вида хирургической коррекции: 1-я - 30 (27,3%) - операция Иванисевича; 2-я - 27 (24,5%) - микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия; 3-я - 8 (7,3%) - эндоваскулярная трансфеморальная эмболизация внутренней семенной вены; 4-я - 45 (40,9%) - лапароскопическая варикоцелэктомия в модификации клиники: у внутреннего кольца пахового канала со стороны варикоцеле поочередно выполнялась обструкция кровотока во внутреннем и наружном коллекторах венозного оттока яичка с целью уточнения типа рефлюкса и необходимости пересечения необходимого коллектора (патент Украины № 64652).

**Результаты.** Период наблюдения от 3 до 18 месяцев, в среднем –  $12 \pm 2,8$  месяцев. Возраст больных от 15 до 54 лет. Двустороннее варикоцеле диагностировано у 13 (11,8%) пациентов, выполнена двусторонняя лапароскопическая варикоцелэктомия в модификации клиники. Варикоцеле справа выявлено в двух (1,8%) наблюдениях, один из этих пациентов вошел во 2-ю группу, другой – в 4-ю. В 7 (6,4%) наблюдениях выявлены рецидивы заболевания после оперативного лечения в других клиниках: 2 после лапароскопической варикоцелэктомии – вошли во 2-ю группу и 5 после операции Иванисевича – вошли в 4-ю группу. Рецидивы заболевания отмечены у 4 (13,3%) пациентов из 1-й группы, у 1 (3,7%) пациента из 2-й группы, у 1 (12,5%) пациента из 3-й группы. Все больные оперированы повторно – во всех случаях была выполнена лапароскопическая варикоцелэктомия в модификации клиники. Интраоперационно был определен илео-тестикулярный рефлюкс и клипирован наружный коллектор. В 4-й группе клинических и доплерографических рецидивов не выявлено. Осложнений в 1-й, 2-й и 4-й группах не выявлено. В 3-й группе у 2 (25%) пациентов отмечены небольшие гематомы в области пункции вен, разрешенные консервативно. В 4-й группе интраоперационно у 32 (71,1%) больных определен рено-тестикулярный рефлюкс и клипированы стволы внутренней семенной вены, у 3 (6,7%) больных определен илео-тестикулярный рефлюкс и клипирована наружная семенная вена, у 10 (22,2%) больных определен смешанный тип рефлюкса и клипированы оба венозных коллектора. Патоспермия диагностирована у 38 (34,5%) пациентов в возрасте 23-45 лет. Семеро из них вошли в 1-ю группу, шестеро во 2-ю, 25 пациентов – в 4-ю. Во всех группах отмечена общая тенденция изменений показателей спермограмм – улучшение по всем составляющим. У 6 (15,8%) пациентов с выраженными патологическими изменениями эякулята положительной динамики не отмечено.

**Выводы.** Лапароскопическая варикоцелэктомия в модификации клиники позволяет интраоперационно уточнить тип рефлюкса и выполнить патогенетически обоснованное вмешательство с хорошей клинической эффективностью. Микрохирургические вмешательства эффективны при всех типах рефлюкса, имеют небольшое число рецидивов и осложнений, однако отличаются худшим косметическим эффектом, малопримемлемы при двустороннем варикоцеле. Эндоваскулярные вмешательства, как и операция Иванисевича, патогенетически обоснованы только при рено-тестикулярном рефлюксе. Определяющим критерием при выборе способа оперативного лечения варикоцеле является тип венозного рефлюкса.

*Гев К.Ю., Стец Л.М.*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКОЙ**

*Донецкий национальный университет им. М. Горького  
Кафедра урологии, зав. кафедрой - д. мед. н., с.н.с. Шамраев С.Н.,  
науч. рук. – к.мед.н. Кнышенко А.Н.*

**Цель исследования.** Целью нашего исследования явилось изучение отдаленных результатов лечения мочекаменной болезни при подковообразной почке.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 21 пациент, которым проводилось дробление камней лоханки подковообразной почки и трое больных, которым выполнено хирургическое удаление камней лоханки с резекцией перешейка соединяющего левую и правую половину аномальной почки в связи с интеркуррентными заболеваниями, которые являлись противопоказаниями для малоинвазивного лечения. Во всех случаях мочекаменной болезни камни имелись лишь в одной из половин подковообразной почки. Их размер был сопоставим, и составлял  $2,5 \pm 0,7$  см.

**Результаты исследования.** Все пациенты находились под наблюдением на протяжении трех лет после удаления камня. В связи с рецидивом камней во время наблюдения в 10 случаях потребовалось повторное дробление, в четырех случаях дробление проводилось трижды. После открытого хирургического вмешательства рецидивирования мочекаменной болезни не было.

**Выводы.** Несмотря на малую инвазивность литотрипсии, по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами сохраняется высокая вероятность рецидивирования мочекаменной болезни – 66 %, что может приводить к повторным сеансам дробления и ухудшению качества жизни.



Голубицкий К.О.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д. мед.н. С.Н.Шамраев

**Цель исследования.** Провести оценку непосредственных результатов открытой (ОПП) и лапароскопической пиелопластики (ЛПП).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ (2006-2012гг.) клинических данных 83 пациентов, перенесших различные виды пиелопластики на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К.Гусака АМН Украины»). Пациентам 1 группы (36 (37%)) выполнена открытая коррекция пиелoureтерального сегмента (ОПП). 52 (63%) – лапароскопическая коррекция (ЛПП, 2 группа). Мужчин было 49 (59%), женщин – 34 (41%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МОЗ Украины № 330). В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 1 мес после операции обследованы 50 (60%) пациентов, через 6 мес – 41 (50%), через 1 год – 23 (28%). Хорошим результатом операции считали – отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне пиелопластики (RI>0,7), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострения хронического пиелонефрита.

**Результаты исследования.** Достоверные различия исследуемых групп отмечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1 гр. составила  $184 \pm 13$  мл против  $83 \pm 11$  мл во 2 гр. ( $p < 0,05$ ); длительность послеоперационной госпитализации во 2 гр. был на 26,7% меньше по сравнению с 1 гр. ( $11 \pm 0,5$  против  $15 \pm 1$  сут) ( $p < 0,05$ ). Но уровень послеоперационных осложнений во 2 гр. был на 35,2% больше по сравнению с 1 гр. (12,8% против 8,3%). Хороший результат у пациентов 2 гр. (ЛПП) достигнут в 87,2% наблюдений, что на 4,9% меньше показателя 1 гр. (ОПП) – 91,7% ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** ОПП и ЛПП имеют высокую и сопоставимую эффективность в коррекции суправезикальной обструкции, обусловленной патологией пиело-уретерального сегмента, - 91,7% и 87,2%, соответственно, при более ранней реконвалесценции и меньшей инвазии ЛПП.

Гончарова Т.И., Бааджи К.В.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ С ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОМ В ПРАВОМ ПРЕДСЕРДИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д. мед.н. Шамраев С.Н.

**Цель работы** – оценить результаты хирургической техники радикальной трансабдоминальной нефрэктомии и каво-атриальной тромбэктомии с применением искусственного кровообращения (ИК).

**Материал и методы исследования.** Анализированы результаты лечения 476 больных ПКР за период 2004-2012гг., из которых 31 (6,5%) составили пациенты с тромбозом крупных магистральных сосудов. Мужчин было 19 (61,3%), женщин – 12 (38,7%), (соотношение 1,6:1). Согласно отсутствию или наличию опухолевой инвазии ПП больные разделены на 1 и 2 группы: 17 (54,8%) и 14 (45,2%) больных, соответственно. Пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554).

**Результаты.** Средний период наблюдения составил  $43,6 \pm 5$  мес. Пациенты 1 группы имели патологическую стадию ПКР T3bN0-1M0-1V+G1-4. Пациенты 2 группы – T3c-4N0-1M0-1V+G2-4. Хирургическое лечение выполнено всем больным 1 группы и 10 (62,5%) во 2 группе: четверо больных воздержались от предложенной тактики лечения. Неоперированные пациенты 2 группы погибли на фоне *prolongatio morbi* через 3-6 мес. Периоперационные данные больных исследуемых групп не отличались по объёму удаленной опухоли почки, клинико-лабораторным показателям, частоте гемотрансфузий, ранних осложнений и медиане выживания. В свою очередь, средний возраст пациентов -  $65 \pm 4$  и  $50 \pm 5$  лет, время операции -  $95 \pm 30$  и  $380 \pm 80$  мин, объём кровопотери -  $270 \pm 30$  и  $720 \pm 60$  мл, восстановление общего состояния больного -  $1,5 \pm 0,5$  и  $4,7 \pm 1,1$  суток и длительность послеоперационного койко-дня  $7 \pm 2$  и  $14 \pm 3$  суток, были достоверно лучше в 1 группе,  $p < 0,05$  (см. табл.). В трех (9,7%) наблюдениях инфильтрация опухолевым тромбом НПВ требовало резекции её стенки. Периоперационная летальность в 1 группе отсутствовала, во 2 группе среди оперированных пациентов составила 30%: причиной смерти послужило развитие острого синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (1), ТЭЛА (1) и диссеминация онкопроцесса (1). Морфологическое исследование подтвердило во всех случаях наличие опухолевой ткани внутри тромба.

**Выводы.** Применение агрессивной хирургической техники радикальной трансабдоминальной нефрэктомии и каво-атриальной тромбэктомии с ИК является эффективным лечением больных с ПКР и III уровнем интракаваальной опухолевой инвазии.

*Грузіна А. А., Подарова Л. П.***АНАЛІЗ ПЕРІОПЕРАЦІЙНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ***Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра урології, зав. кафедрою та науковий керівник – д.мед.н., с.н.с. С.М.Шамраєв*

**Мета дослідження.** Оцінити безпосередні результати сучасних методів хірургічного лікування стресового нетримання сечі (СНС).

**Матеріали та методи.** Ретроспективно аналізовані данні про 31 жінку із стресовим нетриманням сечі, що були оперовані на базах кафедри урології протягом 2003-2013рр., хворі були розподілені на 2 групи в залежності від виду хірургічного втручання. До 1-ої увійшли 7 (23%), що перенесли відкрите позадулонну везикопексію за методикою Burch, до 2-ої – 24 (77%), які перенесли мініінвазивне втручання – трансобтураторний середньосечівниковий слинг за методикою TVT-О. Пацієнтки обстежені відповідно до стандартів урологічної допомоги (приказ МОЗ України № 330).

**Результати.** За класифікацією по ступенях нетримання сечі (Canabathi K., 1994) хворі розподілилися наступним чином: I ст. – 4 хворі (12,9%), IIa ст. – 9 хворих (29,03%), IIb ст. – 18 хворих (58,06%). Вік хворих варіював від 36 до 61 років. Операцію TVT-О виконувались за допомогою набору Gynecare (ETHICON) з одного розрізу передньої стінки пихви (1 см) та 2 розрізів шкіри на стегні в проекції на 2 см нижче foramen obturatoria. На стегні зліва - перфоратор проводили «in-out», праворуч - «out-in». Далі проводили стрічку, яку не фіксували ані під сечівником, ані її вільні кінці. Контроль ступеню натягнення стрічки здійснювали шляхом проведення проби Вальсальви при наповненні сечового міхура на 200-300 мл. Час операції варіював від 60 до 160 хвилин. Крововтрата в середньому дорівнювала  $130 \pm 50$  мл. Середня ліжко-доба склала  $10,5 \pm 6,22$  доби. Період відновлення складав 1 тиждень. Кровотеч, поранень внутрішніх органів черевної порожнини або сечового міхура, а також нагноєнь ран не відмічено. В одному (4,2%) з 24 спостережень 2-ої групи діагностовано ерозію передньої стінки пихви в ранньому післяопераційному періоді; в 3 (12,6%) – гостра затримка сечовипускання: у двох жінок обструктивне сечовипускання куповане повторним уретральним дренажуванням протягом 2 і 3 тижнів, в одному випадку інфравезикальна повна обструкція потребувала видалення синтетичної стрічки з приводу супутньої ерозії; рецидив стресового нетримання сечі був у 3 (12,6%) хворих 2-ої групи та в одній пацієнтки 1-ої групи – дві жінки додатково отримали селективні М3-холінолітики протягом 12 тижнів з позитивним ефектом, ще дві з de novo нетриманням сечі – потребували додаткової хірургічної корекції цистоцеле із встановленням вентрального MESH-протезу.

**Висновки.** Хірургічна корекція СНС показана у хворих із I, IIa та IIb ступенями. Знання етапів операції, оснащення лікувального закладу необхідним обладнанням та досвід операційної бригади є обов'язковими умовами, щодо запобігання ускладнень цього малоінвазивного хірургічного лікування.

*Ермилов С.Г.***КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра урологии, Заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., с.н.с. Шамраев С.Н.  
Цель – определить основные клинические и морфогенетические особенности болезни Пейрони.*

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 67 больных с диагнозом «фибропластическая индурация полового члена», или «болезнь Пейрони». В связи с неэффективностью проводимой консервативной терапией больные были направлены в клинику урологии для хирургического лечения. Все пациенты находились на стационарном лечении в урологическом отделении Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения в период с 2007 по 2012 годы. Средний возраст больных составил  $52 \pm 3,7$  года. Доминировали лица трудоспособного возраста – 45 пациентов, или 67,2%. Деформация полового члена сочеталась с наличием пальпируемой бляшки, расположение которой очень вариабельно. В среднем угол искривления полового члена составлял  $38,9 \pm 0,62^\circ$ . Больным выполнены аутодермопластика полового члена по Austoni, операция Nesbit и 9 пациентам выполнена операция, основанная на новой концепции восстановительной хирургии белочной оболочки – выполнение H-подобного рассечения бляшки и графтинг дефекта биологической матрицей – гетеротрансплантатом «Коллост». Кусочки ткани операционного материала фиксировали в 10 % водном растворе нейтрального формалина, изготавливали серийные парафиновые срезы и окрашивали их стандартными гистологическими и гистохимическими методиками. Гистологическое исследование осуществлялось с помощью микроскопа Hund H500 (Германия). Исследования проводилось в световом и поляризованном свете.

**Результаты и их обсуждение.** Комплексное гистологическое и гистохимическое исследование операционного материала показало, что не только в бляшке, но и в tunica albuginea полового члена при болезни Пейрони отсутствует разделение пучков коллагеновых волокон на внутренний циркулярный и наружный продольный слой. Среди пучков новообразованной волокнистой соединительной рубцовой ткани располагаются фрагменты лизированных эластических волокон, что соответствует данным литературы. В 9,1%

наблюдений отмечено формирование фиброзных узелков, подобно тем, которые выявляются при нодулярном неагрессивном фиброматозе. В очагах дисплазии волокнистой соединительной ткани отмечается их метапластическая трансформация фибробластов эмбрионального типа с развитием хондро- и остеоидной ткани. В пользу дизэмбриогенетического характера болезни Пейрони, свидетельствует обнаруженные нами в 18,2% наблюдений гамартозные многокомпонентные очаги, состоящие из жировой, волокнистой соединительной, мышечной, сосудистой и лимфоидной тканей. Периваскулярное скопление лимфоидной ткани может быть ошибочно расценено как признак хронического воспаления.

**Вывод.** Результаты собственных исследований в сопоставлении с данными литературы позволяют выделить основные звенья пато- и морфогенеза болезни Пейрони: дисрегенерация, дисплазия, метаплазия очагов гамартозной соединительной ткани и кровеносных сосудов с формированием очагов рубцевания в виде бляшек белочной оболочки; развитие одиночных или множественных локусов неагрессивного фиброматоза с формированием бляшек в белочной оболочке полового члена. Описанные выше морфологические изменения при фибропластической индурации полового члена (болезнь Пейрони) являются основными звеньями патоморфогенеза и могут служить основой для дальнейшей разработки современных подходов к лечению.

*Yermilov S.G.*

### **PEYRONIE'S DISEASE: CORPOROPLASTY FOR INDURATIO PENIS WITH FREE SKIN GRAFT AND H-LIKE PLAQUE INCISION AND GRAFTING OF THE DEFECT WITH BIOLOGICAL MATRIX**

*Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy*

*Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**Introduction.** Etiological and pathogenic mechanisms of Peyronie's disease are today better known than in the past, but till now therapeutic options are not completely satisfactory. In fact several therapeutic alternatives were suggested, but none demonstrated its superiority. Surgery is the preferred option in chronic stable disease with the following goals: penile straightening, penile lengthening and recovery of penetrative coital activity.

**Objective.** To present a personal experience with modifications of the original surgical technique.

**Material and research methods.** From 2007 to 2012, a total of 67 patients (mean age  $52 \pm 3,7$  years) underwent corrective penile surgery for Peyronie's disease. All patients had a single plaque with dimensions ranging 0.8-2.5 cm in length. Simple dorsal recurvatum  $>40$  degrees was observed in 42 patients, dorsolateral left recurvatum  $>35$  degrees in 10, ventral recurvatum  $>35$  degrees in 8, lateral left recurvatum  $>35$  degrees in 4, dorsolateral right recurvatum  $>35$  degrees in 3. Fifty patients were implanted with a free skin graft, 19 with a H-like plaque incision and grafting of the defect biological matrix "Collost". Implanted tutor length ranged between 15 and 18 cm. measuring from crura to corpora apex.

**Results.** After 1 year post surgery we observed a penile elongation from 1.0 to 2.5cm with complete correction of penile recurvatum in all the patients. After 12 months excellent penetrative sexual activity was referred by 75% of the patients, satisfactory in 20% and disappointing in 5%. Major complaints were "cool glans" feeling, delayed ejaculation, unnatural penis appearance due to permanent hyperextension. None developed lower urinary tract symptoms.

**Conclusion.** According to such results, the described technique should be considered as a gold standard for all cases of Peyronie's disease associated to recurvatum  $> 35-40$  degrees (lateral, ventral and dorsal) associated to a plaque with mild-moderate erectile dysfunction. The main of treatment for PD at this time is surgical correction that should be based on clear indications, involve surgical consent, and follow a surgical algorithm that includes tunica plication, plaque incision/partial excision and grafting of the defect biological matrix "Collost".

*Yermilov S.G.*

### **CORPOROGRAFTING OF TUNICA ALBUGINEA WITH "COLLOST" IN SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE: THE EARLY RESULTS**

*Donetsk National Medical University n.a. M.Gorkiy*

*Urology Department, Chief of Urol. Dep. and scientific supervisor – MD, PhD Shamrayev S.N.*

**Objective of research.** To investigate the anatomy-functional results of corporoplasty of the penis' tunica albuginea in patients with Peyronie's disease by a graft with a biodegradable collagen "Collost".

**Materials and Methods.** The outcome in 68 patients with Peyronie's disease, who underwent surgical treatment from 1997 to 2012, was retrospectively reviewed. 38 (55.9%) patients were undergone the radical plaque excision with dermal graft by Austoni's technique (1 group). 30 (44.1%) - were undergone Plaque H-incision with "Collost" grafting (2 group). The selected patients had sclerohyalinosis and angle of deviation was more than  $50^\circ$ . Successful result was defined as normal quality of erection with the opportunity of intromission and sexual act fulfillment without any postoperatively complications.

**Results.** The patients mean age was 40 (range 34 to 70) years in 1 group and 45 (range 37 to 68) years in 2 group. Four (10.5%) patients were lost to follow-up in 1 group, and three (10%) – in second one. In the remaining cases the mean follow-up was 28.3 (range 12 to 72) and 23.7 (range 9 to 42) months. At the last follow-up, outcomes were successful in 20 of 34 (58.8%) patients in 1 group and in 26 of 27 (96.3%) in 2 group. Complications developed in 1

group in early surgery. Specifically necrosis of both head of penis in 1 (2.9%) and skin in another one (2.9%), relapsed penis curvature in 6 (11.8%) and disease progression in one (2.9%) were diagnosed. About unsatisfactory functional results and difficulties during intromissions were reported in 5 (14.7%) and one (3.7%) cases, accordingly for 1 and 2 groups. In histological investigation, the hyalinosis phenomenon, calcification plots and, sometimes, ossifications of tunica albuginea were among findings.

**Conclusions.** The radical surgery in the management of Peyronie's disease patients' shows 41.2% unsuitable success rate of the anatomy-functional results. Plaque H-incision with "Collost" grafting is a feasible procedure with 96.3% successful rate in long follow-up.

*Коценко П.И.*

## **ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д.мед.н., с.н.с Шамраев С.Н.*

**Цель исследования.** Определить особенности лечения опухолей мочеоточников.

**Материалы и методы.** С 1989г. по 2012г. под наблюдением находилось 9 пациентов (мужчин – 3, женщин – 6) в возрасте от 48 до 74лет с диагнозом опухоль мочеоточника. Диагноз подтвержден комплексным клиничко-лабораторным (клинический анализ крови и мочи, биохимические параметры, цитологические данные) и клиничко-инструментальным обследованием (цистоскопия, сонография почек и мочеоточников, экскреторная урография, спиральная компьютерная томография органов брюшной полости). Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство.

**Результаты.** Злокачественная опухоль размером от 0,73x0,47см до 0,96x0,52см в средней трети мочеоточника выявлена у 7 (77,8%) пациентов, доброкачественная опухоль размером от 0,04x0,07см до 0,11x0,14см в нижней трети мочеоточника – у 2 (22,2%) пациентов. Радикальная нефруретерэктомия выполнена у 7 (77,8%) больных: с трансуретральной резекцией устья мочеоточника – у 2 (22,2%), с открытой резекцией мочевого пузыря – у 5 (55,6%), одному (11,1%) пациенту выполнена уретерэктомия через 7 месяцев в связи с рецидивом опухоли в культе мочеоточника.

**Выводы.** Оперативная тактика пациентов имеет индивидуальный характер в зависимости от размеров опухоли и ее локализации. После проведенного исследования установлено, что менее инвазивный этап операции (трансуретральная резекция устья мочеоточника) показаны только пациентам с небольшими опухолями в нижней трети мочеоточника, но возникает риск рецидива в культе мочеоточника с последующей необходимостью выполнения уретерэктомии.

*Мех В.А.*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ И РАДИКАЛЬНОЙ НЭФРЕКТОМИИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра урологии ФИПО, зав. кафедрой – профессор Ю.П. Серняк. Научный рук. – проф. Рошин Ю.В.*

**Цель работы:** сравнительный анализ отдаленных функциональных результатов и качества жизни больных при выполнении радикальной нефрэктомии (РНЭ) и резекции почки (РП) при почечноклеточном раке (ПКР).

**Материалы и методы:** за период с 2001г. по 2012 г нами проведено и изучено 207 пациентов с почечноклеточным раком (ПКР), получивших лечение в урологической клинике Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Из них РНЭ выполнялась у 113 (54,6%) больных, а РП у 94 (45,4%) больных. РНЭ выполнена открытым методом у 88 (42,5%), а лапароскопическая РНЭ у 25 (12%) больных. РП была выполнена лапароскопическим методом у 15(7,2%) случаях, а традиционная РП в 79 (38,3%) пациентов. Средние размеры опухоли у пациентов группы РНЭ составили  $5,83 \pm 1,09$  см (4,5-8,2 см), а в группе РП составляли  $4,92 \pm 0,67$  см (1,6-5,7 см). Для оценки функционального состояния почек у пациентов изучали уровень сывороточного креатинина, оценивали протеинурию до операции, сутки после операции, через 6 мес и 1-5 лет. Для раздельной оценки функции почек выполняли радиоизотопную ренографию, изучая, в частности клубочковую фильтрацию почек через 6 и 18 мес. после операции. Для оценки качества жизни использовали опросник EORTC Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30, version 3.0) в который входит 28 вопросов. Данные собирали перед операцией (базовые значения) и в периоде наблюдения 1, 4, 12 и 24 месяца после операции.

**Результы:** проанализированы отдаленные функциональные результаты и качество жизни больных при выполнении РНЭ и РП при ПКР. Средний уровень креатинина перед операцией в группе РНЭ составлял  $1,19 \pm 0,08$  мг/дл, а в группе РП  $1,32 \pm 0,12$  мг/дл. Ни у одного из пациентов перед операцией не была выявлена ХПН. После контрольного обследования в среднем через 40,2 месяцев средний уровень креатинина составил в группе РНЭ  $1,31 \pm 0,09$  (0,66–5,58) мг/дл, а в группе РП  $1,19 \pm 0,06$  (0,85–1,78) мг/дл. При изучении оценки динамики клубочковой фильтрации в отдаленные сроки в группе РНЭ отмечалось снижения

скорости клубочковой фильтрации. При этом у 11 (10,0%) пациентов группы РНЭ развилась почечная недостаточность, 2 (1,8%) пациента нуждались в проведении гемодиализа. Ни у одного из пациентов из группы РП почечной недостаточности не выявлено. При оценке качества жизни пациенты после РП продемонстрировали значительно лучшие результаты в таких группах как Физическая активность ( $4,7 \pm 0,3$  vs  $6,2 \pm 0,9$ ), Общее здоровье ( $5,2 \pm 0,4$  vs  $7,1 \pm 1,3$ ), Жизнестойкость ( $4,4 \pm 0,5$  vs  $6,1 \pm 0,9$ ), Социальная адаптация ( $4,7 \pm 1,0$  vs  $6,3 \pm 0,4$ ). А такие показатели как эмоциональное здоровье, боль, ментальное здоровье в обеих группах не имели статистических различий.

**Выводы:** РП является наиболее предпочтительным методом лечения почечно-клеточного рака при небольших размерах опухоли, что позволяет сохранить функцию почек при онкологических результатах идентичных таковым после РНЭ.

*Присяжнюк Е.Н.*

## **ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ УРГЕНТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д.мед.н. С.Н. Шамраев*

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения калькулезной почечной колики (ПК) с применением ургентной экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ).

**Материалы и методы.** Изучены результаты обследования и лечения 807 больных с ПК, находившихся на лечении с 1995 по 2000 годы. Исследуемую группу (1 гр.) составили 407 (50,4%) пациентов, которым ЭУВЛ применено на фоне ПК (проведено 594 сеанса ЭУВЛ). В качестве контрольной группы (2 гр.) отобраны 400 (49,6%) больных, с такой же формой уrolитиаза на фоне ПК (проведено 676 сеансов ЭУВЛ). Возраст больных колебался от 14 до 78 лет, соотношение по полу составило 1:1.

**Результаты.** Полная эрадикация конкремента после лечения получена у 96,7% больных 1 гр. и в 94,3% больных 2 гр.. Средний срок пребывания в стационаре больных 1 гр. составил  $6,9 \pm 0,7$  против  $13,9 \pm 1,2$  суток во 2 гр.. Обострение пиелонефрита после литотрипсии наблюдалось в 14,0% наблюдений, из них в 1 гр. – в  $9,1 \pm 0,7\%$ , во 2 гр. – в  $18,8 \pm 1,3\%$ . По частоте сеансов ЭУВЛ пациенты разделились следующим образом: 1 сеанс выполнен 63,6% больным 1 гр. против 49,5% во 2 гр., 2 сеанса в 1 гр. 28,9% против 35,7% 2 гр., 3 сеанса и более в 1 гр. 7,3% (всего 99 сеансов) против 14,7% (всего 192 сеанса) во 2 гр.. Всего количество сеансов в 1 гр. составило 407 против 400 сеансов во 2 гр..

**Выводы.** Количество осложнений в 1 гр. в 2 раза ниже, чем во 2 гр. ( $p < 0,05$ ). Эффективность ЭУВЛ после первого сеанса ДЛТ на 14,1% больше в 1 гр., чем во 2 гр. ( $p < 0,05$ ), что позволяет нам высказаться в пользу выполнения ЭУВЛ in situ на высоте почечной колики.

*Рутинский А.И.*

## **МОЛЕКУЛЯРНЫЙ АНАЛИЗ ЭЯКУЛЯТА У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д.мед.н. Шамраев С.Н.*

**Цель исследования.** Изучить частоту анеуплоидий ядер сперматозоидов у мужчин с идиопатическим бесплодием.

**Материал и методы.** В период 2011-2012 гг., нами было обследовано 90 мужчин с диагнозом бесплодие (1-я - основная группа) и 10 условно здоровых фертильных мужчин (2-я - контрольная группа). Всем пациентам проводили: сбор анамнеза, анализ секрета предстательной железы, исследование выделений и/или соскоба уретры на урогенитальные инфекции, определение уровня гонадотропных, половых гормонов и пролактина в плазме крови, ультразвуковое исследование наружных половых органов и простаты, микроскопическое исследование эякулята с оценкой показателей согласно нормативам ВОЗ (4-е издание, 2008г.). Также мужчинам проводилось FISH исследование спермы с целью выявления количества анеуплоидий сперматозоидов. Для определения уровня анеуплоидий сперматозоидов использовалась многоцветная проба AneuVysion для хромосом X,Y,18 (Abbott-Vysis, USA).

**Результаты.** Возраст обследованных пациентов (от 26 до 41 года) в среднем в группе 1 составил  $32,07 \pm 0,40$  года, в группе 2 –  $32,70 \pm 1,27$  года ( $p > 0,05$ ). Продолжительность периода бесплодия у пациентов группы 1 была от 1 до 9 лет, в среднем –  $3,06 \pm 0,35$  года. По данным спермограммы патозооспермия в группе 1 имела место у 90% пациентов, астенозооспермия у 83,33%, олигозооспермия – 10,00%, тератозооспермия – 76,67% случаев. По данным молекулярно-цитогенетического анализа методом FISH уровень анеуплоидий в сперматозоидах в группе 1 варьировал от 0,12 до 8,40 %, тогда как во 2-ой - от 0,09 до 0,21% (референсная норма – до 0,25%). Количество пациентов с повышенным уровнем анеуплоидий сперматозоидов в группе 1 составило 75 (83,33%), а средний уровень анеуплоидий -  $1,91 \pm 0,40\%$ , что превышало таковой в контрольной группе ( $0,13 \pm 0,02\%$ ) в 14,69 раза ( $p < 0,0001$ ). При этом у 6 (6,67%) пациентов 1-ой группы был отмечен высокий уровень анеуплоидий от 0,9% до 1,9% при нормальных показателях спермограммы.

Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем анеуплоидии и наличием: астенозооспермии ( $r=0,34$ ,  $p<0,0002$ ), тератозооспермии ( $r=0,37$ ,  $p<0,0001$ ), патозооспермии ( $r=0,25$ ,  $p<0,007$ ). Не выявлено достоверных корреляционных связей между уровнем анеуплоидии и наличием олигозооспермии. Наиболее часто встречающимися видами анеуплоидий являлись: наличие двух 18 хромосом – 70% случаев, удвоение X хромосомы в 8% случаев, отсутствие одной из половых хромосом – 4%.

**Выводы.** Проведение молекулярно-цитогенетического анализа спермы методом FISH позволяет выявить высокий уровень (82%) анеуплоидий ядер сперматозоидов у мужчин с идиопатическим бесплодием, что является обоснованием для его выполнения у всех пациентов данной категории. Считаем использование данного метода диагностики показанным всем парам, планирующим лечение методом ЭКО/ИКСИ, с целью определения достоверной информации о качестве сперматозоидов конкретного пациента, а также прогнозирования вероятности генетических нарушений эмбрионов и, следовательно, возможности генетической селекции при выборе необходимого здорового сперматозоида.

*Слободянюк Е.Н.*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра урологии ФИПО. Зав кафедрой – проф. Серняк Ю.П., научный руководитель – проф. Рощин Ю.В.*

**Цель:** оценка эффективности лапароскопической коррекции гинекологической травмы мочеочника.

**Материалы и методы:** в клинике урологии ФИПО ДонНМУ, на базе ЦГКБ№1 г. Донецка за период с 2002 по 2012 год, прошли лечение 61 пациентка с гинекологической травмой мочеочника в возрасте от 21 до 72 лет. Лапароскопическая коррекция травмы выполнена у 36 (59%) пациенток. Прямой уретеронеоцистоанастомоз выполнен у 26 (72%) пациенток; прямой уретеронеоцистоанастомоз в сочетании с методикой Psoas-hitch выполнен у 7 (20%) пациенток; операция Боари выполнена у 3 (8%) пациенток.

**Результаты:** средняя продолжительность лапароскопических операций составила 180 (78-312) минут. Ранние осложнения лапароскопической уретеронеоцистостомии наблюдались у 8 пациенток (22,2%). Все больные находятся под регулярным диспансерным наблюдением. Каждые 6 месяцев выполняется контрольное УЗИ, экскреторная урография, контрольные анализы крови, мочи, биохимических показателей крови. За период наблюдения, признаков нарушения уродинамики у всех прооперированных больных не выявлено.

**Выводы:** ятрогенные повреждения мочеочника являются редким, но тяжелым осложнением тазовой хирургии. При своевременной диагностике и адекватной коррекции травмы мочеочника удается сохранить функцию почки и ликвидировать негативные последствия. Лапароскопическая уретеронеоцистостомия является высокоэффективным методом хирургической коррекции травмы нижней трети мочеочника.

*Фролов А.С.*

## **КОНТИНЕНТНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра урологии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ю.П.Серняк.*

**Цель:** улучшение функциональных результатов после ЛРПЭ, путем усовершенствования техники операции.

**Материалы и методы:** на базе кафедры урологии ФИПО ЦГКБ№1 Г.Донецка за период 2004–2011 выполнено 73 ЛРПЭ у пациентов с клинически локализованным раком предстательной железы. В зависимости от хирургической техники (использование приемов реконструкции и нового шовного материала) больные разделены на 3 группы. В первой группе 20 человек ЛРПЭ выполнялась по стандартной методике с формированием анастомоза узловыми или непрерывным викриловыми швами без использования дополнительных приемов. Во второй группе 27 человек использовалась техника задней анатомической реконструкции, формирование везико-уретрального анастомоза с помощью викриловых или монокриловых 25 3-0 швов. В третьей группе 12 человек, также выполнялась задняя анатомическая реконструкция, но для формирования анастомоза использовалась «колючая» (бородатая) V-Loc 180 рассасывающаяся нить 25 3-0.

**Результаты:** пациенты всех групп статистически сравнены по возрасту, индексу массы тела (ИМТ), дооперационному уровню ПСА, объему простаты, показателю Глиссона при биопсии, стадии, позитивному хирургическому краю, интраоперационной кровопотере, времени операции, длительности катетеризации, удержанию мочи и времени восстановления удержания. Не было существенных различий в группах по возрасту, ИМТ, уровню ПСА крови. Техника задней реконструкции занимала около 10-25 минут, существенного увеличения длительности операции не отмечено. Пациенты 1 группы формировались в основном на периоде освоения ЛРПЭ, и длительность операции была больше. С развитием и улучшением хирургической техники стали применять заднюю реконструкцию. Время формирования анастомоза, с использованием «бородатой» нити меньше на 15-25 минут, чем узловыми или непрерывными швами обычной нитью. Выделение мочи по дренажу в 1 группе отмечено у 4 пациентов (20%), во 2 группе у 1 больного (3,7%), в 3 группе выделения мочи по дренажу не было. Длительность катетеризации в 1 группе составила 7-17 (в

среднем 10 суток), во 2 группе 3-10 (7 суток), в 3 группе 2-8 (6 суток). В первой группе недержание мочи отмечено у 2 пациентов (10%), во второй группе у 1 больного (3,7%), в третьей группе недержание мочи не отмечалось. Средний интервал для восстановления удержания мочи был статистически значимо меньше во 2 и 3 группах (в среднем 4 недели 95% доверительный интервал [ДИ]: 3.39-4.61) по сравнению с 1 группой (в среднем: 7 недель, 92% ДИ: 5.18-6.82).

**Выводы:** Применение техники анатомической задней реконструкции показало статистически значимое укорочение интервала восстановления удержания мочи на 1 и 4 неделях после удаления уретрального катетера по сравнению с ЛРПЭ без реконструкции. Уменьшение частоты недержания мочи в отдаленные сроки. Использование при формировании везико-уретрального анастомоза нового шовного материала (V-Loc 180) обеспечивает лучшую герметичность, что позволяет уменьшить период катетеризации, сокращает время операции, уменьшает частоту развития стриктур анастомоза и, как следствие, недержания мочи.

*Черноус В.А., Куприенко Н.Н.*

### **ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ: 3-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д. мед.н. с.н.с. С.Н.Шамраев*

**Цель исследования.** Провести оценку 3-летних результатов открытой (ОПЛТ) и лапароскопической пиелолитотомии (ЛПЛТ).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинических данных 126 пациентов, перенесших пиелолитотомии на базах кафедры урологии (ДОКТМО и ГУ «ИНВХ им. В.К.Гусака АМН Украины»). За период с декабря 2006г. по декабрь 2012г. выполнено 41 (37%) ОПЛТ (1 группа пациентов) и 85 (63%) ЛПЛТ (2 группа). Мужчин было 58 (46%), женщин – 68 (54%). Пациенты обследованы согласно стандартам урологической помощи (Приказ МОЗ Украины № 330). В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию согласно данным посева мочи. Дренажи удаляли по достижению дебита менее 25 мл. Через 6 мес после операции обследованы 90 (71,4%) пациентов, через 1 год – 71 (56,3%), через 3 года – 59 (46,8%). Хорошим результатом операции считали – отсутствие de novo камнеобразования в лоханке оперированной почки, отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне удалённого камня ( $RI > 0,7$ ), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострений хронического пиелонефрита.

**Результаты исследования.** Достоверные различия исследуемых групп отмечены по следующим показателям: интраоперационная кровопотеря в 1 гр. составила  $270 \pm 12$  мл против  $51 \pm 6$  мл во 2 гр.; длительность послеоперационной госпитализации и уровень послеоперационных осложнений во 2 гр. был на 57,5% и 61% меньше по сравнению с 1 гр. (соответственно,  $5,1 \pm 0,9$  против  $12 \pm 2$  сут ( $p < 0,05$ ), и 5% против 66% ( $p < 0,01$ )). Хороший результат у пациентов 2 гр. (ЛПЛТ) достигнут в 96% наблюдений, что на 60% превышает данный показатель 1 гр. (ОПЛТ) – 36%.

**Выводы.** ЛПЛТ, при меньшем количестве осложнений (5%) по сравнению с ОПЛТ (66%), технически выполнима в условиях оснащенного урологического отделения, отвечает требованиям современной функциональной хирургии.

*Черноус В.А., Куприенко Н.Н.*

### **ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой, научный руководитель – д. мед.н., с.н.с., С.Н.Шамраев*

**Цель исследования** - оценить непосредственные результаты лечения больных с нефролитиазом, получивших лечение по методике перкутанной нефролитолапаксии (ПНЛЛ).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 393 пациентов за период 2007 – 2011 гг., получивших оперативное лечение методом ПНЛЛ на базе кафедры урологии ДонНМУ в отделении эндоурологии и рентгенударно-волновой литотрипсии ДОКТМО. Критериями оценки были длительность операции, величина интраоперационной кровопотери (патологической считали потерю крови превышающую 0,5% массы тела), продолжительность госпитализации, величина конкремента и сторона поражения, наличие или отсутствие осложнений послеоперационного периода, наличие повторных оперативных вмешательств. Улучшением лечения, как исхода заболевания считали отсутствие ложного рецидива камней в ЧЛС почки, отсутствие de novo камнеобразования в лоханке оперированной почки, отсутствие обструкции верхних мочевых путей на стороне удалённого камня ( $RI > 0,7$ ), нормальный уровень креатинина плазмы крови, отсутствие обострений хронического пиелонефрита..

**Результаты исследования.** Средний возраст обследованных составлял  $52,5 \pm 0,89$  лет, средняя масса тела –  $82,6 \pm 1,4$  кг. Среди обследованных преобладали женщины – 229 (58,27 %). Оперативное лечение было проведено с правой стороны в 175 (44,53 %) случаях, с левой стороны – в 177 (45,03 %), а с двух сторон – в 41 (10,51 %). ПНЛЛ по поводу коралловидных камней было проведено в 87 (22,14 %) наблюдений, камни более 2 см отмечались у 154 (39,19 %), камни размером 1-2 см – у 133 (33,84 %), а менее 1 см – у 19 (4,83 %). 64 (16,28 %) пациентам были проведены сопутствующие операции: пункция кисты – 6 (1,52 %), удале-

ние кисты – 4 (1,02 %), эндопиелотомия – 13 (3,31 %), нефростомия была выполнена 41 (10,51 %) пациенту. Установка стента была выполнена в 146 (37,15 %) случаях, нефропексия – в 3 (0,76 %), удаление добавочного сосуда – в 1 (0,25 %). Хронической почечной недостаточностью (ХПН) страдали 92 (23,41 %) пациентов, киста почки отмечалась у 24 (6,11 %), а нефроптоз – у 9 (2,29 %). Среди соматических заболеваний преобладала патология сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия (АГ) – у 223 (56,74 %) лиц, атеросклероз – у 152 (38,68 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 150 (38,17 %), нарушениями сердечного ритма страдали 17 (4,33 %) обследованных, аневризма аорты определялась у 2 (0,51 %) человек. Ожирением страдали 87 (22,14 %) обследованных, сахарным диабетом (СД) – 35 (8,91 %), язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) – 20 (5,09 %), хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) – 15 (3,91 %), анемией – 7 (1,78 %), желчекаменной болезнью (ЖКБ) – 4 (1,02 %) обследованных. Осложнения возникли у 146 (37,15 %) пациентов. Наиболее часто отмечались кровотечения у 95 (24,17 %) пациентов, инфекционные осложнения со стороны раны – у 2 (0,51 %); повторная нефростомия была проведена 41 (10,43 %), дополнительное дренирование забрюшинного пространства – 7 (1,78 %). Ранение органов брюшной полости произошло в 3 (0,76 %) наблюдений. 11 (2,80 %) пациентам была выполнена нефрэктомия. Обострение хронического пиелонефрита отмечалось у 112 (28,49 %), что потребовало пребывания в стационаре свыше 12 суток, еще 23 (5,95 %) были повторно госпитализированы в связи с рецидивами камней почек. Исходами лечения на момент выписки из стационара были: улучшение у 373 (94,91 %) пациентов, ухудшение – у 15 (3,91 %). В 5 случаях наступил летальный исход (1,27 %).

**Выводы.** Дальнейшее совершенствование техники доступа, дооперационное планирование по данным компьютерного моделирования, дифференцированный подход к лечению пациентов с мочекаменной болезнью и сопутствующей патологией пиелoureтрального сегмента, дальнейшее накопление опыта, позволят снизить количество осложнений и экономические затраты на лечение данной категории больных.

*Шамраева Д.Н., Кузьменко О.Ю.*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра урологии, зав. кафедрой - д. мед. н. Шамраев С.Н., научн. руков. – д. мед. н. Кривобок А.Г.*

**Цель.** Оценить непосредственные результаты резекций почки, выполненных по поводу почечно-клеточного рака (ПКР) из открытого люмботомического и трансабдоминального лапароскопического доступов.

**Материал и методы.** Из 519 пациентов с ПКР, оперированных в период с января 2006 по февраль 2013 гг., 114 (22%) больным выполнены резекции почки (РП). Пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МЗ Украины № 554). Среди нефрон-сохраняющих операций 13 (11,4%) выполнены из лапароскопического доступа, 101 (88,6%) – открытым способом. 19 (38%) пациентам симульганно выполнено: пиелолитотомия – 7, кистэктомия – 7, нефропексий – 5, адреналэктомия – 13, регионарных лимфаденэктомия (ЛАЭ) – 11. Период наблюдения составил в среднем  $27 \pm 2,1$  мес (от 3 до 78 мес).

**Результаты.** Возраст больных варьировал от 41 до 80 лет (в среднем  $54,0 \pm 0,9$  года). Мужчин было 51 (44,7%), женщин – 63 (55,3%). По абсолютным показаниям оперировано – 5 (4,4%) пациентов: диагностирован двусторонний асинхронный рак почки в 2 наблюдениях (контрлатеральная почка удалена по поводу ПКР от 4 до 7 лет назад), ещё в 2 – имела опухоль единственной почки и в одном – двусторонний синхронный ПКР. По относительным – 57 (50,0%), по элективным – 52 (45,6%). Распределение пациентов по стадиям: pT0 – 5 (4,4%), pT1a – 56 (49,1%), pT1b – 40 (35,1%), pT2 – 8 (7,0%), pT3a – 5 (4,4%). Метастазов в регионарные лимфоузлы не отмечено ни у одного из 11 (9,6%) пациентов, которым выполнена ЛАЭ. Катергория M1 выявлена в 2 (1,8%) наблюдениях. Резекция правой почки выполнена 63 (55,3%) пациенту, левой – 51 (44,7%). Локализация опухоли в верхнем и верхушечном сегментах почки была у 32 (28,1%), в переднем – у 16 (14,0%), заднем – у 24 (21,1%), нижнем – у 42 (36,8%) больных. Диаметр опухоли в среднем составил  $43 \pm 1,6$  мм, в 56 (49,1%) наблюдениях её размер превышал 4 см. Экстраренальных опухолей (>75% опухоли расположено за пределами почки) было 34 (29,8%), интратренальных (>75% опухоли в пределах почки) – 20 (17,5%) экстра-интратренальных – 60 (52,7%). По виду РП: плоскостных было 30 (26,3%), клиновидных – 36 (31,2%), энуклеорезекций – 48 (42,1%); без ишемии – 14 (12,3%), с пережатием почечной артерии (время ишемии (ВИ)  $28 \pm 1,2$  мин) – 40 (35,1%), с пережатием артерии и вены почки (ВИ  $29 \pm 1,0$  мин) – 60 (52,6%), с ушиванием ЧЛС (ВИ  $32 \pm 1,8$  мин) – 26 (22,8%). После проведения РП дефект паренхимы у 13 (11,4%) больных ушивали в один ряд одиночными узловыми швами, у 96 (84,2%) – 2-рядным швом (1 ряд – на дно резекции горизонтальные П-образные швы с усилением кусочками губки Суджицел, 2 ряд – обвивной вертикальный шов на корковое вещество почки), у 5 (4,4%) – гемостаз раны почки осуществлен пластиной Тахокомба. Среди гистологических форм саркома была в 1 (0,9%) наблюдении, онкоцитомы – в 5 (4,4%) (категория pT0), ПКР – у 108 (94,7%) пациентов: светлоклеточный вариант – 102 (89,5%), темноклеточный – 6 (5,3%). Хирургический край у 1 (0,9%) больного был положительным. Интраоперационно массивная кровопотеря отмечена у 18 (15,8%) больных, гемотрансфузия проведена у 25 (21,9%). Кровопотеря в среднем составила  $303 \pm 20$  мл (от 100 до 1200 мл). В раннем послеоперационном периоде у 14 (12,3%) пациентов диагностирован мочевои свищ: его закрытие достигнуто стентированием мочеточника у 12 пациентов и у 2 – выполнением чрескожной



нефростомии. Эти пациенты имели больший послеоперационный койко-день ( $14,4 \pm 2,6$ ) против больных без фистулы –  $11,3 \pm 0,3$  ( $p > 0,05$ ). Еще одной пациентке (0,9%) через 6 месяцев выполнена ревизия раны с иссечением некротизированных мягких тканей. Периоперационной летальности, поздних кровотечений, гнойного воспаления резецированной почки, требовавших бы нефрэктомии, прогрессирования ХПН с проведением программного гемодиализа, а также местного рецидива ПКР, - не отмечено. Два (1,75%) пациента с двусторонним синхронным ПКР умели от prolongation morbi через 31 и 50 мес от начала лечения (последовательно проведены нефрэктомия и резекция почки). Специфическая выживаемость составила 98,25%.

**Выводы.** Различий в конечном гемостазе после применяемых техник ушивания раны почки не отмечено. Ни одно из осложнений не привело к утрате органа. Соблюдение принципов нефрон-сохраняющих операций позволяет выполнять резекции почки при размерах опухоли более 4 см и достигать хороших функциональных результатов без увеличения частоты осложнений.

*Шамраева Д.Н., Пузанова А.В.*

### **ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В УРОЛОГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,*

*Кафедра урологии, зав.кафедрой, научный руководитель – д.мед.н., с.н.с. Шамраев С.Н.*

**Цель исследования.** Изучить структуру лапароскопических операций.

**Материал и методы.** Анализированы данные о 610 пациентах, перенесших лапароскопические операции на базах кафедры урологии (сентябрь 2007г. по декабрь 2012г.). Пациенты обследованы согласно принятых стандартов (приказ МОЗ Украины № 330 и 554).

**Результаты.** Выполнено 637 лапароскопических урологических вмешательств. За указанный период оперировано 395 (64,8%) мужчин и 215 (35,2%) женщин. Возраст колебался от 18 до 82 лет. В 2007г. выполнено 18 операций (2,9%), в 2008г. – 71 (11,3%), в 2009г. – 105 (16,7%), в 2010г. и 2011г. – 165 (26,3%) и 167 (26,6%), в 2012г. – 111 (16,2%). На базе ГУ «ИНВХ им.В.К.Гусака АМНУ» (2008-2011гг.) оперированы 264 (43,3%) пациента, на базе ДОКТМО (2007-2011гг.) – 346 (56,7%). По виду лапароскопические операции распределились следующим образом: радикальных нефрэктомий выполнено 20 (3,1%), «простых» нефрэктомий – 28 (4,4%), резекций почки – 12 (1,9%), радикальных простатэктомий – 2 (0,3%), адреналэктомий – 10 (1,6%), пиелопластик - 61 (9,6%), пиелолитотомий - 85 (13,3%), уретеролитотомий – 45 (7,1%), уретероцистоанастомоз – 1 (0,1%), кистэктомий почек – 172 (27,0%), нефропексий – 51 (8,0%), варикоцелэктомий – 147 (23,1%), тазовых лимфаденэктомий – 3 (0,5%). Общими противопоказаниями к проведению лапароскопических операций являются коагулопатии и психические заболевания пациента. Местными – избыток массы тела  $>45 \text{ кг/м}^2$ , обширные рубцы передней брюшной стенки и гнойное воспаление кожи в области установки портов. К субъективным противопоказаниям относятся дефицит оснащения лечебного учреждения, недостаточные навыки и знание этапов операции оперирующего хирурга для выполнения необходимого хирургического пособия, а также отсутствие адекватной реакции оперирующей бригады на нестандартные ситуации, возникающие в ходе лапароскопических вмешательств. У 12 (1,9%) пациентов отмечена локальная подкожная эмфизема, не потребовавшая какого-либо дополнительного лечения (Clavien I) и увеличения послеоперационной госпитализации. Осложнения Clavien II-III отмечены у 23 (3,6%) пациентов. Часть из них возникали во время лапароскопии, что требовало конверсии в 8 (1,3%) наблюдениях, - по причине кровотечения (5) и невозможности выполнить основной этап операции (трижды). В раннем послеоперационном периоде после трансабдоминальной пиелопластики в 7 (1,1%) случаях наблюдали мочевой перитонит (у 5 пациентов купировано путем перкутанного дренирования брюшной полости и почки, в двух - репиелопластика); в 4 (0,7%) – миграцию дренажа в брюшную полость (дренажи удалены при релапароскопии). Ложные рецидивы заболевания отмечены у 4 (0,7%) пациентов: реварикоцелэктомия выполнена у 2 (0,4%) и нефролитолапаксия – еще у 2 (0,4%).

**Выводы.** Необоснованное расширение показаний к лапароскопическим операциям приводят к техническим трудностям во время операции, что, в свою очередь, влечет к возможному риску конверсии и увеличению сроков госпитализации, а также к дискредитации лапароскопического доступа и увеличению психической нагрузки на оперирующего уролога.

## **ФТИЗИАТРИЯ**

*Авдоніна О.В., Феденко Є.С., Алексеєнко О.В., Арліндо Арау де Олівейра*

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТБ/ВІЛ З ТРИВОЖНИМИ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

*Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра фтизіатрії (завідувач кафедри – професор Крижановський Д.Г.), кафедра психіатрії, загальної та медичної психології (завідувач кафедри – професор Спіріна І.Д.), ОКЗ «Протитуберкульозний диспансер м. Дніпропетровська»*

**Мета:** виявити взаємозв'язок якості життя пацієнтів з ко-інфекцією туберкульоз та ВІЛ з тривожними і депресивними розладами.

**Матеріал та методи.** Обстежено 135 пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, 68% (92) чоловіків і 32% (43) жінок. В групу контролю увійшли 90 осіб, порівнянних за віком і статтю з обстеженими пацієнтами. Для виявлення вираженості тривоги і депресії проводилося психологічне тестування з використанням опитувальника «Госпітальна шкала тривоги і депресії». Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник NAIF. У людини зі збереженою якістю життя показник наближається до 100%, при незначному зниженні - складає 75%, при помірному зниженні - 74-50%, при значному зниженні - 49-25%, при різко вираженому зниженні - менше 25%.

**Результати.** У всіх пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ виявлено зниження якості життя: в 55% (74) - помірне, в 45% (61) - значне. В порівнянні з групою контролю виявлено статистично значуще зниження як інтегрального показника якості життя, так і всіх його складових: емоційного стану, сексуальної та пізнавальної функції, фізичної мобільності і соціальної функції, в той час як за показником економічного становища спостерігалось різко виражене зниження. Тривожні розлади спостерігалися у 55% (74) пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ і 14% (13) у групі контролю ( $p < 0,001$ ). Субклінічну тривогу мали 41% (55) пацієнтів, клінічно виражену тривогу - 14% (19) пацієнтів. Депресивні розлади мали місце у 64% (86) пацієнтів та у 21% (19) в групі контролю. Субклінічно виражена депресія була виявлена в 18% (24), клінічно виражена депресія в 46% (62), Необхідно відзначити, що поєднання клінічно вираженої тривоги і депресії мали 14% (19) пацієнтів. Виразність тривоги в групі пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ склала 9 балів, вираженість депресії - 10 балів. У групі контролю показники вираженості тривоги і депресії були статистично значимо нижче і склали по 4 бали. У пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ виявлені зворотні кореляційні зв'язки між інтегральним показником якості життя і вираженістю тривожних ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ) і депресивних розладів ( $r = -0,78$ ;  $p < 0,001$ ), а також наявності поєднання тривоги і депресії ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Встановлений взаємозв'язок погіршення якості життя у пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ з наявністю та вираженістю тривожних і депресивних розладів диктує необхідність анкетування даних пацієнтів для виявлення й оцінки рівня тривоги і депресії з подальшим залученням щодо їх ведення психотерапевтів для корекції виявлених порушень, а також поліпшення якості життя пацієнтів з ВІЛ-асоційованим туберкульозом.

*Авдоніна О.В., Алексеєнко О.В., Арліндо Арау де Олівейра, Левченко О.В.*

### **СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТБ/ВІЛ**

*Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра фтизіатрії (завідувач кафедри – професор Крижановський Д.Г.), ОКЗ «Протитуберкульозний диспансер м. Дніпропетровська»*

В умовах епідемії ВІЛ/СНІДу зростання захворюваності на туберкульоз залишається глобальною проблемою, тому що ВІЛ-інфекція є одним із найпотужніших чинників переходу латентного інфікування мікобактерією туберкульозу до активного туберкульозного процесу.

**Мета дослідження:** вивчити соціальний статус хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

**Матеріал та методи.** Досліджено соціальний статус у 135 пацієнтів з ко-інфекцією ТБ / ВІЛ, серед яких 68% (92) чоловіків і 32% (43) жінок, які пройшли тестування та консультування щодо ВІЛ-інфекції.

**Результати.** Для визначення соціального статусу пацієнтів визначені такі фактори як проживання в сільській місцевості, відсутність визначеного місця проживання, відсутність роботи, зловживання алкоголем, куріння, знаходження в місцях позбавлення волі, наркоманія. Виявлено, що в сільській місцевості проживали 37% (50), 72% (97) не працювали, 74% (100) зловживали алкоголем, 91% (123) курили, 30% (41) раніше перебували в місцях позбавлення волі, 2% (3) не мали постійного місця проживання. З 135 пацієнтів на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ - 56% (76) інфікувалися внутрішньовенним шляхом, але в даний момент не заперечували вживання ін'єкційних наркотичних речовин тільки 12% (16) пацієнтів. На момент постановки діагнозу вперше виявленого туберкульозу 89% (120) пацієнтів не приймали антиретровірусну терапію, з них 8% (11) раніше мали досвід прийому антиретровірусної терапії, але відмовилися від її подальшого використання. З 11% (15) пацієнтів, що приймали антиретровірусну терапію, у 7% (10) туберкульоз розвинувся на фоні синдрому відновлення імунної відповіді.

**Висновки.** На ко-інфекцію ТБ/ВІЛ найбільш часто хворіють пацієнти 30 років і більше, міські жителі, безробітні, що зловживають алкоголем, зі стажем курення. Третина пацієнтів раніше перебувала в місцях позбавлення волі, половина інфікувалася внутрішньовенним шляхом. Антиретровірусну терапію на момент діагностування туберкульозу отримували лише 11% (15).

*Кравцов О.І., Авдоніна О.В., Арліндо Арау де Олівейра, Левченко О.В.*

### **ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАХОДИ З ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ**

*КЗ «Дніпропетровське обласне патологоанатомічне бюро», відділення інфекційної патології; Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра фтизіатрії (завідувач кафедри – професор Крижановський Д.Г.)*

**Мета дослідження:** удосконалення заходів щодо протитуберкульозного інфекційного контролю в патологоанатомічних відділеннях.

**Матеріал та методи.** Вивчали систему заходів, спрямованих на зниження ризику поширення туберкульозної інфекції в організаціях охорони здоров'я серед медичних працівників та зменшення ймовірності назокоміальної трансмісії туберкульозу: адміністративний контроль, інженерний контроль, захист органів дихання.

**Результати.** Аутопсія є маніпуляцією підвищеного ризику поширення туберкульозної інфекції і становить небезпеку в плані можливого зараження туберкульозом. При аутопсії і обробці резекційних матеріалу, інфікованої мікобактеріями туберкульозу, виконання звичайних маніпуляцій веде до формування інфекційного аерозолу. Патологоанатом і присутні на розтині особи повинні користуватися респіраторами, призначеними для зони найбільш високого ризику. Метод повної евісцерації не рекомендується. Секційний зал повинен мати самостійну витяжну вентиляцію і повинен бути обладнаний таким чином, щоб запобігти поширенню інфекційного аерозолу з приміщень «брудної зони» в приміщення «чистої зони», що досягається створенням негативного тиску по відношенню до інших приміщень. В першу чергу необхідне проведення заходів, які включають дезінфекцію відходів, герметизацію пакувальної тари, скорочення часу перебування відходів в функціональних приміщеннях, використання надійних методів очищення дезінфекції повітря, що надходить в чисті приміщення тощо.

**Висновки.** Заходи, спрямовані на зниження ризику інфікування мікобактеріями туберкульозу і запобігання трансмісії інфекції повинні включати оцінку протитуберкульозного інфекційного контролю в підрозділах, рекомендації щодо запобігання трансмісії туберкульозу; розробку плану інфекційного контролю туберкульозу; планування оптимальних шляхів руху заразного інфекційного матеріалу; забезпечення надійної експлуатації вентиляційної системи; забезпечення персоналу респіраторами; навчання персоналу.

*Кононова Е.О., Двоскина Е.А., Ляшенко Т.Б., Новицкая Е.В.*

### **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЖЕНЩИН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра фтизиатрии и пульмонологии, зав. кафедрой – доцент С.М. Лепшина, научный руководитель – ассистент Н.В. Обухова*

**Цель исследования.** Провести анализ случаев ТБ легких у женщин, пролеченных в Областной клинической туберкулезной больнице г. Донецка.

**Материал и методы.** Проанализировано 167 историй болезни женщин с впервые выявленным ТБ легких. Возраст больных составил от 18 до 67 лет.

**Результаты.** При проведении анализа нами выявлено, что ТБ чаще заболевают женщины 20-30 лет (49,1%). По социальному статусу больные распределились: безработные – 87 человек (52,1%), работающие – 38 (22,8%), студенты – 16 (9,6)%, пенсионеры – 26 (15,5%). Факторы риска отмечены у большинства женщин: ВИЧ-инфекция – у 32 (19,2%) женщин, сахарный диабет – у 23 (13,8%), семейный контакт по ТБ – у 17 (10,2%), язвенная болезнь желудка – у 13 (7,7%) алкоголизм – у 8 (4,8%), наркомания – у 3 (1,8%). У 12 (7,2%) пациенток ТБ легких выявлен во время беременности, у 4 (2,4%) – после родов. У 132 (79%) больных выявлены деструктивные формы ТБ легких, у 121 (72,4) – бактериовыделение. Наиболее частой клинической формой был инфильтративный ТБ – у 116 (69,4%) женщин. Всем больным проводилась химиотерапия по стандартным схемам. Прекращение бактериовыделения к окончанию интенсивной фазы лечения отмечено у 86 (71%) больных.

**Выводы.** ТБ легких болеют женщины преимущественно молодого возраста. У 57,5% женщин отмечены факторы риска ТБ, у 79% - ТБ легких выявлен несвоевременно, что повлияло на эффективность лечения.

*Маницкая Н.А., Артамонова Ю.В., Завгородний А.Ф.*

### **СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького  
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, зав.каф. – доц.Лепшина С.М., научный рук. – доц. Кельманская С.И.*

**Цель исследования:** изучить причины возникновения и эффективность лечения спонтанного пневмоторакса (СП) у больных туберкулезом легких.

**Материалы и методы:** проанализированы результаты лечения СП у 101 больного туберкулезом легких (женщин было – 13 (12,9%), мужчин – 88 (87,1%)) в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на лечении в торакальном отделении Областной клинической туберкулезной больницы г.Донецка.

**Результаты исследования:** У всех пациентов СП развился во время или после кашля. Состояние больных было в прямой зависимости от степени дыхательной недостаточности, которая была у большинства – 85 (84,2%) больных. Смешанный тип дыхательной недостаточности с преобладанием обструктивного компонента констатирован у большинства - 81 (80,2%). Дренажное, пункционное и санационное лечение плевральной полости являлись основными методами лечения в сочетании с консервативной противотуберкулезной терапией. Эффективность лечения зависела от клинической формы туберкулеза, наличия эмфиземы легких, степени дыхательной недостаточности СП. Торакотомия с ушиванием бронхиального свища, или экономная резекция легкого проведены у 6 (5,9%) больных. Трое больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, у которых СП, осложнился туберкулезной эмпиемой, умерли.

**Выводы:** СП является тяжелым осложнением туберкулеза легких. Группой риска СП является бронхообструктивный компонент дыхательной недостаточности у больных туберкулезом легких.

*Ракитянский А.А., Сердюк О.В., Стрига Л.В., Тищенко Е.В.***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ/МРТБ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, зав.каф. – доц. Лепшина С.М., научный рук. – асс. Миндрул М.А.*

**Цель исследования.** Изучить эффективность лечения мультирезистентного туберкулеза легких (МРТБ) у ВИЧ инфицированных лиц, пролеченных в Областной клинической туберкулезной больнице (ОКТБ).

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 181 больного с сочетанной патологией ВИЧ/МРТБ легких, находившихся на лечении в отделении для больных мультирезистентными формами туберкулеза ОКТБ с 2010 по 2012 гг. Из них 55 больных пролечены в 2010 году (1-я группа), 56 в 2011 (2-я группа), 70 в 2012 (3-я группа). Диагностику и лечение больных осуществляли согласно приказу МЗ Украины № 600 от 22.10.2008г. Материал обработан методами вариационной статистики.

**Результаты исследования.** Минимальный срок интенсивной фазы (ИФ) лечения больных МРТБ составил 6 месяцев. В конце ИФ лечения конверсия мокроты отмечена у 23 (43,4%) больных 1-ой группы, у 36 (64,3%) больных 2-ой группы и у 42 (60%) больных третьей группы. У 3 (5,5%), 3 (5,3%), 1(1,4%) больных 1, 2, 3 групп соответственно достичь прекращения бактериовыделения на конец ИФ не удалось. На эффективность лечения оказали наибольшее влияние следующие факторы: высокая смертность данной категории больных (в 1-ой группе 13-23,6%, во 2-ой 4 -7,1%, в 3-ей 7 -10%) и самовольный уход (3 -5,5%, 6 -10,7%, 14 -20%), соответственно.

**Выводы:** Использование адекватных режимов химиотерапии у пациентов с ВИЧ/МРТБ, позволяет добиться высокой эффективности лечения данной категории больных. Большое значение для повышения эффективности лечения больных ВИЧ/МРТБ имеет ранняя диагностика и формирование приверженности лечению.

*Чопорова А. И.***ОТКЛОНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ***Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, заведующая кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Шевченко О. С.*

**Целью** нашего исследования явилось изучение характера нарушений внутрипеченочной гемодинамики (ВПГ) у больных впервые диагностированным инфильтративным туберкулезом легких (ВДИТЛ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 89 больных ВДИТЛ, 48 (54,0±5,55 %) мужчин, 25 (46,0±5,55 %) женщин, в возрасте 18–63 лет. Запись реогепаграмм (РГГ) проведена по методике Пушкарь Ю.Т., 1977.

**Результаты.** Установлено, что на фоне ВДИТЛ наблюдается преобладание вазоконстрикции сосудов микроциркуляции печени и снижение сосудистого сопротивления в системе портальной вены. Выявлены два типа нарушений ВПГ: гипокINETическая дистония сосудов печени (у 46,0 % больных) с укорочением времени максимального кровенаполнения (ВМК) менее 0,17 сек. и гиперкинетическая дистония сосудов (у 36,0 % больных) с ВМК более 0,17 сек. При этом, гипотония сосудов ВПГ относительно чаще наблюдалась у больных с более выраженной клинико-рентгенологической картиной патологии.

**Выводы.** Изменения внутрипеченочной гемодинамики являются значимым фактором при выборе способов гепатопротекции при проведении интенсивной химиотерапии больных туберкулезом легких. Реовазогепаграфическое (РГГ) обследование больных туберкулезом легких позволяет регистрировать кровенаполнение в бассейнах печеночной артерии и воротной вены, что целесообразно учитывать при выборе гепатопротекторов для патогенетического лечения больных туберкулезом легких.

*Шаповалова А.С., Левченко Ю.Ю., Лаленко Ю.В., Кононова А.О.***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ***Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького**Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, зав.каф. – доц. Лепшина С.М., научный рук. – доц. Кельманская С.И.*

**Цель исследования:** изучить медико-социальные аспекты казеозной пневмонии.

**Материалы и методы:** проанализировано 98 историй болезни пациентов с казеозной пневмонией, находившихся на лечении в Областной клинической туберкулезной больнице г.Донецка. Возраст больных составил от 21 до 58 лет. Мужчин было 80 (81,6%), женщин – 18 (18,4%). По социальному статусу: большинство больных 54 (55,1%) - не имели работы, 29 (29,6%) – были инвалидами и лишь 15 (15,3%) – имели работу. Сопутствующие заболевания наблюдались у 47 больных (47,9%): сахарный диабет у 13 (13,2%), алкоголизм и наркомания у 11 (11,2%), ВИЧ-инфицирование было у 23 (23,5%).

**Результаты исследования:** Среди основных жалоб у больных выделены тяжелый интоксикационный синдром и поражение бронхолегочной системы. Рентгенологические изменения у 64 (65,3%) носили двусторонний деструктивный характер. У всех больных диагностировано бактериовыделение, с устойчивостью

к противотуберкулезным препаратам (ПТП) у большинства - 54 (55,2%). Всем пациентам проводилась противотуберкулезная, дезинтоксикационная и патогенетическая терапия. Торакопластика с одномоментной резекцией легких выполнена у 5 (5,1%) больных. Анализ исходов лечения больных показал, что 63 (64,2%) умерли в разные сроки лечения от 2 до 4 месяцев, у 35 (35,8%) сформировался фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких.

**Выводы:** Казеозная пневмония является тяжелой остро прогрессирующей клинической формой туберкулеза легких, сопровождается разными видами резистентности МБТ к ПТП и характеризуется высокой летальностью больных. Казеозная пневмония является важной медико-социальной проблемой.

*Юровская Е.И., Тищенко Е.В., Сердюк О.В.*

### **НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ МРТБ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, зав. кафедрой и научный руководитель - доц. Лепшина С. М.*

**Цель исследования:** изучить функцию почек у больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) на фоне приема противотуберкулезных препаратов ПТП.

**Материалы и методы.** Исследовано 28 больных МРТБ и СД. СД I типа был у 11 (39%) больных, II типа – у 17 (61%) больных. Возраст больных находился в интервале от 19 до 68 лет. Средний возраст составил  $45,7 \pm 2,9$  лет. Схема лечения в интенсивной фазе включала 5-6 ПТП, учитывали данные теста лекарственной чувствительности. Исследовали уровень мочевины ( $C_m$ ), креатинина крови ( $C_{кр}$ ) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) почек, которую рассчитывали по формуле Кокрофта-Голта (1976). Расчет СКФ по данной формуле не представляет трудностей и может быть использован в повседневной практике врача ординатора. Материалы обработаны методом вариационной статистики.

**Результаты.** Снижение СКФ выявлено у 12 (43%), причем у 8 (66,7%) больных на 2-3 месяцах лечения. Повышенный уровень  $C_m$  выявлен у 7 (58,3%) больных, причем у 3 (25%) через 2 месяца после снижения СКФ. Повышение уровня  $C_{кр}$  отмечено у 9 (75%) больных, причем у 4 (33,3%) через 1-3 месяца после обнаружения снижения СКФ.

**Выводы:** Нами отмечено, что у больных МРТБ в сочетании с СД исследование СКФ позволяет выявить нарушения функции почек в ранние сроки и своевременно внести коррективы в лечение больных.

## **ХІРУРГІЯ**

*Алибекова Д.З., Жжонова В.В., Алиев А.Н., Костюченков А.С.,*

### **ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И КОМБИНИРОВАННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой: д. мед. н., проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Енгенов Н.М.*

**Цель исследования.** Проанализировать результаты лапароскопических методов лечения двусторонних паховых грыж (ПГ).

**Материалы и методы.** Рассмотрены результаты хирургического лечения 131 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении ДОКТМО с 2000 по 2008гг. в возрасте от 25 до 77 лет. Мужчин было 122, женщин-9, Длительность грыженосительства составил от 1 года до 20 лет.

**Результаты.** У всех больных была выполнена билатеральная герниопластика с использованием лапароскопической техники. Наиболее частым осложнением были ложные кисты семенного канатика (6 пациентов). У 104 больных с обычными размерами ПГ с обеих сторон был использован только лапароскопический доступ. В 19 случаях, при сочетании большой паховой грыжи с контрлатеральной грыжей обычных размеров, выполнялась комбинированная лапароскопическая герниопластика с одной и лапароскопическая герниопластика с другой стороны соответственно. В 8 случаях была выполнена билатеральная комбинированная лапароскопическая герниопластика.

**Выводы.** ЛГ является операцией выбора в лечении двусторонних паховых грыж. Вмешательство безопасно, малотравматично, сопровождается короткими сроками лечения и реабилитации больных.

*Алиев А.Н., Шукюрлу Х.Р., Жжонова В.В., Пинчук К.А.*

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
зав. кафедрой – проф. Борота А.В., научный руководитель – проф. Гюльмамедов Ф.И.*

**Цель исследования.** Уточнить показания к различным способам оперативного вмешательства у больных с различными формами острого парапроктита (ОП) и улучшить их результаты.

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения в urgentном порядке с 2003 по 2011 оперировано 304 человека. Из них по поводу подкожно-подслизистого парапроктита 137 (45,1±2,8%), ишиоректального 167 (54,9±2,8%) больных. Из них 98 (32,2±2,6%) оперированы под комбинированной эпидуральной анестезией и внутривенным наркозом. После пункции абсцесса иглой Дюфо и аспирации гнойного содержимого в полость вводили 5 мл 3% перекиси водорода с бриллиантовой зеленью с целью визуализации внутреннего отверстия (ВО) гнойника. Предварительно в прямую кишку вводился марлевый тампон. При подкожно-подслизистом расположении абсцесса, наряду с дренированием, иссекали его ВО; при высоком расположении ВО производили лишь вскрытие и дренирование абсцесса.

**Результаты.** Из 304 оперированных больных у 47 (15,4±2,0%) больных сформировались прямокишечные свищи, которые в последующем были оперированы в плановом порядке в клинике. У 257 (84,6±2,0%) больных выздоровление наступило после первого этапа хирургического лечения.

**Выводы.** С целью профилактики рецидивов ОП и образования свищей прямой кишки, требующих повторных операций, рекомендовано устранение ВО гнойника путем его иссечения. При невозможности иссечения ВО гнойника в силу его высокого расположения целесообразно разделение хирургического лечения ОП на два этапа.

*Аль Тау Омар М. Хамуд, Алиев Р.Н., Нестеренко Е.А. Таран В.В.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В ХИРУРГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета, заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Плахотников И.А.*

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность применяемых методик озонотерапии в хирургии.

**Материалы и методы.** За период с 2010 года изучено 150 историй болезни пациентов, получавших озонотерапию в условиях 2 хирургического отделения ДОКТМО. Использовали внутривенное введение озонированного физиологического раствора, санацию раневых поверхностей, гнойных полостей, брюшную полость, аутогеомоозонотерапию. Синтез озона осуществлялся при помощи аппарата Озон-УМ 80.

**Результаты.** Количество проводимых процедур от 5 до 15. Динамику лечения осуществляли путем мониторинга анализов крови, бактериологического исследования отделяемого из дренажей и ран, объективным состоянием больного. После 4-7 процедуры менялась динамика течения раневого процесса, больные отмечали улучшение состояния. Побочных реакций не отмечено.

**Выводы.** Проведенный анализ показал, что широкое использование методов озонотерапии в условиях хирургической клиники позволило улучшить результаты лечения больных с различными формами хирургической инфекции. Сократилось количество осложнений, продолжительность пребывания больных в стационаре. Оптимизация антибактериальной терапии за счет использования рациональных схем лечения с включением методов озонотерапии позволила сократить расход антибактериальных препаратов.

*Базиян-Кухто Н.К., Ротарь Д.Г., Данилова М.С., Костик В.Э.*

### **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета, заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Кухто А.П.*

**Цель исследования.** Определение степени метаболических нарушений у больных диффузным семейным полипозом толстой кишки (ДСПТК) и возможности их коррекции в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 1999 по 2010гг. по поводу ДСПТК прооперировано 43 больных (28 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 19 до 74 лет, большинство из них трудоспособного возраста. У 27 больных на фоне ДСПТК был диагностирован рак прямой и ободочной кишки. Все пациенты были оперированы, из них 35 перенесли обширные вмешательства на толстой кишке, 12-ти пациентам выполнены паллиативные операции. У всех пациентов при поступлении в стационар, а также в послеоперационном периоде определяли содержание электролитов в крови, общего белка и белковых фракций, общие гематологические показатели, сывороточное железо, объем циркулирующей крови и его компоненты.

**Результаты.** Анализ содержания электролитов у больных ДСПТК в послеоперационном периоде показал достоверное ( $P<0,002$ ) снижение концентрации калия в эритроцитах при одновременном повышении содержания в них натрия ( $P<0,001$ ), а также снижение в сыворотке концентрации ионов натрия и магния ( $P<0,01$ ). В результате анализа полученных нами данных было установлено, что у всех 43 больных была выраженная диспротеинемия. У 31 больного содержание альбуминов в среднем составляло  $43,5\pm 0,83\%$  от общего белка, альбуминоглобулиновый коэффициент –  $0,8\pm 0,04$ , и только у 12 больных содержание

альбуминов было на нижней границе нормы. При значительном снижении концентрации альбуминов наблюдалось повышение уровня  $\beta$ -глобулинов ( $14,64 \pm 0,34\%$ ) и  $\gamma$ -глобулинов ( $23,44 \pm 0,46\%$ ) ( $P < 0,01$ ), а также  $\alpha_2$ -глобулинов ( $11,06 \pm 0,32\%$ ). Несмотря на выявленную диспротеинемию, концентрация общего белка в сыворотке не отличалась от нормы ( $81,1 \pm 1\text{г/л}$ ), что объясняется наличием гиповолемии у больных и компенсаторным увеличением глобулиновых фракций. Значительная анемия (содержание гемоглобина  $88 \pm 1,3\text{г/л}$ , гематокрит  $0,30 \pm 0,004$ ) наблюдалась у 21 больного, у 27 из них на фоне ДСПТК был обнаружен рак. У всех 43 больных отмечалось достоверное снижение ( $P < 0,001$ ) сывороточного железа ( $647 \pm 5,8\text{ мкг/л}$  при норме  $80-160\text{ мкг/л}$ ). Кислотно-щелочное равновесие (КЩР) исследовано до операции у 23 больных ДСПТК. Сочетание компенсированного ацидоза со значительной анемией и гипопроотеинемией выявлено у 5 больных, у 3 декомпенсированный метаболический алкалоз сочетался с выраженной гипокалиемией. У 15 больных сдвиги КЩР были незначительными. Отрицательный азотистый баланс, выход клеточного иона калия из эритроцитов и замещение его плазменным ионом натрия, выраженная анемия, сдвиги КЩР заставляют думать о том, что больные ДСПТК поступают для хирургического лечения в состоянии катаболической фазы. Это дает основание считать, что только комплексная целенаправленная предоперационная подготовка позволит уменьшить степень операционного риска и улучшить результаты хирургического лечения больных ДСПТК.

**Выводы.** У больных ДСПТК выявлены метаболические нарушения, выражающиеся в гипоальбуминемии, гипокалиемии, анемии и гиповолемии. Для уменьшения операционного риска и улучшения результатов хирургического лечения этих больных необходима комплексная предоперационная подготовка. Корректирующая дооперационная терапия у больных ДСПТК должна начинаться с момента поступления больного в стационар и проводиться одновременно с обследованием.

*Базиян-Кухто Н.К., Омельченко А.Ю., Козюкова М.С., Пинчук К.А*

### **РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ИЛИ ПАТОЛОГИЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета, зав. каф.: проф. Борота А.В., науч. рук.: проф. Гольмамедов П.Ф.*

**Цель исследования.** Проанализировать результаты реконструктивно-восстановительных операций (РВО) у больных с повреждениями или патологией внепеченочных желчных путей.

**Материалы и методы.** Рассмотрены результаты 29 оперативных вмешательств у больных с патологией внепеченочных желчных путей, выполненных в клинике общей хирургии на базе хирургического лечения ЦГКБ №1. Ятрогенное повреждение гепатикохоледоха было отмечено в 8 случаях, холедохолитиаз с пролежнями ми некрозом стенки холедоха – в 17, киста холедоха и опухоль Клатскина – в 2 случаях соответственно. Возраст больных колебался в пределах от 32 до 77 лет, мужчин-10, женщин-19.

**Результаты.** Гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки, холедокостомия по Вишнневскому- 18 случаев, бигепатикоеюноанастомоз с транспеченочным дренированием на выключенной по Ру петле тощей кишки-5 случаев, а также бигепатикоеюноанастомоз с чрескишечным дренированием на выключенной по Ру петле тощей кишки-вслучаях. Осложнения развились у 3 больных. У 1 больного – несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, что потребовало релапаротомии. У 2-го – подпеченочное скопление желчи, у 3-го – нагноение срединной раны. Летальных исходов не было.

**Выводы.** При выполнении РВО на желчных путях считаем необходимым выполнение следующих условий; используем викрил 4-0 или 5-0, длина выключаемой части тощей кишки по Ру не менее 80см, но не более 1 метра (с целью предотвращения синдрома низкого отведения желчи), наложение только однорядного шва, в ряде случаев наложение прецизионных швов.

*Башмаков А.М., Мусаева Ф.А, Жжонова В.В., Нестеренко И.А.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета, зав. каф.: проф. Борота А.В., науч. рук.: асс. Башмаков М.Н.*

**Цель исследования.** Обосновать методы лечения гнойно-воспалительных осложнений со стороны нижних конечностей на фоне сахарного диабета (СД).

**Материалы и методы.** Обследовано 385 больных с СД 2 типа в возрасте от 26 до 82 лет. Лечение проводилось по следующим направлениям: устранение гнойно-воспалительных осложнений и улучшение трофики конечностей, дренирование послеоперационной раны, рациональная антибиотикотерапия. Гипокситерапевтические тренировки больные начинали после оперативного лечения или на этапе очищения раны

**Результаты.** Очистка ран, активные грануляции появлялись на 2,7дня раньше и начало эпителизации ран происходили на 3,6 дня раньше, чем в контрольной группе. Включение в комплекс реабилитационной программы гипокситерапии и иммунотерапии способствует уменьшению общей летальности – на 14,6% и увеличению годовой выживаемости больных на 16 % в сравнении со стандартным медикаментозным лечением.

**Висновки.** Патогенетически обоснований терапевтичний режим з включенням імунно-гіпокситерапії в комплекс лічєбно-реабілітаційних заходів сприяв поступовому поліпшенню показателів якості життя в формі збільшення показателів фізичного, соціального, психологічного функціонування і загального показателя здоров'я і зменшення показателя болю.

*Борота Т.А., Медяник Е.В., Осинська І.А., Шлейко Г.А.*

### **РИСК ВОЗНИКНОВЕННЯ АСОЦІЙОВАНОГО С НЕСПЕЦИФІЧЕСКИМ ЯЗВЕННИМ КОЛИТОМ І БОЛЕЗНЬЮ КРОНА АМЕБІАЗА І ЛЯМБЛІОЗА ТОЛСТОЇ КИШКИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра загальної хірургії і хірургічних захворювань стоматологічного факультету, зав. кафедрою – проф. Борота А.В., науковий рук. – доц. Полунін Г.Е.*

**Ціль дослідження.** Вивчити ризик виникнення асоційованого з неспецифічним язвенним колітом (НЯК) і захворюванням Крона (БК) амебіаза і лямбліоза товстої кишки (ТК).

**Матеріали і методи.** Вивчені історії захворювань 1118 пацієнтів неспецифічними запальними захворюваннями товстої кишки (НВЗТК): 762 (68,2%) з НЯК і 356 (31,8%) з БК. З них оперовано 435 (38,9±1,5%), консервативне лікування отримали 683 (61,1±1,5%) пацієнта. Асоціацію НВЗТК з амебіазом спостерігали у 115 (10,3±0,9%), з лямбліозом – у 73 (6,5±0,7%), поєднання лямбліоза і амебіаза – у 39 (3,5±0,5%).

**Результати.** Наявність асоційованого амебіаза при НЯК було значно вище, ніж при БК – 102 (13,4±1,2%) і 13 (3,7±1,0%) ( $p < 0,01$ ), так само достовірно частіше при НЯК виявляли лямбліоз – 59 (7,7±1,0%) і 14 (3,9±1,0%) ( $p < 0,05$ ) і поєднання цих простейших 34 (4,5±0,7%) і 5 (1,4±0,6%) ( $p < 0,01$ ). З 222 оперованих пацієнтів в групі НЯК амебіаз діагностований у 40 (18,0±2,6%), а з 213 в групі з БК – у 8 (3,8±1,3%) ( $p < 0,01$ ). Серед оперованих існує тенденція до збільшення випадків асоційованого лямбліоза при НЯК – 15 (6,8±1,7%) в порівнянні з БК – 8 (3,8±1,3%) ( $p > 0,05$ ). Достовірно частіше у оперованих пацієнтів зустрічається поєднання цих патологій – 12 (5,4±1,5%) і 4 (1,9±0,9%) ( $p < 0,01$ ). Серед пацієнтів з НЯК, асоційованим з простейшими кількість ранніх післяопераційних ускладнень становило 18 (26,9±5,4%), пізніх – 8 (11,9±4,0%), при БК – відповідно 3 (15,0±8,0%) і 3 (15,0±8,0%) ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Асоційований з НВЗТК амебіаз і лямбліоз спостерігали у 20,3±1,2% пацієнтів: в групі НЯК – у 195 (25,6±1,6%), БК – у 32 (9,0±1,5%) ( $p < 0,01$ ). Серед оперованих пацієнтів ці показники становили відповідно 67 (30,2±3,1%) і 20 (9,4±2,0%) ( $p < 0,01$ ). Кількість післяопераційних ускладнень в групі пацієнтів з НЯК і БК асоційованих з простейшими статистично не відрізнялась: 26 (38,8±6,0%) і 6 (30,0±10,2%) ( $p > 0,05$ ), що в 1,8 рази вище звичайних показників.

*Борота Т.А., Осинська І.А., Медяник Е.В., Чернявський А.Р.*

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра загальної хірургії і хірургічних захворювань стоматологічного факультету, зав. кафедрою – проф. Борота А.В., науковий рук. – доц. Полунін Г.Е.*

**Ціль дослідження.** Вивчити частоту зустрічємости різних груп крові у хворих неспецифічним язвенним колітом (НЯК) і захворюванням Крона (БК).

**Матеріали і методи.** Вивчені історії захворювань 1118 хворих: 762 (68,2%) з НЯК і 356 (31,8%) з БК. Мужчин було 549 (49,1%), жінок – 569 (50,9%).

**Результати.** Перше місце по зустрічємости достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) займають пацієнти з А(II) групою крові – 347 (45,5±1,8%) при НЯК і 152 (42,7±2,6%) при БК ( $p > 0,05$ ), друге місце – з 0(I) – відповідно 232 (30,4±1,7%) і 120 (33,7±2,5%) ( $p > 0,05$ ), третє місце – з В(III) – 138 (18,1±1,4%) і 55 (15,4±1,9%) ( $p > 0,05$ ) і на четвертому місці – пацієнти з АВ(IV) групою – 45 (5,9±0,9%) і 29 (8,1±1,4%) ( $p > 0,05$ ). Найчастіше хворіють пацієнти з Rh+: 646 (84,8±1,3%) при НЯК і 305 (85,7±1,9%) при БК ( $p > 0,05$ ). Серед чоловіків спостерігється така ж тенденція: достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) зустрічається А(II) група крові – 177 (46,2±2,5%) при НЯК і 68 (41,0±3,8%) при БК, серед жінок цей показник становить відповідно 170 (44,9±2,6%) і 84 (44,2±3,6%) ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Статистичних відмінностей в частоті зустрічємости різних груп крові при НЯК і БК не виявлено (в тому числі окремо в групах чоловіків і жінок). Достовірно частіше зустрічається А(II) група крові – 347 (45,5±1,8%) при НЯК і 152 (42,7±2,6%) при БК, а також Rh+ – відповідно 646 (84,8±1,3%) і 305 (85,7±1,9%).

*Волков М.В., Удод К.О.*

### **СТРУКТУРНА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОГО ТА ГЕМОДІАЛІЗНОГО ЦЕНТРУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання, кафедра загальної хірургії і хірургічних захворювань стоматологічного факультету, завідувач кафедри: проф. О.В. Борота, наукові керівники – д.мед.н. С.С. Ксенофонов, проф. Денисов В.К.*

**Мета дослідження** – мотивовано показати актуальність, звернути цільову практичну увагу на поширеність



даної патології серед хворих діалізної популяції, підкреслити тактичні особливості в її клінічній течії і лікуванні.

**Матеріал і методи.** У дослідження включені 67 пацієнтів з тривалим стажем замісної ниркової терапії, включаючи осіб, яким у різні терміни від моменту початку замісної ниркової терапії виконана трансплантація нирки. До першої групи увійшли 39 хворих, які одержували гемодіаліз до трансплантації нирки в терміни від 6 місяців до 8 років, другу групу склали особи (28), що перенесли трансплантацію нирки (ТП). Чоловіків було 34, жінок - 33. Вік варіював від 18 до 59 років, в середньому - 48,5 років. Групи пацієнтів достовірно не розрізнялися по статі, віку, причинам розвитку ниркової недостатності, HLA- сумісності донора і реципієнта. Тривалість спостережень клінічних випадків, що увійшли до дослідження, після ТП коливалася від 19 днів до 27 місяців, в середньому 13,5 місяців. У всіх визначали специфічні клініко-лабораторні показники, орієнтувалися на показники червоної крові, лейкоцитарної формули, коагуляційної системи, дані рентгенологічних, сонографічних, ендоскопічних і КТ-досліджень, які виконувалися у випадках вирішальної діагностичної необхідності. Курація клінічних спостережень, що вимагали залучення суміжних фахівців, здійснювалася з їх обов'язковою участю.

**Результати.** Верифікація діагнозу полегшувалася тим, що хворі були частково або повністю обстежені, знаходилися під лікарським динамічним спостереженням, була можливість максимально використовувати сучасний діагностичний потенціал багатопрофільного клінічного об'єднання. Розподіл пацієнтів по групах дозволив нам чітко визначити структуру і варіабельність хірургічної патології з переважанням тих або інших форм поєднаних захворювань, виділити за клінічними і морфологічними ознаками визначені, стандартизовані, нозологічні одиниці, які вимагають аналогічних діагностичних і лікувальних тактичних підходів. Всі оперативні втручання, за винятком двох з участю ангіохірургів, виконувалися в ургентному порядку, під ендотрахеальним наркозом, з обов'язковим моніторингом життєвих показників. Ускладнень перебігу наркозу в жодному випадку не відмічено. При оцінці можливості виконання абсолютно показаної оперативної допомоги враховували часовий чинник втручання і необхідність запобігання взаємному інфікуванню тканин, виникнення труднощів під час хірургічної корекції основного (маніфестного) захворювання, а також можливість ускладнень анестезіологічної допомоги. Велику питому вагу склали хворі з раніш перенесеними оперативними втручаннями на органах черевної порожнини (4 пацієнта з 6 оперованих, що склало 66,7% від загального числа пацієнтів цієї підгрупи). Таким чином, аналізуючи отримані результати оперативного лікування пацієнтів трансплантаційного та гемодіалізного центру, відмічені характерна структура і варіабельність хірургічної патології, підкреслені вся складність і неоднозначність диференціально-діагностичних особливостей її клінічної течії, актуальність грамотного і адекватного рішення всіх ситуативних задач в кожному конкретному клінічному спостереженні.

**Висновки.** Розвиток хірургічної патології, що все частіше зустрічається у хворих, які одержують лікування гемодіалізом, має свої чіткі структурну особливість і патогенетичну обумовленість. Клінічна картина абдомінальної хірургічної патології у хворих діалізної популяції має стертий, «згладжений» і варіабельний характер, що не дозволяє однозначно інтерпретувати патологічний процес, що розвивається. Вирішальними моментами подальшої ефективної лікувальної тактики у таких хворих є діагностична лапароскопія і своєчасне адекватне хірургічне втручання.

*Воскресенська В.Ю.*

### **АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМ СТРАВОХОДУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Кафедра загальної хірургії та хірургічних хвороб стоматологічного факультету, зав. кафедри: проф. Борота О.В., науковий керівник: проф. Грінцов О.Г.*

**Мета дослідження.** Поліпшити безпосередні результати хірургічного лікування пацієнтів із проникаючими ушкодженнями стравоходу (ПУС) та їх ускладнень.

**Матеріал і методи дослідження:** В основу роботи ввійшли результати обстеження та лікування 36 пацієнтів у віці 18-83 років (48,7+13,2 роки), що знаходилися на обстеженні та лікуванні у торакальних відділеннях ДОКТМО за період з 1996 по 2003рр. та у хірургічному відділенні ЦМКЛ №1. Результати об'єктивного обстеження, клініко-лабораторні дослідження застосовувалися для виявлення особливостей клінічної картини; променеві методи застосовувалися для виявлення ушкодження стравоходу, рівня дефекту в ньому, довжини «запливу» контрастної речовини, розширення тіні середостіння, наявності у ньому й у плевральних порожнинах газу та рідини, наявності запального процесу в середостінні та легенях; ендоскопічне дослідження стравоходу використовувалося для виявлення ушкодження стравоходу, його локалізації і розмірів, стану слизуватої стравоходу, наявності запальних змін і патологічних процесів у стравоході; морфогістологічні методи дослідження - для вивчення особливостей морфологічних змін стінки стравоходу при ушкодженнях різної етіології; статистичні - для визначення імовірності отриманих результатів.

**Результати.** З огляду на наш досвід та інформативну цінність методів діагностики, ми розробили алгоритм виявлення ПУС, спрямований на оптимізацію діагностичного процесу та зниження ризику можливих діагностичних помилок. У його основі лежить комплексне застосування вище перерахованих діагностичних методів одночасно з проведенням лікувальних заходів. Алгоритм обстеження хворих з підозрою на ПУС: 1. Збір скарг, анамнезу, оцінка етіологічного фактора та патогенетичних механізмів, фізикальне обстеження

пацієнта, оцінка клініки в плані ПУС. 2. Рентгенографія ший і ОГК у двох проекціях, при наявності всередині плевральних ускладнень, декомпресія плевральної порожнини. 3. При підозрі на травму стравоходу (крім ушкоджень СП) виконується контрастування стравоходу водорозчинною контрастною речовиною; при підтвердженні діагнозу - наявність запливу за контури стравоходу - проводиться езофагоскопія та підготовка хворого до операції. 4. При підозрі на травму стравоходу СП виконують діагностичну езофагоскопію; при виявленні СП - видалення останнього, проведення назогастрального зонда. Рентгенологічне дослідження ОГК із контрастуванням стравоходу. При підтвердженні ПУС визначаються з тактикою лікування (консервативне або оперативне). 5. При негативних результатах рентгенологічного дослідження стравоходу водорозчинною контрастною речовиною, але при ендоскопічному підтвердженні перфорації стравоходу, виконується контрастування стравоходу барієвою суспензією з наступним рішенням питання щодо тактики лікування. 6. При негативних даних рентгенологічного дослідження стравоходу й езофагоскопії, але при наявності емфіземи на ший, обличчі, грудній клітці виконують діагностичну фібротрахеобронхоскопію для виключення травми трахеї і бронхів. 7. При негативних або сумнівних рентгенологічних і ендоскопічних даних устанавлюється динамічне клініко-рентгенологічне спостереження, КТ ОГК. 8. При травмах (пораження ший і груди), що супроводжується нестабільністю гемодинаміки хворого, рекомендована стабілізація стану, протишокові заходи, операція з інтраопераційною діагностичною езофагоскопією. 9. При підозрі на інтраопераційне ушкодження стравоходу - езофагоскопія на операційному столі.

**Висновки.** Для досягнення ефективних результатів лікування потрібно чітко додержуватись послідовності обстеження та використання оптимальних технічних прийомів.

*Жжонова В.В., Ротарь Д.Г., Данилова М.С., Микаилова Г.Р.*

### **СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ, ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета*

*Заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Енгенов Н.М.*

**Цель исследования.** Оценить и проанализировать результаты выполнения симультанных эндовидеохирургических операций на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

**Материалы и методы** Проанализированы результаты 76 симультанных эндовидеохирургических операций. В 38 случаях выполнены симультанные операции на органах брюшной полости (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика) и малого таза (киста, апоплексия яичника), в 12 - симультанные операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая предбрюшинная герниопластика двусторонних паховых грыж и холецистэктомия.

**Результаты.** В 14 наблюдениях герниопластика сопровождалась рассечением спаек, возникших в результате ранее перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, в 10 случаях проведена лапароскопическая операция типа Иванисевича в связи с варикоцеле и паховой грыжей, в 2 случаях холецистэктомия сопровождалась с удалением кисты почки.

**Выводы.** Проведение симультанных эндовидеохирургических операций при сочетанной хирургической патологии является методом выбора и позволяет избежать повторных травматичных вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов.

*Завгородняя А.С., Омельченко А.Ю., Нестеренко Е.А.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОЛИФТА В БЕЗГАЗОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,*

*заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Совпель О.В.*

**Цель исследования.** Проанализировать результаты применения лапаролифта в безгазовой лапароскопии.

**Материалы и методы.** Рассмотрены результаты лечения 73(85%) пациентов основной группы в возрасте от 55 до 92 лет, которым лапароскопическая операция производилась в условиях лапаролифтинговой методики на фоне наличия у больных выраженной дыхательной и сердечной недостаточности. Среди них женщин – 55(75%), мужчин – 18(25%). Контрольную группу составили 12(15%) пациентов в возрасте от 43 до 72 лет, которым лапароскопическое вмешательство осуществлялось по классической методике при давлении газа 9-12 мм.рт.ст. В данной группе пациентов женщин – 7(58%), мужчин – 5(42%). Безгазовые лапароскопические вмешательства включали следующие этапы: установка ретрактора в брюшную полость, монтаж конструкции, установка троакаров, оперативный прием, демонтаж лапаролифта.

**Результаты.** Применение новой методики лапаролифтинга при безгазовых эндовидеохирургических вмешательствах позволяет добиться оптимального внутреннего обзорного пространства, также улучшаются результаты лечения за счёт устранения негативных эффектов нагнетаемого пневмоперитонеума, таких как:

изменение функции дыхания, гемодинамические нарушения, тромбоэмболические осложнения, способствуя тем самым уменьшению продолжительности пребывания пациента в стационаре.

**Выводы.** Использование лапаролифта значительно сокращает противопоказания к применению лапароскопии, тем самым, увеличивая контингент больных, которым становится доступна корректная менее травматичная эндовидеохирургическая технология.

*Мамедалиев Новруз Али оглы, Козлюк И.А.*

## **ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА**

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета, зав. кафедры: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Куницкий Ю.Л.*

**Цель исследования.** Обоснование хирургической тактики у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ).

**Объект и методы исследования:** В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных с желчекаменной (ЖКБ), сочетанной с язвенной болезнью. У данной категории больных основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанными – ЯБ. Возраст больных – от 27 до 82 ( $50,4 \pm 3,7$ ) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124 (70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 ( $5,3 \pm 6,6$ ) лет, urgentных больных от 3,5 до 144 ( $43,4 \pm 5,4$ ) часов. Хронический калькулезный холецистит (ХКХ) имел место у 53 (29,9%), острый (ОКХ) у 69 (39,0%), механическая желтуха (МЖ) – у 55 (31,1%) больных. Из осложнений основного заболевания перитонит был у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136 (74,0%) (у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка), язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%) больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза ЯБ на момент операции была у 51 (28,8%) больного. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

**Результаты.** Все больные оперированы. При ХКХ холецистэктомия (в т.ч. ЛХЭ) выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При ОКХ выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до- и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала полипозиционная гастробиопсия с верификацией «доброкачественности» язвы. При механической желтухе использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутрипеченочного желчного протока под контролем УЗИ с последующей ПЯТ, ЭПСТ, ЛХЭ. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 11 (18,3%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через  $3,5 \pm 4,3$  суток после операции. Оно остановлено консервативно с использованием эндоскопических методов гемостаза. Разработаны факторы риска развития ОЖКК у данной категории больных, и меры их профилактики. Симультанные операции по поводу сочетанной ЯБ выполнили у 11 (6,2%) больных основной группы при осложненных формах и высокой степени риска развития осложнений на основе органосохраняющих вмешательств. Учет выявленных факторов риска позволил уменьшить частоту осложнений в виде ОЖКК до 1,4% у больных основной группы. Улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных заключается в использовании комплексного подхода в диагностике, миниинвазивных технологий, учете выявленных факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной ЯБ в ближайшем послеоперационном периоде.

**Выводы.** 1. У 88 (49,7%) больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью, отмечается бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что приводит к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. 2. Хирургическое лечение больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью должно выполняться с учетом факторов риска развития осложнений со стороны сочетанной ЯБ в ближайшем послеоперационном периоде.

*Нестеренко Е.А., Костюченков А.С., Нестеренко И.А., Таран В.В.*

## **ГЕМОСТАЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СВАРКИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЯХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Совпель О.В.*

**Цель исследования.** Изучение возможности клинического применения генератора электрической сварки мягких тканей (ЭСМТ) для гемостаза на этапе мобилизации дна желудка при выполнении лапароскопической фундопликации.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 36 больных, которым за период с 2011-2012 гг. выполнены лапароскопические вмешательства по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

(ГПОД), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), осложненной рефлюкс-эзофагитом с помощью высокочастотного генератора ЭК-300М1

**Результаты.** Путем применения сварочной технологии в лапароскопических операциях по поводу ГПОД, ГЭРБ значительно сокращаются кровопотери. Операции проводятся на «сухом» операционном поле. Отмечается значительно меньшее травмирование тканей и отсутствие ожогов, исключается поражение ткани в месте сварки, что способствует более быстрому и легкому заживлению ткани прооперированного органа. В послеоперационном периоде никаких осложнений, непосредственно связанных с применением ЭСМТ не отмечено. Конверсий не было.

**Выводы.** Применение ЭСМТ в лапароскопической хирургии ГПОД дает хирургу альтернативу всем существующим стандартным методам гемостаза. Открывает дальнейшие перспективы по усовершенствованию, упрощению и повышению качества выполняемых оперативных вмешательств в хирургическом лечении ГПОД.

*Омельченко А.Ю., Алибекова Д.З., Богданова П.К., Яли А.Н.*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Кухто А.П.*

**Цель исследования.** На основании данных литературы провести анализ методов хирургической реабилитации, способствующих улучшению качества жизни (КЖ) больных, оперированных по поводу рака толстой кишки.

**Материалы и методы.** Большинство исследователей, которые профессионально занимаются изучением КЖ, в смысл этого понятия вкладывают оценку состояния основных функций жизнедеятельности человека: физической, психической, социальной и духовной. Поэтому КЖ следует рассматривать как интегральный критерий эффективности реабилитации после лечения больных по поводу тяжелых заболеваний, которые приводят к инвалидизации или стойкой потере трудоспособности. Указанный критерий позволяет произвести оценку адаптации пациента после проведенного лечения к привычным для него условиям жизни и установить степень его реинтеграции в общество. Исследование КЖ производили при помощи опросника SF-36 (Ware J.E., 1992), позволяющего установить соответствие минимальных психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений. Опросник предназначен для изучения всех компонентов качества жизни. При создании опросника исследователями ВОЗ из 40 концепций здоровья были отобраны только 8, которые наиболее часто определяют в практике популяционных исследований и в большей степени подвержены влиянию заболевания и проводимого лечения. Опросник SF-36 разработан в рамках международного проекта изучения качества жизни, он официально зарегистрирован и рекомендован к применению в большинстве стран мира.

**Результаты.** По данным литературы, КЖ у больных до выполнения хирургических вмешательств по поводу рака толстой кишки значительно ниже по всем показателям опросника SF-36, чем у здоровых лиц. У них резко уменьшалась физическая и социальная активность, эмоциональный статус, значительно понижалась субъективная оценка эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. Это обусловлено в большей степени наличием тяжелого заболевания, которое представляет реальную угрозу жизни больного, в меньшей степени — предстоящей операцией, сопровождающейся физическими страданиями и отрицательными психотравмирующими факторами.

**Выводы.** На качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки, отрицательное влияние оказывает возникновение рецидива заболевания, отдаленных метастазов, осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, наличие функционирующей колостомы на передней брюшной стенке, патологических синдромов, обусловленных удалением илеоцекального отдела, ампулы прямой кишки, ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки. Улучшение качества жизни больных после реконструктивно-восстановительных операций обусловлено преимущественно за счет улучшения большинства показателей качества жизни: физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья.

*Пинчук К.А., Алибекова Д.З., Нестеренко Е.А., Козюкова М.С.*

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ, ОПТИМИЗАЦИЯ, ПУТИ СНИЖЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: доц. Енгенов Н.М.*

**Цель исследования.** Оптимизировать пути снижения интраоперационных и послеоперационных осложнений лапароскопической герниоаллопластики (ЛА).

**Матеріали і методи.** Проаналізовані результати лікування 400 оперированих больних лапароскопічним методом за період з 2001 по 2007 роки. Вік больних коливався від 18 до 85 років. Час операції коливався в межах від 27 до 145 хвилин. Продовжительність стаціонарного лікування від 24 до 96 годин.

**Результати.** З інтраопераційних ускладнень частіше всього зустрілися кровотечі при пошкодженні нижніх епігастральних судин (гемостаз во всіх випадках досягнут лапароскопічно), а також розвиток підшкірної емфіземи у 3 пацієнтів і емфіземи середостення у 1 больного в зв'язі з використанням карбоксиперитонеума. В післяопераційному періоді найбільш часто зустрілися гематоми пахової області – 8 больних, набряк семенного канатика – 12 больних, невралгії і парестезії 7 больних, плечелопаточний болючий синдром – 4 больних. Гематоми і скоплення серозної рідини ліквідували пункційно.

**Висновки.** Застосування методики малогазової лапароскопії усуває негативний вплив карбоксиперитонеума на організм пацієнта. Лапароскопічна трансабдомінальна передбрюшинна герніопластика з циркулярним розсіченням брюшини (грижевого мішка) без його виділення – ефективний і малотравматичний спосіб оперативного лікування пахово-мошоночної грижі.

*Самойлов В.Г., Завгородняя А.С., Алиев Р.Н., Костик В.Э.*

### **ПОИСКИ ИСТОЧНИКОВ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ФАЗЫ ГНОЙНОГО РАНЕВОГО ПРОЦЕССА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: асс. Жадинский А.Н.*

**Цель исследования.** Найти возможный источник для получения препарата, содержащего гидролитические ферменты, необходимые для полного расщепления погибших клеток и микробов в ране.

**Материал и методы.** Изучена отечественная и зарубежная литература, использован интернет – ресурс, системный подход.

**Результаты.** Установлено, что природа предусмотрела единственный механизм расщепления нежизнеспособных тканей – ферментативный. Полное расщепление погибших клеток может произойти только при наличии в среде комплекса ферментов. Имеется положительный опыт использования при лечении больных с гнойными ранами лизата альвеолярных макрофагов свиней, но препятствием к широкому применению являются трудности его получения и хранения. Источником комплекса таких ферментов, на наш взгляд, могут быть «санитары» моря – медузы и, в частности – аурелия (*Aurelia aurita*), которые очищают морские воды от мелкого органического мусора. Ткани медузы состоят из двух слоев: наружного (эктодермы) и внутреннего (энтодермы). Клетки энтодермы выделяют ферменты, которые и переваривают органические вещества. Совершенно очевидно, что без полного набора ферментов, они не могли бы эффективно выполнять эту работу.

**Выводы.** Необходимы дальнейшие исследования, направленные на получение ферментного препарата из медуз, проверки *in vitro* его протеолитической активности. Если эта активность будет достаточной, то возможно использование полученного препарата в комплексном лечении больных с гнойными ранами в первой фазе раневого процесса.

*Христуленко А.А.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ДРЕНАЖУ - ІРИГАТОРА ДЛЯ ВНУТРІШНЬО ПОРОЖНИННОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ САНАЦІЇ ТА ДРЕНУВАННЯ РАН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра общей хирургии та хирургических хвороб стомат. факультета,  
завідувач кафедри і науковий керівник – проф. О.В. Борота*

**Мета дослідження.** Розробити методику використання дренажу - іригатора для внутрішньо порожнинної ультразвукової санації та дренивання ран.

**Матеріал і методи.** Об'єктом дослідження були 5 хворих, яким виконано 5 операцій дренивання післяопераційних гнійних порожнин різних локалізацій. У даній групі захворювання розподілилися таким чином – деструктивний панкреатит – 2 (40%), флегмона стегна – 1 (20%), флегмона предпліччя – 1 (20%), флегмона кисті – 1 (20%). Всім хворим дренивання гнійної порожнини виконувалося інтраопераційно відкритим доступом.

**Результати.** Відмічено, що в глибокій операційній рані складно здійснити ефективну санацію гнійної порожнини без використання ультразвуку. Відомі сьогодні апарати для ультразвукової санації значно погіршують якість життя пацієнтів, оскільки є стаціонарними і потребують живлення від електричної мережі. В доступній літературі описані лише ультразвукові пристрої, що не мають з'єднаного з ним механізму постачання лікувального розчину. З метою поліпшення результатів, нами був розроблений дренаж - іригатор для внутрішньо порожнинної ультразвукової санації та дренивання ран, у якому відсутні описані недоліки. Це зменшує травматичність операції, дозволяє виконати дренивання пункційним способом з використанням ультразвукового наведення. В даний час на кафедрі проходить апробацію в клініці дослідні зразки пристрою.

Показана можливість його використання як при відкритих, так і в умовах лапароскопічних операцій.

**Висновки.** Застосування розробленого в клініці дренажа - іригатора для внутрішньо порожнинної ультразвукової санації та дренування ран дозволить спростити процедуру дренування, збільшити ефективність очищення гнійної порожнини і зменшити термін перебування хворого в стаціонарі.

*Чихрадзе А.К., Базиян-Кухто Н.К., Завгородняя А.С., Омельченко А.Ю.*

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета,  
Зав. каф и научный руководитель – проф. А.В. Борота*

**Цель исследования.** Оценить результаты лечения пациентов с осложненными формами дивертикулеза.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 189 больных с осложненными формами дивертикулеза за период с 2005 по 2011 г.г в возрасте от 26 до 85 лет. Из них 38(20,1±2,92%) больным выполнено оперативное лечение. В 50,3% случаев течение заболевания осложнилось только дивертикулитом, в 6,3% - образованием воспалительного инфильтрата брюшной полости, 4,2% - перфорацией дивертикула. Два и более осложнений были отмечены в 39,2% случаев (74 больных). Сопутствующая патология была отмечена у 112 (59,23±3,57)% больных. В 15 (39,47±7,93%) случаях выполнена резекция толстой кишки с формированием анастомоза.

**Результаты.** В 11(28,95±7,36%) случаях выполнена резекция ободочной кишки по типу Микулича. Шести (15,79±5,91%) пациентам сформирована колостома, 5 (13,16±5,48%) выполнено ушивание дивертикула. В одном случае больная оперирована в связи с опухолью ободочной кишки, ассоциированной с тотальным дивертикулезом ободочной кишки – выполнена колонэктомия.

**Выводы.** Консервативная терапия в лечении пациентов с осложненными формами дивертикулеза, включающая в себя прием антибактериальных препаратов, микроклизмы с гидрокортизоном, саломальком является довольно эффективной, поскольку у больных нормализуется стул, температура тела, исчезает болевой синдром, практически рассасывается воспалительный инфильтрат. При неэффективности консервативного лечения, а также наличии перитонита необходимым является оперативное вмешательство, объем которого зависит от выраженности воспалительного процесса и степени вовлечения окружающих органов и тканей.

*Шукюрлу Х.Р., Алиев А.Н., Алиев Р.Н., Бахышлы Л.З.*

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО ДИВЕРТИКУЛЁЗА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
зав. кафедрой: проф. Борота А.В., научный руководитель: проф. Гольмамедов Ф.И.*

**Цель исследования.** Уточнить показания к различным способам оперативного вмешательства у больных с осложнённым дивертикулёзом ободочной кишки (ОК) и улучшить их результаты.

**Материалы и методы.** Рассмотрены результаты хирургического лечения 124 больных с осложнённым дивертикулёзом левой половины (ЛП) ОК. Из них у 78 (62,9±4,3%) заболевание сопровождалось различными осложнениями – параколическими абсцессами, толстокишечно-мочепузырными свищами, кровотечениями. Эти больные подверглись оперативному лечению. С целью отключения кишечного пассажа на первом этапе лечения формировалась протектирующая колостома в восходящем отделе ОК. В последующем на фоне регресса воспалительного процесса выполнялось радикальное оперативное лечение – резекция пораженного отдела ОК с формированием коло-колоанастомоза. При этом у 48 (61,5±5,5%) больных во время радикальной операции устранения сформированной ранее колостомы не производились и такие больные в дальнейшем подвергались третьему этапу хирургического лечения – восстановлению кишечной непрерывности путем ушивания колостомы. 30 (38,5±5,5%) больным одномоментно произведена радикальная операция и восстановление кишечной непрерывности.

**Результаты.** Ни в одном случае не наблюдали несостоятельности швов сформированного анастомоза, интраоперационно не зафиксировано повреждение органов брюшной полости и малого таза.

**Выводы.** Таким образом, на фоне дивертикулеза ЛП ОК наиболее целесообразным считаем выполнение многоэтапных оперативных вмешательств.

*Яли А.Н.*

### **МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ РУЧНОГО КИШЕЧНОГО ШВА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стомат. факультета,  
заведующий кафедрой – проф. Борота А.В., научный руководитель – проф. Василенко Л.И.*

**Цель исследования.** Определить оптимальный вариант наложения кишечного шва.

**Материал и методы исследования.** Анализ данных современной литературы, посвященной изучению различных методов наложения ручного кишечного шва.

**Результаты.** Исследования показали, что инфицирование брюшины через кишечный шов начинается спустя 7-9 часов после операции и продолжается 5-7 дней. Инфицирование исчисляется миллионами микробных тел в 1мл смыва из брюшной полости. (А.В. Шот и соавт., 1983) Это является причиной развития перитонита, спаек брюшины и гнойных осложнений после операции. Степень инфицирования брюшины через кишечный шов зависит от вида кишечного шва, методики его наложения и шовного материала. Наиболее популярными среди хирургов остаются: шов Альберта(1881), Н.И. Пирогова(1865), А.Ламбера(1881), В.П.Матешука (1945), Коннеля-Евтухина (при формировании передней губы анастомоза) Указанные швы оценивали по: -механической прочности; -степени выраженности воспалительно-некротических изменений в зоне ушитых тканей; -частоте развития послеоперационных осложнений. Установлено, что лучшими из указанных швов являются механический и шов Пирогова (однорядный серозно-мышечно-подслизистый). Прецизионный серозно-мышечно-подслизистый шов уступал механическому и шву Н.И.Пирогова. Исходя из этих данных, Швы Альберта-Шмидена и Матешука не должны применяться. К сожалению, на сегодняшний день около 75% хирургов используют их в своей работе.

**Выводы.** Необходимо применение двухрядного шва, при котором внутренний ряд не проникал бы в просвет кишки, а наружный не выступал бы в просвет брюшной полости. Выбор методики кишечного ручного шва зависит от конкретно поставленных целей и задач. Наиболее популярными среди 2-х рядных швов является шов Альберта(1881) и шов И.Д. Кирпатовского(1964). Среди однорядных швов наиболее популярным среди хирургов: эвертированный серозно-мышечно-подслизистый шов Н.И.Пирогова(1865) и серозно мышечный шов с узелками во внутрь просвета В.П.Матешука(1945). При формировании задней губы анастомозов предпочтения отдают шву Альберта-Мультановского. При формировании передней губы анастомоза – шву Коннеля (1911) – В.П.Евтухина(1928), и Альберта – Шмидена. Проблема эффективного ручного кишечного шва является актуальной и нуждается в проведении фундаментальных комплексных клиничко-морфологических и биологических исследованиях.

*Алтаев М.А., Аллавердиев Э.А., Дубинин С.А., Острополец А.С.*

## **АНАЛИЗ ОПЫТА АКТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Харьковский национальный медицинский, Кафедра общей хирургии № 2, заведующий кафедрой - лауреат Государственной премии Украины, д.мед.н., проф. В.А.Сиплиный, научный руководитель – д.мед.н., проф. Г.Д.Петренко*

**Цель.** Целью нашей работы является анализ способов дренирования послеоперационной раны у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами для улучшения реабилитационных показателей.

**Материалы и методы.** Кафедра общей хирургии № 2 Харьковского национального медицинского университета(ХНМУ) занимается изучением проблемы оперативного лечения больших и гигантских вентральных грыж более 30 лет. За последние 5 лет на кафедре оперировано 140 пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами. Среди них мужчин было 36(25,7%), женщин 104(74,3). Средний возраст пациентов составлял 56,2 года. Продолжительность грыженосительства была от 5 до 16 лет. Большие вентральные грыжи были у 84(60,0%), гигантские - у 56(40,0%). Из них послеоперационные рецидивные грыжи были в 116(83,6%) наблюдениях. За последние 5 лет на кафедре отказались от герниопластики аутодермальным лоскутом по В.Н. Янову. Всем больным выполнена герниопластика сетчатым эндопротезом. При анализе историй болезни установлено, что пассивное дренирование перфорированным трубчатым дренажем осуществлялось у 41 пациента с большими грыжами, у остальных осуществлялось активное аспирационное дренирование послеоперационной раны.

**Результаты.** Необходимость дренирования послеоперационной раны диктовалась ее большой площадью (от 900 до 6000 см<sup>2</sup>). Для вычисления площади раны в последние годы использовали анализ Компьютерной Томографии с реконструкцией трехмерного изображения. При больших вентральных грыжах количество раневого отделяемого уменьшалось от 100мл в первые сутки до 20-30 к третьим суткам. Дренаж убирали на 4-5 день после операции. У пациентов с гигантскими вентральными грыжами количество раневого отделяемого было в 1,5-2 раза больше и дренажи держались до 7-8 дня после операций. У двух больных с гигантскими грыжами лимфоррея продолжалась до 14-15 суток. Соответственно у этих пациентов дренажи были удалены в этот срок. Сером и псевдокист, а также нагноений послеоперационных ран в анализируемой группе пациентов не было.

**Выводы.** 1. Оперативное лечение больших и гигантских вентральных грыж продолжает оставаться сложной проблемой абдоминальной хирургии. В настоящее время кафедра общей Хирургии ХНМУ выполняет герниопластику с применением сетчатых эндопротезов. 2. Послеоперационная рана у пациентов с большими и гигантскими грыжами должна дренироваться перфорированными трубчатыми дренажами для пассивного или активного дренирования раны. Продолжительность стояния дренажа диктуется количеством раневого отделяемого.

*Aisha Omole Hassan, Gbiri Adebola, Eya Lawson Ifeanyi, Umoh Idongesit*

## **DETECTION OF BREAST CANCER IN WOMEN WITH ELEVATED BREAST CANCER RISK**

*Donetsk National Medical University of Gorky, Donetsk, Ukraine*

*Department of General Surgery and Surgical Diseases of the Dentistry Faculty*

*Head of Department: Prof. Borota O. V., Scientific Director: Asst. Borota O. O.*

**Objective:** to assess the current state, the sensitivity, the specificity and the cost efficiency of combined screening in women with elevated breast cancer risk.

**Materials and Methods.** November 25, 2012 at the Congress of Radiology Society of North America in Chicago the results of the study ACRIN 6666 were presented. The objective was to determine supplemental cancer detection yield of ultrasound and MRI in women at elevated risk for breast cancer. 2809 women with elevated cancer risk and dense breasts consented to 3 annual independent screens with mammography and ultrasound in randomized order. After 3 rounds of both screenings, 612 of 703 women who chose to undergo an MRI had complete data. The reference standard was defined as a combination of pathology and 12-month follow-up. The main outcome measures were cancer detection rate, sensitivity, and specificity of detection methods. A total of 2662 women underwent 7473 mammogram and ultrasound screenings, 110 of whom had 111 breast cancer events: 33 detected by mammography only, 32 by ultrasound only, 26 by both, and 9 by MRI after mammography plus ultrasound; 11 were not detected by any imaging screen. For mammography alone, sensitivity was 0.52 (95% CI, 0.40-0.64); specificity, 0.91 (95% CI, 0.90-0.92). Sensitivity for mammography plus ultrasound was 0.76 (95% CI, 0.65-0.85); specificity, 0.84 (95% CI, 0.83-0.85). Sensitivity for MRI and mammography plus ultrasound was 1.00 (95% CI, 0.79-1.00); specificity, 0.65 (95% CI, 0.61-0.69). The number of screens needed to detect 1 cancer was 127 (95% CI, 99-167) for mammography; 234 (95% CI, 173-345) for supplemental ultrasound; and 68 (95% CI, 39-286) for MRI after negative mammography and ultrasound results.

**Results.** The addition of screening ultrasound or MRI to mammography in women at increased risk of breast cancer resulted a higher cancer detection yield. But the combination of all this three methods has a low cost efficiency.

**Conclusion.** We consider it necessary to conduct the own research to assess the current status and effectiveness of the screening of breast cancer in women with elevated breast cancer risk by the optimal variant of the combined examination with estimate the economic effect.

*Bataineh Bilal*

## **MORPHOLOGICAL FEATURES AND CRITERIA OF CROHN'S DISEASE DIAGNOSTICS**

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Department of general surgery and surgical diseases of dental faculty, Head Department – prof. Borota A.V., Scientific director- Docent Kukhto A.P*

**The purpose of the study.** To determine the frequency of various morphological criteria for the diagnosis of Crohn's disease (CD).

**Materials and methods.** Examined surgical specimens of 27 patients with clinical diagnosis of CD and the macroscopic description and histological examination.

**Results.** At macroscopic examination in 3 cases (11.1%) were painting "cobblestones" of the intestinal mucosa and the different thickness of the wall, in 7 cases (25.9%) drew the attention the presence of focal lesions, which is typical for CD. Microscopic examination revealed the presence of slit-like ulcers in 12 cases (44.4%), granulomas - in 8 (29.6%), alternative vasculitis with fibrinoid necrosis or exudative-proliferative vasculitis - in 9 patients (33.3%). These morphological changes are considered a reliable sign of the CD. With varying degree of probability the signs that we found which may have a diagnostic value are: preservation of goblet cells, which can be used in differential diagnosis of ulcerative colitis in 1 case (3.7%), fibrosis of the bowel wall in 4 patients (14.8%); the presence of mucosal atrophy in 10 cases (37%), erosion in 5 cases (18.5%).

**Conclusions.** The use of reliable and probable morphological criteria BC allowed in all 27 cases to confirm the clinical diagnosis CD.

*Borota T.A., Khristulenko A.A., Chernyavskiy A.R., Kiosev N.V.*

## **ESTIMATION OF INDEXES OF TROMBOCITE OF LINK OF GEMOSTASIS AND MARKERS OF ENDOTHELIAL DISFUNCTION FOR PATIENTS WITH DIFFERENT COMPLICATIONS OF HAEMORRHOIDS**

*M.Gorky Donetsk National medical university, Ukraine*

*Department of General Surgery and Surgical Diseases of Stomatological Faculty*

*Head Department – Prof. Borota A.V., Scientific Work – Gulmamedov V.A.*

**The purpose of research.** To study the dynamics of indexes of trombocyte of link of gemostasis and markers of endothelial dysfunction for patients with different complications of haemorrhoids.

**Materials and methods.** The analysis of dynamics of indexes of trombocyte link of gemostasis and markers of endothelial dysfunction is conducted 349 patients, operated concerning different complications of haemorrhoids from 2007 to 2010, depending on the conducted conservative measures in pre- and after operation periods. Patients with necroses of haemorrhoidal nodes there were 76 (21,8±2,2%) persons, by the fall of haemorrhoidal nodes – 96 (27,5±2,4%), haemorrhoidal bleeding are 177 (50,7±2,7%) persons.



**Results.** The initial presence of the expressed disbalance of indexes of trombocite link of gemostasis (middle amount of thrombocytes, table of contents of fibrinogenum of plasma, activated partial tromboplastine time, protrombine time) took place depending on different complications of haemorrhoids.

**Conclusion.** Conducted conservative measures in pre- and after operation periods were effective, to what accordance of the indicated indexes of patients testifies to the indexes of healthy persons after the conducted measures.

*Kiosev N.V., Osipenkov A.R., Makhniboroda A.V., Shleyko G.A.*

### **ESTIMATION OF PATIENT'S QUALITY OF LIFE, OPERATED CONCERNING HEMORRHOIDS**

*M.Gorky Donetsk National medical university, Ukraine  
Department of General Surgery and Surgical Diseases of Stomatological Faculty,  
Head Department – Prof. Borota A.V., Scientific Work – Gulmamedov V.A.*

**The purpose of research.** To estimate quality of life of patients, operated concerning a haemorrhoids with the use of the differentiated approach to treatment.

**Materials and methods.** The indexes of quality of life (QL) of 273 patients, operated concerning different complications of hemorrhoids in the proktological department of DRKTMA from 2003 to 2010 are estimated. The probed group (PG) was made by 139 patients, operated in a period from 2007 to 2010. The choice of method of operation and additional equipment was based on the use of the developed algorithm taking into account a form, stage, complications, duration of disease, age of patients and treatment got to the operation. A control group (KG) was made by 134 patients, operated in a clinic in a period from 2003 to 2006 by the method of random selection. The estimation of QL was made by the unspecific questionnaire of MOS SF-36.

**Results.** In PG as compared to KG some improvement of indexes of QL, reflecting both physical and psychological components of health was marked.

**Conclusion.** The got comparative results talk about efficiency of the developed differentiated approach to treatment of hemorrhoids which allowed to improve the indexes of QL of patients of PG as compared to KG, reflecting both physical and psychological components of health.

*Alabbass Zaid, Baziyar-Kukhto N.K., Rotar D.G., Danilova M.S.*

### **PRINCIPLES OF PATIENTS' MANAGEMENT WITH SHORT BOWEL SYNDROME**

*Donetsk National Medical University named after M. Gorky,  
Department of general surgery and surgical diseases of dental faculty,  
Head Department – prof. Borota A.V., Scientific director – Docent Kukhto A.P*

**The purpose of the research.** Based on the current literature to analyze the principles of patients' management with short bowel syndrome.

**Materials and methods.** Short bowel syndrome is a syndrome that develops after extensive resection of the small and large intestines. Particularly difficult proceeds in patients after resection with preservation at least 2 m of the small intestine. According to the literature, based on the amount of resection, there are three main types of clinical and anatomical changes.

**Results.** Resection of the small intestine, while maintaining at least a part of the ileum, the ileocecal valve and the colon. These patients are less prone to severe digestive disorders and rarely require long-term tubes feeding. 2. Resection of the small intestine with the imposition of jejunal-colonic anastomosis. Patients first time after the operation feel satisfactory, although there are signs of steatorrhea. In subsequent months gradually shown trophological failure, but over time can be a functional adaptation to reduced demand for nutrients. Volumes of food consumption, usual for healthy people, accompanied by diarrhea. While maintaining less than 50 cm of small intestine may be a need for supportive parenteral nutrition. 3. Resection of the small intestine and colectomy with imposing jejunal stoma (eyunostomy). For this case, characterized by diarrhea, with the development of dehydration, electrolyte disturbances (hypomagnesemia, hypocalcemia, hyponatremia) and trophological failure very soon after surgery. Diarrhea increases after eating or drinking. Over time is not observed significant and physiological adaptation of the intestine. Often need constant reception isotonic sodium and glucose oral ingestion, taking antidiarrheal agents, in some cases - the introduction of parenteral nutrition and plasma substitutes. Loperamide and codeine phosphate are also required to correct water disorders short bowel syndrome.

**Conclusions.** Studies have shown that loperamide and codeine phosphate by inhibiting intestinal motility reduce the amount of discharge from the ileostomy by 20-30%. Collect data on the efficacy of growth factors and hormones mucosa-regulators (eg, glucagon-like peptide-2) and induction of adaptive processes after bowel resection. Introduction to the diet of fatty acids with short chain stimulates adaptation of the small intestine and significantly increases the absorption of amino acids. Parenteral administration of glutamine and arginine, subcutaneous administration of growth hormone in combination with glutamine and poor fat diet increases the absorption of sodium and water, which also speeds up the process of adaptation.

*Бобро В. В.***НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ***Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна  
Кафедра хірургії №1, зав. кафедри і науковий керівник: д.мед.н., проф. Бойко В. В*

**Мета дослідження:** поліпшення результатів лікування хворих з псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ) шляхом прискореного формування стінки несформованої псевдокісти.

**Матеріал та методи.** Обстежено 17 пацієнтів на хронічний панкреатит (ХП), ускладнений гострою постнекротичною ПКПЗ, середній вік пацієнтів -  $(42,3 \pm 11,6)$  років. В якості підготовки до накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу у всіх обстежених хворих був застосований заявлений спосіб формування стінки ПКПЗ (З.№ 201210934 від 19.09.2012). Спосіб здійснювали таким чином: за 2-3 тижні до операції проводили курс формування стінки ПК шляхом щоденного заповнення порожнини кісти через катетер 0,02% розчином декаметоксина до 2/3 від попереднього об'єму з експозицією 30 хвилин, з подальшою повною декомпресією і пасивним дренажуванням. Дренажування здійснювали за методикою «стилет-катетер» під місцевою анестезією, використовуючи дренажні конструкції фірми COOKR Medikal (USA) калібром від 12 до 24 Fr. Товщину стінки кісти оцінювали за допомогою УЗД, яке проводили 1 раз на 3 доби. При збільшенні стінки кісти до товщини  $\geq 4$  мм, оптимальної для хірургічного втручання, що визначалося при контрольному УЗД, проводили накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу. Усі втручання виконували на тлі комплексного лікування, що включало методи детоксикації, інфузійну терапію, знеболюючі засоби і коректори гемодинаміки. Схеми антибіотикотерапії у пацієнтів з наявністю більше 20% антибіотикостійких штамів у вмісті кісти доповнювалися комбінованим способом застосування секстафага за методом Суботіна (2006).

**Результати і обговорення.** До початку курсу формування стінки ПКПЗ, за даними УЗД, у усіх пацієнтів відзначено I ступінь дозрівання кісти (по Тамм). В результаті контрольних УЗД було встановлено, що швидкість потовщення стінки кісти при пропонованій підготовці складає  $0,25 \pm 0,02$  мм/добу, тоді як при пасивному формуванні вона дорівнює  $0,055 \pm 0,01$  мм/добу ( $P \leq 0,01$ ). Період формування стінки постнекротичної ПКПЗ до товщини, придатної до оперативного втручання, склав від 3-х до 4-х тижнів, що в 7-10 разів менше в порівнянні з періодом формування природним чином ( $P \leq 0,05$ ). В період формування ПКПЗ ускладнень не відмічено. Після черездірних пункцій хворих активізували відразу після маніпуляції, призначення наркотичних анагетиків не було потрібне. Після закінчення формування стінки ПК усім пацієнтам виконана панкреатоцистоеюностомія при збереженні додаткового зовнішнього дренажування. Середні терміни видалення дренажів  $4 \pm 2$  дні, тривалість післяопераційного періоду  $7 \pm 1,7$  днів. До кінця госпіталізації, за даними променевих методів діагностики, у 15 (88,2%) хворих рідинні утворення в проекції ПЗ не визначалися, що оцінювалося як повний регрес кісти. Летальність серед оперованих хворих досліджуваної групи була відсутня.

**Висновки.** Таким чином, аналіз результатів лікування хворих з гострими псевдокістами ПЗ із застосуванням пропонованого способу формування стінки несформованої псевдокісти показав, що час формування ПК ПЗ скоротився у 7-10 разів, що дозволило виконати накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу на ранніх термінах від початку захворювання і прямим чином вплинуло на зниження загальної летальності і ефективність хірургічного лікування.

*Бочарская М.В., Юровская Е.И.***СПОСОБИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО АЭРОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна, зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г.,  
науч. руков. – проф. Высоцкий А.Г.*

**Цель исследования.** Разработать хирургические способы герметизации линии шва при резекции легкого у больных с буллезной эмфиземой легких (БЭЛ).

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе способов хирургического лечения 118 больных с БЭЛ за период с 2007 по 2013 год. Все пациенты разделены на две группы: 1 (n=67) - с локальными буллезными изменениями в легких; 2 (n=51) - с генерализованной БЭЛ. В каждой группе выделены две подгруппы в которых применялись различные способы герметизации линии шва. В подгруппе 1.1 (n=35) - проводилась герметизация линии резекции легкого путем перевязки углов шва под зажимом с обеих сторон, а затем между собой, с формированием герметичной культи (Патент 53998 А Украина). Подгруппа 1.2 – контрольная – состояла из пациентов (n=32) которым дополнительная герметизация не выполнялась. В подгруппе 2.1 (n=27) - применялись способ буллопликации (Патент 58724 А Украина) и методика с использованием аутоплевры или стенки резецированной буллы (Патент 56733 А Украина). Подгруппа 2.2 (n=24) - являлась контрольной.

**Результаты.** При анализе материалов было выявлено, что в подгруппе 1.1 у 31 пациента аэростаз был достигнут на операционном столе, а у 4 больных – стойкого аэростаза добились в течение 2 суток после операции. В подгруппе 1.2 герметичность шва достигнута сразу после вмешательства в 20 случаях. У 12

пациентов утечка воздуха по дренажам составляла в среднем  $4,2 \pm 1,2$  дня. В 9 наблюдениях (подгруппа 2.1) удалось создать стойкое разряжение в плевральной полости на операционном столе сразу после ушивания торакотомной раны. У 22-х больных средняя продолжительность сброса газа по дренажам составляла  $5,6 \pm 1,4$  суток. У 4-х пациентов подгруппы 2.2 аэрогаз достигли на операционном столе и в 16 случаях – длительность существования легочно-плевральной фистулы в послеоперационном периоде наблюдалась в среднем  $8,4 \pm 1,35$  суток.

**Выводы.** Применение различных способов герметизации линии шва является достаточно эффективным хирургическим приемом и позволяет снизить сроки нахождения дренажей в плевральной полости в послеоперационном периоде.

*Гончарова Н.Н., Врагов Р.С.*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра хирургии №2, научный руководитель: проф. Криворучко И.А.*

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с опухолями ГПДО.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 215 больных с опухолями ГПДО, осложненными МЖ в возрасте 43-91 г в сроки до 7 лет, из них 96 женщин, 119 мужчин. МЖ обусловлена раком поджелудочной железы (ПЖ) у 61,4% больных, раком большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки (БДСК) – 8,4%, раком желчного пузыря – 9,3%, раком холедоха – 2,3%, раком ворот печени – 10,7% и метастазами рака в печень – 7,9%. Всем больным выполнялись общеклинические исследования крови, мочи, а также исследовались онкомаркеры РЕА,  $\alpha$ -фетопротеин, СА 19-9. Также пациентам производилось ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), фиброгастроскопия (ФГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), магнито-резонансная томография (МРТ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧХГ).

**Результаты:** Острая МЖ наблюдалась у 93 (43,3%), затянувшаяся МЖ – у 59 (27,4%), хроническая МЖ – у 63 (29,3%) больных. Разработан алгоритм лечебно-диагностических малоинвазивных вмешательств при опухолях ГПДО: клиничко-лабораторные данные, УЗИ, СКТ, ЭРХПГ или ЧХГ, холецистэктомия, лапаротомия. У больных с раком ЖП (Т1-Т2) оптимальным оперативным вмешательством являлась холецистэктомия, при Т3 – расширенная холецистэктомия (кроме желчного пузыря выполнялась лимфодиссекция, резекция ложа или удаление V сегмента печени, а при резекции гепатикохоледоха выполнялась гепатикоеюностомия). Радикальным вмешательством у больных с раком дистальной части желчного протока, БДСК, головки ПЖ являлась гастропанкреатоудуоденальная (ГПДУ) или пилоруссохраняющая панкреатоудуоденальная резекции (ПДУ) с лимфодиссекцией N2. Радикальные операции при опухоли Klatskin были возможны при небольших новообразованиях. ЭПСТ с назобилиарным дренированием и последующей ГПДУ была выполнена 2 больным, ЭПСТ с эндопротезированием – 10, чрескожная холангиостомия – 15, холецистостомия – 38, ГПДУ по Whipple's – 23, ПДУ по Traverso – Longmire's – 8, субтотальная правосторонняя панкреатэктомия по Fortner – 3, гепатикоеюностомия по Ру – 30, холецистэктомия – 5, холецистэктомия с клиновидной резекцией ложа желчного пузыря – 7, холецистэктомия с клиновидной резекцией ложа желчного протока по Ру – 14, резекция бифуркации печеночного протока по Ру с сегментэктомией или гемигепатэктомией – 9, лапаротомия с наружным дренированием гепатикохоледоха – 26, лапаротомия с биопсией – 17. Послеоперационные осложнения составили 20,5%, летальность – 3,3%.

**Выводы.** Большинство опухолей гепатопанкреатоудуоденальной области (ГПДО) сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи (МЖ), характеризуются высокой частотой местного рецидивирования, а 5-летняя выживаемость пациентов не превышает 20%. Малоинвазивные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления оттока желчи при опухолях ГПДО, осложненных механической желтухой. Эти методики направлены на быструю и эффективную ликвидацию желтухи; позволяют выполнять оперативные вмешательства в наиболее благоприятных условиях, а у больных с тяжелой сопутствующей патологией являются альтернативой хирургическому лечению.

*Гоц Е.И.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т.Овнатаняна, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Я.Г.Колкин*

**Цель исследования** – улучшить результаты лечения пациентов с ранением сердца путем оптимизации инфузионной терапии и лечебной тактики.

**Материал и методы исследований.** За 30 лет в клинике хирургии им. К.Т.Овнатаняна лечились 178 больных с ранениями сердца (155 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 16 до 62 лет. У 158 больных ранения были

нанесены колото-режущими предметами, у 8 имели место точечные колотые ранения, у 12 — огнестрельные. Предоперационное обследование включало в себя выполнение общего анализа крови, проведение ЭКГ, обзорной рентгенографии грудной клетки, при возможности — эхокардиографию и торакоскопию.

**Результаты.** Подавляющее большинство больных доставлялись в клинику в сроки от 30 мин. до 2-х часов с момента нанесения травмы (147 пациентов), остальные 31 поступили в более поздние сроки. В остром периоде общая симптоматика складывалась из признаков внутреннего или наружного кровотечения и тампонады сердца. В 83,3% случаев во время операции был использован левосторонний доступ, в 12,5% — выполнялась правосторонняя торакотомия, в 7,2% — срединная стернотомия. Раны сердца ушивались узловым или Z-образными швами. Благоприятный исход заболевания зафиксирован у 149 (83,7%) пациентов. Умерли 29(16,3%) пациентов. За последние 10 лет летальность снижена до 9,1 %.

**Выводы.** Таким образом, при ранении сердца показана ургентная операция. Её объём зависит от размеров, локализации раны сердца и наличия повреждений других органов. Абсолютно показана гемотрансфузия и инфузионная терапия с введением перфторана и реосорбилакта.

*Дубров Е.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КОНТУЗИИ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна, зав. кафедрой — проф. Колкин Я.Г., науч. руков. — асс. Вегнер Д.В.*

**Цель исследования.** Изучить особенности диагностики и лечебного пособия у пациентов с ушибом сердца и легких.

**Материал и методы.** За период с 2005 по 2012 гг. в клинике хирургии им. проф. К.Т. Овнатаняна находилось 553 пациента с травмой груди, у 110 пострадавших диагностировали ушиб лёгких, у 42 ушиб сердца. Пациентам проводили следующие методы диагностики: общеклинические исследования, многоосевая рентгенография органов грудной клетки, лечебно—диагностическая фибротрехеобронхоскопия, электрокардиография, эхо — кардиография, холтеровское мониторирование, определение тропонина I и МВ фракции креатинфосфокиназы, спиральную компьютерную томографию.

**Результаты.** У 105 пострадавших были признаки ограниченного (87) или обширного (23) ушиба лёгкого. К основным проявлениям ограниченного ушиба мы относили скудное кровохаркание (50 больных — 47,6%). Базовым исследованием, являлась многоосевая рентгенография органов грудной клетки, которая характеризовалась наличием инфильтратов. В 30 (28,5%) наблюдениях изменения в легочной ткани установлены при первичном рентгенологическом исследовании, а в 75 (71,4%) — при повторном, спустя 2-3 суток после поступления. Наблюдали 25 пострадавших с внутрилегочной гематомой. В 18 случаях гематома рассосалась, в 4 — организовалась, и в 3 — гематома нагноилась. Для более точной диагностики применяли компьютерную томографию. Наиболее важными звеньями комплексного лечения пострадавших с ушибом легкого в остром периоде являлись адекватное обезболивание и поддержание проходимости дыхательных путей. У пострадавших с посттравматической пневмонией, стойкой гиповентиляцией легкого к санации добавлялись антибиотики широкого спектра действия, а также нестероидные противовоспалительные препараты. У пациентов с контузией сердца диагностическую значимость имела ЭКГ в динамике. Проводили одновременное исследование трёх биохимических показателей — МВ фракции креатинфосфокиназы, общей креатинфосфокиназы и тропонина-I. У большинства пострадавших в первые сутки после травмы отмечалось наиболее выраженное повышение общей активности креатинфосфокиназы. У 80 % пациентов наблюдали повышение тропонина-I. У пострадавших с ушибом сердца операция не может быть противопоказанием при травме груди (разрыв легкого, переломы ребер, кровотечение из магистральных сосудов). Терапия у больных с ушибом сердца заключалась в обезболивании, коррекции водноэлектролитных нарушений, а также проведением кардиотропной противоишемической и антиаритмической терапии.

**Выводы.** Контузионные повреждения легких и сердца часто проявляются запоздалыми клиническими признаками, а также поздними рентгенологическими и электрокардиографическими изменениями. В связи с чем исследование тропонина-I и МВ фракции креатинфосфокиназы, является необходимым для постановки диагноза и требует исследования в динамике. Диагноз «ушиб сердца» не может быть противопоказанием для экстренной операции.

*Карпыш В.А., Фоминов В.М., Потанов В.В.*

### **СПОСОБ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна, зав. кафедрой — проф. Колкин Я.Г., науч. руков. — проф. Хацко В.В.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность разработанного в клинике «Способа санации брюшной полости у больных с острым перитонитом».

**Материал и методы.** В работе дан анализ лечения 18 больных с разлитым гнойным перитонитом, у 8 из

них использовался разработанный и внедренный в клиническую практику «Способ санации брюшной полости у больных с острым перитонитом» (положительное решение от 06.12.2012 г.). Мужчин было 12, женщин – 6. По возрасту больные распределились следующим образом: 30-40 лет – 5 больных, 41-50 – 7, 51-60 – 6. Причиной перитонита были: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки – у 9 пациентов, гангренозно – перфоративный аппендицит – у 5, деструктивный панкреатит – у 4 с длительностью перитонита более 1 суток. Контрольную группу составили 10 пациентов с разлитым гнойным перитонитом, которые лечились по общепринятым методам.

**Результаты.** Все больные с перитонитом оперированы в срочном порядке. Инфузионная и антибактериальная терапия проводилась по стандартной методике. При промывании брюшной полости нами использовались также водные растворы антибиотиков от 1 до 1,5 литра. Все больные основной группы выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии на 12-15 сутки после оперативного лечения. Летальных исходов не было. Из 10 больных контрольной группы осложнения были у 4, умер – 1. 9 больных выписались на 14 – 21 сутки после операции.

**Выводы.** Анализ результатов лечения острого гнойного перитонита показал эффективность и перспективность предлагаемого способа лечения.

*Комарь Е.Л., Петренко Я.В., Попова Ю.В.*

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т.Овнатяна, зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. руков. – асс. Песчанский Р.Е.*

**Цель исследования.** Изучить эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у больных с осложненными формами холедохолитиаза (ХДЛ).

**Материал и методы.** За 7 лет в клинике лечились 510 больных желчнокаменной болезнью, осложненной ХДЛ и / или патологией терминального отдела холедоха. Из них женщин было 306 (60%), мужчин – 204 (40%) в возрасте 26 – 79 лет. При поступлении клинические проявления обтурационной желтухи (ОЖ) наблюдались у 196 (38,5%) больных, острого холангита – у 88 (17,3%). Протокол обследования включал: лабораторные данные, УЗИ, фибро-гастродуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), фиброхолангиоскопию, по показаниям компьютерную томографию.

**Результаты.** В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные распределены на 3 группы. В 1-й группе 29 (5,8%) пациентов пожилого возраста после ЭПСТ и ликвидации желтухи отказались от дальнейшего оперативного лечения, в 7 случаях анестезиологический риск превышал операционный. Во 2-й группе ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией через 3 – 5 дней выполнена у 376 (73,8%) чел. В 3-й группе у 105 (20,4%) чел. ЭПСТ была неэффективна и выполнена холецистэктомия открытым способом. Непосредственно после ЭПСТ различные осложнения возникли у 27 (5,4%) больных, умер 1 (0,19%) – от панкреонекроза и сепсиса.

**Выводы.** ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 78, 2% пациентов, что дает возможность подготовить их к плановому оперативному вмешательству, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

*Матвиенко В.А., Епифанцев В.А., Шестопалова А.Д.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ И ЭНДОХОЛЕДОХЕАЛЬНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ, МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛАНГИТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра хирургии им. Овнатяна К.Т., зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. руков. – доц. Дудин А.М.*

**Цель исследования.** Сравнительная характеристика традиционного и модифицированного способов лечения острого калькулезного холангита (ОКХ) с применением внутривенной и эндохоледохеальной озонотерапии, миниинвазивных хирургических вмешательств.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 158 больных с ОКХ, проходивших лечение в клинике в период с 2000 по 2009 годы. Возраст больных с холангитом составил от 28 до 83 лет. Женщин было 107 (67,7%), мужчин – 51 (32,3%). Методы исследования: клинико-лабораторные, УЗИ, компьютерная томография, бактериологическое исследование желчи.

**Результаты.** Для полной и объективной оценки традиционных (II группа – 90 пациентов), усовершенствованного (с применением озонотерапии) способов хирургического лечения (I группа – 68 пациентов) нами изучены непосредственные результаты лечения. Различные послеоперационные осложнения были у 9 (13,2%) пациентов I группы, умерли 3 (4,4%). Во II группе больных, после традиционных хирургических вмешательств, осложнения возникли у 24 (26,7%) человек, умерли – 9 (10%).

**Выводы.** Использование современных диагностических и усовершенствованных лечебных технологий, выбор оптимального варианта операций в каждом конкретном случае уменьшают количество послеоперационных осложнений на 13,5%, летальность - на 5,6%.

*Пархоменко А.В., Потапов В.В.*

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ЖЁЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяны, зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. руков. – проф. Хацко В.В.*

**Цель исследования.** Определить наиболее эффективные методы диагностики и оперативных вмешательств у больных с внутренними жёлчными свищами (ВЖС).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты инструментальной диагностики и хирургического лечения 88 больных с ВЖС, которые находились в клинике с 1997 по 2012 гг. Среди них было 58(65,9%) женщин 30 (34,1%) мужчин в возрасте 34-78 лет. Пациентам применены следующие методы исследования: УЗИ жёлчного пузыря и жёлчных протоков, рентгенография желудочно-кишечного тракта, компьютерная томография, фиброгастроуденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

**Результаты.** У 56 (64%) больных точный диагноз ВЖС установлен только во время операции. Холецистодуоденальный свищ диагностирован у 32 (36,3%), холецистогастральный - у 18 (20,5%), холедоходуоденальный - у 10 (11,4%), холецистocolитический - у 5 (5,7%). У 27 больных наблюдали острую желчнокаменную кишечную непроходимость, им были произведены экстренные операции. Планово оперированы - 61. Послеоперационный период протекал с осложнениями у 11 (12,5%). Умерли 2 (2,2%) больных.

**Выводы.** До оперативного вмешательства диагноз ВЖС трудно поставить в большинстве случаев. Корректирующие операции включают ХЭ, с оперативными вмешательствами на жёлчных протоках, желудке и кишечнике. Санация больных ЖКБ предупреждает развитие ВЖС.

*Пархоменко А.В., Потапов В.В.*

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяны, зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. руков. – проф. Хацко В.В.*

**Цель исследования.** Сравнить эффективность малоинвазивных и усовершенствованных методов лечения доброкачественных очаговых образований печени (ДООП) с традиционными лапаротомными операциями.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 340 больных ДООП за последние 20 лет. Среди них было 215 (63,2%) женщин и 125 (36,8%) мужчин, средний возраст -  $47,5 \pm 2,2$  лет. Наиболее информативными диагностическими методами были: сонографический, компьютерная томография, лапароскопия, биопсия печени. С непаразитарными кистами печени (НКП) наблюдали 164 (48,2%) пациента, с абсцессами - 71 (20,9%), с эхинококкозом - 41 (12,1%), с гемангиомами - 48 (14,1%), с аденомой - 12 (3,5%), с локальной узловой гиперплазией (ЛУГ) - 4 (1,2%). 230 больным I группы выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, 110 больным II группы - различные лапаротомные операции.

**Результаты.** В I группе выполнялись преимущественно лапароскопические резекции печени и пункционные вмешательства под ультразвуковым контролем, во II группе - лапаротомные резекции печени, гемигепатэктомия. Послеоперационные осложнения в I группе составили 6%, во II группе - 24,5%. Умерли после операций 3 (1,3%) больных I группы и 5 (4,5%) - II группы от полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Малоинвазивные и усовершенствованные (6 патентов кафедры) способы лечения ДООП являются более эффективными в сравнении с лапаротомными операциями.

*Попова Ю.В., Петренко Я.В.*

## **ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИРИЗЗИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяны, зав. кафедрой – проф. Колкин Я. Г., науч. рук. – асс. Кузьменко А.Е.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность различных методов исследования в диагностике синдрома Мириizzi (СМ).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты инструментальной диагностики у 53 больных с СМ, что составило 2,4 % от всех пациентов, оперированных в клинике за последние 10 лет. Среди них было 33 женщины и 20 мужчин в возрасте 35-82 лет. Пациентам применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), КТ и МРТ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), фиброхолангиоскопия.

**Результаты.** Основным диагностическим методом, позволяющим заподозрить СМ, является УЗИ. Для I-II типов СМ ультразвуковые данные характеризуются расширением общего печёночного протока (ОПП)

до проекції пузирного протока. При III типі СМ відзначається розширення внутріпечіночних жёлчних протоков с уровнем блока в середній треті ОПП в проекції пузирного протока. Як, правило, чётко виден камінь, викликаючий обструкцію. Камінь не опускається в дистальний відділ холедоха. Стінки ЖП утолщені. Желтуха і холангіт явилися основою для проведення ЕРХПГ, при цьому у 19,3% пацієнтів діагностован СМ. ЧЧХГ дозволила уточнити діагноз у 7,3% чоловік, фіброхолангіоскопія – у 5,3%. Окончателіньний діагноз був установлен во время операції.

**Выводы.** До оперативного вмішательства діагноз СМ трудно поставити в більшості випадків. УЗІ дозволило заподозрити этот синдром у 15,3% пацієнтів. При наявності желтухи і холангіта целесообразно для уточнення діагнозу применят КТ или МРТ, ЕРХПГ, ЧЧХГ, а во время операції – фіброхолангіоскопію.

*Потапов В.В., Пархоменко А.В., Карапыш В.А., Фоминов В.М.*

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна, зав. кафедрой - проф. Колкин Я.Г., науч. руков. - проф. Хацко В.В.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности открытого хирургического вмешательства и миниинвазивного пункционно-аспирационного лечения больных с бактериальными абсцессами печени (БАП).

**Материал и методы.** На основании 103 наблюдений был проведен сравнительный анализ лечения больных с БАП в возрасте 22-78 лет, среди них было 60 (58%) мужчин и 43 (42%) женщины. Для лапароскопии использовали аппараты и инструменты фирмы «Wolf» и «Karl Storz».

**Результаты.** Больные были разделены на 2 группы согласно возраста, локализации абсцесса, тяжести состояния. В первую группу вошли 23 больных, которых оперировали в период 1993-1997 годов с использованием общепринятого доступа по Кохеру или срединной лапаротомии. Во вторую вошли 80 пациентов, госпитализированных в 1998-2010 годах, которым были выполнены малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым или лапароскопическим контролем. У 4 пациентов применен разработанный в клинике «Способ лечения абсцесса паренхиматозного органа, содержащего секвестры» (патент №76275 от 25.12.2012.) В первой группе у 5 (23%) больных наблюдались осложнения (нагноение раны, холангит, пневмония), 1 чел. умер от сепсиса. Средняя продолжительность больного в стационаре составила  $25 \pm 1.1$  дней. Во второй группе было 5 (6.2%) осложнений (пневмония, кровотечение, выход дренажа из полости абсцесса). Летальных случаев не было. Длительность лечения составила  $14 \pm 1.9$  дней.

**Выводы.** Малоинвазивные вмешательства с разработанным способом следует шире использовать при абсцессах печени для профилактики билиарного сепсиса.

*Потапов В.В., Пархоменко А.В.*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ: ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна, зав. кафедрой - проф. Колкин Я.Г., науч. Руков. – доц. Греджев Ф.А.*

**Цель исследования.** Изучить возможные осложнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), разработать методы их профилактики.

**Материал и методы.** С 1994 года по настоящее время в клинике хирургии им. К.Т.Овнатяна ЛХЭ выполнена у 5034 больных (3902 женщины и 1132 мужчины) в возрасте от 19 до 89 лет. Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 4047 (80,4%) чел., острый калькулезный холецистит – у 886 (17,6%), полипоз, холестероз ЖП – у 61 (1,2%), бескаменный холецистит – у 30 (0,6%), рак ЖП – у 10 (0,2%).

**Результаты.** После ЛХЭ отмечены осложнения у 85 (5,7%) больных. Наиболее частыми осложнениями явились: кровотечение из ложа желчного пузыря (ЖП) – 47 чел, кровотечение из пузырной артерии – 24, повреждение стенки желчного пузыря – 6, острый панкреатит – 5, пересечение холедоха – 2, повреждение стенки двенадцатиперстной кишки – 1. Во время операции могут возникать осложнения, которые невозможно устранить лапароскопическим путем. По данным нашей клиники конверсия была осуществлена в 176 (3,5%) случаях. Причинами перехода на «открытую» холецистэктомию явились: выраженный воспалительно-инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве – 55 чел., гангренозный ЖП – 42, спаечный процесс в брюшной полости – 38, кровотечение из пузырной артерии – 24, пузырно-дуоденальный свищ – 8, аномалия развития ЖП, повреждение общего желчного протока – 5, кровотечение из воротной вены – 2, рак ЖП – 2.

**Выводы.** Лапароскопическая холецистэктомия – «золотой стандарт» хирургического лечения желчнокаменной болезни. В то же время необходимо учитывать показания и противопоказания, аномалии развития, чтобы избежать осложнений.

*Прокопенко К.А.*

## **ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ**

*Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра хирургии №2, заведующий кафедрой: д.мед.н., проф. Криворучко И.А.,  
научный руководитель: д.мед.н., доц. Тесленко С.Н.*

**Цель исследования:** оценка степени тяжести состояния пациентов с травмами поджелудочной железы и посттравматического панкреатита для дальнейшего выбора метода лечения, а также выявление критериев влияющих на определение степени тяжести.

**Материалы и методы:** Программное обеспечение для экспресс-оценки тяжести состояния пациентов с травмой поджелудочной железы и посттравматическим панкреатитом, основанное на разработанных методах экспресс оценки и расширенной оценки степени тяжести состояния пациентов. Программа написана на языке программирования VBA для работы с базами данных форматов \*.mbd и \*.accdB Microsoft Office Access 2002–2007. Проведена срочная оценка степени тяжести состояния пациентов пострадавших с помощью экспресс-метода, основанного на многомерном шкалировании; расширенная оценка с помощью комбинированного метода на основе дискриминантных функций; ввод и сохранение в базе данных сведений о пациентах, редактирование данных с помощью стандартных средств. Из показателей, которые использовались при срочной оценке тяжести повреждения были рассмотрены следующие: возраст, группа крови и резус-принадлежность, частота пульса, систолическое и диастолическое артериальное давление, а также параметры механического воздействия – скорость и сила удара, а также наличие сочетанных и комбинированных повреждений.

**Результаты.** Частота поражения поджелудочной железы составляет от 4,3% до 10,7%. Летальность также чрезвычайно высока и колеблется от 22% до 80%. Нередко травмы поджелудочной железы осложняются развитием острого посттравматического панкреатита, проявления которого бывают как едва проявляемые, так и выраженные. Выбор метода лечения пациентов с травмой поджелудочной железы зависит от характера и локализации повреждения, отсутствия или наличия повреждения панкреатического протока, а также состояния больного и его функциональных резервов, времени, прошедшего после травмы. Наиболее значимо влияет на тяжесть повреждения при закрытой травме поджелудочной железы комбинированный параметр механического воздействия, равный произведению силы удара на скорость: с увеличением последнего, возрастает степень тяжести пациента. Довольно значимая корреляция обнаруживается и для частоты пульса: с возрастанием последнего, степень тяжести также усугубляется. Также отмечено, что при низких показателях диастолического давления, вероятнее всего у пациента тяжелая травма с угрозой для жизни. Влияние возраста пациентов характеризуется самыми небольшими значимыми корреляциями: с увеличением возраста, увеличивается вероятность получения тяжелой травмы, чем легкой.

**Выводы.** Использование данных программных средств в медицинской практике при срочной и расширенной оценке тяжести состояния пациентов с травматическими повреждениями поджелудочной железы позволит адекватно выбрать врачебную тактику, правильно спрогнозировать риск осложнений и, соответственно, повысить качество лечения посттравматического панкреатита.

*Шалабода А.Д.*

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна, зав. кафедрой - проф. Колкин Я.Г.,  
науч. руков. – доц. Межаков С.В.*

**Цель исследования:** оценить особенности клинического проявления и хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста при ущемленных грыжах живота.

**Материал и методы.** Из 82 больных, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна по поводу ущемленных грыж за период с 2007 по 2011 гг. в возрасте старше 60 лет было 38 человек. Мужчин было 15, женщин - 23.

**Результаты.** По локализации грыж больные распределились следующим образом: паховые грыжи – 14 (36,8%) больных, бедренные - 10 (26,3%), пупочные – 5 (13,1%) и послеоперационные вентральные грыжи – 9 (23,7 %) больных. В первые 6 часов с момента заболевания обратилось 20 (52,6%) больных, от 6 до 24 часов 5 больных (13,1%) и позже 24 часов – 13 (34,2%). Резекция участка кишки потребовалась 7 больным, причем у одной больной операция закончена наложением илеостомы. Умерло 2 больных. Послеоперационные осложнения встретились у 8 (21,0%) больных.

**Выводы.** Высокий процент осложнений, угроза летальных исходов диктует необходимость расширить показания к плановому оперативному лечению больных данной возрастной группы.



*Шестопалова А.Д., Матвиенко В.А.*

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра хирургии им. Овнатаняна К.Т., зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. руков. – проф. Хацко В.В.*

**Цель исследования.** Сравнительная характеристика традиционных открытых и малоинвазивных хирургических вмешательств при непаразитарных кистах печени (НКП).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 129 пациентов с НКП, лечившихся в клинике за последние 8 лет. Среди них было 52 (40,1%) мужчины и 77 (59,9%) женщин в возрасте от 26 до 78 лет. Диаметр кист печени составил 4–17 см. Были использованы следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия.

**Результаты.** Наибольшую точность при диагностике НКП имеет УЗИ, КТ, МРТ. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю включены 56 больных, которым выполнены малоинвазивные вмешательства: пункция, аспирация с наружным дренированием под контролем УЗИ или КТ - 17, лапароскопические операции - 39. В 2-ю - 73 пациента, которым сделаны открытые операции: иссечение стенок кисты, деэпителизации, наружное дренирование - 22; иссечение стенок кисты, деэпителизации, оментогепатопексия - 51. После малоинвазивных операций (с применением 2 изобретений, разработанных в клинике) наблюдались различные осложнения у 4 (7,1%) больных, после открытых операций - у 13 (17,8%) и 1 пациент умер от сепсиса.

**Выводы.** Малоинвазивные чрескожные вмешательства с применением этаноловой склеротерапии, лазерной фотокоагуляции и лапароскопические усовершенствованные операции целесообразно шире применять при НКП в хирургических гепатологических центрах.

*Юровская Е.И., Сытник Д.Е., Ширинов В.И.*

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна, зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г., науч. рук. – проф. Высоцкий А.Г.*

**Цель исследования.** Изучить патофизиологические сдвиги в респираторной системе больных с генерализованной буллезной эмфиземой легких.

**Материал и методы.** Спирографическим и бодиплетизмографическим методами исследовано состояния функции внешнего дыхания, легочные объемы у 52 пациентов с генерализованной формой буллезной эмфиземы легких. Больные были разделены на две группы: первая группа – 52 пациента до оперативного лечения (контроль), вторая – 52 человека в отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) после операции. Возраст больных в 1 и 2 группах составил  $45,4 \pm 3,5$  и  $48,4 \pm 2,5$  лет соответственно.

**Результаты.** Установлена положительная динамика в отдаленные сроки после оперативного лечения у больных с генерализованной буллезной эмфиземой легких. Так до операции показатель жизненной емкости легких  $V_c \max$  составил  $62 \pm 1,8 \%$ , после оперативного лечения  $V_c \max = 86 \pm 1,9 \%$  ( $p < 0,05$ ). Остаточный объем (RV) в группе контроля был равен  $179,1 \pm 18,4 \%$ , во 2 –  $146,4 \pm 12,2 \%$ . Показатель объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ<sub>1</sub>) увеличился у больных после оперативного лечения на  $0,31 \pm 0,5$  л ( $p < 0,05$ ). Статистически значимым явились изменения бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов (FEV<sub>75</sub>) в отдаленные сроки. Отмечалось увеличение данного показателя с  $1,02 \pm 0,4 \%$  до  $1,12 \pm 0,4 \%$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Оперативное лечение генерализованной буллезной эмфиземы позволило значительно улучшить биомеханические свойства легких по скоростным и объемным показателям в отдаленные сроки после операции.

*Федорова У. В.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ**

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра хирургии № 1, заведующий кафедрой - д.мед.н., проф., В.В. Бойко, научный руководитель – проф. кафедры хирургии № 1, д.мед.н., В. В. Макаров.*

**Целью работы** было изучение возможности применения ультразвукового исследования у больных с острой эмпиемой плевры.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с острой эмпиемой плевры. Мужчин было 28, женщин 12. Правосторонняя локализация наблюдалась у 31 больного, левосторонняя - у 7, двусторонний процесс наблюдался у 2 больных. Всем пациентам при поступлении и выписке выполнялась традиционная рентгенография органов грудной клетки. В дальнейшем для динамического наблюдения применялось ультразвуковое исследование плевральной полости на аппарате SIEMENS. Всем пациентам проводилась традиционная консервативная терапия с пункционным лечением, которое было эффективно во всех наблюдениях.

**Результаты исследования.** Важным моментом ультразвукового исследования (УЗИ) плеврального выпота является возможность по данным эхосигнала прогнозировать характер выпота. Серозные выпоты имеют однородную эхоструктуру с низкой эхогенностью. Для серозно-фибринозного выпота характерна неоднородная структура экссудата, проявляющаяся в виде гиперэхогенных сигналов островкового характера. Эхоструктура гнойного и серозно-гнойного выпота всегда неоднородна за счет множественных эхосигналов, рассеянных по всей площади выпота. В наших наблюдениях у 7 пациентов наблюдались УЗИ признаки серозного выпота, у 12 больных – серозно-фибринозного выпота, у 21 – гнойного и серозно-гнойного выпота. Данные УЗИ исследования были подтверждены при пункции плевральной полости. Данные УЗИ плевральной полости позволяли провести дифференциальную диагностику между спаечным процессом в плевральной полости и жидкостными скоплениями. При наличии спаечного процесса в плевральной полости отчетливо визуализируется линейная эхоструктура высокой эхогенности. Подтверждение спаечного процесса в плевральной полости позволяет избежать необоснованных диагностических пункций. Применение УЗИ позволяет определить объём осумкования, выбрать наиболее оптимальное место выполнения плевральной пункции, выполнять пункции плевральной полости под ультразвуковой навигацией. У 2 больных при сочетании наддиафрагмальных и междолевых осумкований ультразвуковой метод был эффективен при наддиафрагмальных локализациях, междолевые осумкования не диагностировались. У данных больных с целью уточнения конфигурации междолевых осумкований использовалась компьютерная томография.

**Выводы.** Применение УЗИ плевральной полости в комплексе диагностики острой эмпиемы плевры позволяет определить границы, структуру, локализацию осумкования, проводить дифференциальную диагностику между спаечным процессом и свободной жидкостью плевральной полости. Сочетанное применение рентгенологического и ультразвукового исследования плевральной полости повышает эффективность диагностических мероприятий и позволяет снизить лучевую нагрузку на больных.

*Хамдамов Х.Р.\*, Казтаев А.Ж.\*\**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ND:YAG ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛИТОТРИПСИИ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ IN VITRO**

*ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Россия, Томск\*.*

*Кафедра хирургических болезней ПФ, зав. кафедрой профессор Мерзликин Н.В., научный руководитель - профессор кафедры детских хирургических болезней ГБОУ ВПО СибГМУ, д.м.н. Цхай В.Ф.*

*Сибирский физико-технический институт им. ак. Кузнецова В.Д.*

*Томского государственного университета, Россия, Томск \*\**

**Цель.** Изучить эффективность применения неодимового лазера (НЛ) для литотрипсии желчных камней in vitro.

**Материалы и методы.** При помощи НЛ было подвержено воздействию излучения на  $\lambda=532$  нм 20 желчных камней размером от 0,7 до 2,3 см, взятых в процессе операции у больных с ЖКБ. Камни сознательно не распределялись по группам, для имитации реального положения в клинике. Среди них были мягкие холестериновые, плотные билирубиновые и смешанные. Использовался импульсный режим работы НЛ с частотой повторения от 5 до 15 Гц и энергией импульса от 71 до 141 мДж. Невысокая энергия импульсов выбрана для уменьшения повреждения желчных протоков. Эксперимент считали завершенным при видимом повреждении камня и его измельчении. Так же изучалось воздействие НЛ на ткань желчного пузыря (ЖП), взятого при лапараскопической холецистэктомии (ЛХЭ) накануне, в двух режимах: при непрерывной подаче тонкого слоя человеческой желчи слоем около 0,8 мм на поверхность слизистой в зоне воздействия НЛ и без желчи (имитация подхода лазерного волновода вплотную к слизистой) в течении 1 минуты. Ткань ЖП была выбрана в связи со сходством её с тканью желчных протоков, в виду её постоянной доступности и возможности прижизненного изъятия при ЛХЭ.

**Результаты.** В результате воздействия излучения НЛ на желчных камнях образовывался дефект в виде канала по ходу лазерного пучка, который нарушал целостность камня и способствовал его распаду. Все камни вне зависимости от состава получилось разрушить. Затраченное время для образования канала в камне находилось в пределах от 30 секунд до 2 минут. Соответственно при увеличении энергии и частоты повторения импульсов время процедуры сокращалось. Воздействие НЛ на ткань ЖП оценивалось макроскопически, при этом в зоне воздействия при постоянном орошении желчью дефект не выходил за пределы слизистой оболочки, а без желчной прослойки дефект был значительно больше, грубее и выходил за пределы слизистой оболочки, но перфорации не было.

**Выводы.** НЛ может быть эффективным подспорьем для лазерной литотрипсии желчных камней. Его преимущество перед другими лазерными установками заключается в том, что на длину волны 532 нм приходится пик поглощения излучения желчью и низкий коэффициент поглощения тканью ЖП и это подтверждают исследования оптических свойств ткани ЖП и желчи, проведенные Duncan J. Maitland, Joseph T. Наиболее эффективным мы считаем импульсный режим работы с частотой 15 Гц, энергией 141 мДж, что позволяет в течении 1 минуты получить дефект в виде канала, который нарушает целостность камня, способствует его распаду и исключает возможность перфорации стенки желчного протока, даже при соскальзывании волновода с камня на стенку протока.

*Койчев Е.А.*

## ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького**Кафедра хирургии и эндоскопии, зав кафедрой и научный руководитель: проф. Кондратенко П.Г.*

**Цель исследования:** изучить эффективность лапаростомии в сочетании с программированными санациями брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной разлитым гнойным перитонитом.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 105 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной разлитым гнойным перитонитом. Мужчин было 60 (57,1%), женщин – 45 (42,9%). Возраст пациентов колебался от 28 до 86 лет. Язвенная болезнь желудка выявлена у 23 (21,9%) пациентов, двенадцатиперстной кишки – у 81 (77,1%), а двойная локализация язв – у 1 (1%). Сопутствующая патология отмечена у 83 (79,1%) больных. В течение 24 часов от появления боли в животе обратились за помощью 35 (33,4%) пациентов, в течение 25–72 часов – 29 (27,6%), позднее 72 часов – 41 (39%). Индекс брюшной полости у всех пациентов, включенных в изучаемую группу, был более 13 баллов. Первая степень Мангеймского индекса перитонита (МИП) выявлена у 29 (27,6%) пациентов, вторая – у 55 (52,4%), третья – у 21 (20%). Абдоминальный сепсис выявлен у 71 (67,6%) пациента, а полиорганная недостаточность – у 32 (30,48%). У всех пациентов выполняли иссечение перфоративной язвы с последующей дуоденопластикой. Кроме хирургического вмешательства всем пациентам до, во время и после операции проводили комплексную терапию, которая включала коррекцию гемодинамики, водно-электролитного баланса и метаболических нарушений, антибактериальную терапию, обеспечение энергетических и пластических потребностей организма, детоксикационную терапию, устранение функциональной недостаточности кишечника.

**Результаты.** В зависимости от тактики лечения все пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу вошло 59 (56,2%) пациентов, у которых после хирургического вмешательства брюшная полость зашивалась наглухо. При развитии осложнений выполняли релапаротомию (релапаротомию по требованию). В послеоперационном периоде осложнения развились у 15 (25,4%) пациентов: несостоятельность швов, перитонит – у 7 (11,9%), абсцессы брюшной полости – у 3 (5,1%), нагноение послеоперационной раны – у 3 (5,1%), эвентрация – у 1 (1,7%), гнойный оментит – у 1 (1,7%). Умерли 32 (54,2%) пациента. Во 2-ю группу включены 46 (43,8%) пациентов для лечения разлитого гнойного перитонита использовалась методика лапаростомии, предложенная В.С.Савельевым и соавт. (2006). Первая степень МИП выявлена у 15 (32,6%) пациентов без летальных исходов. Вторая степень МИП выявлена у 23 (50%), умерли 6 (26,1%), а третья степень – у 8 (17,4%), умерли – 6 (75%). Умерли все пациенты, у которых МИП был более 33 баллов. Послеоперационные осложнения развились у 5 (10,9%) пациентов: нагноение послеоперационной раны – у 3 (6,5%), несостоятельность швов, перитонит – у 2 (4,3%). Общая летальность составила 26,1% (умерли 12 человек).

**Выводы.** Применение лапаростомии с частичным сведением краев раны в сочетании с программированными санациями брюшной полости позволяет у больных с разлитым гнойным перитонитом на почве перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки снизить летальность в 2,1 раза, а число послеоперационных осложнений в 2,4 раза. Не отмечено развитие таких осложнений, как абсцессы брюшной полости и эвентрация. Оптимальный интервал между программированными санациями брюшной полости составляет 24–48 часов.

*Кудринська М.Ф.*

## ПРОГНОЗУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ ЛЕТАЛЬНОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНТЕГРАЛЬНИХ ШКАЛ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького**Кафедра хірургії ім. В. М. Богославського, зав. кафедри – проф. Міміношвілі О.І.,  
науковий керівник – с.н.с., асс. Ярошак С.В.*

**Мета дослідження.** Виявити доцільність використання інтегральних шкал для прогнозування рівня смертності серед хворих деструктивним панкреатитом.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно було вивчено історії хвороб 78 осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ ІНВХ ім. Гусака В.К. у відділенні абдомінальної хірургії та політравми в період з 2007 по 2012 роки, серед яких 57,69% (45 осіб) мали відмежований панкреонекроз, 35,89% (28) – розповсюджений панкреонекроз, а 6,42% (5) – субтотально-тотальні форми некрозу підшлункової залози. Використовувались інтегральні шкали типу APACHE 2, RANSON.

**Результати.** За шкалою APACHE 2 середній бал прогнозованої смертності склав  $14,25 \pm 3,45$ , де з них серед хворих із відмежованою формою панкреонекрозу –  $6,68 \pm 2,18$ , із розповсюдженим панкреонекрозом –  $12,06 \pm 2,51$ , із субтотально-тотальним некрозом –  $17,72 \pm 2,18$ . За шкалою RANSON загальна прогнозована смертність склала  $5,11 \pm 1,27$ , де при відмежованому некрозі підшлункової залози було  $3,52 \pm 0,77$ , із розповсюдженим панкреонекрозом –  $4,38 \pm 1,22$ , а з субтотально-тотальним некрозом –  $5,78 \pm 1,29$ . За даними аналізу цієї групи хворих найбільшою летальністю виявилась у хворих із субтотально-тотальними формами панкреонекрозу – 80%, смертність

при розповсюдженому панкреонекрозі склала 39,8%, при відмежованому -4,4% (загальна смертність- 23,1%).

**Висновки.** Виявлено доцільність повторного використання інтегральних шкал типу APACHE 2, RANSON для прогнозування рівня смертності серед хворих деструктивним панкреатитом.

*Кудрінська М.Ф.*

### **АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра хірургії ім. В. М. Богославського, зав. кафедри – проф. Міміношвілі О.І.,  
науковий керівник – с.н.с., асс. Ярошак С.В.*

**Мета дослідження.** Покращити ефективність лікування хворих із деструктивними формами гострого панкреатиту, виявити обґрунтованість вибору оптимальних строків та методів оперативного втручання співвідносно до тяжкості стану хворих.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно було вивчено історії хвороб 78 осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ ІНВХ ім. Гусака В.К. у відділенні абдомінальної хірургії та політравми в період з 2007 по 2012 роки. Головним етіологічним чинником в 41,02% (32 особи) випадків був біліарний агент, алкогольний та аліментарний агенти в 24,37% (19) та 17,95% (14) відповідно. Післяопераційний та ідіопатичний панкреатит мали по 6,42% (5) хворих, а травматичний - 3,84% (3). За розповсюдженням панкреонекрозу 57,69% (45 осіб) мали відмежований панкреонекроз, 35,89% (28) мали розповсюджений панкреонекроз, а 6,42% (5) мали субтотально-тотальні форми некрозу підшлункової залози.

**Результати.** Показанням для проведення серед обраних хворих оперативних втручань зазвичай було декілька причин, а саме прогресування поліорганної недостатності стало показанням для операції в 48,7% випадків, прогресування ферментативного перитоніту в 17,9% випадків, неефективність консервативної терапії в 15,4%, та інфікування панкреонекрозу в 69,2% випадків. Від початку захворювання у перші 3 доби було прооперовано 1,3% хворих, на 3-5 добу припала максимальна кількість хворих -39,74%, на 6-8 добу - 11,4% хворих, на 9-12 добу знов припав підйом оперативних втручань - 25,64%, на 13-17 добу - 16,8% хворих, та на 18-22 добу 5,12% хворих. У 52,44% хворих (41) із стерильним панкреонекрозом при наростанні ферментативного перитоніту, поліорганної недостатності та неефективності консервативної терапії в перший тиждень виконувалися мініінвазивні оперативні втручання - лапароскопічна санація та дренивання черевної порожнини. У 47,56% хворих із гнійно-септичними ускладненнями (37) була проведена середина лапаротомія із використанням методів «закритого» дренивання з подальшим використанням програмованих релапаротомій в режимі «за вимогою». Максимум програмованих оперативних втручань «за вимогою» припав на 6-7 добу, на 8-9 добу прийшлося 27,27% операцій, на 4-5 добу- 21,12%, і на 1-3 добу та 10 та далі добу - по 3,03% та 6,06% відповідно.

**Висновки.** При відмежованій формі панкреонекрозу доцільним є застосування діагностичної та лікувальної лапароскопії, яка зменшує прояви органної дисфункції, що призводить до зниження кількості ускладнень. При розповсюдженому панкреонекрозі за наяви гнійно-септичних ускладнень операцією вибору є лапаротомія з некрсеквестректомією та широкому дрениванню черевної порожнини та зачервного простору «закритим» методом, з подальшим використанням програмованих релапаротомій в режимі «за вимогою». При субтотально-тотальних формах панкреонекрозу ране оперативне лікування у вигляді лапаротомії для лаважа та дренивання сприяє зниженню ендогенної інтоксикації та стабілізації органної дисфункції, але не зменшує показників летальності.

*Самойленко Д.Г., Кот А.А.*

### **РЕКОНСТРУКТИВНАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького  
Кафедра хирургии им. В.М. Богославского, зав. кафедрой: проф. Миминошвили О.И.,  
научный руководитель – проф. Кот А.Г.*

**Цель.** Повышение эффективности хирургического лечения больных с вентральными грыжами путем разработки и внедрения дифференцированного подхода к реконструкции брюшной стенки.

**Материалы и методы.** В период с 2010 по 2013 год на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН было проведено и проанализировано 15 оперативных пособий у больных с большими вентральными грыжами, включающие в себя simultанное выполнение грыжесечения, грыжепластики и абдоминопластики. Возраст больных составил 38 - 76 лет. Из 15 больных (3 (20%) мужчины, 12 (80%) женщин), 4 пациентки имели в качестве сопутствующей патологии морбидное ожирение 2-3 степени. Планирование коррекции формы брюшной стенки у всех больных проводилось с учетом размеров и локализации грыжевых дефектов, выраженности дегенеративных изменений мышечно-апоневротического каркаса, наличия кожно-жировых избытков, создающих статическую нагрузку на апоневроз. Интраоперационно при наличии выраженных мягкотканых избытков передней брюшной стенки целесообразной считалась широкая мобилизация кожно-жирового лоскута для выявления всех ослабленных участков апо-

невроза, пластика апоневроза производилась с использованием аутопластической беззатяжной методики, при наличии обширных дефектов апоневроза - путем фиксации синтетического сетчатого имплантата Ultra-Pro способом Sub-Lay или In-Lay. Обязательным условием являлось активное аспирационное дренирование раны, сохранение исходного объема брюшной полости после устранения грыжевого дефекта для предотвращения повышения интраабдоминального давления, которое контролировалось изменением уровня сопротивления воздушному потоку на вдохе, определяемого аппаратом ИВЛ. В послеоперационном периоде у всех больных применялась стандартная схема ведения, включавшая в себя адекватную антибактериальную и противовоспалительную терапию, местное применение гипертонических гепаринсодержащих гелевых повязок, ношение компрессионного бандажа.

**Результаты.** Удовлетворительные результаты достигнуты во всех случаях. 5 пациентов, оперированных по поводу больших вентральных грыж по схеме: “грыжесечение, грыжепластика с сетчатым имплантатом, липодермэктомия, абдоминопластика” потребовали динамического наблюдения в раннем послеоперационном периоде в условиях отделения интенсивной терапии с продленной ИВЛ. Рецидивов заболевания не было.

**Выводы.** Дифференцированный подход к выбору способа оперативного лечения у больных с вентральными грижами и использование современных технических средств позволяют профилактировать осложнения, в значительной мере уменьшить риск рецидивов заболевания и повысить медико-социальную эффективность хирургического лечения больных.

*Самойленко Д.Г.*

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

*Кафедра хирургии им. В.М. Богославского, зав. кафедрой и научный рук. – проф. Миминошвили О.И.*

**Цель исследования.** Улучшить результаты комплексного лечения и сократить число высоких ампутаций у больных с ишемическими ранами нижних конечностей путем использования активной хирургической некрэктомии и аутодермопластики с модифицированным покрытием в качестве дермального эквивалента.

**Материалы и методы.** Специфические условия гнойной раны вынуждают клинициста использовать методы оперативных технологий, направленные в первую очередь на стимуляцию и поддержание собственных реэпителизационных возможностей. Одним из таких перспективных направлений является использование для лечения ран культивированных *in vitro* клеток - фибробластов и кератиноцитов, а также биотехнологических покрытий (Промогран), после модификации его в специальных культивационных средах.

**Результаты.** В условиях ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины проанализирован опыт лечения 30 больных с раневыми дефектами на фоне субкомпенсированной и критической ишемии нижних конечностей. В исследование включены: 11 пациентов (основная группа) с применением предложенного способа закрытия некрэктомических ран покрытием «Промогран» после модификации его в культивационной среде 199, и 19 (контрольная группа) пациентов, лечившихся в клинике с использованием традиционного лечения ран в том числе и для подготовки к пластическому закрытию. Все пациенты были с IV степенью ХАННК атеросклеротической этиологии. Исследование проводили до операции, а также в течение года после ее выполнения. В течение года после пластической операции результаты прослежены у 22 (73,3%) больных. У 17 из них ни малые, ни высокие ампутации не проводились у 17(77,3%).

**Выводы.** Комплексный подход, включающий сочетание реконструктивной операции, направленной на восстановление кровотока с генно-инженерными методами стимуляции неоангиогенеза, направленными на развитие микроциркуляторного русла и улучшение перфузии тканей, является наиболее оправданным и эффективным. Есть все основания для расширения показаний к применению методологии использования принципов пластической хирургии на фоне непрямой реваскуляризации при наличии раневых ишемических дефектов тканей конечностей, что значительно более эффективно в сочетании с применением ангиотропного лечения (простагландин Е), которое благоприятно влияет на течение болезни, способствует купированию болевого синдрома, заживлению очагов некроза и трофических язв.

*Хлынцева А.В.*

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РУЧНОГО КИШЕЧНОГО ШВА В ХИРУРГИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. г. Донецк, Украина.*

*Кафедра хирургии им. В.М. Богославского, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Миминошвили О.И., научный руководитель – к.мед.н., доцент Михайличенко В.Ю.*

**Цель исследования.** Изучить современные представления об эффективности и преимуществе использования в хирургии однорядного ручного шва перед двухрядным

**Материал и методы.** Анализ 26 профильных статей, опубликованных в специализированных научных журналах перечня ДАК.

**Результаты.** В ходе выполнения оперативных вмешательств при однорядном сопоставлении кишечной стенки процессы репарации протекают с минимальной травматизацией, о чем свидетельствует мелкоочаговый характер кровоизлияний. Рассеянное и мелкоочаговое серозно-фиброзное воспаление с наличием пролиферативных процессов является патоморфологическими проявлениями процессов заживления по типу первичного натяжения. Двухрядный (или многорядный) шов вызывает нарушение локальной гемодинамики, происходит деформация стенок кишки, гипоксия тканей, в свою очередь, вызывает глубокие изменения микроциркуляции, обуславливающие массивный отек и кровоизлияния в этой зоне. Репаративные процессы сопровождаются гнойным воспалением. Об этом говорят очаговые и крупноочаговые кровоизлияния с распространенным гнойным воспалением, сопровождающиеся некрозом ткани в зоне шовной полосы. В целом заживление соответствует картине вторичного натяжения

**Выводы.** Полученные клинико-экспериментальные данные свидетельствуют о том, что применение однорядного ручного кишечного шва является более щадящим и уменьшает риск несостоятельности шва.

*Яковец О.С.*

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра хирургии им. В.М. Богославского, заведующий кафедрой – проф. Миминошвили О.И.,  
научный руководитель – д.мед.н., доцент Михайличенко В.Ю.*

**Цель исследования.** Изучить особенности влияния алкоголя (20%-го раствора этанола) на морфологическую структуру печени и сердца у крыс в эксперименте.

**Материал и методы.** Экспериментальная часть работы выполнялась на крысах самцах породы Вистар-Кайота (№20), которым был обеспечен свободный доступ к алкоголю (20% раствор этанола), без доступа к воде в течение шести месяцев.

**Результаты.** Через 4 недели после начала приема алкоголя у крыс наблюдался умеренный острый алкогольный гепатит, который характеризовался баллонной дистрофией и некрозом отдельных гепатоцитов периферических и интрамедиарных зон печеночных долек. Цитоплазма большинства гепатоцитов была оксифильной и содержала алкогольный гиалин. В этих же дольках наблюдалась перипортальная лейкоцитарная инфильтрация с фиброзом печеночных вен портального тракта. Ежедневное употребление этанола с пищей вызывает у крыс через 6 месяцев морфологические изменения в поджелудочной железе (ПЖ), сопоставимые с гистологической картиной ПЖ у людей при хроническом панкреатите. Ранние признаки поражения железы (жировые капли, миелиновые образования в ацинарных клетках) выявлены на 3-м месяце эксперимента.

**Выводы.** Ежедневный прием этанола крысами в эксперименте через 4 недели демонстрируют развитие алкогольной болезни печени, подтвержденной морфологическими данными в виде развития дистрофии гепатоцитов, перипортального фиброза. Показано, что алкогольный гепатит может сопровождаться поражением ПЖ. Данная модель алкогольного поражения печени и ПЖ может в дальнейшем использоваться для изучения различных препаратов протекторного направления для гепатоцитов и ацинарных клеток ПЖ.

*Ковальчук М.В., Носач С.Ю., Могилевский А.С., Суярко В.И.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОДЕРМАЛЬНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ АМПУТАЦИОННОЙ КУЛЬТИ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОЙ ТРОФИКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ЦГКБ № 6, г. Донецк, Украина, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой – проф. Иващенко В.В., научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.*

**Цель исследования** – изучить возможности приживления аутолоскутов, взятых из ампутированного сегмента культи для раннего закрытия раневого дефекта при дефиците дермы после ампутации.

**Материал и методы исследования.** Изучены результаты закрытия ран культи у 16 больных с применением тактики взятия донорских лоскутов из удаленного сегмента нижней конечности при невозможности первичного закрытия культи швами (наличие обширного гнойно-некротического поражения, выраженный отек, ишемия культи). Причина ампутации – сахарный диабет (8 больных), облитерирующий атеросклероз (4 больных), отморожения (2 больных), ожоги (2 больных). Уровень ампутации нижней конечности определялся индивидуально на основании принципа максимально возможного сохранения конечности с учетом сохраненной трофики: бедро – 1 больной, голень – 1 больной, стопа – 14 больных (трансмембранозная ампутация – у 11 больных). Возраст больных – от 42 до 89 лет, в среднем –  $56 \pm 2$  лет. Забор лоскутов осуществлялся дерматомом типа Зеткевича (n=9), иссечением полнослойных аутолоскутов (n=4), по методу Тирша (на малых поверхностях) (n=3). Для консервации лоскутов использовали раствор фурацилина с димексидом в соотношении 10:1. Оценивали результаты приживления в ближайший период до выписки больных из стационара (в среднем  $9,5 \pm 4,1$  суток).

**Результаты исследования.** Аутодермопластическое закрытие у большинства пациентов (n=12) выполнено как завершающий этап операции. У остальных больных (n=4) выполнено на 2-3 сутки с использованием

консервированных аутолоскутов при сомнительных условиях для первичного аутопластического закрытия раны культи. Первичная оценка жизнеспособности лоскутов у всех больных проведена на 2-3 сутки, ранний лизис из-за гнойного воспаления в ране отмечен у 1 (6,3 %) больного. К моменту выписки больных из стационара жизнеспособность более 75 % площади пересаженных аутолоскутов отмечена у 7 (43,8 %) больных, 50-75 % – у 5 (31,3 %) больных, менее 50 % – у 4 (24,9 %) больных. Наиболее низкий удельный вес площади приживления отмечен в группе с перенесенными на рану культи полнослойными лоскутами, но они использовались для закрытия сложных поверхностей культи с обнаженными спилами плюсневых костей. Под такими лоскутами, тем не менее, отмечен хороший рост грануляционной ткани. Реампутации у всех больных в ближайший период не выполнялись. По данным наблюдения у всех больных отмечена перспектива сохранения культи на уровне первично выполненного усечения.

**Выводы.** Использование донорских лоскутов из удаленного сегмента нижней конечности при невозможности первичного закрытия культи является перспективным методом по данным оценки в ближайшем послеоперационном периоде. Жизнеспособность более 75 % лоскутов отмечена у 7 (43,8 %) больных. В перспективе необходимо продолжение исследования для расширения объема выборки и оценки отдаленных результатов.

*Ковальчук М.В., Довбиж Т. Ю., Нахляви Д.С., Кузнецов Б.А.*

### **ЭМПИРИЧЕСКАЯ СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С УЧЕТОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ЦГКБ № 6, г. Донецк, Украина, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой – проф. Иващенко В.В., научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.*

**Цель исследования** – выбрать оптимальные препараты для стартовой эмпирической АТ у больных с различными ГПМТК.

**Материал и методы исследования.** Исследование когортное нерандомизированное. Использованы данные историй болезни 72 больных с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей конечностей и результаты ежегодного эпидемиологического мониторинга в ЦГКБ №6 г.Донецка за 2010-2012 годы. Критерии включения: 1) больные с ГПМТК, получавшие АТ в комплексе лечения; 2) наличие результатов бактериологического исследования отделяемого и чувствительности к антибиотикам. Гнойные поражения были следующими: флегмоны – 39 больных, абсцессы – 20 больных, панариции – 9 больных, некротизирующий фасциит – 4 больных. Среди возможных факторов влияния на выбор препаратов учитывали наличие признаков септической реакции, заболеваний осложняющих течение гнойных поражений и стоимость препарата. Эффективность АТ оценивали по клиническим и лабораторным критериям регрессии гнойного поражения.

**Результаты исследования.** Микробиоценоз раневого отделяемого в большинстве случаев (n=51 – 70,8 %) был представлен *S.aureus* с преобладанием MSSA форм, у остальных (n=17 – 23,6 %) отмечена ассоциативная флора, *S.epidermidis*, *Str. pyogenes*, *Kl. pneumonia*, *Ps.aeruginosa*, лишь в редких случаях (n=3 – 5,6 %) выявлены другие возбудители. Наиболее частым вариантом выбора для эмпирической стартовой АТ в 2010-2012 гг были цефалоспорины III поколения (n=47 – 65,3 %), затем линкомицин, гентамицин и их комбинации, азитромицин. Значительно реже использовали фторхинолоны, имипенемы, карбапенемы и другие препараты. Изучение антибиотикорезистентности по данным бактериологического мониторинга за этот же период показало, что достоверного роста ее не произошло по отношению к цефалоспорином III поколения, а для имипенемов и карбапенемов даже незначительно снизилась (до 10 % за 2 года). Отмечен достоверный рост антибиотикорезистентности по отношению к азитромицину, линкомицину, гентамицину и фторхинолонам, хотя частота их использования не превышает таковую по отношению к цефалоспорином III поколения, даже если сопоставлять все эти препараты суммарно по отношению к одному цефтриаксону. Необходимость дополнительной АТ при использовании цефтриаксона возникла лишь у 3-х больных (6,4 % от всех больных, получавших препарат).

**Выводы.** У большинства больных препаратами выбора для стартовой эмпирической антибактериальной терапии у больных с ГПМТК остаются цефалоспорины III поколения без существенного роста антибиотикорезистентности к ним за 2010-2012 гг, что позволяет рекомендовать продолжать их использовать для данных заболеваний. Несмотря на снижение антибиотикорезистентности для имипенемов и карбапенемов эти препараты остаются резервными и используются для стартовой АТ лишь в тяжелых случаях (признаки сепсиса и др.) из-за высокой их стоимости. Проблема требует постоянного ежегодного мониторингования и оценки для контроля эффективности АТ.

*Черняев В.А., Некрасов А.Д.*

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,*

*зав. кафедрой – профессор Журило И.П., научный руководитель – доцент Щербинин А.В.*

**Цель работы** – изучить эпидемиологию гипоспадии у детей Донецкой области Украины.

**Материалы и методы.** На основании первичной медицинской документации урологического и хирургического отделений Детской областной клинической больницы г. Донецка, нами выявлено 1896 первичных больных с этой патологией за период с 1972 по 2012 гг.

**Результаты.** Все пациенты были распределены по годам и месту рождения независимо от времени установления у них диагноза гипоспадии. Таким образом, мы анализировали 1635 пациентов за 40 лет, что в среднем в год составляет 40,9 случаев с колебаниями от 31 (1995 г.) до 101 (1986 г.). В пересчете на среднее годовое число живорожденных мальчиков частота выявления гипоспадии составила 1,87:1000, на живых новорожденных – 0,94:1000. Причем в первые 14 лет (1972-1986 гг.) она была ниже – 0,63:1000 или 0,79:1000 родившихся детей. В последующие 26 лет (1987 -2012) заболевание участилось в 3,8 раза, став 2,38:1000 живых рожденных мальчиков или 1,19:1000 новорожденных, что больше на 50,6% чем в предыдущие годы. Среди пациентов около 70% являлись жителями городов области, причем 82% пациентов было из крупных промышленных центров (Донецк, Макеевка, Мариуполь, Горловка, Краматорск, Славянск и т.д.).

**Выводы.** Мы склонны считать, что гипоспадия является полиэтиологическим заболеванием, не исключая наследственную (генетическую) природу. В этой связи выделить ведущую роль какого либо тератогенного фактора в этиологии гипоспадии не представляется возможным.

*Некрасов А.Д., Черняев В.А.*

### **ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – проф. Журило И.П., научный руководитель – асс. Щербинин А.А.*

**Цель исследования** - обобщить опыт диагностики и лечения детей с опухолями и опухолевидными образованиями яичек.

**Материалы и методы.** За период 1990-2012 годов на лечении в ОДКБ находилось 21 больной с опухолями яичек в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Злокачественные опухоли выявлены у 13 детей, доброкачественные – у 5, дирофиляриоз яичка у 3. Пациентам, помимо общепринятых клинико-лабораторных исследований, проводилась ультрасонография (позволила дифференцировать паразитарное поражение), рентгенологическое обследование, определение уровня  $\alpha$ -фетопротейна.

**Результаты исследования.** Программа химеотерапии уточнялась после оперативного лечения с верификацией диагноза с учетом разработанных протоколов и длилась до 2 лет. Лучевая терапия проведена у 6 больных на паховые и забрюшинные лимфоузлы. Из 13 больных со злокачественными опухолями в настоящее время живы - 11 (84,6%). Умерло 2 пациентов на фоне генерализации и диссеминации опухолевого процесса. Дети после операции по поводу доброкачественных опухолей все здоровы. Пациентам с дирофиляриозом проводилось удаление образования, с последующим паразитологическим исследованием. Все дети выздоровели.

**Выводы.** Ведущим начальным диагностическим симптомом опухолей и опухолевидных образований яичек является увеличение органа в размерах и его уплотнение, болевой синдромом чаще отсутствует. Сонографическое исследование позволяет проводить диффдиагноз и определять тактику лечения. Лечение данной категории пациентов должно быть комбинированным с оперативным удалением опухолевидного образования.

*Васковская Л.С., Вакуленко М.В., Чуйко А.В., Стариченко И.А.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Журило И.П.*

**Цель:** Изучить современные особенности возникновения и клинического течения инвагинаций кишечника у детей.

**Материалы и методы.** За период с 2010 по 2012 гг. в клинике детской хирургии им.Н.Л.Куца находилось на лечении 238 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 8 лет с инвагинацией кишечника различной локализации. Мальчиков было 147 (61,76%), девочек - 91 (38,24%). Всего зарегистрировано 257 эпизодов заболевания. У 19 больных (7,98%) количество случаев повторных внедрений колебалось от 2 до 6. Давность заболевания менее 6 часов отмечена у 101 больного (39,30%), 6 - 12 часов – у 50 (19,46%), 12 - 18 часов – у 23 (8,95%), 18 - 24 часа – у 47 (18,29%), а более суток – у 36 пациентов (14,01%). В 208 эпизодах (80,93%) удалось осуществить дезинвагинацию с помощью пневмоирригоскопии, а у 49 пациентов (19,07%) выполнено оперативное вмешательство. У 47 больных осуществлена оперативная дезинвагинация, у 2 детей - резекция подвздошной кишки наложением «илео-илеоанастомоза» и резекция илеоцекального угла с наложением «илео-асцендоанастомоза».

**Результаты.** Анализируя полученные результаты, установлено, что средний возраст пациентов с инвагинацией кишечника за исследуемый период составил  $16,23 \pm 0,91$  месяцев ( $M \pm m$ ). Количество больных в возрасте до 10 месяцев составило 131 (50,97%), старше – 126 (49,03%). Удельный вес детей с давностью



заболевания более 24 часов, в группе лечившихся консервативно составил 9,62% (20 наблюдений). Среди оперированных больных этот показатель был равен 32,65% (16 наблюдений). В динамике (2010–2012 гг.) отмечено уменьшение эффективного использования консервативного метода лечения с 82,76% до 79,57%.

**Выводы.** В последние годы отмечается заметное «постарение» возрастной группы пациентов с инвагинацией кишечника. Консервативный метод лечения при использовании пневмоирригоскопии эффективен более чем у 80% больных с данной патологией. Однако, существуют значительные различия этого показателя у лиц мужского и женского пола (85,44% и 73,74%, соответственно). Причины выявленных в процессе выполнения работы современных особенностей требуют углубленного изучения.

*Ерёмченко А.В., Весёлый Н.Ю., Халабузарь В.А.*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – проф. Журило И.П., научный руководитель – проф. Весёлый С.В.*

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями яичек.

**Материал и методы.** За период с 1987 г. по 2008 г. в клинике детской хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького лечилось 12 детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями яичек. Возраст больных колебался от 3 месяцев до 16 лет. У наблюдавшихся пациентов встретились такие новообразования: тератома (5 больных, 41,7%), эпидермоидная киста (2 ребенка, 16,7%), эктопия ткани надпочечника в яичко (2 детей, 16,7%), дермоидная киста, эпителиома Малерба, ганглионеврома (по 1 случаю, соответственно – по 8,3%). Правое яичко было поражено у 9 детей (75,0%), левое – у 3 (25,0%). Пациентам, помимо общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, проводилось ультразвуковое исследование яичек с оболочками и паховой области, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Окончательный диагноз подтверждался после оперативного вмешательства и последующего патогистологического исследования удаленной опухоли.

**Результаты.** Частота встречаемости доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований яичек у детей, а также полиморфизм, указывают на казуистику представленных наблюдений. Согласно данным клиники детской хирургии, наиболее ранним симптомом всех доброкачественных новообразований яичка у детей явилось увеличение в размерах органа или наличие опухолеподобного образования в какой-либо части яичка. Болевой синдром отмечен только у 3 пациентов (25%). Это пациенты с эпителиомой Малерба, ганглионевромой и эпидермоидной кистой. Боль носила неинтенсивный периодический характер. Воспалительные изменения, синдром «вторичного» гидроцеле отсутствовали у всех пациентов. Чаще других опухолей встретились тератоидные опухоли яичек (41,7% случаев). У всех больных этой группы диагноз был установлен в течение первого года жизни. Во всех случаях при осмотре было выявлено увеличенное бугристое яичко плотной консистенции. Всем больным была выполнена орхиофуникулэктомия с благоприятным исходом. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

**Выводы.** Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования яичек у детей встречаются редко, в подавляющем большинстве случаев клинически проявляют себя лишь, достигнув значительного размера. Актуальной является своевременная диагностика и дифференциальная диагностика этой патологии со злокачественными опухолями яичка. Радикальное оперативное лечение приводит к выздоровлению этой категории больных.

*Коваленко М.А.*

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – проф. И.П.Журило, научный руководитель – доц. С.В.Москаленко*

**Цель исследования:** анализ подходов к диагностике и лечению детей с острым панкреатитом.

**Материал и методы.** Были проанализированы данные медицинских карт 17 больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии областной детской клинической больницы г. Донецк в 2004–2012 гг. Обобщены результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также подходы к терапии.

**Результаты исследования.** 11 из 17 больных были в возрасте 14 лет и старше. При этом у восьми подростков прослеживалась четкая связь между возникновением первых жалоб заболевания и употреблением алкогольных напитков. Во время проведения ультразвукового исследования у всех детей выявили морфологические изменения поджелудочной железы. Полная нормализация эхографической картины к моменту выписки из стационара наблюдалась лишь у 8 детей. В отличие от диастазы мочи, выявлена четкая связь уровня

амилазы крови с регрессом патологической симптоматики. В случае применения соматостатина длительность лечения в отделении интенсивной терапии сокращалась на 1,4 суток, а в стационаре – на 3,4 суток.

**Выводы.** У детей с острым панкреатитом при оценке выраженности патологического процесса в поджелудочной железе преимущество имеет амилаза крови по сравнению с диастазой мочи. Применение соматостатина сокращает длительность лечения детей. Величина уровня амилазы крови и диастазы мочи коррелирует с использованием соматостатина.

*Москаленко А.С.*

### **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
заведующий кафедрой – проф. Журило И. П., научный руководитель – доц. Фоменко С. А.*

**Цель:** Анализ результатов лечения новорожденных и грудных детей, у которых гидронефроз был диагностирован внутриутробно методом ультразвукового исследования.

**Материалы и методы:** Проведено катamnестическое наблюдение за 32 новорожденными, у которых в пренатальном периоде ультразвукографически был выявлен гидронефроз 1-2 стадии (расширение лоханки более 5 мм и визуализация чашечек), подтвержденный сразу же после рождения. Критериями оценки явились данные ультразвукографического исследования, определяющие степень дилатации чашечно-лоханочной системы и толщину паренхимы почки, а также наличие инфекции мочевых путей. Контрольные амбулаторные обследования проводились ежемесячно в течение первых 6 месяцев жизни, раз в два месяца до годовалого возраста и раз в три месяца до 2 лет жизни. При этом основными методами были исследования показателей мочи и крови для определения степени активности течения вторичного пиелонефрита и контроля за выделительной функцией почек. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов мочевой системы. При подозрении на ухудшение структурных параметров и функции почек для подтверждения обоснованности предполагаемой операции использовали экскреторную урографию и микционную цистографию. Показанием для оперативного лечения были рецидивирующий или не купируемый в течение одного месяца воспалительный процесс, прогрессирование дилатации чашечно-лоханочной системы, истончение паренхимы почки.

**Результаты исследования:** У 10 (31,2%) детей отмечена положительная динамика в первые 6 месяцев жизни, у 7 (21,9%) – в течение первого года. Отсутствие отрицательной динамики отмечено у 6 (18,8%) детей в течение 1 года жизни, однако, в связи с атаками вторичного пиелонефрита им было проведено оперативное лечение. В связи с отрицательной ультразвукографической динамикой 9 (28,1%) детям проведено оперативное лечение в течение первых 6 месяцев жизни.

**Выводы.** Лечение новорожденных с гидронефрозом 1 и 2 стадии необходимо начинать консервативно. Показаниями для оперативного лечения являются прогрессирующая дилатация чашечно-лоханочной системы, истончение паренхимы почки, некупируемый или рецидивирующий воспалительный процесс. В подавляющем большинстве случаев наблюдается восстановление уродинамики и нормальных размеров лоханок почек, что является подтверждением концепции диспропорции роста и дисфункции созревания тканей.

*Полоник Ю.В., Радюк А.В.*

### **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Журило И.П.*

**Цель работы:** обобщить диагностические подходы и разработать адекватные схемы консервативного лечения у детей с нефролитиазом.

**Материалы и методы:** За период с 2010-2012 годы на лечении в ОДКБ г.Донецка находилось 98 детей с мочекаменной болезнью. Из них 48(43%) - девочек и 50(57%) – мальчиков, по возрасту дети распределялись в следующем порядке 1-3 года – 10 (10,2%), 4-7 - 18 (18,4%), 8-14 – 70(71,4%). Средняя длительность лечения составила -12-14 дней, 49 детей (50%) госпитализировались однократно, 31 (31,6%) – 2-3 раза, 18 – более трех раз. Левосторонний процесс был у 33(%), правосторонний - 53(%), двусторонний - 14(%).

**Результаты:** При поступлении проводилась следующая диагностическая программа: общеклинические, лабораторные, инструментальные методы исследования. Диагностическая программа включала – общеклинические, и рентгенологические исследования, ультрасонографию в динамике. МКБ чаще всего осложнялись пиелонефритом у 63 (64,2%) пациентов причем, тяжелые формы отмечаются почти у каждого пятого ребенка. У 57% пациентов отмечалась клиника почечной колики. Лечение начинали с применения спазмолитиков (в\в – для купирования почечной колики, затем в\м и перорально в плановом порядке), антибиотикоки широкого

спектра, десенсибилизирующие препараты. Нами применялась методика «водного удара» - после водной нагрузки, вводились мочегонные и спазмолитические препараты. В случае неэффективности консервативных мероприятий – выполнялось оперативное лечение как открытыми, так и эндоскопическими методиками.

**Выводы:** использование данной программы позволяет достигнуть положительных результатов лечения в 89% случаев мочекаменной болезни.

*Скударь В.И., Афанасьева Е.С.*

### **ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – профессор Журило И.П., научный руководитель – Латышов К.В. .*

**Целью настоящей работы** явилось обобщение диагностических методов и лечения дирофиляриоза у детей.

**Материалы и методы.** Клиническая часть работы основана на данных обследования и лечения 3 больных в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в областной детской клинической больнице г. Донецка (ОДКБ) в 2012 году. Всем пациентам произведены: сбор анамнеза заболевания, ультразвуковое исследование (УЗИ), общие анализы крови и мочи, патогистологические и паразитологические исследования операционного материала. Дирофиляриоз у указанных больных локализовался в правой подколенной ямке, оболочках мошонки и яичке.

**Результаты и их обсуждение.** При клиническом обследовании мальчиков с дирофиляриозом были выявлены некоторые особенности локальных изменений. При пальпации выявлялась припухлость, чаще безболезненная в области правой подколенной ямки, правой половины мошонки и правого яичка. Проведено УЗИ, подтвердившее диагноз дирофиляриоза. Визуализировалось кистозное образование овоидной формы с подвижной структурой, внутри которого находилось округлой формы образование (инфильтрат), либо образование с утолщенными, отечными стенками и анэхогенным центром, в котором активно перемещаются тубулярные спиралевидные структуры диаметром до 0,7 мм. Всем больным было произведено оперативное вмешательство. На операции после вскрытия опухолевидного образования, производилась его ревизия. После обнаружения гельминта, последний удалялся, выполнялась резекция патологически измененных окружающих тканей. Течение послеоперационного периода у всех больных гладкое. При паразитологическом исследовании удаленных гельминтов во всех трех случаях получено заключение *Dirofilaria repens*. Острые заболевания яичка проявляющиеся гиперемией, отеком и болью в мошонке встречаются у детей с большой частотой и во многих случаях требуют экстренного хирургического вмешательства. Дифференциальный диагноз проводят с такими заболеваниями, как перекрут гидатиды яичка, перекрут яичка, орхит, ущемленная грыжа, повреждения органов мошонки. Для установления точного диагноза и определения показаний к оперативному лечению при острых заболеваниях яичка в ОДКБ используется УЗИ. Сонографический метод исследования является высокоинформативным, неинвазивным, безопасным методом визуализации и предоставляет необходимую дополнительную информацию о характере патологических изменений внутренних органов.

**Выводы.** В последние годы отмечено увеличение частоты встречаемости дирофиляриоза у детей. Дирофиляриоз может имитировать ущемленную паховую грыжу, опухоль или орхит у детей, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике. 3. УЗИ позволяет уточнить диагноз заболевания до оперативного лечения.

*Стариченко И.А., Васковская Л.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ, ТРЕБУЮЩИЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – проф. Журило И.П., научный руководитель – асс. Вакуленко М.В.*

**Цель исследования:** определить выбор метода низведения толстой кишки при субтотальной форме болезни Гиршпрунга.

**Материалы и методы.** За период с 1980 по 2011 гг. в клинике детской хирургии ДонНМУ им. М. Горького лечилось 268 детей с болезнью Гиршпрунга в возрасте от 3 суток до 12 лет. Субтотальная форма диагностирована у 18 (7 %) детей. Возраст детей составил от 3 суток до 3 месяцев. Из 18 больных с субтотальной формой заболевания 11 детей поступили в хирургический стационар с клиникой обтурационной кишечной непроходимости. При этом на рентгенограммах выявлялось резкое расширение отделов толстой кишки, нередко с горизонтальными уровнями. Всем больным выполнялась контрастная ирригография. Обязательным условием при ирригографии являлось выполнение рентгенограммы в двух проекциях: передне-задней и боковой. На основании ирригографии определяли протяженность аганглионарной зоны и степень супрастенической дилатации отделов толстой кишки. Из 18 детей у 12 протяженность зоны аганглиоза

распространялась до селезеночного угла. У 2 больных зона аганглиоза доходила до дистальной части поперечной ободочной кишки, у 3 до середины поперечной ободочной кишки, у 1 до печеночного угла.

**Результаты:** Хирургическую коррекцию порока начинали с формирования колостомы. Радикальную операцию выполняли через 4-6 месяцев. Низведение здорового участка толстой кишки по левому боковому каналу выполнено у всех больных с аганглиоза до селезеночного угла и у 1 больного - до дистальной части поперечной ободочной кишки. В одном случае у больного (при общей брыжейке) кишку низвели по левому боковому каналу. Двум больным с распространением зоны аганглиоза до середины поперечной ободочной кишки низведение толстой кишки произведено трансмезентериально. У двух пациентов с зоной аганглиоза до печеночного угла, а также с выраженными дегенеративными изменениями супрастенотического отдела кишки восходящий отдел низводили по правому боковому каналу с разворотом на 180 против часовой стрелки. Во всех случаях колостому снимали в момент проведения радикальной операции, а формирование колоректального анастомоза осуществляли в 16 случаях по Соаве, а в двух случаях по Дюамелю. В послеоперационном периоде осложнений не зарегистрировано. Отдаленные результаты изучены в период до 6 лет после операции. У пациентов, у которых была резекция толстой кишки и ее низведение трансмезентериально или по правому боковому каналу адаптация резервуарно-сенсорной функции наступала спустя 2 года после операции. Общее физическое развитие детей соответствовало возрасту, а при низведении по левому брыжеечному каналу через 1 год. Картина ирригограммы у этих пациентов отмечалась косым расположением левой половины толстой кишки, начиная от печеночного угла, нормального диаметра всей толстой кишки с хорошей гаустрацией.

**Выводы.** При поражении до селезеночного угла необходимо низводить кишку по левому латеральному каналу, при резекции толстой кишки до средней трети поперечной ободочной кишки трансмезентериальное низведение, а до печеночного угла - низведение по правому латеральному каналу. Оптимальным вариантом формирования колоректального анастомоза является метод типа Соаве.

*Халабузарь В.А., Еремченко А.В., Весёлый Н.Ю.*

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии, зав. кафедрой – проф. Журило И.П., научный руководитель – проф. Весёлый С.В.*

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ непосредственных результатов лечения детей с острым аппендицитом традиционным и эндовидеохирургическим методами.

**Материал и методы.** Были изучены результаты лечения 948 детей, находившихся в клинике детской хирургии ДонНМУ им. М. Горького по поводу различных форм острого аппендицита за период с 2010 г. по 2012 г. Все больные были оперированы, из них 871 пациент (91,8%) - традиционным методом, и 77 детей (7,2%) - видеохирургическим методом. Наибольшее количество больных с острым аппендицитом было в возрастном промежутке 6,1 – 9,0 лет (276 наблюдений, 29,1%) и 9,1 – 14,0 лет (349 наблюдений, 36,8%). Лиц мужского пола было 493 (52,0%), лиц женского пола – 455 (48,0%). По нозологическому принципу больные с острым аппендицитом распределились следующим образом. Острый катаральный аппендицит – 196 случаев (20,7%); острый флегмонозный аппендицит – 452 случая (47,7%); острый гангренозный аппендицит – 157 случаев (16,6%); острый деструктивный аппендицит, местный неотграниченный перитонит – 100 случаев (10,5%); острый деструктивный аппендицит, диффузный перитонит – 13 случаев (1,4%); острый деструктивный аппендицит, разлитой перитонит – 13 случаев (1,4%); острый деструктивный аппендицит, аппендикулярный инфильтрат – 17 случаев (1,8%).

**Результаты.** В группе детей, оперированных эндовидеохирургическим методом, нормализация температуры тела, лабораторных показателей периферической крови, улучшение клинических данных, наступали в ранние сроки (1-3 суток после операции) по сравнению с пациентами, которые были оперированы традиционным способом. Субъективная оценка самочувствия у пациентов от 6,1 года до 18 лет выявила значительное уменьшение послеоперационного болевого синдрома после лапароскопических вмешательств. В то же время дети, оперированные «рутинным» способом, требовали более длительной аналгезирующей терапии (в среднем на 2-3 суток больше) в послеоперационном периоде. После выполнения видеохирургических аппендэктомий, в ряде наблюдений сочетавшихся с резекцией большого сальника и санацией брюшной полости, осложнения не были выявлены ни в одном случае. Среди 871 пациента, оперированного традиционным методом, у 21 (2,4%) возникли осложнения. Из них нагноение послеоперационной раны возникло у 4 детей (0,5%), абсцесс брюшной полости - у 4 детей (0,5%), инфильтрат брюшной полости - у 8 детей (0,9%), перитонит по продолжению – у 2 детей (0,2%), спаечная болезнь – у 3 пациентов (0,3%).

**Выводы.** К преимуществам видеохирургической аппендэктомии относятся уменьшение интенсивности и укорочение продолжительности послеоперационного болевого синдрома, ранняя физическая активизация пациентов, эффективное восстановление функции дигестивного аппарата, более быстрое снижение показателей эндотоксикоза. Сравнительный анализ результатов лечения детей с острым аппендицитом традиционным и видеохирургическим методами показал преимущество лапароскопической аппендэк-

томии. У 2,4% детей, оперированных традиционным способом, в раннем послеоперационном периоде возникли различные осложнения. После выполнения видеохирургических аппендэктомий осложнений не наблюдали, у этих больных сроки госпитализации снизились на 11,5%.

*Хаматдинова Ю.Р., Тищенко А.Н.*

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии,  
зав. кафедрой – проф. Журило И.П., научный руководитель – асс. Щербинин А.А.*

**Цель работы:** обобщение опыта лечения больных с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

**Материалы и методы:** За период с 2010-2012 годы на лечении в ОДКБ г.Донецка находилось 157 детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря. Из них 96(61%) - девочек и 61(39%) – мальчиков, по возрасту дети распределялись в следующем порядке 1-3 года –35 (23%), 4-7 - 85 (54.3%), 8-14 –31(19%), 15-17 – 6(3.7%). Средняя длительность лечения составила -10 дней, количество госпитализаций – 3раза в год(10 детей), 2раза(20детей), 1раз(127) . По данным анализа историй болезни установлено что у 140(89.2%) детей был диагностирован гиперрефлекторный мочевой пузырь и у 17(10.8%) гипорефлекторный мочевой пузырь. Диагностику проводили при помощи общеклинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Программа обследования включала в себя: УЗИ почек и мочевого пузыря, микционную цистографию, экскреторная урография и при необходимости цистоскопия.

**Результаты:** Ведущими симптомами у детей с гиперрефлексией являлись поллакиурия, императивные позывы и urgentное недержание мочи. При гипорефлексии отмечались редкие мочеиспускания через 8-12 часов, и острая задержка мочи (1 наблюдение). Выбор тактики лечения зависит от типа и выраженности дисфункции мочевого пузыря. Во всех случаях всем детям было проведено консервативное лечение. В случае гиперрефлекторного мочевого пузыря терапия была направлена на сокращение сократительной активности детрузора. Это достигалось сочетанием иглорефлексотерапии и физиотерапии. В случае не эффективности лечения применяются медикаментозные препараты: М-холиноблокаторы (оксибутин, толтеродонин), влияющие на ЦНС (ноофен). При гипорефлексии применялись иглорефлексотерапия и физиолечение направленные на повышение тонуса стенки мочевого пузыря и антихолинэстеразные препараты (умбретид).

**Выводы.** Применение данной схемы позволило добиться положительных результатов в лечении данной категории больных в 81 % случаев.

*Хамдамов Х.Р.\* , Шериф Л.А.*

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКТАЛЬНОГО СТИМУЛЯТОРА**

*ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Россия, Томск\*  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.*

*Кафедра детских хирургических болезней ГБОУ ВПО СибГМУ, зав. кафедрой – доц., к.м.н. Слизовский Г.В., научный рук. - проф. кафедры детских хирургических болезней ГБОУ ВПО СибГМУ, д.мед.н. Мельник Д.Д.*

**Цель.** Изучить эффективность применения ректального стимулятора (РС) при восстановительном лечении функциональной дисфункции (ФД) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей.

**Материалы и методы.** Воздействие электронных импульсов РС на стенки прямой кишки проведено у 226 детей в возрасте от 6 месяцев до 16 лет при ФД ЖКТ на фоне различных состояний (хронические заболевания ЖКТ – 49, операции на ЖКТ – 46, пневмонии – 3, кишечные инфекции - 2, травмы - 26 (переломы позвоночника, ЧМТ, политравмы) с применением. При введении капсулы РС во влажную среду (в прямой кишке) в близости к сакральному сплетению электронные импульсы волнообразно распространяются на всю центральную нервную систему, накладываясь на ослабленные биологические сигналы организма, усиливают их. Ультразвуковым исследованием после процедуры выявлялось усиление перистальтики кишечника и уменьшение газонаполнения.

**Результаты.** У 50% больных с хроническими заболеваниями моторика ЖКТ нормализовалась через 2 недели (исчезли абдоминальные боли, нормализовался аппетит, стул). При повторном курсе лечения РС наступило полное выздоровление детей с ФД ЖКТ (через два месяца). Курс интенсивного лечения в группе пациентов с травмами и операциями на ЖКТ составлял 5-10 дней.

**Выводы.** РС может эффективно применяться при лечении ФД ЖКТ у детей, в случаях возникновения ее как синдрома при хронических заболеваниях ЖКТ, тяжелых травмах, операциях и интоксикационном синдроме. Метод не исключает применения медикаментозных средств, но значительно потенцирует действие и способствует более быстрому восстановлению функции ЖКТ.

## ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ

*Афанасьєва Е.С., Скударь В.И., Афанасьєва А.С.*

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзатулов Ю.Ф., научный руководитель – доц. Баринаова М.Э.*

**Цель исследования:** определение эффективности современных наружных средств лечения атопического дерматита (АД).

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 20 человек с АД. Были отобраны дети с эритематозно-сквамозной + лихенификацией (14) и лихеноидной (6) формами АД. Все дети получали терапию в соответствии с протоколом лечения. В качестве базисной терапии использовались крема в состав, которых входил ланолин, пчелиный воск и вазелин.

**Результаты:** Основным критерием эффективности было количество дней использования препаратов, а так же интенсивность зуда, показатели индекса SCORAD. Положительная динамика наблюдалась у детей в течении 10 дней. В среднем (28,5+12,6 баллов). Сухость кожи уменьшилась с (2,4+0,9) до (0,9+0,7). Для ликвидации сухости кожи 14 детям наносили крема 2 раза в сутки, а 6 пациентам 1 раз в сутки. Благодаря ланолину, пчелиному воску, вазелину, можно достичь длительного увлажняющего и защитного эффекта.

**Выводы:** Наружное лечение больных АД жирными кремами и мазями, позволяет снизить количество обострений, свести к минимуму риск осложнений. Рекомендуется использовать их в качестве базисной терапии.

*Afanasyeva K.S., Afanasyeva A.S.*

### MODERN METHODS OF ALOPECIA TREATMENT

*M.Gorky Donetsk National Medical University, Ukraine  
Department of Dermatovenereology, head of the department – M.D. professor Ayzyatulov R.F.,  
Scientific supervisor – M.D. Barinova M.E.*

**Aim of the research:** Investigation of potency and comparative assessment of modern medication of alopecia treatment.

**Materials and methods:** Has been studied for more than 30 sources of modern literature. Were revealed the most effective methods of treatment such as physiotherapeutic, systemic and external therapeutic methods. Also has been studied 14 patient's case histories of our clinic in order to compare the effectiveness of prescribed medications.

**Findings:** The use of such medications as contraceptives, finasteride and hormonal drugs gives a positive effect. It was revealed a relapse after the termination of medication. The external use of nonhormonal drugs (minoxidil) shows its effectiveness but has a number of contraindications. The injections (plazmolifting, mesotherapy), hysiotherapy have only symptomatic effects.

**Results:** The existing methods of treatments for alopecia are effective, however for 100% achievement of clinical effect it is necessary to produce a more effective medications that will affect on the cause of the disease.

*Баркалова Е.Б.*

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзатулов Ю.Ф., научный руководитель – к.мед.н., доц. Баркалова Э.Л.*

**Цель исследования** – изучить психо-соматический статус дерматовенерологических больных с ВИЧ-инфекцией.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 17 больных с различными дерматозами и 9 с венерологическими заболеваниями. Особенностью невротических нарушений было наличие суицидальных мыслей. Депрессивный радикал проявлялся в виде тревоги, направленной в будущее, которая обусловлена выявлением ВИЧ-инфицированности.

**Результаты.** В комплексном лечении этих больных, помимо медикаментозного лечения, направленного на купирование основного заболевания, повышение защитных сил организма, уменьшение количества осложнений, нами применялась индивидуальная психотерапия направленная на преобразование поведения и мироощущения пациента, на рациональное осознание проблем и поиск путей их решения. Практически весь спектр невротических нарушений на ранних стадиях ВИЧ-инфекции успешно поддается коррекции в процессе психотерапевтической работы. При этом успешно снимается тревожно-депрессивный синдром и раскрывается суть невротических переживаний.

**Выводы.** При лечении ВИЧ-инфицированных дерматологических и венерологических пациентов, необходимым комплексный подход с учетом клинического состояния больного, патопсихологической симптоматики, нарушений социальной адаптации.

*Березова К.О., Богданова В.В.*

### **КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКИХ ФОРМ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕМОДЕКОЗОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – к.мед.н., доц. Баркалова Э.Л.*

**Цель исследования** – оценить эффективность комбинированной терапии легких форм угревой болезни, осложненной демодекозом.

**Материал и методы.** Наблюдали 20 пациентов (15 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 16 до 32 лет с легкой формой угревой болезни, осложненной демодекозом. 9 пациентов из первой группы получали лечение: обработка лица препаратом «Спрегаль» 2 раза в день в течение 21 дня, с последующим чередованием химических пилингов гликолевой кислотой и дермабразии по 5 процедур каждая, 1 раз в неделю. 11 пациентов из второй группы получали: Орнидазол по 500 мг 2 раза в день, гепатопротекторы и обработку лица препаратом «Спрегаль» 2 раза в день в течение 21 дня.

**Результаты.** На фоне проводимой терапии у больных 1 и 2 групп положительная динамика (регресс неопределенных воспалительных элементов) наблюдалась на 4-7 сутки. К концу лечения у всех пациентов 1 группы определялся стойкий терапевтический эффект. Кроме того, уже после проведенных первых процедур дермабразии и пилинга у них отмечено улучшение цвета кожи, после проведенных 5 сеансов – разглаживание кожных дефектов, исчезновения вторичных дисхромий. У пациентов 2 группы также наблюдалась клиническая ремиссия, однако у них сохранялись поствоспалительные косметические дефекты разной степени выраженности и у 70% были жалобы на тяжесть в правом подреберье, тошноту, которые являются побочными эффектами.

**Выводы.** Предложенный метод лечения легких форм угревой болезни, осложненной демодекозом весьма эффективен, и не обладает токсическими побочными действиями.

*Богданова В.В., Березова К.О.*

### **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЬФА-2В ИНТЕРФЕРОНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – к.мед.н., доц. Баркалова Э.Л.*

**Цель исследования** – оценить эффективность комплексного метода лечения остроконечных кондилом с использованием внутриочагового введения альфа 2 бета интерферона.

**Материал и методы.** Наблюдали 12 пациентов (5 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 22 до 36 лет с давностью заболевания от 1 до 36 месяцев, которые в области наружных половых органов имели разрастания, в виде конгломератов остроконечных кондилом, превышающие допустимые размеры для радикального их удаления без риска осложнений, связанных с большой раневой поверхностью, присоединением инфекции и обезображивающего дефекта кожи. Лечение проводилось инъекциями изотоническим раствором препарата интерферона альфа 2b в основание кондилом в дозе 0,1-0,3 мл, содержащего 0,1-0,3 мг аллоферона до трех инъекций одномоментно в зависимости от размера очага, с последующей коагуляцией образований через 7-10 дней.

**Результаты.** У 12 (100%) больных после внутриочаговых инъекций наблюдалось уменьшение площади поражения с 6-го дня от начала лечения, на 10-е сутки – у всех обследуемых площадь поражения составляла не более 1,5-2,0 см<sup>2</sup>, что явилось основанием применить деструктивные методы лечения. После удаления оставшихся образований больным вводили интерферона альфа 2b по 1,0 мг подкожно, в течение следующих двух недель, всего 5 инъекций. При осмотре на 30-е и 60-е сутки новых образований не отмечено. ДНК вирусов папилломы человека из мест деструкции методом ПЦР не обнаружены.

**Выводы.** Данный метод эффективен при лечении остроконечных кондилом при невозможности их радикального удаления традиционными способами.

*Горбенко А.С.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПТРАЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – доц. Баринаева М. Э.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования гептрала в комплексной терапии псориаза.

**Материалы и методы.** Терапия псориаза является комплексной и в качестве системной терапии часто применяют цитостатики, ретиноиды, фотосенсибилизаторы, при длительном применении которых могут

развиться гепатотоксические эффекты, приводящие к появлению и прогрессированию патологии печени. Поскольку печень активно участвует в метаболизме лекарств выступает первым органом, реагирующим на действие побочных эффектов, параллельная гепатопротективная терапия у таких больных является обязательной. Под наблюдением находилось 20 пациентов с псориазом и сочетанной патологией гепатобилиарной системы, которые получали гепатопротектор гептрал (адemetионин) в дозе 800 мг в сутки. Пациентам было проведено обследование с определением степени активности воспалительного процесса печени путем измерения уровня печеночных ферментов, билирубина и его фракций, щелочной фосфатазы и тимоловой пробы.

**Результаты.** Применение гептрала в течение 30 дней показало положительный гепатопротекторный эффект, заключающийся в нормализации биохимических показателей печени на фоне улучшения кожного процесса.

**Выводы.** В лечении псориаза показано назначение гепатопротектора, повышающего защитные свойства печени, восстанавливающего поврежденные клетки, а также являющегося антидепрессантом.

*Горбенко А.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – доц. Барина М. Э.*

**Цель исследования.** Определить наиболее важные моменты в современной диагностике и лечении гонореи на основании анализа современных клинических рекомендаций.

**Материалы и методы.** Диагноз гонореи основывается только на выявлении *N. gonorrhoeae*, а клиническая картина без этиологического диагноза не подтверждает наличие инфекции. Для диагностики гонореи сегодня рекомендовано несколько методов, но особо чувствительными и специфичными являются культуральное исследование (чувствительность - 90–100%, специфичность – 98%) и молекулярно-генетические методы, такие как ПЦР (Полимеразная цепная реакция) и ЛЦР (Лигазная цепная реакция) чувствительность 99%, специфичность 95%. ПЦР и ЛЦР преимущественны в диагностике хронических и бессимптомных инфекций, рост которых наблюдается в последнее десятилетие, достоинством данных методов является так же быстрота исполнения, но при обильных выделениях точность ПЦР-метода существенно снижается. Этиотропное лечение гонореи без осложнений заключается в назначении одного из антибиотиков, чаще цефалоспоринового ряда (цефтриаксон – внутримышечное однократное введение 250 мг или цефиксим перорально 400 мг).

**Результаты.** При контрольном обследовании пациентов по окончании лечения, как правило, возбудитель не выявляется. Однако, если сохраняется симптоматика или лечение неэффективно, необходимо назначение антибиотика другой группы. Причиной неэффективности лечения может служить способность гонококка образовывать L-формы, вырабатывать β-лактамазу, сохраняться внутри клеток.

**Выводы.** Несмотря на многообразие спектра антибиотиков в настоящий момент, наиболее эффективными является группа цефалоспоринов, обязательным условием является адекватная лабораторная диагностика перед началом терапии с обязательным посевом на определение чувствительности к антибиотику. Что позволит достичь максимального эффекта от терапии и избежать негативных последствий в лечении.

*Давыдова Т.О., Лешкович К.Г., Тарасова Д.А., Симоненко М.Ю.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ АКТИВИРОВАННЫЙ ПИРИТИОН ЦИНК В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – доц. Барина М. Э.*

**Цель исследования:** оценить эффективность применения препаратов, содержащих активированный пиритион цинк в лечении себорейного дерматита.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы 36 историй болезней пациентов с себорейным дерматитом (СД) в возрасте от 18 до 25 лет. Терапия, проведенная в стационаре, была комплексной и включала (кроме диетотерапии и системной фармакотерапии) средства топического воздействия на патологический процесс. Целью назначения наружной терапии является подавление признаков воспаления, устранение сухости или жирности кожи, профилактика вторичного инфицирования пораженных участков, восстановление структуры эпидермиса и его барьерных функций. Таким требованиям отвечают препараты, действующим веществом которых является активированный пиритион цинк, обладающий выраженным противовоспалительным эффектом в сочетании с противогрибковым и антибактериальным действием. I группу - 13 человек (36%) составили лица, использующие в лечении препарат содержащий активированный пиритион цинк; II группу - 12 человек (33%) составили лица, которым назначались средства на основе дегтя (шампунь); III группу (контрольную) в количестве человек 11 (31 %) составили лица, не получающие никакого наружного лечения. Для оценки результатов был использован метод термографии, исследующий термофизиологию кожи, методом фиксирования различного теплового излучения с поверхности тела.



**Результаты.** У больных I группы отмечалось снижение параметров тепловой радиации в среднем в 1,2 раза по сравнению с контрольной группой. У пациентов II группы, применявших средства на основе дегтя отмечалось достоверное увеличение показателей термофона по сравнению с контрольной 1,3 раза, при этом, это увеличение носило равномерный, устойчивый характер. У больных III контрольной группы показатели термической активности кожи в течение всего срока наблюдений не претерпевали существенных изменений.

**Выводы.** В группе больных с применением препаратов, содержащих активированный пиритион цинк выявлен наиболее положительный эффект.

*Дужич Т.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМУЛЬСИИ БЕЛОЙ ГЛИНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятупов Ю.Ф.,  
научный руководитель – проф. Белик И.Е.*

**Цель исследования:** Создание обоснованного эффективного метода лечения больных, страдающих угревой болезнью, путем использования эмульсии белой глины.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 20 женщин в возрасте от 18 до 28 лет, с установленным диагнозом - угревая болезнь. Заболевание характеризовалось большим разнообразием и степенью выраженности клинических проявлений. Пациенткам было предложено, наряду с традиционным лечением, использование эмульсии глины в спрее «White clay» торговой марки «Clayspray», которую они должны использовать по схеме: наносить два раза в неделю на очищенную кожу лица и шеи, через 15–20 мин, удалить теплой водой и нанести увлажняющий крем. Действие эмульсии обусловлено наличием в её составе белой глины, кардамона и натуральной минеральной воды, которые регулируют секрецию сальных и потовых желез, обладают антибактериальным, противовоспалительным действием. Наличие отбеливающих и отшелушивающих компонентов выравнивает общий тон кожи и усиливает естественную клеточную регенерацию.

**Результаты и выводы:** Критериями эффективности использования эмульсии глины в спрее «White clay» торговой марки «Clayspray» выступило уменьшение основных проявлений болезни уже через 3 недели. К концу курса лечения клиническое улучшение наблюдалось у 75%, а у 25% обследованных наступила клиническая ремиссия.

*Ипатова М.А., Шамраева Д.Н.*

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятупов Ю.Ф.,  
научный руководитель – асс. Полях Я.А.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность комбинированной дезинтоксикационной терапии у больных с розовыми угрями.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей в фазе обострения в возрасте от 19 до 69 лет. Пациенты были распределены на 2 группы, статистически сопоставимые по возрастно-половому составу. В первую (основную) группу были включены 17 пациентов, которые в дополнение к традиционной терапии получали атоксил и реосорбилакт. Вторая группа (сравнения) – 7 пациентов, получивших только традиционную терапию. Традиционная терапия включала: диету с ограничением экстрактивных веществ, антибиотикотерапию и пробиотики, гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты, вазоактивные средства, витаминотерапию и седативные препараты. Реосорбилакт применяли в/в капельно (40–60 капель в минуту) по 200 мл через день № 5, атоксил по 2 г тщательно перемешивая в 100–150 мл нейтральной негазированной или охлажденной кипяченой воды до образования однородной суспензии 3 раза в день за 1,5 часа до еды. Продолжительность приема атоксила зависела от степени выраженности эндотоксикоза у пациентов и составляла 10–14 дней. Диагноз верифицировали на основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, данных объективного и лабораторного исследования. Всем пациентам проводили клинико-лабораторное обследование до начала и после окончания курса терапии.

**Результаты.** Эффективности и безопасности терапии оценивали, основываясь на мониторинге общего состояния больных, клинического течения болезни, лабораторных показателей. К положительным качествам этих препаратов следует отнести их хорошую переносимость при минимуме нежелательных эффектов. Анализ полученных результатов свидетельствует о положительной динамике состояния пациентов после лечения в основной группе. Наиболее выражены симптомы уменьшения интоксикации были в группе больных, получавших реосорбилакт и атоксил по сравнению с показателями группы сравнения. Влияние дезинтоксикационной терапии на общеклинические анализы крови и мочи, биохимические исследования

крови не установлено, что свидетельствует о безопасности препаратов, отсутствии отрицательных гепатотропных эффектов. Побочные эффекты при их использовании не зафиксированы. Результаты эффективности проводимой терапии оценивали по ближайшим результатам. При сравнительной оценке ближайших результатов отмечено, что клиническое выздоровление наблюдалось у 62% пациентов основной группы и лишь у 49% группы сравнения. Постепенное уменьшение количества и интенсивности приливов наблюдали с 14-х суток у 68% пациентов основной группы и 45% - группы сравнения. Установлено улучшение самочувствия, нормализация аппетита, уменьшение общеинтоксикационных проявлений у 23% пациентов основной группы. Пребывание пациентов основной группы в стационаре по срокам уменьшилось на 4 дня по отношению к группе сравнения. По окончании курса лечения все биохимические показатели были в диапазоне физиологической нормы.

**Выводы.** Комплексная терапия с включением атоксила и реосорбилакта ускоряет разрешение клинических проявлений заболевания раньше, чем у пациентов группы сравнения. Использование комплексной дезинтоксикационной терапии у больных с розовыми угрями показало хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций и может быть рекомендовано к применению.

*Ипатова М.А.*

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю. Ф.,  
научный руководитель – доц. Ермилова Н.В.*

**Цель исследования.** Оптимизация лечения генитального герпеса с использованием современных препаратов.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 57 женщин в возрасте от 18 до 53 лет с диагнозом: генитальный герпес. Все пациентки проходили лечение на базе ГККВД №1 г. Донецка. Женщины предъявляли жалобы на болезненные высыпания в области гениталий, зуд и жжение, у некоторых отмечалось недомогание, головные боли, субфебрильная температура. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины и результатов лабораторных исследований. При объективном исследовании: на коже и слизистых больших и малых половых губ, влагалища на эритематозно-отечном фоне кожи и слизистых оболочек отмечались множественные сгруппированные везикулы с серозным экссудатом, эрозии ярко-красного цвета с полициклическими очертаниями. Лечение пациенток проводилось комплексно с использованием ацикловира и тилорона.

**Результаты.** Лечение пациентки переносили хорошо, побочных явлений не наблюдалось. Чувство боли и жжения проходило через 3-4 дня, уменьшение и исчезновение отека кожи и слизистых через 3-5 дней, гиперемиа разрешалась через 4-5 дней. Клиническое выздоровление наступало на 7-8 день лечения. Комплексное применение ацикловира, который избирательно влияет на синтез вирусной ДНК, а также оказывает иммуностимулирующий эффект, и тилорона, являющегося иммуномодулятором и индуктором синтеза интерферона, позволяет сократить сроки лечения и способствует пролонгации сроков ремиссии генитального герпеса.

**Выводы.** Полученные результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что комплексное лечение генитального герпеса с применением ацикловира и тилорона является эффективным, доступным, хорошо переносится и не вызывает побочных явлений.

*Коханевич А.И.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А (ПРЕПАРАТ ДИСПОРТ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРГИДРОЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького кафедра дерматовенерологии,  
заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю. Ф., научный руководитель – доц. Баринаева М.Э.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения ботулинического токсина типа А (БТА) в лечении гипергидроза.

**Материалы и методы.** Первичный гипергидроз (ПГ) это генетически обусловленное состояние, проявляющееся избыточной стимуляцией потовых желез симпатической нервной системой. На сегодняшний день высокоэффективным методом лечения ПГ является внутрикожное введение БТА (препарата диспорт). Свойство БТА заключается в воздействии на пресинаптические терминалы холинэргических синапсов, в зоне инъекций токсин блокирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптических терминалов аксона путем расщепления транспортных белков. Перед проведением процедуры производят пробу Минора (для оценки потоотделения). Под наблюдением находились 17 пациентов, получавших лечение БТА в виде внутрикожных инъекций в характерной для каждой области дозе: ладонь - 100Ед, ступня - 100Ед, подмышечная впадина - 25-50Ед.

**Результаты исследования.** У 82% пациентов длительность эффекта составила более 6 мес., при этом у 18% эффект наблюдался в течение 18 мес., после чего им была произведена повторная инъекция препарата в меньшей дозе. Объективно результат лечения можно оценить через 10–14 дней повторным выполнением пробы Минора, которая позволяет получить качественные и количественные доказательства достижения

положительного результата.

**Выводы.** Использование методики с соблюдением рекомендуемых дозировок препарата диспорт позволяет достигнуть длительного клинического эффекта в лечении ПГ.

*Миколенко Е.С.*

### **ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф.,  
научный руководитель – доцент Барина М. Э.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности шампуня, содержащего кетоконазол в комплексном лечении себореи волосистой части головы.

**Материалы и методы.** По данным обследования амбулаторных пациентов, страдающих себореей волосистой части головы, зарегистрировано проведенное лечение 10 больных (6 женского пола и 4 мужского в возрасте от 14 до 25 лет) шампунем, содержащим 2% кетоконазол. Шампунь использовали 2 раза в неделю, в течение одного месяца. Оценка эффективности осуществлялась с учетом субъективных ощущений пациентов, объективного исследования волосистой части головы, а также исследования биохимических показателей крови.

**Результаты исследования.** При обследовании пациентов отмечался выраженный клинический эффект и хорошая переносимость шампуня. При анализе биохимических показателей крови у данных больных изменений не обнаруживалось. После проведенного лечения пациенты отмечают исчезновение зуда, шелушения и гиперемии кожи.

**Вывод.** Исследование показало, что шампунь, содержащий кетоконазол, является эффективным средством для лечения себореи, однако, перед назначением требуется доказательство дрожжеподобной этиологии заболевания.

*Нефёдова В.В.*

### **ДНК - ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИОЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф.,  
научный руководитель – доц. Барина М. Э.*

**Цель.** Сравнить наиболее совершенные методы диагностики хламидиоза.

**Материалы и методы.** Среди существующих современных методов диагностики хламидиоза, учитывая внутриклеточное существование бактерии-паразита, наиболее современными являются обнаруживающие генетический материал возбудителя, такие как ПЦР (полимеразная цепная реакция), ЛЦР (лигазная цепная реакция), метод ДНК-зондов, транскрипционная амплификация (ТА).

**Результаты.** При анализе перечисленных методик было обнаружено следующее: чувствительность ПЦР – диагностики 99%, однако, требования к постановке реакции высоки, поскольку, попадание чужого генетического материала приводит к ложноположительным результатам. Метод ДНК-зондов также высокоспецифичен, однако, менее чувствителен, чем ПЦР и является малоинформативным при хронической инфекции. ЛЦР превосходит все остальные методы, чувствительность и специфичность которого составляют 95% и 100% соответственно, не требуя особых условий забора материала, однако метод очень трудоемкий. Метод ТА находится в стадии доработки, но возможно, станет новым «золотым стандартом диагностики».

**Выводы.** В целом все методы ДНК-диагностики весьма точны и информативны. К сожалению, массовое внедрение данных методов на сегодняшний день невозможно, ввиду отсутствия профессионалов и дорогостоящего оборудования для лабораторий, однако, является очень качественным и перспективным.

*Перепелица В.А.*

### **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф.,  
научный руководитель – доцент Барина М. Э.*

**Цель исследования.** Изучение клинической эффективности ретиноидов в комплексном лечении тяжелых форм угревой болезни (УБ).

**Материалы и методы.** Проведено лечение 15 больных (9 мужского пола и 6 женского в возрасте от 16 до 25 лет). Препарат группы ретиноидов (действующее вещество – изотретиноин) принимали из расчета 0,5 мг/кг массы тела в сутки во время еды. Курс лечения в среднем составлял 3-6 месяцев. Оценка эффективно осуществлялась путем подсчета воспалительных и невоспалительных элементов через 1,3,5 месяцев от начала терапии, под контролем биохимических показателей крови.

**Результаты исследования.** После проведенного лечения количество высыпаний невоспалительного характера (открытых и закрытых комедонов) и воспалительного (папулы, пустулы, узлы) уменьшилось. В

90% случаев мы наблюдали картину полной клинической ремиссии. Все пациенты отмечали относительно хорошую переносимость препарата. Из побочных эффектов наблюдались -хейлит, сухость кожи и слизистых носа и конъюнктивы глаз. Все побочные эффекты корректировались симптоматической терапией. При анализе биохимических показателей крови наблюдалось повышение уровня холестерина и триглицеридов, а также уровня трансаминаз, специальная коррекция не проводилась

**Вывод.** Проведенные исследования показали, что препарат изотрексин является эффективным средством для лечения тяжелых форм УБ на современном этапе с учетом противопоказаний и побочных эффектов.

*Половинко К.*

### **ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра дерматовенерологии, заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф.,  
научный руководитель – доц. Иванова И.П.*

**Цель:** максимально эффективно устранить последствия постакне с помощью фракционного фототермолиза ER:YAG – лазера.

**Материалы и методы:** для устранения последствий постакне были использованы технологии фракционного фототермолиза. Лазер основан на концепции создания сетки из микроскопических дефектов на поверхности и в глубине кожи, входе поглощения тканями лазерной энергии. ER:YAG – лазер благодаря точечному световому излучению генерирует микротермальные зоны повреждения (МЗП), которые в дальнейшем стимулируют образованию нового коллагена и эластина.

**Результаты:** в эксперименте, для оценки действия процедуры фракционного фототермолиза, под наблюдением в «Эстет-лазер» центре находились 26 пациентов, в возрасте от 19 – 26 лет, с последствиями угревой болезни, с наличием: различных размеров рубцов, как атрофических, так и гипертрофических, расширенных кожных пор, застойных пятен. У всех 26 пациентов в результате лечения наблюдалась положительная динамика. У 22 (85%) пациентов отмечалось улучшение цвета кожи, выраженное сужение пор, полное исчезновение застойных синюшных пятен, выравнивание рельефа кожи, значительное улучшение, вплоть до полного исчезновения атрофических и гипертрофических рубцов. У 4 (15%) – выявлено значительное побледнение застойных пятен, незначительное выравнивание рельефа кожи, сглаживание гипертрофических и атрофических рубцов.

**Выводы:** Фракционная шлифовка – является эффективной процедурой, способна привести кожу в состояние близко к идеальному. Является одним из новейших лазерных технологий для коррекции косметических недостатков, возникшие в следствии угревой болезни.

*Тарасова Д.А, Лешкович К.Г., Коханевич А.И., Давыдова Т.О.*

### **КОРРЕКЦИЯ ГИПОВИТАМИНОЗОВ КОЖИ МЕТОДОМ МЕЗОТЕРАПИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького кафедра дерматовенерологии,  
заведующий кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Ю.Ф., научный руководитель – доц. Баринаева М. Э.*

**Цель исследования.** Изучение эффективности мезотерапии в коррекции гиповитаминозов кожи.

**Материалы и методы.** Витаминная недостаточность – это заболевание, возникающее при дефиците витаминов в пище, при нарушении всасываемости в кишечнике, либо интенсивном разрушении их в организме. Существует множество проявлений гиповитаминозов со стороны организма в целом, но именно изменение кожных покровов, как правило, становится первыми вестником дефицита витаминов – бледная, сухая, вялая кожа, зуд, шелушение, появление трещин в углах рта и угрей, отмечается ломкость волос и ногтей, кровоточивость десен. На сегодняшний день существует множество методов восполнения недостатка витаминов: сбалансированное питание, специальные обогатительные диеты, комплексные витаминные препараты. Одним из наиболее современных методов дерматокосметологии является мезотерапия. Это методика введения препаратов в кожу при помощи микроинъекций микроскопическими дозами, поверхностно (на глубину до 2 мм). Вводится специальный коктейль, подбираемый индивидуально, в зависимости от проблемы пациента. Его основой является гиалуроновая кислота, придающая коже эластичность и упругость, а также витамины и незаменимые микроэлементы (такие как цинк, магний, калий). Эта процедура помогает улучшить обмен веществ в коже, придать ей гладкость, а также насытить энергией. Эффект сохраняется в течение нескольких месяцев, а следы от уколов проходят в течении нескольких часов.

**Результаты исследования.** При проведении процедур мезотерапии отмечается выраженный положительный эффект в виде устранения описанных признаков гиповитаминоза кожи. Соблюдение общих рекомендаций и использование методики позволяет уменьшить проявления гиповитаминоза, нормализовать состояние кожи и всего организма.

**Выводы.** Мезотерапия является одним из эффективных методов коррекции эстетических проблем кожи, в том числе, отмечается выраженный эффект в лечении гиповитаминозов.

*Туркевич М.*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ РУК ЯК КРИТЕРІЙ СОЦІАЛЬНОЇ ПОВНОЦІННОСТІ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Кафедра сімейної медицини, поліклінічної справи та дерматології, венерології, зав. кафедри – проф. Надашкевич О.Н., науковий керівник – доц. Туркевич О.Ю.*

**Мета дослідження.** Покращити якість життя хворих на atopічний дерматит шляхом застосування зволожуючих засобів з агоністами канабіноїдів.

**Матеріали і методи.** Дві групи 10 + 10 жінок-добровольців, з діагностованим раніше atopічним дерматитом з найбільшими висипаннями на китицях рук, у віці від 20 до 40 років з типом шкіри за Фіцпатріком II-III були включені в дослідження. Було отримано інформовану згоду від усіх учасників. Перша група використовувала зволожуючий засіб з керамідами, друга група використовувала для регідратації шкіри зволожуючий засіб з керамідами, дерма-мембраною-структурою (ДМС) та агоністом канабіноїдів - N-пальмотіолетаноламін і SPF. Рішення щодо вибору засобу було прийняте після вивчення даних наступних джерел: L.Kemenya і співавт. “Endogenous Phospholipid Metabolite Containing Topical Product Inhibits Ultraviolet Light-Induced Inflammation and DNA Damage in Human Skin” (Skin Pharmacol Physiol 2007) Wolf P. et al.: Immune protection factors of chemical sunscreens measured in the local contact hypersensitivity model in humans. (J. Invest Dermatol 2003) та Lambert DM et al: The palmitoylethanolamide family: a new class of anti-inflammatory agents? (Curr Med Chem 2002). Всі пацієнти в обох групах лікувалися топічними стероїдами в гострому періоді. Всі вони застосували зволожуючі засоби 5-7 разів на день на шкіру рук протягом періоду в 30 днів. Визначалось DLQI та проводилось спеціальне анкетування до і після дослідження.

**Результати.** Середній результат DLQI склав 25 до і 22 після лікування стероїдами і до початку нашого дослідження. Спеціальні опитувальники щодо естетичних процедур на руках були роздані всім. До початку дослідження ніхто з них не готовий був до проведення естетичних процедур на руках. Після закінчення нашого дослідження середній результат DLQI в першій групі був 19. Результат повторного заповнення опитувальника - 20% респондентів змінили свою думку і були готові приступити і 30% респондентів змінили свою думку, але боялися почати через страх, що хвороба може знову загостритися. 50% респондентів не змінили своєї думки. Середній результат DLQI у другій групі був 16. Результат повторного заповнення опитувальника - 50% респондентів змінили свою думку і були готові приступити і 20% респондентів змінили свою думку, але боялися почати через страх, що хвороба може загостритися. 30% респондентів не змінили думки.

**Висновок.** Сухість шкіри - це проблема, яка набуває все більшого значення. Цей стан характерний для передчасного старіння шкіри в нормі, але це характерно для таких патологій, як atopічний дерматит та інші. Нормальна, здорова шкіра має ліпідний бар'єр, а отже захищена від прискороного випаровування води через роговий шар. Шкіра людей, які мають вищевказані захворювання, містить менше жирів і керамідів. Лікування таких захворювань вимагає інтенсивної регідратації шкіри. На нашу думку, використання пацієнтами з atopічним дерматитом зволожуючих засобів з агоністами канабіноїдів позитивно міняє якість їхнього життя.

*Христенко Н.Е.*

## **ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ ТОПИЧЕСКИМИ РЕТИНОИДАМИ**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии,  
Зав.кафедрой - д.мед.н., доц. Беловол А.Н., научный руководитель – асс. Береговая А.А.*

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения акне, сокращение сроков лечения пациентов. Изучение клинической эффективности и переносимости комбинированного использования адапалена и бензоила пероксида при угревой болезни без применения системных лекарственных средств.

**Материалы и методы.** Группу наблюдения составили 38 человек в возрасте от 18 до 32 лет, страдающие среднетяжелой формой акне. Из них женщин 20 (52,6%), мужчин 18 (47,4%). Длительность заболевания на момент начала наблюдения варьировала от 2 мес до 7 лет. Лечение включало комбинированную терапию топическими препаратами адапален, бензоила пероксид и традиционный уход за кожей. Ежедневно на ночь после предварительного очищения кожи на проблемные зоны наносился гель адапален, утром — гель бензоила пероксид. Клиническую эффективность определяли через 2 нед, 1 и 2 мес от начала лечения

**Результаты.** Эффективность проводимой терапии оценивали следующим образом: клиническая ремиссия — полное исчезновение всех элементов на коже; значительное улучшение — регресс элементов на 40-50%; улучшение — регресс элементов на 20-30%. Через 2 нед ремиссия была достигнута у 3 больных (8%), через 1 мес — у 12 (32%), через 2 мес — у 23 (60%). Отсутствие эффекта не было отмечено ни у одного пациента. За время наблюдения побочные явления выявлены не были.

**Выводы.** Комбинированное лечение акне топическими препаратами адапален и бензоила пероксид является высокоэффективным методом терапии среднетяжелых форм акне.

*Шамраева Д.Н.*

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ СТАДИЕЙ РОЗОВЫХ УГРЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра дерматовенерологии, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Р.Ф.,  
научный руководитель - асс. Полях Я.А.*

**Цель исследования.** Изучить качество жизни пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей для повышения эффективности медицинской помощи пациентам с хроническими длительно протекающими дерматозами.

**Материалы и методы.** У 57 больных (42 - женщины и 15 – мужчин), папуло-пустулезной стадией розовых угрей была проведена комплексная оценка качества жизни до начала терапии методом анкетирования с подсчетом дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Источником информации исследования послужили результаты анкетного опроса пациентов. Пациенты были разделены на три группы по степени тяжести течения заболевания. В I группу были включены 7 пациентов (5 - женщин, 2 – мужчин) с легкой степенью течения заболевания. Во II группу вошли 28 пациентов (20 - женщин, 8 – мужчин) со среднетяжелым течением заболевания, III группу составили - 22 пациента (17 - женщин, 5 – мужчин) с тяжелым течением, возрасте от 30 до 58 лет.

**Результаты исследования.** В результате проведенного исследования выявлено негативное влияние заболевания на качество жизни пациентов. Значительно понизилась самооценка у 85% пациентов III группы, 78% пациентов II группы, а так же у 65% пациентов I группы. У 53% всех обследуемых пациентов были трудности в общении с окружающими. Пациенты испытывали значительное снижение социальной активности: дискомфорт при общении с коллегами по работе, при посещении общественных мест, избегали активного отдыха в компании друзей, ссылаясь на чувство стеснения и неловкость за счет поражения кожи лица. Дискомфорт в интимных отношениях с противоположным полом испытывало 36% пациентов.

**Выводы.** Таким образом, факторами, определяющими качество жизни пациентов с розовыми угрями, могут служить: тяжесть течения заболевания, психоэмоциональное состояние пациента, социальная адаптация и адекватность терапии. Результаты исследования свидетельствуют о снижении качества жизни обследуемых пациентов с розовыми угрями до получения медицинской помощи, которое обусловлено значительным ухудшением эмоционального и физического состояния, показателей социализации и межличностных отношений, что позволяет включить оценку качества жизни в комплекс лечебно-диагностических мероприятий.

*Шамраева Д.Н.*

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ СТАДИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра дерматовенерологии, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятулов Р.Ф.,  
научный руководитель – асс. Полях Я.А.*

**Цель исследования.** Изучить клиничко-anamнестические особенности течения заболевания у пациентов с различной степенью тяжести течения папуло-пустулезной стадии розовых угрей.

**Материалы и методы.** Нами были изучены клиничко-anamнестические данные 80 больных с папуло-пустулезной стадией розовых угрей в возрасте от 19 до 69 лет. Для оценки степени тяжести заболевания у обследуемых пациентов разработан метод, основанный на учете типичных признаков заболевания. Степень выраженности клинических проявлений заболевания оценивалась по бальной системе и определялась частотой рецидивов, длительностью ремиссий и выраженностью клинических проявлений. Легкая степень (I степень тяжести) заболевания наблюдалась у 12 пациентов, среднетяжелая (II степень тяжести) - у 48 – пациентов, и тяжелая степень (III степень тяжести) у 20.

**Результаты исследования.** Наибольшее количество пациентов было в возрасте 50-59 лет - (39,8,5%). Соотношение женщин и мужчин было 3,1:1. Среди анализируемых нами триггерных факторов достоверное различие по всем трем группам сравнения установлено для влияния стресса, инсоляции и действия высокой температуры ( $p < 0,001$ ). Самолечением занимались 33,3% пациентов с легким течением заболевания, 87,5% - со среднетяжелым и 90% - с тяжелым течением. Установлено наличие достаточно большого количество пациентов II и III степени тяжести с внесезонным течением заболевания. Проведенные исследования убедительно свидетельствуют о длительном течении заболевания у пациентов с тяжелыми формами розовых угрей. Среди пациентов III степени тяжести наблюдалось 65% с длительностью заболевания от 6 до 10 лет и 30%, болеющих более 10 лет. Анализируя давность заболевания пациентов со среднетяжелым течением следует отметить преобладание пациентов с давностью заболевания от 1 до 5 лет - 47,9% и от 6 до 10 лет - 31,2%. В исследуемой группе с легкой степенью течения заболевания преобладали пациенты с длительностью заболевания до 1 года – 75%. Анализируя особенности течения розовых угрей отмечено, что частые обострения и непродолжительные (до 6 месяцев) ремиссии наблюдались преимущественно у

пациентов с тяжелым течением заболевания. Важное значение в развитии и обострении заболевания имеет сопутствующая патология. Достоверные статистически значимые отличия между группами пациентов с различной степенью тяжести розовых угрей выявлены для заболеваний желудочно-кишечного тракта, патологии сердечно-сосудистой системы и вегето-сосудистых нарушений ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Следовательно, наиболее значимыми факторами, ведущими к отягощению течения заболевания, являются стрессы, влияние физических агентов (инсоляции, высокая температура). Так же следует обратить внимание на тот факт, что большое количество пациентов с тяжелыми формами заболевания длительно занимались самолечением. Проведенные исследования выявили большое количество сопутствующей патологии у пациентов с папуло-пустулезной стадией розовых угрей. По количеству сопутствующей патологии преобладали пациенты с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. Анализируя выше изложенное, можно утверждать, что следует планировать лечебно-диагностические мероприятия больных розовыми угрями с учетом клинико-анамнестических особенностей и степени тяжести течения заболевания для достижения оптимального результата лечения.

*Шамраева Д.Н.*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького  
Кафедра дерматовенерологии, зав. кафедрой – ЗДНТУ, проф. Айзятупов Р.Ф.,  
научный руководитель – доц. Ермилова Н.В.*

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение урогенитальной хламидийной инфекции у женщин в современных условиях.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 78 женщин, страдающих урогенитальной хламидийной инфекцией, которые проходили лечение на базе ГККВД №1 г. Донецка. Диагноз хламидиоза базировался на данных анамнеза заболевания, клинических проявлений и подтверждался выявлением хламидийных включений в эпителиальных клетках уретры и цервикального канала после окраски по методу Романовского-Гимзы и выявлением в соскобах эпителия уретры и цервикального канала антигенов *Chlamydia trachomatis* с помощью тест-системы “*Chlamydia Microplate EIA*” (фирма “*Sanofi Diagnostics Pasteur*”), согласно прилагаемой к тест-системе инструкции.

**Результаты.** Анализируя особенности клинического течения хламидийной инфекции у женщин, следует отметить, что самостоятельно обратились 61% пациенток, 39% - себя больными не считали, а обследовались и лечились как половые контакты больных хламидиозом. Жалобы на патологические выделения из мочеполовых органов, характерные для урогенитального хламидиоза, предъявляли 59% пациенток, а у 41% вышеуказанные жалобы отсутствовали. Постоянные дизурические явления не беспокоили ни одну из обследуемых пациенток, эпизодические – 22%, не отмечали никогда – 78%. Разнообразные неприятные ощущения в области проекции внутренних половых органов беспокоили 41% женщин, у 51% данных жалоб не было. Нарушения менструального цикла наблюдались у 36%. Количество выделений из уретры было различным: умеренные у 7%, скудные у 63%, у 30% - выделений не было вообще; из цервикального канала: умеренные у 7%, скудные у 93%. Характер выделений так же был различным. Гнойных выделений не зарегистрировано ни у одной из пациенток, слизисто-гнойные отмечались у 7%, слизистые у 93%. Клинически отмечено наличие эрозии шейки матки у 51% пациенток, явления эндометрита и сальпингита – у 53%.

**Выводы.** Низкий уровень субъективных ощущений и относительно низкий уровень воспалительного ответа мочеполовой системы женщин, страдающих урогенитальной хламидийной инфекцией, может способствовать более позднему обращению за медицинской помощью и развитию серьезных осложнений в дальнейшем.

# СТОМАТОЛОГІЯ

## ПРОПЕДЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*Garavi Alhamzah Mohsin, Adamenko E.N.*

### RESEARCHING OF LIGHT-CURED COMPOSITE'S SURFACE ROUGHNESS

*Donetsk national medical university named M. Gorky, Donetsk, Ukraine  
Propaedeutic dentistry department, chief of the department – professor Udod A.A.,  
scientific chief – assistant of professor Chelyach E.N.*

**The aim of study.** It was to evaluate the effects differences in surface roughness of polishing system on a resin-based nanocomposite specimens.

**Material and methods.** We tested a new resin-based light-cured nanocomposite - Premise, Kerr (shade A2), and PoGo Polishing System, Dentsply. It was prepared 10 disk specimens. The samples were finished using diamond burs (size of diamond particulars is 30  $\mu\text{m}$ , according to ISO) and polished using PoGo, Dentsply, according to the manufacture's instructions. The surface roughness measurements were made for all the disks using a profilograph-profilometer, type AI, model 252. The record of microroughness was made on diagram tape with magnifications in horizontal line was 50, in vertical line was 2000. The average surface roughness on all stages of our study was calculated by taking the arithmetic mean roughness from the giving profilogrammes.

**Results.** After polymerization the baseline surface roughness determining by profilography method of specimens Premise, Kerr, had a baseline surface roughness  $R_a=0,261\pm0,001 \mu\text{m}$ , using diamond bur provided a significantly smoother surface  $R_a=0,204\pm0,001 \mu\text{m}$ , than the baseline surface roughness of specimens and the statistically significantly smoothest surface has been provided by PoGo, Dentsply,  $R_a=0,182\pm0,001 \mu\text{m}$ . There was a statistically significant difference between data on all stages of our study ( $p<0,05$ ).

**Conclusion.** Thus, the profilography method of estimation of surface of RBC's allows getting these microroughness results and allows to estimate the degree of roughness of surface of RBC's after polishing of restoration and to proves necessity of carrying out the finishing procedure.

*Ананьева А.В., Курносова М.А., Пожидаева М.К.*

### ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛУБИНЫ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ФОТОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Удод А.А.,  
научный руководитель – к.мед.н., асс. Хачатурова К.М.*

**Цель исследования** - сравнительное изучение глубины полимеризации образцов фотокомпозиционного материала Charisma, Heraeus Kulzer, отвержденных световым потоком галогенового и светодиодного фотополимеризаторов.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 30 образцов универсального микрогибридного фотокомпозиата Charisma, Heraeus Kulzer, эмалевого оттенка А3. Глубину полимеризации определяли по методу ISO 4049. Все образцы фотокомпозиционного материала были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 образцов материала, полимеризацию которых в течение 40 сек. проводили световым потоком галогеновой лампы Translux EC, Kulzer, с интенсивностью 865 мВт/см<sup>2</sup>. Вторую группу составили 15 образцов материала, которые полимеризовали 20 сек. световым потоком светодиодной лампы Poliled, Faro, с интенсивностью 1580 мВт/см<sup>2</sup>.

**Результаты исследования.** Глубина полимеризации образцов фотокомпозиата, отвержденных с использованием галогенового фотополимеризатора, составила  $2,532\pm0,011 \text{ мм}$ , с применением светодиодного фотополимеризатора -  $2,581\pm0,005 \text{ мм}$ .

**Выводы.** Таким образом, глубина полимеризации образцов фотокомпозиата, отвержденных с помощью галогенового фотополимеризатора, достоверно ( $p<0,05$ ) меньше таковой в случае использования светодиодного источника даже с учетом превышения в 2 раза времени светового воздействия.

*Гаврилов А.Е.*

### РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ЛАЗЕРНАЯ БИОФОТОМЕТРИЯ

*Донецкий национальный медицинский университету им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии,  
заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Целью исследования** явилось экспериментальное изучение зависимости диффузного отражения света от уровня кислотоустойчивости эмали зубов, определяющей ее резистентность.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования служили 50 витальных зубов. Резистентность эмали определяли с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР). Группы выделяли по уровню ТЭР.



Лазерную рефлектометрию эмали проводили прибором собственной конструкции, включающим источник света и световод со специальной фотометрической насадкой, сопряженной со счетным устройством. В качестве источника света использовали низкоинтенсивный гелий-неоновый лазер.

**Результаты исследования.** Изучение динамики оптического показателя свидетельствовало о том, что по мере снижения кислотоустойчивости эмали его значения уменьшались, т.е. снижалась интенсивность зеркальной компоненты отражения от эмали. Так, в группе, где индекс ТЭР равнялся 1 баллу, оптический показатель составил  $2,43 \pm 0,015$  усл. ед., а в группе, где индекс ТЭР возрос до 5 баллов, -  $2,18 \pm 0,05$  усл. ед. Разница достоверна: ( $p < 0,01$ ). В среднем, по всей совокупности оптический показатель интактной эмали составил  $2,55 \pm 0,01$  усл. ед., протравленной эмали -  $2,48 \pm 0,01$  усл. ед., протравленной эмали после ее окрашивания 1% раствором метиленовой сини -  $2,31 \pm 0,02$  усл. ед.

**Выводы.** Оптический показатель, или показатель диффузного отражения света, может служить диагностическим критерием для оценки резистентности эмали зубов.

*Драмарецкая С. И.*

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ОПОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой  
и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Цель исследования** – сравнительная клиническая оценка адгезивных мостовидных протезов (АМП) с различными размерами опорных элементов.

**Материал и методы.** Обследовано 18 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет, которые имели включенные дефекты зубного ряда в боковом отделе протяженностью не более одного зуба. Восстановление целостности зубного ряда проводили при помощи адгезивных мостовидных протезов, изготовленных непосредственно в полости рта. Опорные зубы имели кариозные полости средней глубины или интактную коронку. Всех пациентов разделили на две группы. В первую группу вошли 9 человек, которым препарировали полости в опорных зубах II класса по Black средней глубины с равными вестибуло-оральными и медио-дистальными размерами (3-4 мм). Вторую группу составили 9 человек, которым в опорных зубах формировали полости II класса по Black с большим вестибуло-оральным размером (4-6 мм или в пределах всей апроксимальной поверхности) и меньшим медио-дистальным (1,5-2 мм или до дентино-эмалевой границы). Глубина полостей составила 2-4 мм, в зависимости от высоты клинической коронки зуба, и не доходила до уровня десневого края на 1-1,5 мм. Для армирования конструкции АМП использовали импрегнированную стекловолоконную ленту Dentapreg Splint SFM, Advanced Dental Material. Расположение армирующих элементов АМП у пациентов обеих групп было идентичным. Адгезивные мостовидные протезы изготавливали из нанокompозита ENAMEL plus HRi, GDF. Оценку АМП проводили сразу после изготовления, через 6 и 12 месяцев по предложенной нами системе критериев: «поверхность и цвет искусственного зуба и реставраций в опорных зубах»; «анатомическая форма искусственного зуба и реставраций в опорных зубах»; «краевая целостность реставраций в опорных зубах».

**Результаты.** Сразу после изготовления все АМП у пациентов обеих групп получили наивысшую оценку «приемлемо», область «превосходно», категория «Romeo». Через 6 месяцев у пациентов первой группы 2 протеза (22,22%) получили оценку «приемлемо», область «удовлетворительно», категория «Sierra», вследствие незначительного краевого окрашивания реставраций в опорных зубах, которые устранили путем проведения шлифовки и полировки. Во второй группе ни у одного пациента не выявили отклонений в конструкции АМП ни по одному из критериев, то есть все они вновь получили наивысшие оценки. Через 12 месяцев у пациентов первой группы 4 протеза (44,44%) получили оценку «неприемлемо», категория «Tango», вследствие значительного краевого окрашивания реставраций в опорных зубах, которые устранили путем проведения повторной реставрации. В этой же группе 1 пациент (11,11%) нуждался в замене протеза из-за наличия дефекта конструкции с повреждением стекловолокна, вследствие чего АМП получил оценку «неприемлемо», категория «Victor». У пациентов второй группы лишь 1 протез (11,11%) получил оценку «приемлемо», область «удовлетворительно», категория «Sierra», из-за незначительного краевого окрашивания реставраций в опорных зубах, которые устранили путем проведения финишной обработки.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что АМП, изготовленные с параметрами полостей, вестибуло-оральный размер которых больше глубины, оказались более стабильными в процессе их использования. Этап формирования полостей для опорных элементов в этом случае является наименее травматичным, что, в свою очередь, позволяет обеспечить более высокую эффективность восстановления целостности зубного ряда и удлинить сроки эксплуатации таких протезов.

*Жебина И. А., Костенко Р.С.***КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОВЕРХНОСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ВИНИРОВ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Удод А.А.,  
научный руководитель – к.мед.н., асс. Челях Е.Н.*

**Цель данного исследования** – провести сравнительную клиническую оценку поверхности виниров, выполненных из разных фотокомпозиционных материалов.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 78 пациентов в возрасте 20–45 лет с кариозными полостями (III и IV класс по Black). Проведена цифровая фотосъемка 45 реставрационных работ, выполненных микрогибридным фотокомпозиционным материалом Geanial, GC, (I группа пациентов) и 41 реставрации – Kalore, GC, (II группа пациентов). Окончательную обработку реставраций проводили полировочной системой SofLex, 3M ESPE.

**Результаты исследования.** Клиническую оценку поверхности виниров проводили в день восстановления и через 6 месяцев. В результате визуально-инструментального обследования все реставрации в день восстановления зубов получили наивысшие оценки, однако детальный компьютерный анализ цифрового изображения позволил выявить ряд работ с недостаточно качественно отполированной поверхностью: в I группе пациентов –  $8,13 \pm 1,81\%$  реставраций, во II группе –  $3,21 \pm 1,25\%$ . Через 6 месяцев осложнения в виде появления макрошероховатости, которые удалось определить компьютерным методом в день восстановления, были выявлены уже визуально практически в том же количестве. Компьютерным методом через полгода в I группе пациентов было зарегистрировано увеличение работ, нуждающихся в повторном полировании, более, чем в 2 раза, в отличие от результатов, полученных в день восстановления:  $21,13 \pm 3,97\%$  ( $p < 0,05$ ). Во II группе пациентов увеличения количества виниров, требующих коррекции поверхности посредством полирования, компьютерным анализом зарегистрировано не было.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости объективной оценки поверхности виниров и ранней диагностики осложнений в виде макрошероховатости с последующим устранением её.

*Землянов С.О.***ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ НА ГЛИБИНУ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ  
ФОТОКОМПОЗИТНОГО МАТЕРІАЛУ***Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,  
Кафедра пропедевтичної стоматології, завідувач кафедри та науковий керівник – д.мед.н., проф. Удод О.А.*

**Мета дослідження** – оцінка глибини полімеризації фотокомполітного матеріалу за умови впливу підвищеної температури та ультразвукових коливань.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 60 зразків гіомерного фотокомполітиту Beautiful 2, Shofu, які було розподілено на 3 групи по 20 зразків у кожній. У першій групі зразки опромінювали протягом 40 секунд світловим потоком світлодіодного фотополімеризатора BG Light, BGDental, з інтенсивністю  $1100 \text{ мВт/см}^2$  в умовах кімнатної температури ( $23^\circ\text{C}$ ). Зразки другої групи підігрівали до  $54^\circ\text{C}$  за допомогою пристрою Calset, AdDent, та опромінювали аналогічним способом, а на зразки третьої групи здійснювали ультразвуковий вплив, використовуючи ультразвуковий скалер UDS-P, Woodpecker, з силіконовою насадкою SP, EMS, в режимі ендфункції (потужність 3 Вт, частота коливань 30 кГц). За методикою ISO 4049 матеріал вносили у форми з нержавіючої сталі з отвором діаметром 4 мм, полімеризували, відокремлювали незаполімеризований матеріал та вимірювали довжину циліндру фотокомполітиту, що затвердів, ділили цю величину на 2 і отримували показник глибини полімеризації.

**Результати.** В ході проведеного дослідження встановлено, що середнє значення показника глибини полімеризації зразків фотокомполітиту за умов кімнатної температури було  $1,582 \pm 0,005 \text{ мм}$ , після попереднього нагрівання –  $2,821 \pm 0,004 \text{ мм}$ , а після проведення ультразвукового конденсування середнє значення досліджуваного параметру дорівнювало  $2,843 \pm 0,005$ . Показники глибини полімеризації після нагрівання зразків та після ультразвукового конденсування були вірогідно ( $p < 0,05$ ) вищими за такі, що отримані в умовах кімнатної температури.

**Висновки.** Зовнішнє нагрівання або ультразвукове конденсування фотокомполітів підвищує показники глибини полімеризації, що дозволяє зменшити кількість порцій матеріалу та значно скоротити час відновлення зубів.

*Kapend Kapend Benjamin, Al Sumaidai Omar***AGE FEATURES OF RHEOLOGICAL PROPERTIES OF ORAL LIQUID***Donetsk National Medical University named M. Gorky**Department of propaedeutic dentistry, head of department - prof. Udod A.A., supervisor, ass. prof. Zinkovich I.I.*

**The aim** of the study was to investigate the age peculiarities of dynamic interface tensiometry of oral liquid of healthy sanified patients.

**Materials and methods.** The study was conducted on 40 healthy volunteers of both sexes with the permanent

dentition in age from 15 to 50 years. All patients were carried out dental sanitation. Oral liquid of each examinee was collected in volume 2 ml in the morning time and no later than 2 hours after the collections were studied by the dynamic interface tensiometry. Tensiometric parameters recorded by known techniques (Kazakov V.N. et al., 2000). Results processed by methods of variation statistics with a license application package Statistica 6,0.

**Results of research.** It was found that some of the characteristics of the dynamic interface tensiometry of oral liquid have significant correlation with the age of the examined patients. Negative correlation of age of patients with indicator of surface tension  $\Pi H_{\infty}$  was obtained ( $r=-0,32$ ). It was also shown a negative correlation between age of patient and surveyed indicator visco-elasticity of oral liquid ( $r = -0,21$ ). Other tensiometric parameters did not show any correlation with the age of examined persons.

**Conclusions.** Thus, these results demonstrate that surfactant composition of oral liquid is changing with the age of persons which is reflected in modifications of parameter of dynamic interface tensiometry of oral liquid. Such results demand more deeply investigation at this aspect.

*Иванишко Я. В., Алексеев Ю.С.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЗОНЫ СОЕДИНЕНИЯ ФОТОКОМПОЗИТА И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Удод А.А.,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Колосова О.В.*

**Цель исследования** – сравнительная оценка зоны соединения фотокомпозиата и твердых тканей зубов при различных методах полимеризации.

**Материал и методы исследования.** Для исследования использовали сканирующую электронную микроскопию. Образцы зубов, в которых были сформированы стандартные полости I класса по Black, запломбированные фотокомпозиатом Charizma, Heraeus Kulzer, были распределены на три группы. Полимеризацию фотокомпозиата в образцах I группы проводили методом «направленной» полимеризации; II группы – «мягким стартом»; III – разработанным методом с применением поляризованного светового потока. Определяли зону расслоения между материалом и твердыми тканями зубов по всему периметру в процентах.

**Результаты исследования.** В образцах I группы зона расслоения между материалом и эмалью составила  $3,02 \pm 0,23\%$ , это меньше показателя во II группе ( $4,29 \pm 0,32\%$ ), но больше показателя в III группе ( $1,76 \pm 0,31\%$ ). В последней наименьшей была и длина зоны расслоения между материалом и дентином, которая составила  $14,85 \pm 0,29\%$ , что в 1,3 раза меньше, чем во II группе ( $19,31 \pm 0,39\%$ ), и почти в 1,5 раза меньше, чем в I группе ( $24,19 \pm 1,62\%$ ). Все отличия между показателями статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Исследования показали, что длина зоны расслоения в дентине в несколько раз превышает таковую в эмали. Этот показатель в эмали при проведении «направленной» полимеризации достоверно ( $p < 0,05$ ) лучше, чем при полимеризации методом «мягкого старта». В дентине наблюдается обратная картина. Разработанный метод полимеризации дает достоверно ( $p < 0,05$ ) лучшие результаты, чем другие методы.

*Гаджиева И.М., Гасанова Э.Э.-к., Тулаинова Э.В.*

## РЕСТАВРАЦИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой – д.мед.н., проф. Удод А.А.,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Мороз А.Б.*

**Цель исследования** – сравнительная клиническая оценка реставраций боковых зубов из фотокомпозиата и стеклоиономерного цемента, выполненных в технике «сэндвича», через 12 месяцев после реставрации.

**Материалы и методы.** Обследовано 98 человек, которым год назад было выполнено 105 реставраций боковых зубов (II класс по Black). Пациенты были распределены на две группы в зависимости от метода полимеризации реставрационных материалов. В первую группу вошли пациенты, которым в ходе восстановления с помощью светодиодного фотополимеризатора проводили полимеризацию фотокомпозиата и стеклоиономерного цемента методом «мягкого старта», во вторую – методом одновременной двусторонней полимеризации. У пациентов обеих групп использовали одну и ту же адгезивную систему. Оценка реставраций проводили по критериям Ruge «краевое прилегание» (КрПр) и «краевое окрашивание» (КрО).

**Результаты.** По критерию КрПр у пациентов первой группы оценку А получили  $80,00 \pm 5,96\%$  работ, у пациентов второй группы –  $93,88 \pm 3,42\%$  ( $p < 0,05$ ). Оценка В была выставлена в  $17,78 \pm 5,7\%$  и  $4,08 \pm 2,83\%$  случаях, соответственно. По 1 случаю ( $2,22 \pm 2,20\%$  и  $2,04 \pm 2,02\%$ ) зарегистрирована у пациентов обеих групп оценка С. По критерию КрО оценку А получили, соответственно нумерации групп,  $82,22 \pm 5,7\%$  и  $95,92 \pm 2,83\%$  реставраций, оценку В –  $17,78 \pm 5,7\%$  и  $4,08 \pm 2,83\%$  работ ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, состояние реставраций через 12 месяцев после восстановления показало достоверные преимущества метода одновременной двусторонней полимеризации реставрационных материалов по сравнению с методом «мягкого старта».

*Мороз Г.Б., Попова А.Е., Чертков А.Ю.***ПОКАЗНИКИ КЛІНІЧНОЇ ЯКОСТІ ВІДНОВЛЕНЬ ЗУБІВ  
З КЛИНОПОДІБНИМИ ДЕФЕКТАМИ***Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,**Кафедра пропедевтичної стоматології, завідувач кафедри та науковий керівник д.мед.н., проф. Удод О.А.*

**Мета дослідження** порівняльна клінічна оцінка естетичних відновлень фронтальних зубів з клиноподібними дефектами, виконаних з компомера Dyract Extra, Dentsply, та з наномікрогібридного фотокомпозита EsthetX, Dentsply.

**Матеріал та методи дослідження.** Об'єкт клінічних досліджень – 54 особи віком від 35 до 55 років, яким було відновлено 66 фронтальних зубів з приводу клиноподібних дефектів. Пацієнтам I групи (26 осіб) реставрацію здійснювали за допомогою Dyract Extra, Dentsply, пацієнтам II групи (28 осіб) – Esthet X, Dentsply. Оцінку реставрацій здійснювали відразу після відновлення та через 18 місяців за критеріями «шорсткість поверхні» та «кольоровідповідність» (Ruge, 1998).

**Результати.** Відразу після відновлення усі реставрації у пацієнтів обох груп одержали найвищу оцінку «А». Через 18 місяців оцінку «А» за критерієм «шорсткість поверхні» отримали 86,67±6,21% відновлень пацієнтів I групи та 96,55±3,39% відновлень пацієнтів II групи; оцінку «В» – 10,00±5,48% та 3,45±3,39% відновлень, відповідно до нумерації груп; оцінку «С» – 3,33±3,28% випадків у пацієнтів I групи. За критерієм «кольоровідповідність» найвищу оцінку «А» отримали 90,00±5,48% відновлень у пацієнтів I групи та 96,55±3,39% відновлень у пацієнтів II групи; оцінку «В» – 10,00±5,48% та 3,45±3,39% реставрацій, відповідно, тобто кількість таких оцінок у пацієнтів I групи перевищувала таку у пацієнтів II групи майже у 3 рази.

**Висновки.** Клінічна оцінка якості реставрацій зубів з клиноподібними дефектами, виконаних з різних матеріалів, за критеріями «ШП» та «КВ» показала відносну перевагу наномікрогібридного фотокомпозита у порівнянні з компомером.

*Музыкантова Ю.Б., Воронина А.С.***КВАЛИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
РЕСТАВРАЦИЙ БОКОВЫХ ЗУБОВ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,**Кафедра пропедевтической стоматологии,**заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Цель исследования** – сравнительная клиническая оценка реставраций боковых зубов из фотокомпозиционного материала по различным квалитологическим системам.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 56 пациентов в возрасте 20-55 лет с кариозными полостями (II класс по Black). Выполнено 63 реставрационные работы, из универсального микрогибридного фотокомпозиционного материала Charisma, Heraeus Kulzer. Клиническую оценку реставраций в день восстановления и через 12 месяцев проводили по критериям Ruge и оценочной системе, разработанной на кафедре пропедевтической стоматологии.

**Результаты исследования.** В результате визуально-инструментального обследования все реставрации в день восстановления зубов получили наивысшие оценки. По истечении 12 месяцев обследование реставраций по критериям Ruge выявило нарушение краевого прилегания и анатомической формы, а также краевое окрашивание в 2 реставрациях (3,2±2,2%), шероховатость обнаружена в 1 реставрации (1,6±1,6%). По разработанной оценочной системе дефекты контактного пункта отмечены в 3 реставрациях (4,8±2,7%), нарушение краевого прилегания на придесневой стенке - в 6 реставрациях (9,5±3,7%), вторичный кариес выявлен в 1 случае (1,6±1,6%). Таким образом, оценку «неприемлемо» получили 10 реставраций.

**Выводы.** Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о более полной и достоверной оценке качества реставраций боковых зубов по разработанной системе, чем по неадаптированным критериям Ruge.

*Ремезов Д.В.***КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЗУБОВ БОКОВОЙ ГРУППЫ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,**Кафедра пропедевтической стоматологии,**заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Цель исследования** - клиническая оценка реставраций зубов боковой группы после минимально инвазивного вмешательства.

**Материалы и методы.** У 61 пациента в возрасте от 18 до 50 лет проводили лечение кариеса с полостями I класса по Black с применением минимально инвазивного препарирования и адгезивной системы с тоталью

ным протравливанием Prime&Bond NT, Dentsply. Пациенты были разделены на 2 группы. У пациентов I группы использовали текущий композит Revolution 2, Kerr, II группы – Xflow, Dentsply. Запломбировано 68 кариозных полостей (31 полость у пациентов I группы и 37 – II группы). Качество реставраций оценивали через 12 месяцев по клиническим критериям Ryge.

**Результаты.** Через 12 месяцев у пациентов I и II групп выявлено значительное нарушение анатомической формы 3 пломб (9,7 % и 8,1%, соответственно). В 9 реставрациях (29%) у пациентов I группы и в 10 реставрациях (27%) у пациентов II группы отмечено нарушение краевого прилегания и поверхностное краевое окрашивание, которые устраняли при полировании. Достоверных различий между показателями качества реставраций пациентов обеих групп не выявлено.

**Выводы.** Таким образом, применение минимально инвазивного лечения зубов боковой группы с полостями I класса продемонстрировало приемлемые клинические результаты в срок 12 месяцев.

*Сагунова К.И.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ РЕЖИМА СВЕТОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПОЛИМЕРИЗАЦИЮ АДГЕЗИВОВ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Цель исследования** - изучение зоны соединения твердых тканей зубов с фотокомпозиционными материалами при применении различных адгезивных систем и режимов светового воздействия.

**Материалы и методы.** На жевательной поверхности 40 удалённых по стоматологическим показаниям зубов у пациентов в возрасте от 18 до 30 лет формировали стандартные полости. Исследуемые зубы были разделены на 4 группы: в 1 группе использовали наноуполненный адгезив V поколения с полимеризацией в режиме «мягкий старт»; во 2 группе - этот же адгезив, но с прямым световым воздействием высокой интенсивности; в 3 группе применяли самопротравливающий адгезив VI поколения, который полимеризовали «мягким стартом», в 4 группе - тот же адгезив с полимеризацией, как во 2 группе. Реставрацию в зубах 1 и 2 группы проводили нанокомпозитом, 3 и 4 групп - универсальным микрогибридом. Зону соединения в подготовленных образцах изучали с помощью сканирующей электронной микроскопии.

**Результаты исследования.** Минимальные показатели нарушения зоны соединения в эмали и дентине получены в образцах 2 группы -  $1,59 \pm 0,14\%$  и  $3,51 \pm 0,25\%$ , соответственно. Максимальные показатели были в образцах 3 группы -  $2,54 \pm 0,16\%$  и  $13,29 \pm 0,17\%$  ( $p < 0,05$ ). В образцах 1 и 4 групп показатели были несколько ниже, но при этом достоверно ( $p < 0,05$ ) отличались от минимальных.

**Выводы.** Таким образом, наноуполненные адгезивы в сочетании с полимеризацией световым потоком высокой интенсивности от светодиодного фотополимеризатора минимизируют вероятность нарушения зоны соединения с твердыми тканями зубов.

*Сироткина О.В.*

## ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ПРОГНОЗУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой та науковий керівник – д.мед.н., проф. Удод О.А.*

**Мета дослідження** – порівняльна оцінка ефективності прогнозування карієсу зубів у дітей за показником структурно-функціональної кислотостійкості емалі з візуальним та комп'ютерним кольоровизначенням.

**Матеріали та методи.** Обстежено 60 осіб віком 15 років, у яких досліджували інтенсивність ураження зубів карієсом (КПВз та КППВ), структурно-функціональну кислотостійкість емалі (СФКСЕ) зубів за тестом емалевої резистентності (ТЕР) з визначенням інтенсивності забарвлення кислотного мікрodefекту емалі за стандартною 10-бальною шкалою синього кольору візуально та за допомогою комп'ютерного аналізу цифрового зображення в оригінальному програмному продукті після проведеної фотозйомки. Через 6 місяців розраховували приріст інтенсивності ураження зубів карієсом ( $\Delta$ КПВз та  $\Delta$ КППВ) і визначали прогностичну цінність показника СФКСЕ за обома методами оцінювання.

**Результати.** Середній показник СФКСЕ зубів за візуальною оцінкою дорівнював  $3,84 \pm 0,21$  бала, за комп'ютерною –  $3,67 \pm 0,19$  бала ( $p > 0,05$ ), але у 42 випадках було зареєстровано неспівпадіння показників ТЕР за різними методами кольоровизначення (різниця становила 1-2 бали). Індекси КПВз та КППВ склали  $3,36 \pm 0,07$  та  $3,59 \pm 0,09$ , відповідно ( $p < 0,05$ ). Через 6 місяців  $\Delta$ КПВз становив  $1,22 \pm 0,11$ ,  $\Delta$ КППВ –  $1,28 \pm 0,12$  ( $p > 0,05$ ). Показник СФКСЕ з комп'ютерною оцінкою продемонстрував прогностичну цінність на рівні 81,63% за  $\Delta$ КПВз та 82,21% за  $\Delta$ КППВ, у той час, як прогнозування на підставі візуального визначення виявило ефективність лише у 69,13% та 70,91% випадків, відповідно.

**Висновки.** Встановлено, що прогностична цінність показника СФКСЕ за комп'ютерною оцінкою на 12,5-11,3% ефективніша, ніж за візуальною оцінкою.

*Фомина Т.В.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ SAF-СИСТЕМЫ В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра пропедевтической стоматологии, заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Удод А.А.*

**Цель исследования** - сравнительная клинико-рентгенологическая оценка результатов первичного эндодонтического лечения с использованием роторных инструментов и SAF-системы.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 пациентов в возрасте от 20 до 38 лет. Первую группу составили 35 пациентов, у которых было проведено эндодонтическое лечение первых премоляров нижней челюсти по поводу хронического пульпита, не сопровождающегося изменениями в периапикальной области. Препарирование корневых каналов осуществляли роторными инструментами системы К-3. Во второй группе, состоящей из 30 пациентов с такими же заболеваниями тех же зубов, препарирование корневых каналов осуществляли с помощью SAF-системы. Для внутриканальной ирригации использовали 5,25% раствор гипохлорита натрия. Корневые каналы зубов пациентов обеих групп obturировали термопластической гуттаперчей с использованием силера AN-plus. Клинико-рентгенологическую оценку качества эндодонтического лечения проводили после лечения и через 18 месяцев.

**Результаты исследования.** Непосредственно после лечения удовлетворительный клинический результат получен у пациентов первой группы в 86,3% случаев, второй группы - в 96,7% случаев. Рентгенологическое исследование продемонстрировало качественную obturацию во всех случаях. Через 18 месяцев положительные клинико-рентгенологические результаты у пациентов первой группы составили 80%, второй группы - 90%.

**Выводы.** Таким образом, использование SAF-системы позволяет полноценно сформировать корневой канал и обеспечить качественную его obturацию.

## **ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ**

*Воронина Г.С., Лапотько Т.Ю., Майборос К.В.*

### **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ «ФАД» ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ СТОМАТИТОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра терапевтической стоматологии, зав. кафедрой – проф. Педорез А.П.,  
научный руководитель – асс. Давлеева М.Д.*

**Цель.** Определение необходимости использования фотоактивной дезинфекции ФАД с местным применением фотосенситайзера в терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта.

**Материалы и методы.** Опытную и контрольную группы составляли по 5 пациентов (25 до 35 лет) с диагнозом: язвенно-некротический стоматит и хронический афтозный стоматит. Пораженную поверхность обрабатывали фотосенситайзером - толуидин синий 1%, средней вязкости 2 мин. Использовали «Fotosan»-635 нм. Облучение проводили 30 сек. После облучения промывали стерильной водой для инъекций. В контрольной группе применялась традиционная терапия.

**Результаты.** Выраженный терапевтический эффект отмечался на 3-5 день в опытной группе, уменьшились инфильтрации краев эрозивно-язвенных поверхностей. В контрольной группе на 3-5 день сохранялись симптомы воспаления и интоксикации.

**Выводы.** Применение ФАД «Fotosan» позволило добиться положительного эффекта, после проведенной терапии и может использоваться в качестве лечения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта.

*Иванова А.В., Чертков А.Ю., Громов С.Е.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ С НА-АЦЕМИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ЗУБОВ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра терапевтической стоматологии, зав. кафедрой - проф. Педорез А.П.,  
научный руководитель - доц. Крапивин С.С.*

**Цель исследования.** Оценка эффективности лечения глубокого кариеса зубов с применением лечебной прокладки с Na-ацемином.

**Материалы и методы.** Глубокий кариес зубов составляет 23 % от общего количества заболеваний кариесом. Через год у больных, зубы которых были запломбированы по поводу кариеса, возникает пульпит и периодонтит. Следовательно, своевременное и качественное лечение является надежной профилактикой осложненной кариеса. Нами было принято 20 пациентов в возрасте от 20 до 56 лет, из них мы обследовали и пролечили 21 зуб с глубоким кариесом. Для оценки функционального состояния пульпы мы пользовались объективным методом исследования – электроодонтометрией.

**Результаты.** В течение 4 месяцев отметили нормализацию электровозбудимости пульпы до функциональных показателей (в пределах 2-6 мкА)

**Выводы.** В процессе исследования мы наблюдали положительную динамику лечения глубокого кариеса с использованием прокладки содержащей Na-ацемина, что связано с его противовоспалительным и плавстикостимулирующим действием.

*Лемешко Г.С., Корнейчук Е.И., Иванова А.В.*

### **ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра терапевтической стоматологии, зав. кафедрой - проф. Педорез А.П.,  
научный руководитель - доц. Чепурняк О.Н.*

**Цель-** определение иммунологического статуса у больных с пищевой и лекарственной аллергией.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 70 пациентов с аллергическими стоматитами в возрасте от 16 до 34 лет. Давность заболевания у 50 человек от 6 мес. до 1,5 лет, у 14-от 2 до 5 лет, у 6 человек - свыше 5 лет. Аллергические стоматиты пищевой этиологии отмечены у 44 человек, лекарственной - у 17. Иммунологический статус больных оценивали по реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с аллергенами, реакции бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ) с фетогемагглютинином. Для определения уровня общего и специфического Ig E использовали стандартную ТЕСТ-иммуноферментную систему вакцин и сывороток; содержание Т- и В-лимфоцитов; количество Т-хелперов и Т-супрессоров. Для функциональной активности В-системы иммунитета использовали реакцию иммунной диффузии по Манчини. Проявления лекарственной и пищевой аллергии легкой формы выявлены у 10 пациентов; среднетяжелой - у 55; тяжелой - у 5 обследуемых.

**Результаты.** У всех обследуемых выявлены значительные изменения в иммунологическом статусе. Ig E в среднем повышался в 2,5 раза, Т-лимфоциты снижались до 37,7%, Ig A, M, G до 22,3%.

**Выводы.** Проведенные нами исследования показали, что у всех обследованных пациентов с лекарственной и пищевой аллергией наблюдались изменения иммунного статуса в сторону уменьшения всех показателей, как качественных, так и количественных.

*Финаев О.В., Шабанов О.В., Давлеева М.Д.*

### **АНАЛИЗ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ ЦЕМЕНТА КОРНЯ ЗУБА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра терапевтической стоматологии, заведующий – проф. Педорез А. П.,  
научный руководитель – асс. Юровская И. А.*

**Цель исследования.** Выявить наличие резорбции цемента зуба вокруг апикального отверстия и оценить ее связь с течением хронического периодонтита.

**Материалы и методы.** Было изучено удаленных 46 зубов с рентгенологически определяемыми очагами периапикальной деструкции. Хроническое течение периодонтита имели 16 зубов. В 30 случаях имело место обострение процесса. Был проведен патогистологический анализ периапикальных поражений и сканирующая электронная микроскопия апикальной части зуба.

**Результаты.** Гистологическое исследование периапикальных гранулем показало преобладание полиморфно-ядерные лейкоцитов у всех пациентов с болевым синдромом. При асимптоматическом течении чаще встречались простые гранулемы (10 случаев – 62,5%). Кистогранулемы – в 6 зубах (37,5%). Абсцедирующее течение статистически чаще приводило к резорбции корня по сравнению с хроническим воспалением – 86,7% и 25% ( $\chi^2=8,75$ ,  $p=0,003$ ). При хроническом течении периодонтита не обнаружены дефекты, охватывающие всю поверхность апикальной части корня зуба.

**Выводы.** Обострение периапикального воспаления достоверно чаще приводило к резорбции цемента вокруг апикального отверстия.

*Кушнір Б.В.*

### **PROTAPER – СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПРЕПАРУВАННЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ**

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця  
Кафедра терапевтичної стоматології, зав. кафедри - д.м.н., професор Борисенко А. В.,  
науковий керівник: к.мед.н., доцент Коленко Ю.Г.*

**Мета дослідження :** дослідити особливості застосування ProTaper, відзначити ряд переваг та недоліків.

**Матеріали та методи:** огляд літератури вітчизняних і зарубіжних вчених.

**Результати.** ПроТейпери - це унікальні надгнучкі нікель-титанові файли нового покоління, які дозволяють проводити якісне препарування важкопрохідних кореневих каналів, які погано піддаються традиційній інструментальній обробці. По словам Reuben'a та ін.(2008), препаруючи викривленні кореневі канали, існує дуже великий ризик перфорації. В літературі рекомендують використовувати випрямляючі техніки препа-

рування, щоб запобігти перфорації стінки каналу в місці фуркації або викривлення (Abou-Rass, 1980; Lim, Stock, 1987). Кліффорд Дж. Раддл у своїх наукових роботах відмічає ряд особливих характеристик системи ProTaper: Багатоступенева конусність. Це унікальна властивість, яка у клінічному відношенні покращує гнучкість та ріжучу ефективність, і той ж час зменшуючи кількість повторних підходів необхідних для досягнення глибини. Опуклий тригранний поперечний переріз. Дозволяє зменшити контакт між лезами файлу і дентином, а також розширює можливості препарування і підвищує безпеку, знижуючи загрузку торсійного навантаження. Кути спіралі та кроки. Файли ПроТейпер мають кут спіралі і крок, які постійно змінюються на протязі 14мм ріжучих поверхонь. Поєднання цих факторів, дозволяє лезам ефективно витягати відпрацьований матеріал з каналу і, що важливо, запобігає заклинювання файлів в кореновому каналі Різний діаметр кінчика. Три формуючих файла мають різний діаметр, що дозволяє клініцистам безпечно просуватись вглиб каналу. Фінішні файли також мають різний діаметр, що відповідає різним діаметрам апікального звуження. Модифікований направляючий кінчик. Така форма дозволяє кожному інструменту легше проникати в глибину каналу крізь м'які тканини (пульпа, відпрацьовані частинки), не ушкоджуючи стінки коренового каналу. Незважаючи на те, що протейпери є майже ідеальними ендодонтними інструментами, вони не позбавлені недоліків (Matip і співавтори; Patino і співавтори): Важко обробляти канали з апікальним отвором більше 30. Неможливість обробки довгих каналів, оскільки максимальна довжина протейперов 25мм. Відсутність спеціальних систем obturaції каналів.

**Висновок:** Інноваційний дизайн інструментів ПроТейпер, особливо багатоступенева конусність, являється важливим етапом в удосконаленні нікель-титанових ендодонтних інструментів. В наш час появилась унікальна можливість надання кореновим каналам оптимальної форми для повноцінного очищення та істинного тривимірного пломбування.

*Аль-Хаммуд Я.М.*

## **СИСТЕМА ICON – МІКРОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЧАТКОВОГО КАРІЄСУ**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології, зав. кафедри: д.мед.н., професор Борисенко А.В., науковий керівник: к.мед.н., доц. Коленко Ю.Г.*

**Мета дослідження:** дослідити особливості та переваги лікування поверхневого карієсу за допомогою методики Icon.

**Матеріали та методи:** огляд літератури вітчизняних та зарубіжних вчених.

**Результати.** В Німеччині Prof. Dr. A.M. Kielbassa університетської клініки Charite (Берлін, ), Prof. Dr. Christoph Dorfer з університетської клініки міста Кіля та компанія Dental Material Gasellschaft (DMG) розробили інноваційний метод мікроінвазивного лікування каріозних уражень на проксимальних та вестибулярних поверхнях. Meyer-Lьskel H та Paris S (Німеччина) встановили, що метод мікроінвазивного лікування створює дифузійний бар'єр не на поверхні, а всередині твердих тканин, таким чином сприяє стабілізації і блокуванню карієсу. Завдяки капілярним силам текучий композит проникає в уражену ділянку приблизно на 800 мкм та закриває пори. Для проксимальних поверхонь інфільтрація карієсу вказується з точністю до максимального радіологічного ураження та прогресує до зовнішньої третини дентину. Для вестибулярної поверхні в якості позитивного побічного ефекту інфільтрації карієсу лікування уражень емалі втрачає білуватий непрозорий колір і нагадує здорову емаль більше, ніж необроблені білі плями. Таким чином, інфільтрація карієсу є більш м'яким лікуванням та без препарування твердих тканин. Також є альтернативою для вестибулярної гладкої поверхні, яка часто спостерігається після видалення брекет-системи та у пацієнтів з поганою гігієною порожнини рота. Тому даний метод є вирішенням проблем з боку патологічного процесу (можливість зупинити карієс) та з естетичного боку. При цьому повністю зберігаються здорові тканини зуба. До запровадження методики Icon, існувало лише два дієвих способи, спрямованих на лікування поверхневого карієсу, які полягали у фторуванні та реставрації. За даними дослідженнями Ekstrand K, Bakshandeh A та Martignon S (Dental School, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, Caries Research Unit UNICA, Dental Faculty, Universidad El Bosque, Bogotb, Colombia) фторування можна вважати ефективним лише при боротьбі з карієсом на самих ранніх стадіях його розвитку. Крім того, фторування передбачає необхідність великої кількості відвідувань стоматолога (не менше 5) для отримання необхідного результату. При пломбуванні, у разі навіть щадного препарування, відбувається втрата значного обсягу здорових тканин зуба, що також має свої негативні сторони. Ними було встановлено, що технологія Icon є ефективнішою в порівнянні.

**Висновки.** Дана система вирішує проблему лікування початкового карієсу за рахунок спеціального полімера (Icon-Infiltrant), який заповнює систему емалі. Це дає можливість як вилікувати, так і досягти естетичних властивостей. Тому ми виражаємо абсолютну впевненість в тому, що при набутті необхідних навиків і досвіду в роботі, система Icon буде відповідно оцінена і займе гідне місце в арсеналі кожного практикуючого лікаря.



*Вижу С.Г.*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ СИСТЕМИ НІКЕЛЬ-ТИТАНОВИХ (NI-TI) ІНСТРУМЕНТІВ – Mtwo (VDW)**

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра терапевтичної стоматології, зав. кафедри – д.мед.н., професор Борисенко А.В., науковий керівник: к.м.н., доцент Коленко Ю.Г.*

**Мета:** дослідити особливості нових обертових нікель-титанових інструментів Mtwo, призначення, відзначити переваги та недоліки.

**Матеріали та методи:** огляд зарубіжної та вітчизняної літератури.

**Результати:** Mtwo – механічні (обертові) інструменти, призначені для ендодонтичного лікування та складаються з інструментів для обробки корневих каналів та з двох інструментів для повторного ендодонтичного лікування. Нікола Гранде дослідивши систему файлів Mtwo відзначив конструктивні особливості цього інструменту: S-подібний поперечний переріз з двома ріжучими краями; вся довжина інструменту робоча; нерівномірно розташовані леза; обидві грані леза є ріжучими; наявність файлів для переліковування (Mtwo Retreatment Files); наявність апікальних файлів; простір для рекапітуляції розташований на внутрішній поверхні лез; майже вертикальний напрямок лез; модифіковано направлена не агресивна верхівка; укорочений хвостовик, який забезпечує більш зручний доступ до молярів. Професор Віто Антоніо Маланін, творець цієї системи, сам є практикуючим лікарем, стверджував, що метою його роботи було зробити так, щоб непрохідних каналів не стало. Основними його цілями в створенні конусності Mtwo полягали в поліпшенні іригації і медикаментозної обробки кореневого каналу, створенні умов для правильного доступу конденсуючих інструментів, спредерів для латеральної конденсації, плагерів для пломбування методом вертикальної конденсації, що забезпечує технологічний успіх, оптимальному розширенні верхівкової частини зуба, створенні адекватної форми для якісної тривимірної obturaції кореневого каналу, незалежно від його вихідної форми, довжини і викривленості. Бусарова Н.І. в своїх роботах дослідила ряд переваг Mtwo файлів: Обробка каналу інструментами Mtwo дозволяє полегшити створення «килимкової доріжки» (до 10 файла); Для повноцінної обробки каналу інструментами Mtwo достатньо чотирьох інструментів; Обробка каналу інструментами Mtwo дозволяє поєднувати в собі проходження, висічення інфікованого дентину і формування для подальшого пломбування; Після обробки каналів інструментами Mtwo ускладнення у вигляді після пломбованого болю мінімальне і вкрай рідкісне; Інструменти Mtwo надійні.

**Висновок:** Система Mtwo файлів ідеальна для ендодонтичної роботи в каналах. Удосконалення цієї системи передбачає застосування методики одномоментної обробки каналу на повну робочу довжину, що надзвичайно спрощує перехід від роботи ручними інструментами до роботи механічними нікель – титановими інструментами та надання корневим каналам оптимальної форми для повноцінного очищення та істинного тривимірного пломбування.

*Волченко Н. В.*

## **ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ТКАНИ ПЕРИОДОНТА**

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра стоматологии, зав.кафедрой и научный руководитель: д.мед.н., проф. Соколова И.И.*

**Цель исследования.** Установить влияние питания на ткани периодонта.

**Материал и методы.** Источники отечественной и зарубежной литературы.

**Результаты.** Питание - это совокупность процессов, связанных с потреблением пищевых веществ и их усвоением в организме, благодаря чему обеспечивается нормальное функционирование организма и поддержание здоровья. Но, к сожалению, некоторые привычки питания становятся факторами риска общесоматических и стоматологических болезней. С качеством и количеством питания взаимосвязаны различные общесоматические заболевания: ожирение, диабет, сердечнососудистые заболевания, рак, остеопороз. Питание влияет на развитие челюстно-лицевой области, слизистую оболочку рта, болезни твердых тканей зубов (кариес, некариозные дефекты эмали), болезни периодонта. В свою очередь стоматологические болезни влияют на качество жизни и отражаются на самооценке, способности принимать пищу и общем здоровье, причиняя боль, беспокойство и влияя на социальное поведение. При потере зубов человек не способен употреблять определенные продукты питания, получать удовольствие от приема пищи и теряет уверенность в общении [World Health Organization; 2003]. В странах и городах, где население постоянно недоедает или голодает, болезни периодонта прогрессируют намного быстрее. Это наблюдение объясняется ролью питания в поддержании адекватного иммунного ответа. Важную роль, в развитии болезней периодонта, играет повышенное образование свободных радикалов, при отсутствии полной нейтрализации которых повреждаются клетки и ткани организма (P. J. Moynihan, 2005; WHO, 2003). Антиоксиданты в продуктах питания, например, аскорбиновая кислота (витамин С), бета-каротин и витамин Е являются важными буферами свободных радикалов и обнаруживаются во многих фруктах, овощах, зернах и семенах. В современных исследованиях изучается потенциально защитная роль антиоксидантных питательных веществ при болезнях периодонта.

**Выводи.** Однак, не считая тяжелого дефіцита вітаміна С, который может приводить к цинге и связанному с ней периодонтиту, еще нет достаточно веских доказательств связи между питанием и болезнями периодонта.

*Грубер І.І.*

## **НЕСТАНДАРТНА АНАТОМІЯ ПРЕМОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології, зав.кафедри – д.мед.н., проф. Борисенко А.В.,  
науковий керівник – к.мед.н., ас. Дімітрова А.Г.*

**Мета дослідження:** дослідити особливості анатомії премолярів нижньої щелепи.

**Матеріали та методи:** Зарубіжна література (Endodontic practice), рентгенографічне та мікроскопічне дослідження (Матеріали провідних лікарів: Vertucci, Heelsman, Christie та Dong (Endodontic practice)).

**Результати:** Основною причиною невдач ендодонтичного лікування є негерметична obturaція каналу та наявність непролікованого каналу. Для досягнення позитивного результату стоматолог повинен бути усвідомлений про можливі варіації морфології системи кореневих каналів. Ендодонтичне лікування премолярів нижньої щелепи може стати одним із найважчих у зв'язку з варіаціями анатомії кореневих каналів. Відхилення в анатомії кореневих каналів премолярів нижньої щелепи являється одним із головних причин високої частоти невдач та запалення. За даними Cleghorn'a, Christic та Dong'a (2007) більшість перших премолярів нижньої щелепи мають один корінь і один канал. Vertucci (1978) в своєму дослідженні показав, що один канал зустрічається у 70% випадків, в 64% випадків каналів може бути два з спільним апікальним отвором, в 24% випадків зустрічається один кореневий канал, що роздвоюється в апікальній третині, в 1,5% випадків можуть бути присутніми два незалежні канали та 0,5% - два окремих канали в двох незалежних коренях. Другий премоляр нижньої щелепи зазвичай має один корінь з одним кореневим каналом в 65-100% випадків (Vertucci 1978, Rudig та Heelsman 2009, Christie та Dong 2007). Один корінь може також мати два канали в 1-11%, з одним апікальним отвором в 91,8% випадків, два і більше апікальних отворів в 8,2% випадків (Cleghorn, Christie та Dong 2007). Важливо відмітити, що ендодонтична морфологія других премолярів нижньої щелепи може варювати в залежності від статі, віку та видової приналежності. Наступні критерії можна використовувати для вивчення рентгенограми, коли слід очікувати незвичної анатомії: 1. Якщо інструмент в кореновому каналі має відцентроване направлення при більш глибокій проникності, можна передбачити наявність додаткових кореневих каналів. 2. Якщо виявлено різке звуження чи навіть зникнення простору каналу можна очікувати, що канал в цій точці розходить на два канали, які можуть, або замикатися окремо, або з'єднуватися до досягнення апекса (Vertucci 1978). 3. Коли на рентгенограмі, підтвердуючій робочу довжину, ендодонтичний інструмент розташований не по центру. Основною проблемою лікування премолярів нижньої щелепи з декількома кореневими каналами пояснюється складністю виявлення усть додаткових каналів. Дослідження пульпової камери та її дна під великим збільшенням та яскравим освітленням може забезпечити лікаря цінною інформацією.

**Висновок:** Під час ендодонтичного лікування стоматолог завжди повинен пам'ятати про можливість наявності нестандартної морфології кореневих каналів, інакше незауважені розбіжності можуть призвести до ускладнення. Детальне рентгенодослідження допоможе виявити додаткові канали та корені.

*Коршинська М.І.*

## **АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ НЕВРИТІВ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Ужгородський національний університет, кафедра хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології, завідувач кафедри хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології і науковий керівник: д.мед.н., проф. Калій В.В.*

**Мета дослідження:** скласти ефективний алгоритм консервативного лікування травматичних невритів в стоматологічній практиці на первинному етапі надання допомоги, враховуючи перебіг захворювання, ступінь пошкодження нерва, а також консультацію суміжних спеціалістів і запропонувати розроблену схему до використання в стоматологічній поліклініці Ужгородського національного університету.

**Матеріали й методи.** Було проведено обстеження та лікування 24 осіб, віком від 25 до 56 років, з травматичним пошкодженням II і III гілок трійчастого нерва. Кожному з них призначене лікування, що враховує перебіг захворювання, ступінь важкості та індивідуальні особливості пацієнтів.

Схема лікування: Келтікан Н – пер. 2 капсули 2р./д., курс лікування 2-4 тижні. Лірика – пер. 1 капсула (150 мг) 2 р./д., курс лікування 4 тижні. Нейрорубін – в/м 3,0 мл через день протягом 1 тижня (або кожен день при важкому ступені) з переходом на пероральний прийом по 1 табл. 2 р./д. протягом 2 тижнів та 1 табл. 1 р./д. до 1 місяця. Аркоксиа – пер. 1 табл. (60 мг) 1 р./д., курс лікування 7 днів. При гострому невриті. Нейромідин – пер. 1 табл. 2-3 р./д., курс лікування – від 10-15 днів при гострому невриті, 20-30 днів – при хронічному. Засоби лікувальної фізкультури (ЛФК) – лікувальна гімнастика (вправи для жувальних та м'язів), масаж – 10-12 хв 2-4 р./д., протягом 10 днів. Хронічний перебіг. Схема лікування роз-

рахована на термін до 1 місяця, з можливим коригуванням. Якщо протягом перших 2 тижнів від початку прийому препаратів позитивна динаміка буде спостерігатися, то курс лікування продовжується. Після чого – контрольний огляд. Якщо ж ефект від лікування відсутній, то пацієнт обов'язково направляється на консультацію до лікаря-невролога.

**Результати.** Оцінка результатів лікування здійснювалася через 2 тижні. У 19 хворих відзначена позитивна динаміка: змінилися дескриптори болю, зменшилося відчуття поколювання, оніміння, що свідчить про ефективність даної схеми лікування.

**Висновки.** Лікування нейропатій периферичної нервової системи – достатньо складне завдання, яке потребує індивідуального підходу та комплексного впливу. Тому ми, враховуючи досвід роботи та покази до призначення препаратів, котрі використовуються в профільних закладах склали таку, на наш погляд оптимальну, схему лікування травматичних невритів трійчастого нерва, яка мала етіотропний, патогенетичний та симптоматичний вплив на організм пацієнтів. Спостерігалася значна позитивна динаміка, в першу чергу, суб'єктивного стану пацієнтів за відносно короткий проміжок часу. Розроблена схема лікування пропонується до використання в стоматологічній поліклініці Ужгородського національного університету та інших профільних закладах охорони здоров'я.

*Белоус А.С.*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРДЕНТАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ**

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии,  
зав. кафедрой - проф. Назарян Р.С., научный руководитель - доц. Фоменко Ю. В.*

**Цель исследования.** У студентов, завершивших изучение курса профилактики основных стоматологических заболеваний, определить количество кариозных/пломбированных полостей на контактных, а также жевательных и пришеечных поверхностях зубов и частоту использования ими интердентальных средств гигиены.

**Материалы и методы.** Проводили осмотр полости рта и анонимное анкетирование 55 студентов 4 курса стоматологического факультета. Из них мужчин 14 (25.5%), женщин – 41 (74.5%). Средний возраст – 21 год.

**Результаты исследования.** При осмотре зубных рядов выявили кариес: жевательной и пришеечной поверхностей (1,5 класс) – 20 зубов (29%), поврежденной контактных поверхностей (2,3,4 класс) – 49 зубов (71%). Пломбы: на жевательной и пришеечной поверхностях (1,5 класс) – 151 зуб (58%), пломбы на контактных поверхностях (2,3,4 класс) – 109 зубов (42%). Из интердентальных средств гигиены полости рта флосссами пользуются регулярно 22 (40%) опрошенных, 24 студента (43.5%) – не используют, 9 (16.5%) – время от времени. Зубочистками пользуются 26 (47%) опрошенных, не используют так же 26 (47%), 3 (6%) – иногда. Суперфлоссом пользуются 2 (3.5%) опрошенных, 53 (96.5%) не используют. Флоссеты применяют 2 (3%), 53 (96%) не используют. У 48 (89%) опрошенных студентов изменился подход к гигиене собственной полости рта после изучения курса профилактики стоматологических заболеваний, у 7 (11%) не изменился. 39 (71%) студентов проводили беседы о гигиене и профилактике стоматологических заболеваний с родственниками и знакомыми.

**Выводы.** При исследовании зубных рядов студентов определили, что из вновь возникших кариозных процессов преобладают кариозные полости контактных поверхностей (более чем в 2 раза). Подобная ситуация возможна в случае, если гигиена межзубных промежутков проводится недостаточно часто, либо вовсе отсутствует, что подтверждают данные анонимного анкетирования – большая часть исследуемых вообще не используют основное средство интердентальной гигиены – флоссы. Таким образом, даже, несмотря на изучение полного курса профилактики стоматологических заболеваний, студенты недооценивают необходимость применения средств гигиены межзубных промежутков. Вопросам профилактики кариеса контактных поверхностей необходимо уделять особое внимание, как на практических занятиях, так и во внеаудиторной работе со студентами.

*Сухина І. С.*

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТОКСИЧНОСТІ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ІV-ГО ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Харківський національний медичний університет, Кафедра стоматології,*

*зав. кафедри і науковий керівник – проф. Соколова І.І.*

**Метою** дослідження є вивчення клінічних проявів токсичності в ротовій порожнині під час проведення ІV-го циклу поліхіміотерапії (ПХТ) у хворих на рак молочної залози (РМЗ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 26 пацієнток віком від 35 до 72 років, хворих на рак молочної залози, що отримали на першому етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та 3 цикли ад'ювантної поліхіміотерапії.

**Результати досліджень.** Проведення ІV циклу ПХТ супроводжувалось наявністю скарг у 23 із 26 (88,4 %). Під час обстеження органів ротової порожнини у цих 23 пацієнток було виявлено: сухість губ у 11 (47,8%) пацієнток; на червоній облямівці губ – наявність лусочок, які щільно прилягають у центрі та відстають по краях, при знятті яких виявляється гіперемія у 6 пацієнток (26,1%); висип у вигляді білястих папул, що

підносяться над червоною облямівкою – у 4 (17,4%); у кутах рота – тріщини на тлі гіперемійованої слизової оболонки у 7 пацієнток (30,4%); на спинці язика – білястий наліт, що не знімається інструментом у 8 (34,8%); язик набряклий, на бокових поверхнях – відбитки зубів у 2 (8,7%); одиничні ерозії (1–3) 3–4 мм в діаметрі, які розташовані в області дна порожнини рота і 3-х молярів нижньої щелепи – у 2 пацієнток (8,9%); гіперемія ясен та слизової оболонки альвеолярного гребеня в області жувальних зубів – у 4 (17,4%); або тотальна гіперемія та набряк слизової оболонки порожнини рота у 4 (17,4%) пацієнток. Під час огляду ротової порожнини у 2-х пацієнток, які не мали скарг, на час закінчення IV-го циклу ПХТ було виявлено білястий наліт на спинці язика, що не знімається інструментом та відбитки зубів на бокових поверхнях язика.

**Висновки.** Застосування IV циклу поліхіміотерапії у хворих на рак молочної залози у 65,2% (у 15 з 23 пацієнток) супроводжувалось розвитком хейліту (сухість губ, висипи на губах, тріщини в кутах рота), у 56,5% (у 13 з 23 пацієнток) – мукозиту (запалення слизової оболонки порожнини рота, запалення та кровоточивість ясен, набряк тканин порожнини рота, наявність ерозивних елементів) різного ступеня тяжкості (I–II ст.), і у 47,9% (у 11 з 23 пацієнток) дисфункцією слинних залоз (сухість в порожнині рота, спрага, наявність піноподібної слини). Це потребує розробки профілактичних заходів для зниження проявів постцитостатичної токсичності.

## ХІРУРГІЧНА ТА ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*Лосьєва А.Д., Тутова К.С.*

### ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОСВАРОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Кафедра хирургической стоматологии, зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Матрос-Таранец И.Н.,  
научный руководитель – к.мед.н., доц. Калиновский Д.К.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования аппарата электросварки живых тканей ЕК 300М1 при лечении злокачественных опухолей полости рта.

**Материалы и методы.** С февраля 2007 по март 2012 в клинике челюстно-лицевой хирургии ДонНМУ им. М. Горького под нашим наблюдением находились 60 пациентов со злокачественными опухолями полости рта в возрасте от 46 до 79 лет, из них мужчин – 46(76,7%), женщин – 14(23,3%). У 36(60,0%) злокачественная опухоль локализовалась в области нижней губы, у 16(26,7%) – языка и у 8(13,3%) – дна полости рта. Сварочные технологии использовались при лечении 13(21,7%) пациентов, в т.ч. при раке нижней губы – 4(12,5% пациентов с данной локализацией опухоли), языка – 8(50%), дна полости рта – 1(12,5%).

**Результаты.** Использование сварочных технологий позволило в 2 раза сократить время оперативного вмешательства по сравнению с традиционной методикой, в основном – за счет сокращения времени, затрачиваемого на гемостаз. За счет надежного гемостаза при использовании электросварки также удалось снизить кровопотерю в среднем на 60–65% и практически отказаться от использования шовного материала при лигировании мелких сосудов и капилляров – с использованием шовного материала проводилось лигирование только магистральных кровеносных сосудов. Благодаря этому удалось сократить длительность операции и снизить риск послеоперационных осложнений, связанный с реакцией организма на инородное тело (лигатуру). Использование электросварки не усугубляло болевой синдром, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, в связи с чем не требовалось назначения дополнительных обезболивающих препаратов (как наркотических, так и ненаркотических анальгетиков). Использование сварочных технологий при проведении половинной электрорезекции языка позволило в ряде случаев отказаться от наложения швов на раневые поверхности, что не оказало какого-либо существенного влияния на заживление раны. Заживление ран после электрорезекции протекало без осложнений. При наблюдении за пациентами в сроки от 12 до 48 месяцев нами также не отмечено поздних послеоперационных осложнений. Сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности при использовании электросварки сократились в среднем на  $2,2 \pm 0,4$  –  $4,4 \pm 0,7$  в зависимости от локализации и клинической стадии процесса.

**Выводы:** Получен первый положительный опыт использования сварочных технологий при лечении 13 пациентов со злокачественными опухолями полости рта. Использование сварочных технологий позволило сократить сроки оперативного лечения, уменьшить объем кровопотери при проведении операции, снизить риск послеоперационных осложнений и сократить сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности.

*Прядко И.В.*

### РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОДЕНИТА ПРИ ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра хирургической стоматологии, зав. каф. – проф. Матрос-Таранец И.Н., науч. рук. – асс. Тарануха С.В.*

**Цель исследования.** Изучить структуру встречающейся внутренней патологии при диагностированном калькулезном сиалодените

**Материал и методы.** Произведен анализ и обработка 48 историй болезни больных находившихся на стац.

лечения в стоматологическом отделении №1, ЦГКБ №1 г. Донецка, за период 2011 -2012 год включительно с установленным клиническим диагнозом калькулезный сиалоаденит.

**Результаты исследования.** Было выявлено 48 случаев слюнокаменной болезни (28 мужчин в возрасте от 26 до 83 лет, и 20 женщин в возрасте от 32 до 81 года); из них 2 (4,1%) случая поражения околоушной слюнной железы, и 46 (95,8%) случаев поражения поднижнечелюстной железы. Из 48(100%) больных- у 18 (37.5%) были выявлены сопутствующие соматические заболевания, среди которых чаще всего встречались: хронический обструктивный бронхит (4 случая), гипертоническая болезнь (3), ишемическая болезнь сердца (2), сердечная недостаточность (2), сахарный диабет (2) и хронический панкреатит (2). Единично встречающиеся заболевания: глаукома, диффузный эндемический зоб, хронический тиреоидит узловой формы, артроз суставов, бронхиальная астма, атеросклероз, хронический вялотекущий пиелонефрит единственной почки, дуоденит, колит, холецистит, хронический отит, язвенная болезнь желудка. Энцефалопатия, вегетососудистая дистония, аритмия блокада правой ветви левой ножки пучка Гиса, астено невротический синдром, остеохондроз шейного отдела позвоночника, гастрит, тромбофлебит, В 20.1. Так же из 48 больных, у 8ми отмечается ранее перенесенный гепатит А, открытая черепно-мозговая травма.

**Выводы:** 1) развитие калькулезного сиалоаденита связано с дискинезией и воспалением протоков слюнных желез, а также с общим нарушением обмена веществ (дистрофические изменения), на фоне хронических воспалений органов пищеварительной системы. 2) Возрастная категория больных отметивших в анамнезе жизни сопутствующие заболевания с преобладанием эндокринных нарушений, патологии сердечно – сосудистой системы, инфекционных заболеваний дыхательной системы, и хронические воспалительные процессы, входят лица от 50 до 74 лет, что составляет 61.1%. У лиц от 26 до 50 лет (38.9%) это единичные случаи аллергических заболеваний, патологии нервной системы, нарушение проводящей системы сердца вследствие производственной травмы, а так же В 20.1. 3) Вероятность развития калькулезного сиалоаденита на фоне сопутствующих заболеваний более велика у людей старшей возрастной группы, что возможно, связано с геронтологическими изменениями организма человека.

*Алексеев Ю.С., Сорокина А.Е.*

## **СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ЛУНОК ЗУБОВ ПОСЛЕ ИХ ЭКСТРАКЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра хирургической стоматологии (зав. кафедрой – проф. И.Н. Матрос-Таранец),  
кафедра отоларингологии ФИПО (зав. кафедрой - ЗДНТУ, проф. С.К. Боенко),  
научные руководители: доц. Д.К. Калиновский, доц. С.Б. Алексеев.*

**Целью** исследования являлась разработка нового метода ревизии лунок зубов после их экстракции.

**Материалы и методы:** На протяжении 2012-2013 гг. в клиниках отоларингологии ФИПО и челюстно-лицевой хирургии ДонНМУ им. М.Горького под нашим наблюдением находились 15 больных одонтогенным гайморитом. При хирургическом лечении у 10 пациентов была выполнена ревизия и санация лунок под контролем эндоскопа Хопкинса на эндоскопическом оборудовании фирмы Karl Storz (Германия). Эти больные составили основную группу. Контрольная группа состояла из 5 пациентов, которым была произведена санация лунок зубов по традиционной методике. Методика эндоскопической ревизии: под местной проводниковой анестезией после удаления зуба лунку осматривают с помощью эндоскопа Хопкинса, подключенного к видеокамере и монитору. Обнаруженные патологические образования (кисты, кистогранулемы) или инородные тела (пломбирочный материал), удаляют под контролем зрения, глядя на экран монитора. Весь процесс фиксируется на электронные носители.

**Полученные результаты и их обсуждение:** У пациентов основной группы послеоперационная рана заживала первичным натяжением, без дефекта кости альвеолярной дуги к 6-7 дню после операции, что особо важно при необходимости дальнейшего протезирования и имплантации в отличие от больных контрольной группы, у которых наблюдалось появление грануляций, кровоточивости из лунок, у двух пациентов присоединились явления альвеолита. Сроки пребывания в стационаре сократились у больных основной группы составили  $3,1 \pm 0,9$  суток, у пациентов контрольной группы -  $5,5 \pm 1,2$  суток. Повторных вмешательств и рецидивов в основной группе не отмечалось, в контрольной группе у двух больных проведено лечение альвеолита.

**Вывод:** Положительный эффект использования предложенного метода дает возможность уменьшить риск послеоперационных осложнений, улучшить результаты лечения, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

*Руденко О.В., Лазариди Я.А., Савельева Н.А.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой - проф. Клёмин В.А., научный руководитель – ас. Руденко О.В.*

**Цель исследования.** Сравнить состояние твердых тканей зубов после протезирования различными видами несъемных конструкций.

**Материалы и методы.** Для эксперимента были отобраны две крысы, которым были обработаны центральные левые резцы. Крысе №1 была изготовлена цельнолитая металлическая коронка, крысе №2 – цельнолитая золотая коронка.

**Результаты исследования.** По истечении пяти месяцев протезируемые зубы были удалены, коронки сняты, а удалённые резцы были продольно распилены. С помощью макрофотографии было оценено состояние твёрдых тканей зубов. Полученные показатели были введены в сравнительную оценочную таблицу, при суммировании показателей которой, были получены результаты, позволяющие сделать вывод о том, что состояние поверхности резца крысы №2 более удовлетворительно, чем у крысы № 1.

**Выводы.** Таким образом, результаты нашего исследования позволяют сделать вывод, что цельнолитая золотая несъемная конструкция намного лучше сохраняет твердые ткани зуба, чем цельнолитая металлическая конструкция.

*Воронина А.С.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛАПАННОЙ ЗОНЫ, ПОЛУЧАЕМОЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОКАНТОВКИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ОРТОКОРОМ И ЛЕГКОПЛАВКИМ ВОСКОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. каф. – проф. В.А. Клёмин, научный руководитель – доц. В.И. Авсянкин*

**Целью** настоящего исследования является сравнительная оценка клапанной зоны, получаемой вследствие окантовки индивидуальной ложки ортокором и легкоплавким воском.

**Материалы и методы.** Для выполнения этого исследования были взяты 10 пациентов в возрасте 70 лет с полной утратой зубов на обеих челюстях: верхняя челюсть у всех пациентов I класс по Шредеру; нижняя челюсть – I класс по Келлеру. Каждому пациенту были изготовлены индивидуальные ложки на обе челюсти по методике В.М. Павленко. Всем пациентам индивидуальные ложки были припасованы по требованиям функциональных проб Гербста. Затем ложки были окантованы ортокором и вводились в полость рта пациента для получения под индивидуальной ложкой клапанной зоны. После чего измерялось усилие, прилагаемое для снятия ложки с протезного поля беззубых челюстей пациента. Следующим этапом исследования являлась замена ортокора на легкоплавкий воск и измерение усилия прилагаемого для снятия ложек с протезного поля челюстей тех же пациентов.

**Результаты обсуждения.** В результате обработки полученных данных было установлено, что среднее усилие, прилагаемое для снятия индивидуальных ложек, окантованных ортокором, равнялось 7,8 кг. Для снятия ложек, окантованных легкоплавким воском необходимо было прикладывать усилие в 12,3 кг.

**Выводы.** Таким образом, полные съёмные протезы, изготовленные по функциональным оттискам, получаемым при помощи индивидуальных ложек, окантованных воском, более устойчивы в полости рта.

*Забродняя В. К.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТОИМОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА FILTEK Z 250, 3M ESPE И КОБАЛЬТО-ХРОМОВОГО СПЛАВА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой – проф. В. А. Клёмин, научный руководитель – доц. Авсянкин В. И.*

**Целью** настоящего исследования является сравнительная оценка стоимости материала для прямой реставрации кариозных полостей II класса по Блэку и материала для восстановления анатомической формы зубов металлическими вкладками с идентичными полостями.

**Материалы и методы.** Для выполнения этой работы нами было отработано 20 пациентов в возрасте 20 лет у которых 36 зубы были поражены кариозной болезнью с локализацией полости на окклюзионно контактной поверхности зуба. Десяти пациентам произвели прямую реставрацию больных зубов светоотверждаемым нанокомпозитом Filtek Z 250, 3M ESPE, остальным десяти восстановили анатомическую форму твердых тканей пораженных зубов вкладками, отлитыми из кобальта-хромового сплава.

**Результаты обсуждения.** Стоимость материала для одной пломбы составила 100 гривен. Стоимость КХС для одной вкладки составила 5 гривен. Экономия на стоимости материала при лечении десяти зубов вкладками в сравнении с пломбами составила 950 гривен.

**Выводы.** Таким образом, для восстановления кариозных полостей II класса по Блэку можно рекомендовать металлические вкладки из КХС.

*Кучерова Ю.А., Комлев А.А.*

### **МЕТОДИКА РАСЧЁТА КОНСТРУКЦИЙ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Клёмин В.А.*

**Цель:** изучение распределения функциональных нагрузок и изменения их величины на опорных зубах при протезировании несъемными и съёмными конструкциями мостовидного протезов.

**Материалы и методы.** Мостовидный протез в момент приема пищи можно рассматривать как балочную

систему, то есть работающую на изгиб. Во время функции на опорные зубы мостовидного протеза действует равномерно распределенная нагрузка, если точка приложения силы приходится на середину промежуточной части. Когда силы воздействуют вблизи одной из опор то усилия на эту опору возрастает и ослабляются на отдаленном опорном зубе. Во время функции жевания места приложения силы постоянно меняются, было взято условие, что в сумме нагрузка распределяется по всему несъемному мостовидному протезу равномерно. Для расчетов, протяженность дефектов зубных рядов, брали исходя из средних мезио-дистальных размеров коронок зубов. Величины усилий, которые могут выдержать здоровые зубы, взяты из данных гнатодинамометрических исследований, проведенных Габером.

**Результаты и выводы.** Результаты расчётов распределения нагрузок между опорными зубами несъемных и съемных мостовидных протезов, показывают значительное снижение нагрузки на опорных зубах съемных мостовидных протезов (от 11% до 26,5%). Полученные данные показывают, что при ряде дефектов зубных рядов, не смотря на то, что сумма резервных сил пародонта опорных зубов достаточна для применения несъемного мостовидного протеза, возникает перегрузка одной из опор. В целях снижения усилий на опорные зубы, мы предлагаем, использовать при протезировании съемные мостовидные протезы, которые передают часть нагрузки на ткани альвеолярного отростка.

*Лазариди Я.А., Руденко О.В., Савельева Н.А.*

### **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОВИЗОРНЫХ КОРОНОК ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой - проф. Клёмин В.А., научный руководитель – ас. Руденко О.В.*

**Цель исследования.** Обосновать целесообразность использования провизорных коронок во время протезирования металлокерамическими конструкциями.

**Материалы и методы.** Были созданы две группы пациентов по 12 человек, которым планировалось протезирование металлокерамическими конструкциями. Всем пациентам была проведена подготовка к протезированию: препарирование зубов под металлокерамические конструкции. На время протезирования первой группе пациентов изготовили провизорные коронки, а второй группе - не изготавливались.

**Результаты исследования.** Результаты проведенных исследований таковы: у пациентов первой группы наблюдалась стабилизация окклюзии и пародонта, отсутствовало смещение опорных зубов и деформация слизистой оболочки полости рта. У пациентов второй группы наблюдалось смещение опорных зубов, изменение рельефа десневых сосочков.

**Выводы.** Использование провизорных коронок во время протезирования металлокерамическими конструкциями является не только целесообразным, но и необходимым. Так как провизорные коронки способствуют качественному результату протезирования.

*Мельникова Д.В., Куковинец В.Н.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ПРИ МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, заведующий кафедрой - проф.Клемин В.А., научный руководитель - доц.,к.м.н. Комлев А.А.*

**Цель:** для определения величины функциональной нагрузки, передающейся с опорных зубов на ткани альвеолярного отростка при протезировании съемными протезами, возникла необходимость определения максимально возможных площадей базисов при различных включенных дефектах.

**Материал и методы:** для определения площадей базисов съемных мостовидных протезов была применена следующая методика. На гипсовых моделях, имеющих различные включенные дефекты, очерчивались границы базисов съемных мостовидных протезов. В области дефекта накладывалась пластинка из воска, обжималась на модели и обрезалась. После снятия с модели ее расстилали на плоской поверхности. Площадь определяли механическим способом при помощи прибора полярного планиметра. Было исследовано 480 моделей: верхней(270 моделей) и нижней(240 моделей) челюстей пациентов различного пола и возраста от 18 до 70 лет. Полученные в ходе измерения значения площадей базисов распределили по группам в соответствии с полом и принадлежности дефекта к челюстям. Находили среднее значение максимально возможной площади базиса протеза для каждого из дефектов.

**Результаты:** в ходе анализа полученных результатов обнаружено, что выносливость слизистой оболочки протезного ложа съемных мостовидных протезов при одинаковых дефектах зубных рядов на верхней челюсти больше, чем на нижней в среднем  $19\% \pm 6,7\%$ .

**Выводы:** при использовании съемных мостовидных протезов с сочетаной опорой на зубы и альвеолярный отросток значительная часть функциональных нагрузок передается с опорных зубов на слизистую оболочку.

*Ольховский А.В., Макеев Г.Г.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИКИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ШТАМПОВАННЫХ КОРОНОК**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой – проф. Клёмин В.А., научный руководитель – доц. Макеев Г.А.*

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ методик изготовления комбинированных штампованных коронок, изготовленных по методике Белкина и Мате с титановым покрытием.

**Материал и методы.** Для проведения исследований была выбрана группа пациентов (10 человек), которым изготавливали комбинированные штампованные коронки по методике Белкина и с титановым покрытием всего 17 коронок одиночных и в мостовидных протезах. Оценка состояния облицовки из пластмассы «Синма-М» проводилась через 6 и 12 месяцев.

**Результаты.** Проведенная сравнительная оценка облицовочного слоя коронок на прочность фиксации и изменения цвета показала, что через 12 месяцев пользования протезами по методике Белкина нарушена плотность фиксации и отмечается изменение цвета (потемнение) облицовочного слоя у 6 коронок из 17, что составляет 35,3 %, по методике с титановым покрытием нарушение этих показателей было у двух коронок, что составляет 11,7 % ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Установлено, что изготовление комбинированных коронок с облицовкой титановым покрытием более эффективно с эстетической и физической стороны по сравнению с методикой облицовки по Белкину.

*Онишко Д.А., Руденко О.В., Емельянова Н.И.*

### **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЕРАМИЧЕСКИХ ВКЛАДОК ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБА В ПОЛОСТЯХ ВТОРОГО КЛАССА ПО БЛЭКУ**

*Донецкий Национальный медицинский университет им. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой – проф. Клёмин В.А., научный руководитель – ас. Руденко О.В.*

**Цель исследования.** Обосновать целесообразность использования керамических вкладок для восстановления целостности зуба в полостях второго класса по Блеку.

**Материалы и методы.** Были созданы 2 группы пациентов по 15 человек, которым было необходимо восстановить апроксимальные поверхности моляров. 1 группе пациентов дефекты зубов были восстановлены пломбирочным материалом («Spectrum TRN»). Во 2 группе целостность зубов восстанавливали при помощи керамических вкладок. Затем проводилось обследование этих зубов и окружающих мягких тканей.

**Результаты исследования.** У пациентов 1 группы наблюдалось отсутствие контактного пункта, и, вследствие этого, травма зубодесневого сосочка и нарушение краевого прилегания пломб, что приведёт к вторичному кариесу. У пациентов 2 группы точно восстановлен контактный пункт, соблюдены правила восстановления прикуса и были получены высокие эстетические оценки.

**Выводы.** Полученные результаты указывают на то, что при восстановлении целостности зубов с кариозными полостями 2 класса по Блеку целесообразно использовать керамические вкладки.

*Пинчукова А.А., Руденко О.В., Руденко Е.В.*

### **РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ ОТПРЕПАРИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПОД ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПАРАДОНТИТА**

*Донецкий медицинский университет им. М. Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой – проф. Клёмин В.А., научный руководитель – ас. Руденко О.В.*

**Цель исследования.** Обосновать целесообразность проведения временного шинирования отпрепарированных зубов под ортопедические конструкции у пациентов с тяжелой формой парадонтита.

**Материалы и методы.** Были созданы две группы пациентов по 10 человек с тяжелой формой парадонтита, которым планировалось протезирование несъемными конструкциями. Всем пациентам была проведено препарирование зубов и на время протезирования пациентам 1 группы провели шинирование группы отпрепарированных зубов (стекловолокно «Glasspan»), а 2 группе - шинирование не проводилось.

**Результаты исследования.** На конечных этапах протезирования было проведено оценивание состояния групп обследуемых зубов, при котором было выявлено, что у пациентов 1 группы положение зубов по сравнению с первоначальной картиной не изменилось, у пациентов 2 группы наблюдались изменения положения зубов в челюсти (наклон в сторону дефекта, эффект Попова-Годона и т.д.).

**Выводы.** Анализ проведенных исследований показал, что при протезировании пациентов с тяжелой формой парадонтита, целесообразно проводить временную стабилизацию препарированных зубов для избежания нежелательного изменения положения зубов в челюсти, что в дальнейшем может привести к затруднениям во время сдачи конструкции.



*Рудь Ю.В., Макеєв Г.Г.*

### **ЭЛАСТИЧНЫЕ ПРОКЛАДКИ В БАЗИСАХ СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра ортопедической стоматологии, зав.кафедрой – проф. Клёмин В.А., научный руководитель – доц. Макеєв Г.А.*

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ фиксации полных съёмных протезов по обычной технологии и с эластичной прокладкой.

**Материал и методы.** В клинику обратилась группа пациентов (12 человек) с нарушением фиксации полных съёмных протезов. При обследовании определена травма слизистой протезного ложа вследствие давления базиса на истончённую слизистую оболочку. Всем пациентам проведено уточнение границ протезов, снятие функционально-присасывающегося оттиска корригирующей силиконовой массой, отливка моделей. После этого проведена замена оттискной массы на эластичную прокладку из пластмассы ПМ-С в кювете с коррекцией границ базиса.

**Результаты.** Все 12 пациентов отмечают улучшение фиксации протезов, уменьшение болевых ощущений при жевании.

**Выводы.** Применение эластичных пластмасс улучшает фиксацию и стабилизацию протезов на обеих челюстях, сводит к минимуму побочное действие протеза, более равномерно распределяет жевательное давление на ткани протезного ложа.

*Іванова Г.В.*

### **УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЗУБНИХ ІМПЛАНТІВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра ортопедической стоматологии, зав. кафедрой і науковий керівник: проф. Кльомін В. А.*

**Мета дослідження:** розробити методику індексної оцінки ендосального розташування зубних циліндрових імплантатів трансгінгівоендосального типу з різьбленням.

**Матеріали та методи :** Використовується запропонована і розроблена (Кльомінім В.А., Кубаренко В.В., Івановою Г.В. 2012) індексна оцінка для зубної імплантації трансгінгівоендосального типу з різьбленням – індекс остеозанурення зубного імплантату – циліндричного (ІОЗІ-Ц). Для такої характеристики слід (доцільно) розглядати об'єм цієї частини. Виходячи з об'єму показників в системі імплантат-кістка проводиться визначення індексу. Основним показником оцінки ендосальної імплантації – скільки його є в кістці. При зіставленні цієї величини, з показником як треба або як було раніше, можна розглядати ефективність проведеного лікування. Конструкція в трансгінгівоендосального імплантату з різьбленням дозволяє визначати об'єм - всього або частини даної конструкції. Дана методика ґрунтується на математичному аналізі зануреної в кістку частини імплантату до всього об'єму імплантату, тобто індекс обчислюваних із співвідношення об'єму занурення його в кістку (що маємо) до об'єму внутрішньо-кісткової частини імплантату (що бажано). Таким чином, визначаються в даному випадку, лише висоти циліндричного імплантату і його остеозануреної частини. На рентгенологічному знімку показані ці основні параметри. Рентгенологічна оцінка зубного імплантату дозволяє провести індексне визначення, незалежно від проекційного дослідження, оскільки показник, відносний, визначає лише співвідношення даної ділянки. Дослідження проводиться, як для контрольної клінічної ситуації (аналіз одного рентгенологічного дослідження) або оцінюється стоматологічний статус в динаміці (аналіз декількох рентгенологічних знімків).

**Результати.** Частково вирішена проблема індексної оцінки імплантації, як діагностичний і прогностичний критерій якості надання медичної допомоги, який дозволяє контролювати ефективно зубну імплантацію. P.S. Даний спосіб прийнятий і для індексної оцінки конусних конструкцій імплантатів, але для правильнішої оцінки необхідно проводити визначення на інших критеріях його обчислення.

**Висновки.** Індексна оцінка різних аспектів зубо-щелепного статусу має широке вживання в науково-практичній стоматології. Зубна імплантація не має індексних показників. Цей пропуск ми вирішили ліквідувати. Розроблений індекс остеозанурення трансгінгівоендосального зубного імплантату-циліндричного (ІОЗІ-Ц) дозволяє оцінити результати імплантації навіть в динаміці.

*Обуховський В. Г.*

### **КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ГЕОМЕТРІЇ КУЛЬТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІД СУЦІЛЬНОКЕРАМІЧНУ КОРОНКУ**

*Ужгородський Національний Університет, стоматологічний факультет, кафедра ортопедичної стоматології, завідувач кафедри - проф. Костенко Є. Я., науковий керівник - ас. Бокоч А. В.*

**Мета дослідження:** вивчити характер та тип препарування центрального різця верхньої щелепи під суцільнокерамічну коронку взаємності від геометрії кульги зуба за допомогою математичних розрахунків і визначення об'єму відпрепарованих твердих тканин під суцільнокерамічну коронку при умові формування оптимальної б° конусності

**Матеріали та методи дослідження:** Таблиці, моделі, воскові репродукції, видалені зуби, математичні і статистичні данні отримані при дослідженнях проведених на кафедрі ортопедичної стоматології Ужгород-

ського Національного Університету

**Результати:** Зроблені дослідження показали, що конусність досліджуваної культі становила 26°, що відіповідно призводило до частого розцементування керамічної конструкції. Конусність в 6° між зустрічними поверхнями рахується оптимальною, при цьому непорушується утримувальна здатність культі що сприяє оптимальну ретенцію до суцільнокерамічної конструкції

**Висновок:** В клінічній практиці при протезуванні фронтальних груп зубів керамічними конструкціями в деяких ситуаціях спостерігається часте їх розцементування у зв'язку із збільшенням конвергенції бічних стінок. В результаті клініко-лабораторного та математичного дослідження встановлено що ступінь конвергенції бічних стінок повинна бути в межах 3° - 12° при висоті коронкової частини 4-10 мм

*Slyvka M.*

## **ANALYSIS THE CAPABILITY OF THE PROSTHETIC TREATMENT OF THE MULTIROOTED TEETH WITH BI- OR TRIFURCATION DESTRUCTION**

*Uzhhorod national university, Faculty of Dentistry, Department of prosthetic dentistry, Head of the department of prosthetic dentistry, Prof. Yevhen Kostenko, PhD*

**Introduction.** Late treatment of teeth with destroyed crown leads to a number of morphological changes in the structure of dentition, leading to disruption of dentition function. There are several methods to correct defects of teeth when occlusal surface fracture index does not exceed 80%. Using the teeth roots -this is the last chance to microprosthetics, the possibility of anatomic rehabilitation, returning the natural shape of interdental spaces among patients with significant caries destruction or provided hemisection or coronaro-radicular separation (molar premolarization). This prevents the formation of defects and deformities of dentition, atrophy of the alveolar bone, as well as maintaining the ability to transfer chewing pressure naturally, involving periodontium.

**The aim** of the study was to improve prosthetic treatment using cast metal post and core (CPC) in the tooth with total coronal destruction and destroyed bi-or trifurcation

**Materials and methods:** It has been studied several clinical cases using methods of prosthetic rehabilitation of the patients with premolarized molars. For a more rational rebuild the coronal part of the permanent teeth unparallel root canal is used cast metal post and core, consisting of two or three parts, which are interconnected by type "castle", such as "dovetail". The structural feature of the manufacture post and core in the teeth with the total destruction of the coronal part - is providing the "rinsing zone" (similar to the dental bridges) in coronal part of CPC that provide physiological conditions that compensate bifurcation destruction.

**Results and discussion.** Patients who attended the University Dental Clinic with complaints of destructed teeth were examined, dental status has been evaluated, applied Rg methods and a plan of treatment has been prepared that also includes prosthetic restorations of teeth with the total coronal destruction. First of all endodontic retreatment was provided, eliminated peri apical inflammation and by tight sealing canals throughout their length. As a follow-up visit was root canals preparation and impressions made by C-silicone impressions material. The first laboratory stage includes models casting, wax modeling of the one post of the core and its Co-Cr metal cast. After that, the first part of the core with casting wax modeling conducted two other parts of the core followed by casting. The final formation of the metal CPC must include "rinsing zone". The second clinical stage involves fixing components of the cast metal post and core in the "lock" on the glass ionomer cement. After this was provided an imprint by silicone impression mass and sent to dental lab for manufacturing metal-ceramic crown. The second phase involves laboratory wax modeling, casting, and ceramic application on the metal cap. The final clinical stage is the crown fixing on prepared cast and core construction.

**Conclusions.** In conclusion, due to analysing of clinical situations it can be stated that there are often considerable difficulties in prosthetic treatment with total and subtotal destruction of the teeth crowns (bi-trifurcation destruction). Typically, these teeth are simply removed and last rehabilitation opportunity may disappear for the patient, except implantation methods. Restoration of teeth can be successfully carried out by using cast metal post and core relying on fragmented roots. The design includes rinsing part to compensate the absence of bi- or trifurcation. The doctor obligation is properly informing the patient about the existing risks and service terms of the construction. Thus restored the integrity of the dentition, performed physiological pressure and saving bone that will enable future conduct adequate prosthetic treatment.

*Белей О.Л.*

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ МЕТОД ІДЕНТИФІКАЦІЇ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАНТІВ ЗА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ**

*Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, Кафедра ортопедичної стоматології, завідувачий кафедри і науковий керівник – к.мед.н., проф. Костенко Є.Я.*

**Метою нашої роботи** є створення універсального алгоритму по ідентифікації внутрішньокісткових дентальних імплантантів, за рентгенологічними ознаками за методом "контрастного контурування стоматологічних втручань".

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі Університетської стоматологічної поліклініки УжНУ на протязі двох років і триває надалі. Експериментальну групу становили 198 пацієнтів віком від 32

до 63 років яким було проведено імплантологічне лікування, з них 102 (51.5%) пацієнти жінки і 96 (48.5%) чоловіків. Нами було отримано 594 цифрових рентгенологічних знімки (ортопантомограм), по три кожного пацієнта (один на етапі планування лікування, другий зразу після встановлення імплантанта та третій після остеоінтеграції та встановлення незнімної ортопедичної конструкції) було ідентифіковано 346 внутрішньокісткових дентальних імплантатів. Запропонований нами алгоритм полягає в наступному – використовуючи, класифікацію внутрішньокісткових дентальних імплантантів згідно їх структурних особливостей при рентгенологічному дослідженні (Костенко Є.Я., Белей О.Л. 2012), та рентгенологічних даних, ми поетапно визначаємо структурні елементи імплантанта котрі притаманні тільки для обмеженої кількості систем.

**Результати.** Дотримуючись етапності ідентифікації, за допомогою цифрових ортопантомограм та програми “ тотожності ятрогенних втручань ”, було визначено: 162 одиниці імплантантів, що ймовірно належать до A.V. Dental Devices, Blu Sky Bio, ADIN Dental Implants System та Alpha Bio Tec. імплантологічних систем. 95 одиниць імплантантів ймовірно належать до k3pro konus dental implants, Southern implant та IDI System імплантологічних систем. 89 одиниць імплантантів ймовірно належать до Astra Tech AB, ARDS implants, Champions Implants GmbH та Ossetem Implant Co, Ltd. (Hiossen) імплантологічних систем. Отримані дані ми порівняли із записами операційного журналу в період з 5.10. 2010 р. по 12.10 2012 р. Згідно записів, за цей період було встановлено : 163 одиниць системою Alpha Bio Tec., 95 одиниць системою k3pro konus dental implants, та 88 одиниць системою ARDS implants.

**Висновки.** Відповідно до отриманих даних, запропонована методика показала високий ступінь ефективності. При належній розробці та впровадженні її в систему судово-медичної експертизи, методика значно полегшить процес ідентифікації постраждалих осіб.

*Гончарук-Хомин М.Ю.*

## **ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ ВІКУ ДОРОСЛИХ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ ТА ШЛЯХИ ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ**

*Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, кафедра ортопедичної стоматології, завідувачий кафедри та науковий керівник: проф. Костенко Є.Я.*

Актуальність теми: Показники віку у програмі дентального статусу являють собою найменш варіабельний та найбільш можливо точний у визначенні критерій, оскільки процеси старіння організму найбільш незалежно відбиваються на змінах пульпи та твердих тканин зубів, на противагу усім іншим анатомо-функціональним системам організму, вразливішим до впливу патологій, процесів дегенерації, особливостей конституції та фізіологічних дефектів. Органи судочинства використовують результати визначення віку за стоматологічним статусом в процесах порівняльної та реконструктивної ідентифікації *antemortem* (прижиттєво) та *postmortem* (після смерті) (згідно рекомендацій Interpol/ICPO (International Criminal Police Organization) та FBI (Federal Bureau of Investigation)); в умовах етнічно неоднорідного суспільства, де показники віку впливають на потребу та можливість виплат коштів державного бюджету соціально-незабезпеченим особам, нелегальним емігрантам та дітям, згідно досліджень проф. Костенка Є.Я., 2012р.; впливають вони і на залежність рівня кримінальної відповідальності осіб із врахуванням вікового цензу. Практичне визначення віку дорослих осіб можливе з використанням морфологічних методик за Gustafson G. (“Age determination on teeth”, 1950p.), Bang G., Ramm E. (“Determination of age in humans from root dentine transparency”, 1970p.) Johanson G. (“Age determination from teeth”, 1971p.), Maples WR. (“An improved technique using dental histology for estimation of adult age”, 1978p.), та морфологічно-рентгенографічних методик за Solheim T. (“A new method for dental age estimation in adults”, 1993p.), Kvaal S.I. et al (“Age estimation of adults from dental radiographs”, 1995p.).

**Мета роботи:** Порівняння можливих у практичному використанні методик визначення віку за дентальним статусом, визначення найбільш раціональної та точної з них, розробка шляхів її удосконалення за наявності патологічної стертості.

**Матеріали і методи роботи:** В результаті дослідження морфологічних та рентгенографічних методик визначення дентального віку особи проведена порівняльна характеристика отриманих результатів віку пацієнтів університетської стоматологічної поліклініки УжНУ, та обраний найбільш раціональний та точний метод за Kvaal et al. з можливістю використання цифрових ортопантомограм. За допомогою програмного забезпечення Photodontics, Adobe Photoshop CS3 проведений аналіз 104 цифрових ортопантомограм пацієнтів з наступним математичним обрахуванням потрібних показників за допомогою MS Excel 2003, Statistics Pro. В 88% похибка знаходилась в межах норми і коливалась в інтервалі 11-21%. Здійснено практичний пошук математичних коефіцієнтів відмінних від стандартних формул за Kvaal et al. з урахуванням морфологічних змін твердих тканин та пульпи при патологічній стертості, описаних у роботах проф. Біди В.І. 2002р., Каламкаррова Х.А. 2004 р.

**Результати:** Ретроспективно обраховані нові стандартизовані коефіцієнти для методики за Kvaal et al. при патологічній стертості, використання яких покращує ефективність методики майже вдвічі.

**Висновки:** Використання вищеописаних методик зберігає свою актуальність у програмі дентального статусу, оскільки вони дають можливість визначення віку особи навіть при невеликій кількості інтактних зубів, а при подальшому вдосконаленні можливе широке їх використання не тільки при фізіологічно здоровому зубо-щелеповому апараті, а й за наявності патологій.

## СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

*Василенко Н.В.*

### **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ «БУТЫЛОЧНОГО» КАРИЕСА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В., научный руководитель – доц. Ермакова И.Д.*

**Цель исследования.** Изучить факторы риска и клинические особенности «бутылочного» кариеса зубов у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Проведено стоматологическое обследование 48 детей в возрасте от 1 года 5 месяцев до 3 лет, родители которых предъявляли жалобы на разрушение зубов и боль в них. Проводили анализ факторов риска и особенностей клиники кариозных поражений.

**Результаты исследования.** Все обследованные дети получали ночью различные жидкости. На смешанном вскармливании находились 13 (27,1%). Кормление грудью было пролонгированным, беспорядочным, ночным. Остальные 35 (72,9%) детей получали ночью: фруктовые соки – 13 (27,1%), молочные продукты – 9 (18,7%), сладкий компот – 8 (16,7%), чай – 5 (10,4%). Мамы давали детям ночью различные жидкости как успокаивающее средство, в том числе при засыпании ребенка и при пробуждении его ночью. При стоматологическом обследовании у всех детей был диагностирован множественный кариес. Индекс интенсивности кариеса зубов колебался от 4 до 16. Временные зубы поражались в следующей последовательности: верхние резцы; верхние, а затем нижние первые моляры, вторые моляры, клыки, нижние резцы. Осложненные формы кариеса выявляли чаще всего в верхних резцах и первых молярах.

**Выводы.** Употребление ребенком ночью жидкостей, содержащих углеводы, приводит к развитию агрессивного, быстро прогрессирующего раннего кариеса. Родителям рекомендовано по потребности ночью предлагать детям только воду.

*Дегтярнова Г.І., Якубенко В.М.*

### **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАДЛИШКОВОГО ЗУБА У ДИТИНИ 7 РОКІВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой и научный керівник – проф. Чижевський І.В.*

**Мета дослідження.** Дослідити клінічний випадок гіпердонтії у дитини 7 років.

**Матеріал та методи.** На кафедрі стоматології дитячого віку до ортодонта за консультацією звернулись батьки хлопчика 7 років зі скаргами на наявність «зайвого» зуба між двома центральними на верхній щелепі. Об'єктивно: обличчя симетричне, нижня третина зменшена, підборідна борозна поглиблена, губи змикаються з напруженням, тип профілю – опуклий. В порожнині рота: зубна формула не відповідає віку, рання втрата 75, 84, між 11 і 21 неправильної форми надлишковий ротований зуб, діастема верхньої щелепі 7 мм. У фронтальній ділянці за сагітально – верхні різці попереду нижніх, між ними щілина 5 мм, у вертикальній площині – перекриття на всю висоту коронки, у трансверзальній – міжрізцеві лінії не співпадають. У боковій ділянці: у сагітальній площині II клас за Енглеєм; у вертикальній – контактують 53 з 83, 55 з 46, 63 з 73, 26 з 36. На внутрішньоротовій контактній рентгенограмі: наявність надлишкового зубу між коронками 11 і 21. Встановлено діагноз: дистальний прикус, ускладнений глибоким, рання втрата 75 і 84, мезоденс між 11 і 21, інфантильний тип ковтання.

**Результати.** Складено план лікування даного пацієнта: 1) видалення мезоденс між 11 і 21; 2) міогімнастика для язика з метою усунення інфантильного типу ковтання; 3) ортодонтичне лікування знімною апаратурою через 6 тижнів після видалення надлишкового зуба і самостійного дрейфу 11 і 21.

**Висновки.** У даному клінічному випадку надлишковий зуб є причиною розвинення зубощелепної деформації, тому показано його видалення з наступним лікуванням у ортодонта. Швидке прогресування ортодонтичної патології у даному клінічному випадку пов'язано з несвоєчасним зверненням батьків до лікаря.

*Дегтяренко Е. В.*

### **ФАКТОРЫ, УТЯЖЕЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой и научный руководитель - проф. Чижевский И.В.*

**Цель исследования:** повышение эффективности клинической диагностики и выявление факторов, приводящих к утяжелению течения острого герпетического стоматита (ОГС) у детей.

**Материал и методы:** нами проведен анализ стоматологических карт 634 детей, обратившихся в ДГСП г. Донецка в 2011 г., которым был установлен диагноз ОГС. Степень тяжести заболевания врачи поликлиники оценивали по выраженности местных и общих симптомов.

**Результаты:** тяжелое течение ОГС было диагностировано у 158 (24,92%) пациентов, из них у детей до 1 года в 16 (40,0%) случаях, у детей от 1 до 3-х лет в 116 (25,95%), от 3-х до 7-ми лет – у 20 (26,31%) детей, и от 7 до 18 – у 6 (19,35%) школьников. Среди местных факторов, утяжеляющих течение ОГС, выделялись

травматические повреждения, наносимые ребенком вследствие вредных привычек (прикусывание губ, щек) и ортодонтическая патология (глубокий травмирующий прикус). Наличие не леченных кариозных зубов во рту сопровождалось обильными отложениями налета и изъязвлением десны в этих участках. Среди общих факторов выделялись заболевания дыхательных путей (ОРВИ, бронхиты, пневмонии), патология ЛОР-органов (отиты, тонзиллиты, синуситы), аллергические заболевания (атопический дерматит), вирусные заболевания (инфекционный мононуклеоз), патология ЖКТ (диспепсии), глистные инвазии (аскаридоз).

**Выводы:** Течение ОГС утяжеляют как местные так и общие факторы, провоцирующие иммунодефицитные состояния.

*Журавлёва Л. В., Плыс А.А.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ SPLAT «JUNIOR» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 3-8 ЛЕТ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И. В., научный руководитель – доц. Зенько Н. А.*

**Цель исследования.** Выявить противокариозную эффективность зубных паст Splat «Junior» у детей 3 – 8 лет.

**Материалы и методы.** Объект исследования – 40 детей в возрасте от 3 до 8 лет. Было выявлено удовлетворительное состояние полости рта, средний уровень интенсивности кариеса (КПУ+кп). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (19 человек) – пациенты, которые использовали только зубные пасты Splat «Junior»; 2 группа (21 человек) – пациенты, которые использовали другие зубные пасты. У всех детей до начала исследований был определен гигиенический индекс по Федорову-Володкиной. Через 3 месяца гигиенический индекс определялся повторно.

**Результаты.** В обеих группах до проведения исследования средний показатель гигиенического индекса составил 3 балла, что соответствует плохому гигиеническому состоянию. По истечении 3 месяцев в 1 группе гигиенический индекс оказался равным 1,5 баллам, что соответствует хорошему гигиеническому состоянию. Во 2 группе уровень гигиены составил 2,5 балла, то есть хотя он и повысился, но остался на уровне плохого.

**Выводы.** Проведенное исследование показало высокий профилактический эффект зубных паст Splat «Junior» в профилактике возникновения кариеса. Зубные пасты Splat «Junior» не только механически удаляют зубной налет, но также замедляют процессы бляшкообразования, препятствуют фиксации на поверхности зубов бактерий и тем самым останавливают их рост. Детям в возрасте 3 – 8 лет целесообразно применять зубные пасты Splat «Junior» для профилактики возникновения кариеса.

*Измайлова Д.В.*

### **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ ПРИ ПОМОЩИ ОПТГ И КЛКТ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Чижевский И.В.*

**Цель исследования** – определить степень резорбции корней резцов, расположенных рядом с ретенционными клыками, по данным ОПТГ и КЛКТ и сравнить полученные данные для выявления наиболее информативного метода диагностики и уточнения тактики лечения пациентов с ретенцией клыков.

**Материалы и методы.** Было изучено 11 панорамных снимков и 11 конусно-лучевых компьютерных томограмм соматически здоровых пациентов в возрасте 19-35 лет с одно- и двусторонней ретенцией клыков верхней челюсти. ОПТГ исследовались на предмет наличия визуализируемой резорбции корней резцов, при ее выявлении – измерялись участки резорбции относительно длины корня исследуемого зуба. На КЛКТ изучалось место расположения очагов резорбции, точное расстояние между корнями резцов и коронками либо корнями ретенционных клыков, измерялся размер очагов резорбции корня в мм, вовлечение в процесс корневой пульпы.

**Результаты исследования.** Из 11 ОПТГ резорбцию корней резцов удалось определить на 4, тогда как на КЛКТ – на 10 у тех же пациентов. Участки резорбции размерами до 2х2 мм располагались, как правило, на поверхности корней резцов, прилежащей непосредственно к ретенционному клыку. Из-за суммации изображений сохранившихся тканей зуба и альвеолярной кости выявить такой тип резорбции корня на ОПТГ не представляется возможным. На КЛКТ выявлены очаги резорбции размерами от 0,3х0,5 мм.

**Выводы.** ОПТГ является недостаточно информативным методом рентггендиагностики по сравнению с КЛКТ. Выявленные осложнения в виде резорбции корней резцов, прилежащих к клыкам, требуют коррекции плана лечения и влияют на долгосрочный прогноз результатов лечения.

*Каптанова Я. И., Арутюнова М. Б.*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕСАССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКСУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И. В., научный руководитель - асс. Дегтяренко Е.В.*

**Цель исследования:** анализ особенностей клинического течения и лечения случая герпесассоциированной

многоформной экссудативной эритемы (ГАМЭЭ).

**Материал и методы:** нами проведено обследование и лечение ребенка с ГАМЭЭ, обратившегося на кафедру стоматологии детского возраста.

**Результаты:** у ребенка 11 лет жалобы на болезненные язвы во рту. При объективном обследовании пациента: состояние средней степени тяжести, температура 38,5°С, ребенок вялый, кожа бледная. На коже разгибательных поверхностей конечностей и лица были выявлены синевато-красные папулы диаметром до 2 см, часть папул в центре имела западения, у некоторых из папул в центре формировались пузырьки с плотной крышкой. На красной кайме губ у ребенка обширные эрозированные поверхности и массивные гемморагические корки. Открывание рта болезненное. На слизистой щек, губ, языка обширные сливающиеся эрозированные поверхности диаметром от 1 см и более. Симптом Никольского отрицательный. Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад у пациента поднялась температура до 37,5°С, появились сгруппированные пузырьковые высыпания на красной кайме и слизистой оболочке нижней губы. Губа отечна и гиперемирована. Состояние ребенка резко ухудшилось 3 дня назад. Температура тела повысилась до 39°С. На коже появилась сыпь. В полости рта появились обширные эрозии, присоединился зловонный запах изо рта, губы покрылись кровянистыми корками. Подобная клиническая картина наблюдалась у пациента 4 месяца назад. Тогда ребенок находился на лечении в ДГСП г.Донецка. Ранее у пациента неоднократно отмечались рецидивы герпетического стоматита с высыпания на красной кайме и слизистой оболочке губ. Нами был поставлен предварительный диагноз: ГАМЭЭ. Для подтверждения диагноза были проведены следующие исследования: полимеразная цепная реакция ротовой жидкости к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов, которая оказалась положительной. Проведенные серологические тесты подтвердили наличие в крови противогерпетических Ig M и Ig G. В результате анализа клинических и лабораторных данных был поставлен окончательный диагноз ГАМЭЭ. Пациенту по согласованию с врачом-инфекционистом было назначено общее лечение многоформной экссудативной эритемы по традиционной схеме, которая была дополнена ацикловиром (1 месяц) и иммунофлазидом (6 месяцев). Ребенок был проконсультирован аллергологом. Местное лечение проводилось в соответствии с протоколом оказания стоматологической помощи. В качестве обезболивающего и противовоспалительного средства местно был использован «Холисал-гель». Гигиенический уход осуществлялся пенкой СПЛАТ для детей. После 14 дневного курса лечения высыпания эпителизировались. Пациент весь курс находился под наблюдением. В течение 8 месяцев рецидива заболевания не наблюдалось.

**Выводы:** герпесассоциированная многоформная экссудативная эритема сложна в диагностике и правильном выборе тактики лечения. Пациенту с ГАМЭЭ была оказана эффективная помощь с ремиссией заболевания в течение 8 месяцев. В настоящее время ребенок находится под наблюдением специалистов.

*Кухаренко Н.Н.*

### **ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЕМЫХ В Г. КРАСНЫЙ ЛИМАН**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В., научный руководитель – асс. Кириенко М.Д.*

**Цель исследования:** данной работы является изучение эпидемиологических показателей поражения кариесом детского населения г. Красный Лиман и определение некоторых патогенетических факторов риска кариеса в сельской местности.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 92 ребенка трех возрастных групп: 7, 12 и 15 лет. Оценивали интенсивность поражения зубов кариесом по индексам КПУ<sub>3</sub>, кп<sub>3</sub>. Суточное употребление фторидов оценивали по содержанию ионов фтора в суточной моче.

**Результаты.** Во время осмотра детей выяснили, что распространенность кариеса составила - 96,77% для детей 7 лет; 87,12% для детей 12 лет; 88% для детей 15 лет. Интенсивность кариеса составила - 7,3 для детей 7 лет; 3,29 для детей 12 лет; 4,84 для детей 15 лет. Суточное употребление фторидов составило 336±0,1 мг/сутки. Полученные результаты сравнили с детьми таких же возрастных групп проживающих в г. Донецк. У которых распространенность кариеса составила 81,9% у детей 7 лет, 56,1% у детей 12 лет, 68,5% у детей 15 лет. Интенсивность кариеса - 3,7 у детей 7 лет; 2,2 у детей 12 лет; 2,6 у детей 15 лет. Суточное употребление фторидов составило 1,2±0,4 мг/сутки.

**Выводы.** Проведенные нами исследования установили, что у детей, проживающих в г. Красный Лиман заболеваемость кариесом зубов очень высокая. Во всех трех возрастных группах распространенность и интенсивность превышает высокую по принятой в ВОЗ градации. Одним из патогенетических факторов, влияющих на это, является не большое содержание фторидов в суточном рационе детей.

*Мороз В.В., Красильникова М.А.*

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СИМБИТЕР» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В., научный руководитель – асс. Яковлева Н.Н.*

**Цель исследования:** оценить эффективность применения препарата «Симбитер» для профилактики

кариеса у часто болючих дітей.

**Матеріали і методи:** нами проведена оцінка динаміки гігієнічного індекса по Федорову-Володкінової, теста емалевої резистентності (ТЭР), прироста кариеса зубів за півроку у 32 дітей від 3 до 14 років, отримавших препарат «Симбітер» по стандартній схемі. Курс лікування складав дві тижні. Лікар-педіатр призначав препарат часто болючим дітям для зниження небезпек рецидивів і хронізації захворювань в профілактичній дозі (1-2 пакетики в день). Препарат «Симбітер» - це біомаса живих клітин симбіозу 14 штамів пробіотических бактерій, які синтезують вітаміни, необхідні для засвоєння іонів Са, ферменти, а також активізують імунну систему, проявляють виражене антагоністичне вплив на широкий спектр шкідливих мікроорганізмів.

**Результати:** гігієнічний індекс до початку дослідження склав  $3,7 \pm 0,48$ . Після застосування препарату «Симбітер» гігієнічний індекс покращився до  $2,3 \pm 0,50$ , що говорить про задовільний гігієнічний стан. ТЭР спочатку склав  $7,2 \pm 0,31$ , а після дослідження змінився до  $4,5 \pm 0,38$ . Приріст кариеса у обстежених склав 0,5. Всі пацієнти відзначали покращення загального стану.

**Висновки:** враховуючи покращення гігієнічного індекса у дітей (с 3,7 до 2,3), зниження ТЭР (до 4,5 с 7,2), низький приріст кариеса (0,5), покращення загального стану пацієнтів, зменшення кількості ОРЗ за досліджувані період, вважаємо можливим широке застосування препарату «Симбітер» для профілактики кариеса у дітей.

*Плис А.А., Журавлева Л.В.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОССИЙСКОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА «КЕМФИЛ» ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В., Научный руководитель – асс. Плис Т.Д.*

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения стеклополиакрилатного цемента (СИЦ) «КемФил» для пломбирования молочных зубов у детей.

**Материалы и методы.** Нами проведено лечение среднего кариеса молочных моляров у 30 детей в возрасте 4-8 лет.

**Результаты.** У 30 детей, обратившихся за стоматологической помощью, был поставлен диагноз острый средний кариес. Для пломбирования полостей, расположенных на жевательных поверхностях был использован Российский СИЦ «КемФил». Кариозную полость подготавливали по общепринятой методике: препарирование, обработка раствором перекиси водорода, после чего стенки полости должны быть чистыми. На стенки полости кисточкой наносили кондиционер, через 15-20 сек. полость промывали большим количеством воды и высушивали струей воздуха, СИЦ замешивали порциями в течение 30 сек. Далее материал вносили в полость и моделировали. Время затвердевания материала не более 4 мин. По окончании периода затвердевания пломбы покрывали лаком. Достоинством материала «КемФил» является возможность его применения без прокладки, а также быстрое время затвердевания, что является актуальным в детской стоматологии. Контрольное обследование детей было проведено через 6 месяцев после пломбирования: только у 3 пациентов из 30 были обнаружены осложнения такие как, сколы края пломбы или зуба.

**Выводы:** Таким образом, российский СИЦ «КемФил» может быть рекомендован для пломбирования кариозных полостей в молочных зубах.

*Прис Е.Ю., Пожидаева М.К., Демченко Е.В.*

### **СТРУКТУРА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ДОНЕЦКА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В., научный руководитель – асс. Якубенко В.М.*

**Цель исследования.** Определить заболеваемость и структуру ортодонтической патологии у школьников города Донецка.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 100 учащихся трёх возрастных групп: 6-8 лет (37 детей), 12-13 лет (36 детей), 15 лет (27 детей).

**Результаты.** Выявлено, что процентное соотношение детей, не имеющих ортодонтической патологии к общему числу осмотренных в своей возрастной группе, составило соответственно - 20 учащихся (54,1%), 9 (25%), 8 (29,6%), что от общего числа осмотренных составляет - 20%, 9%, 8%. Количество детей с ортодонтической патологией в каждой возрастной группе соответственно составило - 17 (45,9%), 27 (75%), 19 (70,2%). Из них имеющих аномалию(ии) прикуса выявлено соответственно 11 (55% от общего числа детей с ортодонтической патологией по группе), 17 (62,9%), 11 (57,9%); аномалию зубных рядов 12 (70,6%), 19 (70,3%), 9 (47,4%); аномалию отдельно стоящих зубов 7 (41,2%), 19 (70,3%), 9 (47,4%); сочетанные аномалии 11 (64,7%), 16 (59,2%), 9 (47,4%). При этом зубочелюстные аномалии в сочетании с аномалиями мягких тканей от общего числа детей с ортодонтической патологией имели 15 школьников, а с функциональными нарушениями - 7 человек.

**Выводы.** Выявлена высокая распространенность зубочелюстных деформаций в каждой возрастной

группе, с преобладанием у детей 12-13 лет по всем видам патологии. Количество детей с аномалиями зубных рядов преобладало над другими в каждой группе.

*Стуликова В. С., Ковалев Д. Н., Камалов К. И.*

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ВРЕМЕННОГО ЗУБА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра стоматологии детского возраста, заведующий кафедрой и научный руководитель профессор Чижевский И. В.*

**Цель исследования:** описать клинический случай травматического повреждения временных резцов у ребенка 1 года и 10 месяцев.

**Материал и методы:** в клинику обратились родители ребенка 1 года и 10 месяцев с жалобами на отлом части коронки 51 зуба после падения ребенка. Во время объективного обследования было обнаружено отсутствие S части коронки 51 зуба с оголением коронковой части пульпы. Помимо этого была обнаружена подвижность 1 степени 61 зуба. После проведенной рентгенографии был поставлен диагноз перелом коронки 51 зуба с обнажением пульпы, ушиб 61 зуба. Было принято решение о проведении ампутации пульпы в 51 зубе, диспансерном наблюдении за 61 зубом. 51 зуб пролечили методом витальной ампутации с использованием материала «Триоксидент» (ВладМиВа) для прямого покрытия пульпы. На «Триоксидент» наложена изолирующая прокладка из цемента Riva (SDI), коронка зуба восстанавливалась композитным материалом Latelux (Latus). Ребенок осматривался повторно через 1, 3, 6, 12 месяцев.

**Результаты:** При проведении контрольных обследований успешность оценивалась по клиническим и рентгенологическим данным. Патологических изменений в тканях периодонта в отдаленный срок (12 месяцев) не выявлено.

**Выводы:** Приведенный клинический случай свидетельствует об эффективности применения «Триоксидента» для лечения травматического пульпита во временных зубах у детей.

*Франчук П. А.*

### **УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ-ДОШКОЛЬНИКОВ В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И. В., научный руководитель – доц. Ермакова И. Д.*

**Цель исследования:** изучить уровень стоматологической санитарной культуры у детей-дошкольников, посещающих организованный детский коллектив.

**Материал и методы:** Нами был проведен опрос 30 детей 3-5 лет, посещающих детский сад № 161 г. Донецка. Детям задавали вопросы, позволяющие оценить их представления о здоровом образе жизни и уровень знаний о гигиене полости рта.

**Результаты:** установили, что чаще всего детей обучает чистке зубов один из родителей: мама (70%), папа (6,7%) или бабушка — 13,3%. В 10% случаев детей научили чистить зубы воспитатели детского сада. Во время опроса 40 % детей отметили, что чистят зубы только один раз в день (утром или вечером), 50 % детей указали, что чистят зубы два раза в день и 10% дошкольников сказали, что зубы не чистят. В формировании у детей санитарной культуры важную роль должен играть стоматолог. Однако 63,3% детей отметили, что ни разу не были на приеме у специалиста, 36,7 % детей было проведено лечение зубов, но при этом лишь 10 % опрошенных понравилась эта процедура.

**Выводы:** По результатам опроса дошкольников можно судить о том, что у детей в возрасте 3-5 лет еще не сформирована привычка ухода за полостью рта и их нестойкий мотив недостаточно подкрепляется со стороны взрослых. В стоматологическом просвещении, помимо врачей-стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты по обучению.

*Юрина М. С.*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНОГО ВЕЗИКУЛЯРНОГО СТОМАТИТА С ЭКЗАНТЕМОЙ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста, зав. кафедрой – проф. Чижевский И. В., научный руководитель – доц. Ермакова И. Д.*

**Цель исследования:** выявить особенности клинического течения энтеровирусного везикулярного стоматита у детей на основании анализа клинических случаев.

**Материал и методы исследования:** проведен анализ особенностей клинического течения энтеровирусного везикулярного стоматита с экзантемой у 30 детей. При анализе учитывались следующие показатели: возраст и пол детей, наличие и степень выраженности общих симптомов, характер и локализация элементов поражения, повторное появление высыпаний, длительность заболевания.

**Результаты:** под наблюдением находилось 19 (63,3%) мальчиков и 11 (36,7%) девочек в возрасте от 2 до 5 лет. Во всех случаях болезнь начиналась остро с повышения температуры тела. У 28 (93,3%) детей температура в 1-е



сутки колебалась в межах 38,5-39°C, у 2 (6,6%) не піднімалась вище 38°C. В наступні 2-3 дні у більшості пацієнтів трималась субфебрильна температура, у 5 (16,6%) дітей со 2-х суток спостерігалась нормальна температура тіла. У 3 (10%) дітей в 1-е сутки була блювота. У 2 (6,6%) пацієнтів мали місце прояви ентероколіта: болі в животі, понос. Підщелепний лімфаденіт спостерігалась у 23 (76,6%) дітей, при цьому лімфатическі вузли були збільшені незначально. У всіх пацієнтів спостерігалась екзантема в формі численних малих везикул і папул на гіперемізованому основанні на шкірі кистей і стоп. Крім цього, у 6 (20%) дітей також були висипання на шкірі коліней і згинальній поверхні передплічч, у 3 (10%) - в області паха і ягодиць, у 1 (3,3%) дитини - на волосистій частині голови. На слизистій порожнині рота у всіх дітей визначались елементи ураження в формі малих болезненних ерозій, покритих білосоватим налетом, при цьому міндалини були уражені у 22 (73,3%) пацієнтів, слизиста губ - у 14 (46,6%), язика - у 13 (43,3%), щек - у 8 (26,6%), твердого неба - у 3 (10%) досліджуваних. Кількість елементів ураження на слизистій у більшості пацієнтів коливалась від 10 до 15. У 10 (33,3%) дітей спостерігалась повторна висипання, супроводжувана підвищенням температури тіла. Довготривалість захворювання від перших симптомів до одужання варіювала в межах 8-10 днів.

**Висновки:** для перебігу ентеровірусного везикулярного стоматита з екзантемою у дітей характерно гостре початок з підвищенням температури до фебрильних цифр, підщелепний лімфаденіт, везикулярно-папулезна екзантема шкіри стоп і кистей, екзантема в формі малих ерозій без переважної локалізації, довготривалість захворювання 8-10 днів.

*Кулик І.В.*

### **ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста ФИПО, зав. кафедрой – доц. Музычина А.А., научный руководитель – доц. Александров Е.И.*

**Целью** настоящего исследования было установить влияние регулярного употребления жевательной резинки на состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 27 пациентов в возрастной группе от 10 до 16 лет, объединенных в основную группу и группу сравнения. Стоматологическое обследование включало осмотр полости рта детей основной группы и группы сравнения с целью оценки состояния твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки. У детей определяли индексы гигиены полости рта (по Федорову-Володкиной), выявляли наличие и степень тяжести воспалительного процесса в тканях пародонта (индекс РМА).

**Результаты исследования.** Установлено, что гигиена полости рта через 6 месяцев улучшилась у детей обеих групп, однако степень улучшения была более выражена у детей первой группы. Через 6 мес. хороший уровень гигиенического состояния полости рта в первой группе встречался в 1,3 раза чаще, чем во второй группе (56,9% против 44,4%). Исследование состояния тканей пародонта у детей первой группы показало, что через 6 месяцев после регулярного употребления жевательной резинки распространенность воспаления десны в первой группе была ниже, чем во второй группе.

**Выводы.** Анализ результатов исследования позволил установить позитивное влияние регулярного употребления жевательной резинки на состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у детей.

*Мартиць Ю.М.*

### **ВИВЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ М. ТЕРНОПОЛЯ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Кафедра дитячої стоматології, завідувач кафедри – к.мед.н., доц. Гевкалюк Н.О., науковий керівник –  
д.мед.н, проф. Дрогомирецька М.С.*

**Мета дослідження:** визначення інтенсивності карієсу зубів серед дітей м. Тернополя.

**Методи дослідження.** Нами обстежено 487 школярів міста Тернополя віком 6-14 років. Дослідження здійснювалось шляхом проведення клінічного огляду ротової порожнини із визначенням інтенсивності карієсу зубів за індексом КПВ, КПВ+кп. Результати дослідження були зведені у вигляді таблиць.

**Результати дослідження.** Нами встановлено, що із загального числа обстежених найбільша інтенсивність карієсу виявлена у 7-річних дітей. Індекс КПВ+кп цих дітей становив 5,9, що за класифікацією ступенів ураженості карієсом ВООЗ (1980) є найвищим. Така висока інтенсивність карієсу зубів у дітей, яка спостерігається у I періоді змінного прикусу, коли наявна велика кількість тимчасових зубів, пов'язана, очевидно, з їх низькою резистентністю до карієсу, що пояснюється їхньою анатомічно-гістологічною будовою. З 7 до 12 років цей індекс значно зменшується до низького рівня (2,3), а від 12 до 14-річного віку знову зростає до високих значень (4,7). Висока інтенсивність карієсу зубів у віковій групі дітей 12-14 років, на нашу думку, пов'язана із низьким рівнем гігієни порожнини рота, що підтверджувалось визначенням гігієнічного індексу.

**Висновки.** Результати проведених нами досліджень показали, що інтенсивність карієсу зубів у дітей в I періоді змінного прикусу є найвищою, тому слід своєчасно проводити профілактичні та лікувальні заходи. У віковій групі 12-14 років необхідними заходами щодо профілактики карієсу зубів та його ускладнень є навчання школярів раціональній гігієні порожнини рота, своєчасне виявлення та лікування стоматологічних

захворювань, комплексне обстеження дітей із карієсом зубів, виявлення факторів ризику (стан здоров'я батьків, протікання вагітності матері, група здоров'я дитини, ін.).

*Кулик І.В.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии детского возраста ФИПО, зав. кафедрой – доц. Музычина А.А., научный руководитель – доц. Александров Е.И.*

**Целью** исследования было обоснование выбора метода профилактики кариеса жевательной поверхности молочных моляров у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 24 пациента в возрасте от 1 до 5 лет, которые были объединены в 2 группы по 12 человек, в 1 группе была проведена герметизация фиссур СИЦ, во 2 – глубокое фторирование. Степень активности кариеса у детей определяли по методике Т.Ф. Виноградовой.

**Результаты исследования.** Кариозные поражения на окклюзионной поверхности молочных моляров появлялись, как правило, только на участках полной или частичной утраты герметика. Частота развития кариеса жевательной поверхности молочных моляров после герметизации фиссур была наибольшей у детей в возрасте года, наименьшей – у 5-летних. Гигиеническое состояние моляров не оказывало существенного влияния на частоту поражения жевательной поверхности кариесом после герметизации фиссур. При анализе результатов исследования глубокого фторирования установили, что пораженность кариесом жевательной поверхности молочных моляров увеличивалась в каждой возрастной группе по мере удлинения срока наблюдения.

**Выводы.** Герметизации фиссур стеклоиономерным цементом является наиболее эффективной в профилактике кариеса у детей раннего и дошкольного возрастов.

### **ЗАГАЛЬНА СТОМАТОЛОГІЯ ФІПО**

*Алексеева В.С., Осипенкова Т.С.*

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей стоматологии ФИПО, зав. каф. – проф. Ярова С.П., научный руководитель – доц. Осипенкова Т.С.*

**Цель исследования** – изучить противогрибковую эффективность йогурта при антибактериальном лечении пародонтита.

**Материал и методы:** Были обследованы 68 пациентов в возрасте 28-53 лет, страдающих пародонтитом. При осмотре и в ходе лечения у пациентов изучали состояние слизистой оболочки полости рта с целью выявления кандидоза. Оценку пародонта проводили при помощи пародонтального индекса и пробы Шиллера – Писарева. При клиническом осмотре у всех пациентов обнаружено гноетечение из патологических карманов, что послужило основанием для назначения антибиотика линкомицина по 0,5г 3 раза в день в течение 7 дней. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (основная) для профилактики кандидоза назначали йогурт по 1 капсуле 2 раза в день в течение 14 дней. Во второй группе (контроль) с той же целью назначали нистатин по 1 таб. 3 раза в день. Параллельно с общей терапией пациентам обеих групп проводили местное лечение пародонтита. По окончании лечения проводили лабораторные исследования соскоба со слизистой оболочки на обнаружение активного гриба кандиды.

**Результаты исследования.** При первичном осмотре пациентов клинические признаки кандидозного глоссита были выявлены у 22 человек, что составило 30% случаев. Спустя неделю после проведенного местного и общего лечения, состояние пародонта у пациентов обеих групп значительно улучшилось: прекратилось гноетечение, купировались симптомы воспаления, исчезли неприятные субъективные ощущения. Проба Шиллера-Писарева у пациентов основной и контрольной групп -отрицательная. Пародонтальный индекс в основной группе составил  $1,8 \pm 0,11$  балла, в группе сравнения –  $1,9 \pm 0,10$  балла, что свидетельствовало о высокой эффективности проведенного лечения. Изменения состояния слизистой оболочки полости рта после антибиотикотерапии оказались разнонаправленными. В основной группе все пациенты (100%) не предъявляли жалоб и не испытывали неприятных ощущений в полости рта. У 30% пациентов, отмечавших в начале курса лечения сухость полости рта, жжение в языке и вязкость слюны, наблюдали полное исчезновение указанных симптомов. При лабораторном исследовании- признаков кандидоза обнаружено не было. В группе сравнения в ходе антибиотикотерапии у двух пациентов (3,3%), имевших ранее клинические симптомы грибкового заболевания языка, но при первичном осмотре не верифицированного, развился кандидозный глоссит. Диагноз был подтвержден лабораторно. Часть пациентов (13,3%), имевших в анамнезе хронические заболевания желчевыводящих путей, на третий день антибиотико- и противогрибковой терапии отмечали ухудшение общего состояния.

**Выводы:** полученные результаты исследования свидетельствуют о высокой профилактической эффектив-

ности йогурта в отношении кандидозной инфекции. Кроме того препарат оказывает положительное воздействие на макроорганизм и обладает способностью нивелировать побочное действие антибиотикотерапии.

*Бессмертная Ю.В., Плиса И.А., Турчанин С.В.*

### **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОПЕРАЦИОННОГО МИКРОСКОПА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей стоматологии ФІПО, зав.кафедрой – проф. Ярова С.П., научный руководитель – доц. Бессмертный А.А.*

**Цель исследования** – оценить эффективность эндодонтического лечения моляров верхней челюсти с использованием операционного микроскопа и без применения систем увеличения.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования было отобрано 146 историй болезней пациентов в возрасте от 35 до 50 лет, которым проводилось эндодонтическое лечение 16, 17, 26, 27 зубов по поводу лечения хронических форм пульпитов. Пациенты были разделены на две равные группы, рандомизированные по возрасту, клинической форме заболевания, использованной методике разработки и obturации корневых каналов. Пациентам 1 группы разработка и obturация корневых каналов проводилось с использованием операционного микроскопа, а пациентам 2 группы без использования каких-либо оптических систем. Эффективность лечения оценивалась непосредственно после obturации по отсутствию жалоб на постоперационные боли и в отдаленный период (2 года) по отсутствию рентгенологических изменений в периапикальных тканях.

**Результаты исследования.** У пациентов 1 группы количество случаев возникновения постпломбировочных болей составило 20%, а наличие рентгенологических изменений в периапикальных тканях в виде различных форм хронических периодонтитов – 4%. А у пациентов 2 группы постпломбировочные боли наблюдались в 45% случаев, а рентгенологические изменения в периапикальных тканях в 12%.

**Выводы.** Использование операционного микроскопа достоверно снижает вероятность возникновения непосредственных и отдаленных осложнений при эндодонтическом лечении моляров верхней челюсти

*Желдакова А.Д., Яров Ю.Ю.*

### **СУРФАКТАННЫЕ СВОЙСТВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С РАЗЛИЧНЫМ СОМАТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНИЗМА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей стоматологии ФІПО, зав.кафедрой – проф. Ярова С.П., научный руководитель – доц. Бессмертный А.А.*

**Целью** данного исследования явилась сравнительная оценка реологических показателей ротовой (РЖ) у больных генерализованным пародонтитом (ГП) при различном соматическом состоянии организма.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 пациентов, которые были разделены на 3 группы: 1-я группа (10 человек) – пациенты с клинически здоровым пародонтом, соматически здоровые; 2-я группа (14 человек) – пациенты с ГП, соматически здоровые; 3-я группа (16 человек) – пациенты с ГП на фоне сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). По возрасту и полу группы рандомизированы. Оценка пародонтологического и соматического статуса с постановкой окончательного диагноза проводилась соответствующими специалистами учебно-научно-лечебного комплекса «Университетская клиника». Забор РЖ осуществляли утром натощак в объеме до 10 мл и в течении 1-2 часов транспортировали в физико-химический центр ДонНМУ. Реологические свойства РЖ изучали при помощи компьютерного анализатора формы капли с определением динамического поверхностного натяжения (ПН), равновесного поверхностного натяжения ( $\sigma_4$ ), модуля вязкоэластичности (E), времени релаксации (T), угла наклона кривой тензиограмм ( $\lambda$ ), коэффициентов вязкости ( $a_1, b_1$ ) и коэффициентов упругости ( $a_2, b_2$ ). Полученные данные обрабатывали при помощи вариационно-статистических методов на компьютере IBM PC.

**Результаты** клинических исследований показали, что у больных ГП на фоне сердечно-сосудистой патологии (ССП) наблюдается более тяжелое течение заболевания пародонта по сравнению с таковым без соматической патологии, соответственно, II-я степень тяжести ГП встречалась на 14,3% чаще, III-я – на 4,4%. При сравнении тензиометрических показателей наиболее выраженное их отклонение выявлено у больных ГП на фоне SSP, а именно: достоверно более низким было значение показателя равновесного поверхностного натяжения ( $\sigma_4$ , мН/м) (соответственно, в 1,3 раза по сравнению с контролем,  $p < 0,05$ ) и более высоким – времени релаксации (T, с) (соответственно, в 1,53 раза по сравнению с контролем,  $p < 0,05$ ). Отмечена тенденция к более высоким значениям угла наклона кривой ( $\lambda$ , мН/м) и более низким – вязкоэластичности (E, мН/м) ( $p > 0,05$ ). При сравнении показателей межфазной реологии в РЖ наибольшие их отклонения также выявлены у больных ГП на фоне SSP. При этом отмечены достоверно более высокие значения коэффициентов упругости ( $a_1, b_1$ ; мН/м) (соответственно, в 1,08 и 1,35 раза,  $p > 0,05$ ) по сравнению с контролем и тенденция к более низким значениям коэффициентов вязкости ( $a_2, b_2$ ; мН/м) ( $p > 0,05$ ). Методом корреляционного анализа установлено наличие сильной прямой связи показателя времени релаксации (T) и коэффициентов упругости ( $a_1, b_1$ ) с соматическим состоянием больных ГП (соответственно,  $r = 0,817$  и  $r = 0,803$  при  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Выявленные закономерности свидетельствуют о патогенетической роли сурфактантных свойств ротовой жидкости, а точнее — содержания высокомолекулярных поверхностно-активных веществ, в течении генерализованного пародонтита, что перспективно в плане разработки методов их направленной коррекции.

*Коваленко Я. О., Коваленко О. Г.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ГЕЛЮ «АРГОДЕРМ» ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ АЛЬВЕОЛІТІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

*Кафедра загальної стоматології ФІПО, зав. кафедрою та наук. керівник – проф. Ярова С. П.*

**Мета дослідження.** Оцінка ефективності використання засобу, що володіє високою антисептичною, антибактеріальною, фунгіцидною, знеболюючою та ранозагоючою діями.

**Матеріали та методи.** В склад для лікування гострого альвеоліту, що включає мазеву композицію, яка складається з флавоноїду «Кверцетин», що володіє протинабряковою, спазмолітичною, антигістамінною, протизапальною діями і колоїдного діоксиду кремнію, сорбенту «Аеросил», додатково введено антибактеріальний гель «Аргодерм». Склад для лікування гострого альвеоліту використовують наступним чином: лунку промивали розчином антисептика, гострою хірургічною ложкою видаляли поверхневий некротизований шар і заповнювали альвеолу мазевою композицією у 50 пацієнтів з діагнозом гострий альвеоліт, які були розділені на 2 групи по 25 пацієнтів.

**Результати дослідження.** При огляді 25 пацієнтів з діагнозом гострий альвеоліт, у яких додатково використовувався гель «Аргодерм» відмічається більш виражений ефект — зменшення середніх термінів зникнення клінічних проявів запалення на 1 — 2 відвідування. У відмінності від контрольної групи, у яких ремісія наступала, в середньому на 2 — 3 відвідування.

**Висновки.** Використання геля «Аргодерм» в складі для лікування гострого альвеоліту дозволяє скоротити терміни і підвищити ефективність лікування гострого альвеоліту за рахунок наявності в його складі речовин, що мають високу антисептичну, антибактеріальну, фунгіцидну, знеболюючу та ранозагоючу дії.

*Комаревская Е.В., Семенова О.А.*

### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОРБЕНТА И ФИТОКОМПОЗИЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Кафедра общей стоматологии ФИПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ярова С.П.*

**Цель работы** - оценить эффективность медикаментозного лечения гипертрофического гингивита при сочетанном использовании сорбентотерапии и фитоконпозиции.

**Материал и методы.** Клиническое обследование и консервативная терапия были проведены у 64 человек в возрасте от 18 до 46 лет мужского и женского пола. На каждого обследуемого заполнялась амбулаторная карта стоматологического больного. Гигиеническое состояние и пародонтологическое здоровье оценивали с помощью индекса Федорова-Володкиной и Грин-Вермильона, индекса (Loe и Silness), индекса (РМА), пробы Шиллера-Писарева, пародонтального индекса (ПИ) и индекс нуждаемости в пародонтологическом лечении СРІТN. Консервативное лечение начиналось с проведения тщательной санации полости рта. Для сравнительной оценки лечебного эффекта использовали 2 методики: стандартную и разработанную. Под прикрытием антисептической обработки раствора фурацилина в разведении 1:5000 произведено тщательное удаление зубных отложений. Аппликационная сорбентотерапия 20% гидрогелевым раствором «Аэросил» на 20 минут на locus morbi, меняя каждые 4-6 минут ватные турунды. Смазывание слизистой оболочки десны лекарственной композицией (Патент на корисну модель № 66203), введение в десневые сосочки 0,1-0,2 мл 40% раствора глюкозы. Витаминотерапия. Достаточным оказался 3-х-сеансный курс лечения. При повторном осмотре через месяц жалоб больной не предъявлял. Обследование через 6 месяцев не требовало затратной корректировки. Осуществлена профессиональная гигиена полости рта.

**Результаты.** Применение состава авторской лекарственной фитоконпозиции сочеталось с предварительной обработкой locus morbi кремнийорганическим сорбентом и позволяло: уменьшить риск развития аллергологических реакций; ускорить процесс лечения при уменьшении количества посещений; выражено оказывать обезболивающее действие применяемого средства; получить быстрый и ощутимый эффект; пролонгировать действие применяемых препаратов, что обеспечивается одноразовым смазыванием покровного эпителия лекарственной композицией (образуется тонкая пленка, которую можно расценивать как лекарственную повязку); создать условия, при которых ускоряются репаративные процессы, на фоне снижения инфицирования покровных тканей; быстро использовать готовую лекарственную композицию, которая хорошо переносится больными, не требует специальных условий хранения, долго сохраняет свои свойства.

**Выводы.** Таким образом, проведенные клинические наблюдения и статистическая обработка полученных данных позволяют сделать несколько обобщений: применяемые лекарственные фитоконпозиции благотворно влияют на ткани пародонтального комплекса; достаточно быстро купируется боль; исчезает гиперемия и кровоточивость; значительно уменьшается отечность тканей. Достигнутый лечебный эффект держится длительное время.

Семенова О. А.

## **ВПЛИВ БАЗИСУ ПРОТЕЗА НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра загальної стоматології ФІПО, зав. кафедри – проф. Ярова С. П., науковий керівник – к. мед. н., доц. Семенова О. А.*

**Мета дослідження.** На підставі проведення морфометричних досліджень обґрунтувати вибір відбиткових матеріалів та їх вплив на тканини протезного ложа.

**Матеріал та методи.** Об'єктом наших досліджень ми обрали слизову оболонку твердого піднебіння, виходячи з тих міркувань, що це найбільш обширна ділянка ротової порожнини, що покривається знімним протезом. В експерименті нами було використано 12 безпорідних тварин, із них 3 собаки склали контрольну групу, а на 9 собаках вивчено тиск, що передавався через базис знімних протезів, виготовлених за функціональними відбитками різної компресії, на структуру слизової оболонки. Для оцінки результатів експерименту нами використовувалися морфометричні дослідження слизової оболонки ротової порожнини піддослідних тварин під впливом пластинкового протеза.

**Результати.** Під впливом тиску, який передається через базис знімного протеза, слизова оболонка постійно перебуває в стадії гострого запалення, яке з часом жувального тиску переростає в стадію проліферації, набуваючи хронічної форми з виникненням некротичних та інтенсивних атрофічних процесів. У процесі експерименту нанесення дозованого навантаження на слизову оболонку призводить до потоншення епітеліальної вистилки та наростання товщини власної пластинки від 1,2 до 2,5 раз. Зміни ядерно-цитоплазматичного коефіцієнта свідчать про зниження об'єму цитоплазми. Зростає кількість епітеліальних клітин у 1,5-2 раз, що вказує на збільшення регенерації тканини. При передачі жувального тиску через базиси, виготовлені за різними функціональними відбитками, помічено, що найменш виражені зміни в слизовій оболонці під базисом, виготовленим за альгинатним відбитком, найбільш за силіконовим.

**Висновки.** Таким чином, проведені порівняльні морфометричні дослідження в експерименті показали, що базис протеза, виготовленого за альгинатним відбитком забезпечує мінімальне пошкодження слизової оболонки ротової порожнини.

Саноян В. В.

## **ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей стоматологии ФІПО, зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ярова С. П.*

**Цель исследования** – оценить эффективность лечения генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом типа 2 на основании изучения иммунологических параметров ротовой жидкости.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 46 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) при сахарном диабете типа 2 (23 отнесены в основную подгруппу, 23 – в подгруппу сравнения). Для оценки и анализа иммунологических показателей (SIgA, IL-1 $\beta$ , IL-4) была собрана ротовая жидкость (РЖ). Пациентам проводили комплексное лечение ХГП, используя в основной подгруппе для местной терапии разработанный состав для лечения, который включает нестероидный противовоспалительный препарат мелоксикам (Мелбек), антисептик мирамистин, сорбент энтеросгель; для общей терапии – мелоксикам и энтеросгель. В подгруппе сравнения лечения проводили с использованием традиционных схем.

**Результаты исследования.** Через 1 месяц после проведенного лечения анализ иммунологических параметров выявил повышение содержания секреторного IgA, снижение уровней провоспалительного IL-1 $\beta$  и противовоспалительного IL-4 в РЖ основной и сравниваемой подгрупп при сопоставлении с данными до лечения. При этом уровень IL-1 $\beta$  в РЖ снизился в 5,9 раз в основной подгруппе, в то время как в подгруппе сравнения - в 2,6 раза.

**Выводы.** Непосредственно после проведенного комплексного лечения больных ХГП при сахарном диабете типа 2 по разработанному методу были выявлены улучшения иммунологических параметров ротовой жидкости, подтверждающие его эффективность.

Чайковская И. В., Яворская Л. В.

## **ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра общей стоматологии ФІПО, зав. кафедрой – проф. Ярова С. П., научный руководитель – д. мед. н., проф. Чайковская И. В.*

**Цель:** оценить маркеры эндогенной интоксикации на этапах комплексного лечения генерализованного пародонтита II степени тяжести, хроническое течение.

**Материал и методы:** Обследовано 80 пациентов от 20 до 65 лет (в среднем 43,5 $\pm$ 0,7 лет), с генерализованным пародонтитом II степени развития, хроническое течение, разделённые на две рандомизированные

групи: основна (40 пацієнтів-розроблене лікування) і група порівняння (40 пацієнтів - стандартні методи: «Протоколи надання стоматологічної допомоги»). Для визначення ендогенної інтоксикації (ЕІ) в ротовій рідині (РЖ) вивчали окислювально-модифікований білок (ОМБ) (методика Е.Е. Дубининої) і молекули середньої маси (МСМ) в 4 фракціях (методика А.Н. Ковалевського). Комплексне пародонтологічне лікування включало в себе базову терапію. Для місцевої антимікробної терапії ГП використовували: 0,05% розчин хлоргексидина біглюканата, з наступним проведенням аппликаційної сорбентотерапії 20% гідрогелевим розчином „Аеросил” в теченні 20 хвилин, і подальшої інстиляції в пародонтальні карманні розробленої фітокомпозиції. Одночасно знімали оттиски Упином для виготовлення денто-альвеолярних капів для наступного нанесення мультипробиотика Апибакт на ніч в теченні 21-25 днів. Для статистичної обробки використовували параметричні і непараметричні методи дослідження.

**Результати і обговорення:** Через 6 місяців після лікування в основній групі значення показателя ОМБ виявилася значимо ( $p < 0,05$ ) нижче ніж в групі порівняння. В групі порівняння МСМ 234 і МСМ 260 після лікування статистично значимо не відрізнялися від його значення до лікування ( $p > 0,05$ ). Показатели МСМ 234 і МСМ 260 в основній групі після лікування статистично виявилися значимо ( $p < 0,05$ ) нижче ніж в групі порівняння. Установлено, що в основній групі середнє значення МСМ 280 статистично значимо ( $p < 0,05$ ) нижче ніж було до лікування. В групі порівняння МСМ 280 після проведеного лікування статистично значимо вище значення до лікування ( $p < 0,05$ ). При цьому МСМ 280 в основній групі статистично значимо ( $p < 0,05$ ) нижче ніж в групі порівняння.

**Висновки:** Отримані результати підтверджують цілесобразність застосування розробленого комплексного лікування, т.к. показатели ендотоксикації як ОМБ і МСМ практично наближаються до аналогічних показателів у практично здорових людей, а після традиційного лікування, не нормалізуються ( $p < 0,05$ ), що характеризує високу ступінь активації протеолітичних процесів в порожнині рота у пацієнтів з традиційним лікуванням ГП.

*Василенко А. В., Строяковська О. Н., Грицькевич Н. Ю.*

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕСТАВРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ МИКРОГИБРИДНЫМ КОМПОЗИТОМ Z - 250 «3M ESPE» В СОЧЕТАНИИ С ПОВЕРХНОСТНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Суржанский С. К., научный руководитель – доц. Строяковская О. Н.*

**Цель исследования:** изучение влияния покровно - защитной системы Opti Guard «Kerr» на качество реставраций из микрогибридного композита Z - 250 «3M ESPE» в кариозных полостях 3 и 4 класса по Блэку.

**Материал и методы.** Реставрации выполняли микрогибридным композитом Z - 250 «3M ESPE», а финишную обработку и полировку системой Hawe Neos Dental. Группы: контрольная – 86 реставраций (47 чел.), наблюдения - 118 реставраций (53 чел.), покрытых после полировки системой Opti Guard. Клиническую оценку проводили в день восстановления, через 6, 12 и 24 месяца.

**Результаты.** Клиническая оценка реставраций через 6 месяцев выявила появление краевого окрашивания и шероховатости поверхности в 20,6 % в контрольной группе. В группе наблюдения через 6 месяцев 100 % реставраций получили оценку «отлично». При проведении повторных клинических исследований через 12 и 24 месяцев получены следующие результаты. Контрольная группа: краевое окрашивание – 45 %, 73 %, вторичный кариес – 3 % и 7 % соответственно. Группа наблюдения: краевое окрашивание – 4 % и 9 %, вторичный кариес – 0 %, 0, 8 %.

**Выводы.** Обработка поверхности композитных реставраций покровно - защитными системами достоверно приводит к снижению вторичного кариеса ( $p < 0,05$ ). Нами также установлено, что частота повторных сеансов поверхностной герметизации зависит от обширности кариозного поражения и гигиенического состояния полости рта.

*Воскресенська О.Ю. Шендрик М.М.*

### **ПОШИРЕНІСТЬ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра стоматології ФІПО, зав.кафедри і науковий керівник - проф. Суржанський С.К.*

**Мета дослідження** - вивчити поширеність основних стоматологічних захворювань у ВІЛ-позитивних пацієнтів Донецької області.

**Матеріал та методи дослідження.** Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань було обстежено 342 пацієнти зі встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, які знаходилися на диспансерному обліку в Донецькому обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом. Діагноз був встановлений на підставі клініко-епідеміологічних даних, виявленні антитіл до ВІЛ методом імуноферментного аналізу і підтверджений за допомогою імуноного блоттингу. Серед обстежених пацієнтів було зареєстровано 174 жінок і

168 чоловіків. Вік пацієнтів складав від 20 до 49 років. Стан слизової оболонки оцінювали візуально, звертаючи увагу на її колір, набряк, рельєф, наявність патологічних елементів. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індексу Green - Vermillion. Діагностику захворювань тканин пародонту проводили згідно класифікації М.Ф. Данилевского. Стан пародонту оцінювали візуально і за допомогою індексів СРІ, РМА в модифікації Parma, РІ за Russel, кровоточивість ясен оцінювали за допомогою індексу Muhlemann. Лабораторні методи дослідження включали вивчення мікрофлори порожнини рота. Вивчали загальне мікробне обсіменіння і щільність колонізацій.

**Результати.** Спостерігалася висока поширеність хвороб твердих тканин зубів, пародонту і СОПР. У 100% обстежених пацієнтів спостерігався карієс зубів. Встановлено низький рівень гігієни порожнини рота. Середнє значення індексу гігієни ОНІ-S склало  $1,73 \pm 0,14$ . На цьому фоні спостерігалася висока поширеність хвороб пародонту. Індекс СРІ в групі склав  $2,05 \pm 0,09$  балу. У 305 осіб були зареєстровані клінічні прояви пародонтиту, що супроводжувалися запаленням і кровоточивістю ясен, відкладеннями зубного каменю, наявністю пародонтальних кишень. Встановлено, що у  $85,1 \pm 1,9\%$  пацієнтів в порожнині рота присутні клінічні і суб'єктивні ознаки кандидозного стоматиту. У жінок ознаки кандидозу визначалися значно частіше, чим у чоловіків. Серед інших захворювань СОПР, виявлених у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, спостерігались ангулярний хейліт, лейкоплакія і хронічний рецидивуючий афтозний стоматит. Також спостерігались індикаторні ВІЛ-асоційовані захворювання - волосиста лейкоплакія і саркома Капоши.

**Висновки.** ВІЛ-інфіковані пацієнти відрізняються високою поширеністю стоматологічних захворювань. З них найбільше часто зустрічається карієс зубів: його поширеність становить 100%, інтенсивність по індексу КППВ -  $14,17 \pm 0,1$ . У пацієнтів з ВІЛ відзначається висока поширеність хвороб пародонту ( $89,2 \pm 1,7\%$ ) і слизової оболонки ( $85,7 \pm 1,9\%$ ), які протікають на фоні порушень орального мікробіоценозу, що проявляється переходом у домінуючу групу дрожеподібних грибів роду *Candida* ( $84,2 \pm 3,4\%$ ), а також зниженням висівання *Streptococcus viridans* ( $39,5 \pm 4,6\%$ ) і лактобактерій ( $33,3 \pm 4,4\%$ ).

*Павленко М. Ю., Крамаренко К. К., Мустафа Таха, Мустафа Аббас*

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОКСИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии ФІПО, Заведующий кафедрой: проф. Суржанский С.К., научный руководитель: проф.Центило В.Г.*

**Цель исследования:** выбор оптимального метода хирургического лечения обеспечивающего проходимость верхних дыхательных путей больных с токсическими остеомиелитами челюстей.

**Материалы и методы.** В отделение хирургической стоматологии на базе КМУ Клинической Рудничной больнице г.Макеевки с декабрь 2011 г. и по декабрь 2012 г. было проведено лечение 41 наркозависимых пациентов в возрасте от 23 до 46 лет от активных потребителей наркотиков до пациентов с ремиссией разной длительности. Средний возраст 32,6 лет. Проведение оперативных вмешательств, связанных с резекцией челюсти вызывает у пациента нарушения функции дыхания ввиду нарушения скелетной фиксации языка и западения его в подбородочном отделе при длительном существовании воспалительного процесса и тотальном некрозе нижней челюсти, которая может свободно лежать в полости рта. Удаление нижней челюсти не вызывает асфиксии в связи с тем, что подборочно-язычная мышца фиксирована к надкостнице и рубцово изменённым тканям вокруг подбородка. В случаях, когда во время операции необходимо отслаивать подборочно-язычную мышцу от нижней челюсти, мы устраняем западение языка путём сшивания этой мышцы с сухожилиями передних брюшек двубрюшных мышц (Пат. Украины № от). Язык прошиваем для дополнительной фиксации на держалке на срок до уменьшения послеоперационного отёка. При выраженной контрактуры жевательных мышц и невозможности интубации трахеи мы выполняем трахеостомию по Бьерку, фиксацию подборочно-язычной мышцы выполняем по указанной методике. Фиксирующий трахеальный лоскут и лигатуру удаляем после уменьшения послеоперационного отёка и контроля за проходимость верхних дыхательных путем закрывания трахеостомического отверстия марлевым тампоном.

**Результаты исследования.** Было произведено 32 оперативных вмешательства: на нижней челюсти у 25  $61,0 \pm 7,6\%$ , комбинированное поражение верхней и нижней челюсти у 7  $17,1 \pm 5,9\%$  пациентов. Так из 32 прооперированных больных, которым производились разные типы оперативных вмешательств было проведено: 6 резекций альвеолярного отростка нижней челюсти, 19 сегментарных резекций нижней челюсти, 6 половинных резекций нижней челюсти с экзартикуляцией, 4 тотальных резекции нижней челюсти. У 18 из них проведена обработка культи мышц дна полости рта по вышуканной методике. В 3 случаях пришлось дополнительно наложить трахеостому ввиду контрактуры нижней челюсти и невозможности проведения интубационного наркоза.

**Выводы.** Использование предложенного метода фиксации подборочно-язычной мышцы при резекции подбородочного отдела нижней челюсти позволило обеспечить свободную проходимость верхних дыхательных путей.

*Павленко М. Ю., Крамаренко К. К., Мустафа Таха, Мустафа Аббас.*

### **ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии ФИПО, заведующий кафедрой: проф. Суржанский С.К., научный руководитель: проф. Центило В.Г.*

**Цель исследования:** выбор оптимального метода хирургического лечения больных с токсическими остеомиелитами челюстей.

**Материалы и методы.** В отделение хирургической стоматологии на базе КМУ Клинической Рудничной больницы г. Макеевки с декабря 2011 г. и по декабрь 2012 г. было проведено лечение 41 наркозависимых пациентов в возрасте от 23 до 46 лет у активных потребителей наркотиков и пациентов с ремиссией разной длительности. Средний возраст 32,6 лет. У 19,5±6,2 % выявлена ВИЧ-инфекция, у 12,2±5,1% - вирусные гепатиты В и С. Лечение таких больных представляет собой определенные трудности, поскольку повреждение костной ткани идет за счёт поражения сосудов и отсутствия питания костной ткани. Доминирующим фактором в повреждении сосудов является химический ожог, что приводит к некрозу сосудистой стенки с последующим перерождением в периваскулярный склероз (Т.А. Султаналиев, 2007). В деваскулированной кости отсутствуют репаративные процессы и возникает вторичный воспалительный процесс. Лечение таких больных сводится к хирургическому удалению пораженной костной ткани. Особенность таких оперативных вмешательств на нижней челюсти заключается в резекции фрагмента нижней челюсти на всем протяжении пораженного сосудисто-нервного пучка до появления кровотечения из костной ткани. На основании этого выделяют несколько типов оперативных вмешательств: резекция альвеолярного отростка нижней челюсти, сегментарная резекция нижней челюсти, половинная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией сустава, тотальная резекция нижней челюсти. У больных с воспалительным процессом верхней челюсти операция состоит в частичной резекции верхней челюсти, включающей в себя резекцию передней и латеральной стенки гайморовой пазухи, альвеолярный отросток и бугор верхней челюсти с одной либо с двух сторон, резекцию скуловой кости.

**Результаты исследования.** Из 41 прооперированного больного в воспалительный процесс вовлечена нижняя челюсть у 25 (61,0±7,6%), верхняя челюсть у 9 (22,0±6,5%), комбинированное поражение челюстей у 7 (17,1±5,9%) больных. У 41 прооперированного больного, которым производились разные типы оперативных вмешательств было выполнено: 6 резекций альвеолярного отростка нижней челюсти, 19 сегментарных резекций нижней челюсти, 6 половинных резекций нижней челюсти с экзартикуляцией, 4 тотальных резекции нижней челюсти, 3 резекции альвеолярного отростка верхней челюсти, 8 резекций верхней челюсти с одной стороны поражение, 2 двухсторонние резекции верхней челюсти, 3 резекции скуловой кости.

**Выводы:** Оперативные вмешательства при остеонекрозах, осложняющих инъекционную наркоманию, очень травматичны. Требуется разработка новых методов диагностики объема пораженной костной ткани, уточнение границ выполняемой некрэктомии, сроков и методов реконструктивного восстановления дефектов челюстей.

*Павлюченко Л. И., Грицкевич Н. Ю., Строяковская О. Н.*

### **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИПРОБИОТИКА «СИМБИТЕР»**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра стоматологии ФИПО, зав. кафедрой - проф. Суржанский С. К., научный руководитель - доц. Грицкевич Н. Ю..*

**Цель исследования:** изучение эффективности мультипробиотика «Симбитер а. к.» при проведении комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом.

**Материал и методы.** Оценивали индексы Турески и О'Лири, индекс РМА, потерю эпителиального прикрепления (ПЭП), глубину пародонтальных карманов (ПК), интенсивность кровоточивости десен и гноевыделения из ПК. 67 пациентам проведено комплексное пародонтологическое лечение генерализованного пародонтита 1-2 степени в стадии обострения. 42 человека, принимавшие в комплексной терапии мультипробиотик «Симбитер а. к.» в течение 1 месяца 1 раз в день, составили основную группу. Клинический осмотр проводили до, через 1 и 2 месяца после лечения.

**Результаты исследования.** При повторном обследовании спустя 1 месяц от начала лечения пациенты обеих групп жалоб не предъявляли, гигиеническое состояние было удовлетворительным (индекс Турески - 0,79 ± 0,08, О'Лири - 0). Индекс РМА достоверно снизился в обеих группах при этом с более высокой позитивной динамикой в основной группе (до 23,12 ± 2,21 в контрольной группе, и до 9,17 ± 1,14 в основной группе). Интенсивность кровоточивости существенно уменьшилась и составила: контроль - 0,9 ± 0,11, основная - 0,7 ± 0,13. Интенсивность гноетечения: контроль - 0,79 ± 0,2, основная - 0. Спустя 2 месяца индекс РМА: контроль - 18,34 ± 1,14; основная - 6,9 ± 1,01. Гноетечение у пациентов основной группы отсутствовало при низкой интенсивности кровоточивости (0,47 ± 0,01 баллов). В контрольной группе отмечены случаи незначительного гноетечения (0,69 ± 0,09 баллов) и кровоточивости (0,72 ± 0,12).

**Выводы.** Включение мультипробиотика «Симбитер а. к.» в традиционные схемы лечения генерализованного пародонтита способствует нормализации показателей пародонтологического статуса.



*Юніченко К.С., Юніченко С.В., Рубенко Є.Г.*

## **ЯКІСТЬ ВИДАЛЕННЯ ЗМІНЕНИХ КАРІЕСОМ ТКАНИН ЗУБА ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ З РІЗНИМ СТАЖЕМ РОБОТИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,*

*Кафедра стоматології ФІПО, зав. кафедри, проф. Суржанський С.К., доц. Юніченко С.В.*

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності лікування карієсу залишається актуальним завданням сучасної стоматології.

**Матеріали та методи.** Ми проаналізували якість препарування каріозних порожнин першого класу лікарями-стоматологами з різним стажем роботи. Метою дослідження з'явилося обґрунтування необхідності використання індикаторів карієсу лікарями з різним клінічним досвідом. Контролювалася робота 78 лікарів-стоматологів районних поліклінік міста Донецька. Першу групу склали 27 лікарів зі стажем роботи 1-2 роки, другу – 25 лікарів (стаж від 3 до 5 років), третю – 26 лікарів (стаж 6-8 років). Препарування каріозних порожнин першого класу лікарі здійснювали за допомогою алмазних борів (135-100 мкн). Якість некротомії вони оцінювали традиційно: візуально за допомогою зуболікарського дзеркала й зонда (порожнина вважалася відпрепарованою, коли зонд не встрявав в тканини зуба й скочив «як по склу»). Після закінчення інструментальної обробки якість препарування контролювали маркером карієсу «Caries marker» фірми VOSO (Німеччина). Застосовували наступну методику: на дно й стінки порожнини наносили барвник. Після експозиції протягом 10с., струмом води вимивали детектор карієсу, висушували порожнину й виявляли по червоному залишковому фарбуванню недопрепаровані тканини зуба. Всі пофарбовані ділянки видаляли за допомогою бору на низьких оборотах. Процедура повторювалася до повного видалення уражених тканин зуба. Надалі проводилася реставрація зубів універсальними мікрогібридними композитами й амальгамою.

**Результати.** Проведений аналіз результатів показав, що після препарування каріозних порожнин першого класу зафарбовувалися карієс-індикаторами не вилучені демінералізовані й некротизовані тканини в області дна й стінок у першій групі в 99,4%, у другій – в 89,3%, у третій – в 55,2%. Отримані дані свідчать, про те, що діагностика уражених карієсом тканин зубів за допомогою стандартних методів (колір і зондування) важка й необ'єктивна. Глибокі розбіжності, що виявилися, в оцінці якості препарування між клініцистами з різним стажем роботи свідчить про необхідність застосування індикаторів карієсу. Лікарі з невеликим стажем роботи (1-2 роки) повинні обов'язково їх використовувати.

**Висновки.** Застосування маркерів карієсу забезпечує точний, швидкий і надійний візуальний контроль якості препарування. Це дозволяє прискорити й спростити процес діагностики й препарування каріозних порожнин, що полегшує роботу, як досвідчених клініцистів, так і лікарів-початківців.

*Юніченко С.С., Рубенко Є.Г., Юніченко С.В.*

## **ОБґРУНТУВАННЯ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ КЛИНОВИДНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБІВ З УРАХУВАННЯМ БІОМЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,*

*Кафедра стоматології ФІПО, зав. кафедри проф. Суржанський С.К., науковий керівник – ас. Рубенко Є.Г.*

**Мета дослідження.** З'ясування біомеханічних явищ, що виникають у функціонуючому зубі на підставі побудови математичної моделі зуба з клиновидним дефектом, а також визначення міцносних характеристик тканин зуба, утягнутих у патологічний процес, для розробки ефективного методу лікування.

**Матеріали та методи.** Для реалізації цієї мети нами було проведено математичне моделювання за допомогою програмного комплексу «MathCad» для IBM PC. Яке показало, що концентрація напруження знаходиться у вершині гострого кута клиновидного дефекту, а коефіцієнт концентрації прямо пропорційний товщині зуба в найбільш вузькому перетині (і глибині дефекту) і обернено пропорційний радіусу кривизни у вершині гострого кута дефекту. Тому що глибина дефекту залежить тільки від часу виявлення клиновидного дефекту і є незмінною величиною, то значно зменшити концентрацію напруги, і запобігти подальшому поглибленню клиновидного дефекту можна тільки збільшивши (закругливши) радіус кривизни у вершині дефекту. Для підтвердження даних, отриманих при математичному моделюванні нами були проведені дослідження міцносних характеристик зубів, уражених клиновидним дефектом. Вивчення мікротвердості зубів, уражених клиновидним дефектом показало, що мікротвердість дентину на пришийковій і прикоронковій стінках, що утворюють клиновидний дефект статистично не відрізняється. Мікротвердість у вершині гострого кута, що утворює клиновидний дефект, статистично вірогідно ( $p < 0,05$ ) більш низька, чим на стінках і на видаленні від поверхні дефекту. Це свідчить про те, що фронт розвитку дефекту (область концентрації напруги) знаходиться саме у вершині гострого кута, який утворює дефект.

**Результати.** Було визначено, що при дії оклюзійного навантаження на зуб уражений клиновидним дефектом виникає перекручення поля напруження. Найбільш яскраво виражена концентрація напруги розташована у вершині гострого кута дефекта. Після пломбування, якщо не проведено відповідне препарування, концентрація напруження у куті дефекта не зникає. Цей факт сприяє поглибленню дефекта, руйнуванню адгезивного зв'язку між зубом і пломбою та подальшому випадінню пломби. Шухлядоподібне препарування перед пломбуванням

не призводить до усунення осередків концентрації напруження, а лише переводить розташування поля перекручення напружень з однієї зони до іншої. Препарування із заокругленням гострого кута клиновидного дефекту усуває концентрацію напруження у цій ділянці зуба при його функціонуванні.

**Висновки.** Заокруглення гострого кута дефекту сприяє рівномірному розподіленню навантаження на пломбувальний матеріал, яким запломбовано зуб, а також запобігає виштовхуванню пломбувального матеріалу з порожнини при функціональному навантаженні на зуб. Таким чином підвищується якість лікування клиновидних дефектів зубів.

*Гришанова Т.М.*

### **ВИВЧЕННЯ ЗАХИСНОЇ ДІЇ ЗУБНИХ ПАСТ**

*Макіївська загальноосвітня школа I-III ст. №62, 10 – А клас*

*Науковий керівник - Федулова Ю.Є., учитель хімії МЗШ I-III ст №62, спеціаліст Вищої категорії, «Старший учитель».*

**Мета дослідження:** вивчення захисних властивостей зубних паст («Colgate», «Blend-a-med», «Фтородент», 32 перлини). Проведений експеримент відображає «ідеальну модель», нехтуючи багатьма чинниками, наприклад, не враховувався вплив бактерій, які стримуються біля зуба і перетворюють вуглеводи на кислоти, що пошкоджує зубну емаль.

**Матеріал та методи.** Було проведено дослідження впливу різних середовищ (дистильована вода, фіз. розчин, 9% розчин оцту, Coca-cola, натуральна кава Jacobs, сигаретний дим («Marlboro»), цукровий сироп, натуральне червоне вино Sangria) на захищену і незахищену яєчну шкаралупу впродовж деякого часу. Для чого шкаралупу обробляли зубною пастою і поміщали в наданий розчин. Потім відбирали проби для аналізу через певні проміжки часу. Товщина шкаралупи фіксувалася мікрометром. Інтенсивність забарвлення визначалася візуально. Для проведення експерименту було використано 4 десятка білих курячих яєць. Як еталон порівняння використовувалося 6 молочних зубів.

**Результати.** Найбільш схильними до руйнування у кислому середовищі виявилися необроблений зразок та зразки, оброблені зубними пастами «32 перлини» і «Фтородент». Візуальне визначення інтенсивності забарвлення шкаралупи у різних розчинах показало, що тільки паста «Blend-a-med» «продовжила життя білизи зубів» до 3-х годин. Кращим захисником від сигаретного диму виявилася паста «Фтородент».

**Висновки.** Всебічний захист, високу ефективність захисту зуба від руйнування і зміни кольору зі всіх протестованих зубних паст може забезпечити «Blend-a-med», виправдовуючи більш високу вартість.

*Видойник О.Я., Гевкалюк Н.О.*

### **ПРОЯВИ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського*

*Кафедра дитячої стоматології. Зав.кафедрою і науковий керівник - доц. Гевкалюк Н.О.*

**Метою нашого дослідження** було вивчення клінічних проявів уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при гострих вірусних інфекціях респіраторного тракту у дітей, хворих на бронхіальну астму.

**Матеріал та методи.** Нами було обстежено 148 дітей із проявами уражень СОПР при гострих вірусних інфекціях респіраторного тракту у дітей, хворих на бронхіальну астму. За ступенями важкості перебігу захворювання у дітей виділяли легку (33 чол.), середньо-важку (74 чол.) та важку форми захворювання (41 чол.).

**Результати.** Нами встановлено, що при всіх формах захворювання уражалась СОПР, ці зміни визначались важкістю протікання ГРВІ. При огляді порожнини рота відзначали гінгівіт, у переважній більшості хворих – катаральний (73,1% випадків), значно рідше гіпертрофічний та виразково-некротичний (у 18,3% та 8,6% випадків відповідно). Слизова оболонка ясен, як правило, на вестибулярній поверхні, гіперемована, набрякла, судинний рисунок посилений. Відмічаються геморагії, переважно на слизовій м'якого піднебіння, піднебінних дужок. Афти виявлялись в 21,8% хворих на ГРВІ дітей, як правило, при важкій формі захворювання. Елементи ураження були поодинокими, рідше множинними, в межах 1-5мм в діаметрі, не мали схильності до злиття і локалізувались на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебіння, боковій поверхні та кінчику язика, слизовій оболонці губ, щік, ясен. На афтах був присутній наліт жовто-білого чи сіруватого кольору. У всіх обстежених відмічалась гіпосалівація, слина була в'язкою, тягучою, з неприємним запахом. Язик покритий біло-сірим нальотом, який знімався з деяким зусиллям, оголюючи гіперемовану поверхню, в різних ділянках спинки язика спостерігалась десквамація епітелію. На червоній каймі губ та шкірі приротової ділянки у всіх обстежених хворих відмічали сухість, тріщини, в частини дітей (12,6% випадків) - кров'яністі кірочки.

**Висновки.** Таким чином, спадкова схильність до алергії провокує проникнення респіраторних вірусів, які, в свою чергу сприяють розвитку клінічних симптомів алергії, в тому числі бронхіальної астми. При попаданні в організм алергенів, якими можуть бути і респіраторні віруси та їх токсини, розвивається запальний процес, що проявляється в вигляді виражених алергічних реакцій. ГРВІ, нашаровуючись на алергічні реакції, приводить до маніфестації клінічних проявів бронхіальної астми, які, однак, не мають чітких клінічних признаков.

# ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

## ГІГІЄНА, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

*Говта Л.О., Іванова А.В.*

### ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ПРИ ВЖИВАННІ ПРИРОДНОЇ ПИТНОЇ ВОДИ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,  
Кафедра гігієни, екології та безпеки життєдіяльності, зав. кафедри і науковий керівник – проф. Ластков Д.О.*

**Мета дослідження:** оцінити вплив фасованої природної питної води на функціональний стан організму експериментальних тварин.

**Матеріали і методи.** Матеріалом даної роботи були дані, які отримано при дослідженні 22 білих безпородних шурів обох статей. Згідно до завдань дослідження тварин було поділено на 2 групи: перша – шури вживали протягом двох місяців водопровідну воду (контрольна), та друга – фасовану природну питну воду («Альпійська»). Для оцінки функціонального стану організму тварин оцінювали приріст маси тіла та об'єм вживаної води. Зважування проводили щотижня, об'єм вживаної води вимірювали щоденно. Вказані питні води відповідали гігієнічним вимогам.

**Результати.** Виявлено, що при вживанні природної питної води зростання маси тіла шурів-самців за перший місяць дослідження було в 2,15 рази та в 1,41 рази ( $p < 0,05$ ) за другий місяць, відповідно, більшим порівняно з контрольною групою. При цьому об'єм вживаної питної води не відрізнявся від цього показника в контрольній групі. Що стосується самиць, то в групі, що вживала фасовану питну воду за перший місяць дослідження приріст маси тіла був в 1,5 рази, впродовж другого місяця – в 2,71 рази більшим, порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що впродовж другого місяця дослідження самиці вживали значно менше води, ніж тварини контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отримані данні свідчать про те, що при вживанні природної питної води приріст маси тіла шурів був більшим, порівняно з приростом маси тіла при вживанні водопровідної води, що свідчить про сприятливий вплив обраної фасованої води на функціональний стан організму тварин.

*Говта Л.О., Матієнко Я.О.*

### ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ПРИ ВЖИВАННІ ОЧИЩЕНОЇ ПИТНОЇ ВОДИ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,  
Кафедра гігієни, екології та безпеки життєдіяльності, зав. кафедри і наук. керівник – проф. Ластков Д.О.*

**Мета дослідження:** встановити взаємозв'язок між зміною питного режиму та функціональним станом організму експериментальних тварин.

**Матеріали і методи.** Дослідження щодо впливу питного режиму на динаміку росту організму лабораторних тварин (білі шури) було проведено в субхронічному експерименті. Було досліджено 22 білі безпородні шури обох статей у віці 6-9 місяців. Згідно до завдань дослідження тварин було ранжовано на 2 групи: перша – шури вживали протягом двох місяців водопровідну воду, та друга – свіжоталу воду, приготовану з водопровідної води методом «виморожування солей». Утримання тварин та виведення їх з експерименту проводили згідно з вимогами міжнародної конвенції з біоетики.

**Результати.** Виявлено, що при вживанні свіжоталої питної води зростання маси шурів-самців за перший місяць дослідження було в 1,8 рази та в 1,28 рази ( $p < 0,05$ ) за другий місяць, більшим порівняно з контрольною групою. Що стосується самиць, то спостерігалися такі зміни. В групі, що вживала свіжоталу питну воду за перший місяць дослідження маса зросла в 1,87 рази, впродовж другого місяця – в 3,57 рази, порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Об'єм питної води впродовж другого місяця дослідження в групі, що споживала свіжоталу воду був більшим, порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отримані данні свідчать про те, що при вживанні свіжоталої води приріст маси тіла шурів статистично значущо відрізняється від цього показника в групі, що вживала водопровідну воду, що свідчить про сприятливий вплив свіжоталої води на функціональний стан організму тварин.

*Кравченко І.С.*

### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В УКРАИНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

*Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра гигиены, экологии и безопасности жизнедеятельности, заведующий – проф. Д.О. Ластков, научный руководитель – доц. Т.А. Выхованец*

**Целью** настоящих исследований было изучение фактического питания и режима питания иностранных студентов 2-3-х курсов медицинского вуза, которые обучаются на английском языке.

**Материал и методы.** Проанкетировано и опрошено 42 человека (28 мужчин и 14 женщин в возрасте 19-23 года).

**Результаты.** Анализ режима питания показал, что только 7% опрошенных респондентов принимают пищу 3-4 раза в день. Остальные студенты питаются 1-2 раза в день (9 человек (21%) из всего количества исследуемых принимают пищу только один раз в день). Следует отметить, что завтракают только 31% опрошенных студентов (бутерброды, блюда из яиц, чай, кофе, кондитерские изделия). Большинство студентов в обеденный период питаются в предприятиях общественного питания, что тоже накладывает отпечаток на качество питания. Опрос студентов, которые живут в общежитиях и готовят себе пищу самостоятельно, показал, что большинство из них не знакомы с отечественными продуктами питания, поэтому ассортимент употребляемых продуктов несколько ограничен (куриное мясо, субпродукты, рис, макароны, кетчуп, яйца, чипсы, специи, хлеб и т.д.). Фрукты и овощи студенты покупают очень редко, а некоторые крупы (гречневая, овсяная, манная, пшеничная, перловая) отсутствуют в рационе. Молочные продукты употребляются нерегулярно. Обращает на себя внимание тот факт, что даже в период обострения простудными заболеваниями все опрошенные студенты употребляют, в основном, только цитрусовые в качестве профилактического средства. Такие средства, как липа, плоды шиповника, ягоды малины и черной смородины все исследуемые в осенне-зимний период не используют. Проведенные исследования показали, что все студенты плохо ориентируются в продуктах питания отечественного производства, затрудняются в выборе необходимых продуктов, долго адаптируются к особенностям национальной кухни. Все вышеперечисленное способствует развитию дисбаланса в привычном рационе и режиме питания студентов, что отрицательно сказывается на их общем самочувствии и показателях работоспособности, снижении резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды.

**Выводы.** Таким образом, для оптимизации питания иностранных студентов было бы целесообразно ввести курс ознакомительных лекций, на которых студенты могли бы более подробно изучить особенности национальной кухни. Они смогут выбрать для себя альтернативную замену тем продуктам питания, которые не производятся в Украине; получить рекомендации по оптимизации питания в период обучения, а также в холодный период года (для студентов из тропических стран). Это будет способствовать лучшей адаптации к изменившемуся режиму и характеру питания иностранных студентов на весь период обучения в нашей стране.

*Кравченко И.С.*

### **ВЕГЕТАРИАНСТВО СЕГОДНЯ: ЗА И ПРОТИВ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра гигиены, экологии и безопасности жизнедеятельности, заведующий – проф. Д.О. Ластков, научный руководитель – доц. Т.А. Выхованец*

**Цель.** Изучить и провести сравнительный анализ положительного и отрицательного влияния разновидностей вегетарианства на организм человека, а также возможное их использование для лечения и профилактики некоторых заболеваний.

**Материал и методы исследования.** Материалом для изучения явились различные виды вегетарианства (веганство, лактовегетаринство, оволактовегетарианство), их интерпретация различными специалистами в области питания.

**Результаты.** Анализ изучения различных видов вегетарианства, а также анатомических особенностей животных (травоядных, плотоядных) и человека показал, что человек по большому количеству признаков принадлежит к травоядным, т.е. употребляющим больше растительной пищи. Вегетарианство оказывает положительное действие на организм человека. Доказано, что вегетарианцы значительно реже болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями, у них низкий уровень холестерина в крови, стабильное артериальное давление и соответственно меньшая частота гипертонической болезни. Замена мяса в питании вегетарианцев осуществляется за счет соевых продуктов. Однако специалисты Оксфордского университета установили, что эти продукты – источник незаменимых аминокислот для вегетарианцев – плохо влияют на память. Длительное применение ортодоксального вегетарианства или веганства с годами приводит к резкому дефициту железа, цинка, кальция, витаминов А, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, D, незаменимых аминокислот. И хотя содержание кальция, железа, меди, цинка в рационах веганов количественно может быть достаточным, но усвояемость их из продуктов растительного происхождения довольно низкая.

**Выводы.** Современная диетология, признавая очень большое значение растительной пищи, отвергает утверждение сторонников веганства о возможности лечения большинства болезней только растительными продуктами. Умеренное вегетарианство, когда человек исключает из рациона только мясо, но при этом пьет молоко и периодически употребляет рыбу, совершенно не вредно для взрослого здорового человека. Дефицит железа, который при этом испытывается, можно восполнить за счет таких продуктов как гречневая крупа, творог, яйца, морепродукты. В лечебном питании строгие вегетарианские диеты почти не используются, за исключением разгрузочных дней, которые назначаются эпизодически с целью нормализации массы тела. А вот оволактовегетарианские диеты назначают при лечении ожирения, подагры, гипертонической болезни и атеросклероза, заболеваний кишечника, сопровождающихся запорами. Лактовегетарианство и оволактовегетаринство может быть использовано в геронтологической практике для людей пожилого и старческого возраста. В настоящее время продолжается научное изучение диет с вегетарианской направленностью, влияния этих диет на состояние здоровья, уровень заболеваемости, продолжительность жизни.

Кузьменко О.О., Саранов В.В.

## К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, Кафедра гигиены, экологии и БЖД, зав. каф. проф. Ластков Д.О., научный руководитель – доц. Михайлова Т.В.

**Цель работы** – изучить образ жизни студентов медицинского университета и предложить основные направления его оптимизации.

**Материалы и методы:** проведен опрос 113 студентов медицинского университета 1, 3, 5 курсов по разработанной нами анкете, содержащей 31 пункт. Результаты анкетирования обрабатывались общепринятыми параметрическими статистическими методами.

**Результаты:** По данным ВОЗ более 65% зарегистрированных заболеваний в своей этиологии имеют тесную причинно-следственную связь с образом жизни человека. Данные опроса студентов-медиков показали, что 65%, по их мнению, ведут не здоровый образ жизни. Практически половина из них спит на 2-3 часа меньше физиологически обусловленной нормы (7 часов). Более 50% имеют нерациональный режим труда и отдыха. Около 80% студентов занимаются физкультурой, но регулярно только треть. На 1 и 3 курсах основное место занятий (у 50%) уроки физкультуры, у студентов 5 курса – спортивные секции. Только 6% студентов выполняют утреннюю гимнастику, у 70% она отсутствует вообще. 95% не занимаются никакими закалывающими процедурами. 2/3 студентов считают свое питание нерациональным. 50% из опрошенных имеют ежедневные прогулки на свежем воздухе, но в основном продолжительность прогулок не превышает одного часа. Треть студентов имеют вредные привычки: курят 22%, 69% принимают алкогольные напитки (более 80% из них – по праздникам), 10% пробовали наркотические и токсические средства.

**Выводы.** Полученные результаты позволили определить основные направления оптимизации образа жизни студентов медицинского университета.

Трифонов О. С., Могилевська К. Е., Муштук Є. Я., Заярна М. О.

## РЕАБІЛІТАЦІЯ ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ ІЗ ПНЕВМОКОНІОЗОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М. В., науковий керівник – ас. Ніколенко О.Ю.

**Мета дослідження:** провести аналіз ефективності реабілітації хворих із застосуванням курсу ГБО з „Тіогама” за показниками перекисного окислення ліпідів

**Матеріал та методи:** Обстежено 40 гірників контрольної групи - лікування ГБО з Віт.Е і 32 основної - ГБО з „Тіогама”. Дієнові кон'югати (ДК) визначали в плазмі крові шляхом їх екстракції гептан-ізопропіловою сумішшю та вимірювання екстинції при 223 нм. Малоновий діальдегід (МДА) визначали у крові хворих. Визначали активність супероксиддисмутази (СОД) і антиокислювальну активність (АОА) плазми крові хворих. Статистичний аналіз одержаних результатів проводили методами параметричної і непараметричної статистики з використанням ліцензійного пакету “Statistica 5.5” (Stat Soft Rus) („Информатика и компьютеры”, Москва) на персональному комп'ютері. Розраховували показники: середні значення (X), їх похибки – (Sx), Крускала-Уоліса (kKW), Вілкоксона (W), медіанного критерію (Mk), Хі-квадрат (с2), відношення ризиків (BP), достовірність показників (p).

**Результати досліджень.** Згідно з розрахунком критерію  $c2=9,63$  реабілітація із застосуванням курсу ГБО з альфа-ліпоєвою кислотою (АЛК) - „Тіогама” виявилась значно кращою (при  $p=0,0019$ ), ніж при використанні ГБО з Віт.Е в контрольній групі хворих. Тому в подальшому ми проводили аналіз ефективності реабілітації хворих із застосуванням курсу ГБО з „Тіогама” відповідно до різних показників перекисного окислення ліпідів. Аналіз результатів реабілітації гірників з пневмокніозом ГБО з Віт Е і ГБО з „Тіогама” свідчить, що ризик неефективності реабілітації у групі контролю становить 37,1% (95% ВІ 22,9% – 53,4%), а в групі дослідження – лише 6,3% (95% ВІ 0,5% – 17,6%). Таким чином застосування курсу ГБО з «Тіогама» дозволяє знизити (відмінність статистично значуща,  $p=0,003$ ) ризик не досягнення ефекту лікування у порівнянні із застосуванням курсу ГБО з Віт.Е,  $BP=0,17$  (95% ВІ 0,04–0,68). Лікування не змінило вірогідно кількість дієнових кон'югатів у гірників із пневмокніозом про що свідчить відсутність відмінності та середні значення до лікування ( $2,256 \pm 0,060$ ) у.о./мл плазми та після лікування ( $2,063 \pm 0,064$ ) у.о./мл плазми ( $W=1,87$ ,  $p=0,060$ ). Інший показник оксидантної системи – МДА значно зменшився після проведеного лікування: до лікування ( $9,37 \pm 0,37$ ) мкмоль/г білка та після лікування ( $8,04 \pm 0,40$ ) мкмоль/г білка ( $W=2,22$ ,  $p=0,026$ ). В той же час лікування впливало на зменшення вмісту ДК у гірників із пневмокніозом ( $KW=5,69$ ,  $pKW=0,017$ ,  $Mk=7,75$ ,  $pMk=0,0054$ ) та МДА ( $KW=9,66$ ,  $pKW=0,0019$ ,  $Mk=12,95$ ,  $pMk=0,0005$ ) після проведеного реабілітаційного курсу. В результаті лікування ГБО і АЛК вірогідно збільшилась активність СОД з ( $0,053 \pm 0,002$ ) Е/мг (білка у крові) до лікування до ( $0,061 \pm 0,002$ ) Е/мг (білка у крові) після лікування ( $W=4,93$ ,  $p<0,001$ ). У свою чергу покращилась АОА плазми крові із ( $49,41 \pm 0,72$ ) % до лікування до ( $56,96 \pm 1,00$ ) % після лікування ( $W=4,26$ ,  $p<0,001$ ). Проведення курсу ГБО із АЛК покращувало показники антиоксидантної системи і впливало на активність СОД ( $KW=7,62$ ,  $pKW=0,0058$ ,  $Mk=4,06$ ,  $pMk=0,043$ ) та

АОА плазми крові ( $KW=25,21$ ,  $pKW<0,001$ ,  $Mk=30,36$ ,  $pMk<0,001$ ) після проведеного курсу.

**Висновки.** Застосування курсу ГБО з «Тюгама» дозволяє знизити (відмінність статистично значуща,  $p=0,003$ ) ризик не досягнення ефекту лікування у порівнянні із застосуванням курсу ГБО з Віт.Е,  $BP=0,17$  ( $95\% \text{ ВІ } 0,04-0,68$ ). Лікування курсом ГБО із попереднім введенням альфа-ліпоевої кислоти призводить до зменшення малонового діальдегіду та збільшення активності супероксиддисмутази і антиокислювальної активності плазми крові.

*Глухова Е.И., Скубаковская О.С.*

## **ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ГОРЕНИЯ УГОЛЬНЫХ ТЕРРИКОНОВ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра гигиены ФИПО, зав. кафедрой и науч. руководитель – проф. Ермаченко А.Б.*

**Цель исследования.** Оценить состояние здоровья населения проживающего в зоне влияния продуктов горения угольных породных отвалов.

**Материалы и методы.** Изучение здоровья населения осуществлялось в соответствии с «Методическими указаниями по вопросам сбора, обработки и порядка представления данных об изменении в состоянии здоровья населения, связанных с загрязнением окружающей среды» от 23.04.85 г. № 3861-85. Анализу подвергались материалы о распространенности и первичной заболеваемости населения по данным обращаемости за медицинской помощью. Учетным документом для получения исходных сведений служил «статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза» (ф. 025-2/у).

**Результаты исследований.** Анализ заболеваемости среди населения показал, что разница между показателями общей заболеваемости населения проживающего в районе террикона и г. Свердловска составила 1,14 раза, при этом интенсивность ее была примерно одинаковой как в целом по г. Свердловску, так и в 500 метровой зоне террикона. Различия в уровнях общей заболеваемости с контролем (Станично-Луганский район), составили в 1,96 и 1,72 раза соответственно. Отмечено некоторое превышение показателей заболеваемости населения проживающего в районе горящего отвала по отдельным классам болезней, заболевания органов системы кровообращения в 1,3 раза, органов дыхания в 1,9 раз, в сравнении с г. Свердловском. Установленные различия, в первую очередь, обусловлены возрастными особенностями населения. Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнями заболеваемости и возрастными показателями населения. Наиболее тесная связь установлена для заболеваний органов дыхания ( $r < 0,83$ ), системы кровообращения ( $r < 0,72$ ) и болезней эндокринной системы ( $r < 0,63$ ). Общая заболеваемость детей проживающих в районе влияния выбросов в возрасте до 14 лет в 1,32 раза превышала городские показатели. Врожденные аномалии развития регистрировались у подростков проживающих в районе террикона на 18% чаще, чем в целом по городу. В зоне влияния горящего террикона уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет по отдельным классам заболеваниям был выше в 1,15-1,27 раза, чем по г. Свердловску. Анализируя показатели заболеваемости населения хроническим бронхитом, можно отметить, что в отличие от заболеваемости острым бронхитом, прослеживается обратная зависимость, ( $r = - 0,68$ ) чем старше возраст, тем реже встречается данная патология. Частота обнаружения болезней органов дыхания детей проживающих в г. Свердловске составила – 843,6 на 10000,0 населения. У детей до 1 года этот показатель регистрировался в пределах 1352,2, до 2-х лет – 1344,1 случаев, соответственно показатель заболеваемости дыхательной системы у детей проживающих в 500 м зоне террикона установлен на уровне: общий – 922,5, у детей до 1 года – 1662 и до 2-х лет – 1259,3 (на 10000,0 населения).

**Выводы.** Показатели общей заболеваемости населения в г. Свердловске и в районе размещения породного отвала превышали в 1,96 и 1,72 раза таковые в контроле. Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнями заболеваемости и возрастными показателями болезней органов дыхания ( $r < 0,83$ ), системы кровообращения ( $r < 0,72$ ) и болезней эндокринной системы ( $r < 0,63$ ). Заболеваемость детского населения проживающего в районе размещения горящего террикона в 1,3-1,5 раза выше, чем по г. Свердловску. Наибольший удельный вес приходится на заболевания органов дыхания у детей до 1-го года жизни 1352,2 на 10000,0 населения.

*Гладкова А.С., Ковалев В.Н., Федорова Е.Ю.*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В АР КРЫМ**

*ГУ «Крымский государственный университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина, кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. Каримов И.З., научный руководитель – проф. Гафарова М.Т.*

**Целью** нашей работы явилось изучение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Крыму, анализ эпидемиологической ситуации, дать оценку развития эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом в районах АР Крым.

**Материалы и методы.** Нами использовались материалы республиканской СЭС по заболеваемости туберкулезом в АР Крым. Были использованы методы обработки информации: MicrosoftOffice: пакеты Excel, Statistica 6,0 (StatSoftInc.), ГИС технологии пакет GIS-GRAS.

**Результаты исследования.** Нами проведен анализ заболеваемости туберкулезом на территории АР Крым за период с 2000 по 2011 гг. Было выявлено, что пик заболеваемости туберкулезом пришелся на 2008г. С 2009г

наблюдается тенденция к снижению заболеваемости, но последняя остается на довольно высоком уровне. Нами установлено, что среди всех форм туберкулеза преобладают легочные формы (85%). При анализе картограммы было установлено, что самый высокий уровень заболеваемости регистрируется в северных и центральных районах Крыма (Краснопереконский, Джанкойский, Красногвардейский, Сакский, Белогорский и Симферопольский районы), а также в городах: Симферополь, Феодосия, Ялта. При анализе заболеваемости среди детей выявлено, что в 2011 г. показатель снизился в 3 раза по сравнению с 2010 годом. Нами также проведен анализ заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников и установлено, что за последние 6 лет наметилась тенденция к снижению заболеваемости (2005 г - 52, 2010 г - 46, 2011 г - 23). Но, тем не менее, заболеваемость среди медработников остается высокой, удельный вес заболевших работающих в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) растет и по сравнению с медработниками противотуберкулезных учреждений (ПТУ) и составляет 95% и 5,0% соответственно из общего числа заболевшего туберкулезом медперсонала. Самая высокая заболеваемость туберкулезом среди медработников наблюдается также в Евпатории, Симферополе и в Феодосии. С 2007 наблюдается высокий уровень возникновения рецидивов и 40,0% из них составляют больные с положительными пробами на кислотоустойчивую палочку.

**Выводы.** Противостояние эпидемии туберкулеза предполагает улучшение качества работы ПТУ, диспансеризацию медработников и полный охват детей иммунизацией.

*Кравець О.А.*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології ФПО, зав. кафедри і науковий керівник – проф. Лобас В.М.*

**Мета дослідження:** вивчити та проаналізувати стан розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

**Матеріали та методи,** дані галузевої статистики; статистичний метод, метод системного підходу.

**Результати.** В ході дослідження встановлено, що ПМСД в Україні у 2011 р. надавалася у 5373 закладах різних типів, що на 35% більше, ніж у 2007 р. Станом на 31.12.2011 р. ПМСД в Україні у сільській місцевості (в усіх регіонах, крім пілотних) представлена 569 ФАПами, 89 СЛА з дільницями ЗП/СМ, 1989 АЗП/СМ (СЛА), 229 ДЛ з дільницями ЗП/СМ, 21 ДЛ з відділеннями ЗП/СМ, 53 АЗП/СМ (ДЛ), 77 РЛ з дільницями ЗП/СМ, 16 РЛ з відділеннями ЗП/СМ, 2 АЗП/СМ (РЛ), 207 дільницями ЗП/СМ у складі поліклініки ЦРЛ, 99 відділеннями ЗП/СМ у складі поліклініки ЦРЛ та 24 АЗП/СМ (ЦРЛ). Миському населенню ПМСД надається у 85 самостійних поліклініках з дільницями ЗП/СМ, 76 самостійних поліклініках з відділеннями ЗП/СМ, 109 АЗП/СМ на території обслуговування поліклініки (у складі самостійної поліклініки), 42 АЗП/СМ у складі самостійної поліклініки (відокремлені), 169 поліклініках з дільницями ЗП/СМ (у складі лікарні), 107 поліклініках з відділеннями ЗП/СМ (у складі лікарні), 48 АЗП/СМ на території обслуговування поліклініки (у складі лікарні), 42 АЗП/СМ у складі лікарні (відокремлених) та 42 інших закладах (приватні тощо). За результатами 2011 р., у пілотних регіонах створено 159 центрів ПМСД, у т.ч.: Вінницькій – 34 центри ПМСД (27 – у районах, 7 – у м. Вінниці); відкрито 177 АЗП/СМ, з них 25 – на базі ФАПів; Дніпропетровській – 53 центри ПМСД (23 – у сільських районах, 30 – у містах); відкрито 240 АЗП/СМ, у т.ч. 146 – у містах, 94 – у сільській місцевості; мережа закладів ЗП/СМ налічує 377 АЗП/СМ; Донецькій – 72 центри ПМСД (17 – у сільських районах, 55 – у містах); кількість АЗП/СМ становить 618, у т.ч. 149 – у районах, 469 – у містах. Станом на 31.12.2011 р. у м. Києві функціонувало 99 закладів ЗП/СМ; крім того, у 2011 р. розпочали діяльність з надання послуг ПМСД 3 приватно практикуючі лікарі.

**Висновки.** Констатуючи активний розвиток мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги, особливо в пілотних регіонах, основними завданнями подальшої оптимізації мережі ЗОЗ, які надають ПМСД, має бути проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги при подальшому створенні центрів ПМСД з мережею лікувально-профілактичних підрозділів.

*Шульженко Н.А., Дудник Т.А.*

### **К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОКЛЮША В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра організації вищої освіти, управління здоров'ям та епідеміології,  
заведуючий кафедрою – проф. Лобас В.М., науковий керівник – доцент Беседина Е.И.*

**Цель исследования.** Изучение особенностей эпидемического распространения коклюша в Донецкой области на современном этапе

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ инфекций, управляемых вакцинацией, за десятилетний период по материалам действующих учетно-отчетных форм СЭС.

**Результаты исследования.** Нами установлено, что среди капельных вакциноуправляемых инфекционных заболеваний доля коклюша составляла с 1989-2002 г.г. примерно 2,3% случаев заболеваний, причем на протяжении последних 7 лет эта часть уменьшилась до 1,4%. Интенсивные показатели также свидетельствуют, что заболеваемость

на коклюш в Донецькому регіоні, як і в Україні, має тенденцію до зниження. Якщо в 1989-1995 рр. середньорічний показник захворюваності в області становив 7,0 на 100 тис. нас., то в період з 1996-2002 рр., він знизився вдвоє (3,5 на 100 тис. нас.). Такі зміни обумовлені збільшенням кількості дітей, привитих АКДС – вакциною, причому до цього стала епідемія дифтерії, яка почалася в 1991 рр. Необхідність її подолання змусила посилити способи специфічної профілактики. Якщо в початку епідемії, в період з 1991-1993 рр., частка дітей в віці 1 року, які були вакциновані цим препаратом, становила 79,6 – 83,8%, в 1994 – 1995 рр. – 92,7 – 94,7%, то в 1996 рр. він досяг 97,2% і протягом наступних років не перевищував цього рівня. Результати аналізу захворюваності коклюшною інфекцією свідчать про те, що темпи її падіння серед дошкільників різних вікових груп відрізняються. З 1996-2002 рр. діти першого року життя і 5-6 річні хворіли на коклюш, відповідно на 41,9 і 41,4% рідше, ніж в 1989-1995 рр., тоді як захворюваність серед дітей в віці 1-2 і 3-4 років протягом цих же періодів зменшилася в 2,1-2,4 рази. Різниця показників захворюваності в усіх вказаних вікових групах є статистично значущою ( $P > 0,05$ ). Захворюваність серед дітей шкільного віку не зменшилася, а, навпаки, хоч і незначительно, збільшилася: серед 7-9-річних – на 19,1%, 10-14-річних – на 5,6%. Змінилася і вікова структура захворюваності. В 1989-1995 рр. на дітей до 7 років приходилося 82,1% хворих, серед них найбільшій часткою в структурі хворих були діти першого року життя і 1-2 років (по 22%). В 1996-2002 рр. частка дошкільників скоротилася до 60,4% і найбільшій часткою в структурі хворих стали діти 7-9 років (21,8%), частка дітей в віці до 1 року була другою за значенням (17,5%), а 1-2 років – перемістилася на п'яте місце після 5-6-ти і 10-14-річних дітей. В цілому частка дітей до 14 років за ці два 7-річні періоди зменшилася з 97,7 до 96,4% (в довакцинальний період вона становила 99,5%). Останнє місце в ранговому списку, як і в попередньому 7-річному періоді, займає захворюваність серед школярів 10-14 років. В 1997-2002 рр. серед хворих дітей, частка привитих становила 54,1%. Найменшою вона була серед дітей до 1 року – 34,9%, найбільшою серед 10-14-річних школярів – 71,6%, а серед інших вікових груп коливалася від 51,2 до 61,6%. Протягом вказаного періоду, спостерігається тенденція до зростання серед хворих коклюшем привитих дітей з урахуванням частоти, яка з 39,7 в 1997 рр., збільшилася до 60,1-88,0% в 2000-2002 рр. Однак, захворюваність привитих (раніше серед дітей дошкільного віку), як і раніше, значно нижче, ніж не привитих. При цьому, якщо співвідношення між захворюваністю не привитих і привитих (індекс ефективності) серед дітей до 14 років скоротилося, то серед дітей першого року життя, навпаки, зросло. Становлення сучасної системи епідеміологічного нагляду за поствакцинальними реакціями (ПВР), яку було введено в 1998 рр., її удосконалення і підвищення ефективності, без сумніву, вплинули на виявлення ПВР. Але, разом з загальною кількістю ПВР збільшується кількість їх сильних проявів і поствакцинальних ускладнень (ПВО). Крім того, темп зростання частоти загальних місцевих ПВР в 2002 і 2003 рр. становив 11,9 і 27,3%, тоді як сильних місцевих ПВР – 60,0 і 150,0% відповідно. Ще більше збільшилася частота загальних ПВР. В період з 2002 – 2003 рр. темп його зростання становив 68,0 і 57,1%, в тому числі сильних проявів – 100,0 і 75,0%. Виявлення сильних поствакцинальних реакцій і ускладнень в результаті важкого перебігу в меншій мірі залежить від якості епідеміологічного нагляду, т.к. змушує батьків майже завжди звертатися за медичною допомогою в разі її необхідності. Це свідчить про наявність інших факторів, які обумовлюють певне збільшення.

**Висновки.** Встановлено зростаюче привертання до епідемічного процесу коклюша привитих дітей, в останні роки спостерігається збільшення кількості поствакцинальних реакцій (ПВР) і ускладнень (ПВО) на введення АКДС – вакцини. Позитивні зміни в сфері безпечної і ефективною вакцинації проти коклюша дитячого населення можна досягти при умові більш широкого використання комбінованих вакцин з ацелюлярним коклюшним компонентом.

*Дем'янчук М., Іванців О.*

## **СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС І НАСЛІДКИ ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» м. Івано-Франківськ, Україна,  
кафедра інфекційних хвороб та епідеміології: завідувач кафедри – проф. Дикий Б.М.,  
наукові керівники – доц. Нікіфорова Т.О., доц. Грижак І.Г.*

**Мета дослідження:** вивчити соціальні передумови розповсюдження ВІЛ-інфекції серед жінок в Івано-Франківській області.

**Матеріали та методи.** Вивчено статистичні матеріали, які характеризують поширеність ВІЛ-інфекції в області. Проаналізовано 96 медичних карт ВІЛ-позитивних жінок, які перебували на диспансерному обліку в Обласному центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, дані їх епіданамнезу і соціального статусу. Проводилося також анонімне опитування згідно розроблених анкет сексуальної поведінки ВІЛ-позитивних жінок.

**Результати.** Дослідження показало, що за місцем проживання контингент хворих такий: жительки міст області – 70 (72,9%) жінок, а сіл – 26 (27,1%). Вік жінок становив від 19 до 49 років, середній – 28,9 років. Серед ураженої жіночої частки спостерігається абсолютне переважання статевих шляхів зараження (88,54%) над парентеральним (11,46%). Статеві стосунки з численними партнерами притаманні близько половині жінок (48,58%), а інша половина контингенту інфікувалася в постійному співжитті з ВІЛ-позитивним чоловіком. Значна частка одружених (31,7%) не підозрювала про ВІЛ-позитивний статус чоловіка, що призвело до невідворотного інфікування жінки.



За даними опитування визначено кількість ВІЛ-інфікованих жінок з негативними соціальними чинниками, які впливають на стан адаптації людини в суспільстві: відсутність професійної освіти, роботи та житла, низький рівень заробітків. Результат свідчить, що соціально вразливих осіб з контингенту обстежених є більшість – 64,58%, в тому числі без професійних знань – 55,21%, безробітних – 32,21%, мають заробітки менше від прожиткового мінімуму – 47,91%, користуються повним чи частковим утриманням батьків або чоловіка – 45,83%, перебувають на інвалідності – 5,21%. Крім того, в частини жінок існує негативна соціальна поведінка – тютюнопаління – 28,13%, зловживання алкоголем – 22,92%, вживання наркотиків – 6,25%, комерційний секс – 3,13%. Аналіз анонімного анкетування про сексуальну поведінку свідчить, що найнебезпечнішими, з огляду на можливість зараження ВІЛ є: поширеність статевих зносин із споживачами ін'єкційних наркотиків (33,33%); вживання ін'єкційних наркотиків самими жінками (6,25%); примушення жінок до стосунків без захисту (11,45%); поширена практика використання дешевих і ненадійних презервативів (83,33%); наявність внутрішньоматкової спіралі, яка підвищує вразливість до ВІЛ (5,2%). До 2012 року народились 136 дітей з перинатальним контактом, з них у 21 підтверджена вроджена ВІЛ-інфекція (15,44%), у 13 – діагноз СНІДу. Вроджена патологія спостерігалась у 28,6% дітей і зумовлена активізацією TORCH-інфекції у матері.

**Висновки.** Виявлення і усунення негативних соціальних чинників і неправильної сексуальної поведінки зменшить ризики зараження жінок та покращить ситуацію відносно захворюваності на ВІЛ/СНІД. Система профілактики вертикального шляху передачі ВІЛ та соціальна підтримка жінок дасть їм можливість досягнути здорове материнство та дитинство.

*Довбуш О.*

### **РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедрой - проф. Зайцев И. А., научный руководитель – доц. Туйнов В. А.*

**Цель исследования.** Показать необходимость проведения семейными врачами мероприятий по профилактике перинатальной инфекции у беременных.

**Материалы и методы.** Изучены результаты 48 консультаций беременных в связи с выявленными у них антитоксоплазмозными IgG-antitoxo.

**Результаты исследования.** Рассмотрим некоторые методы профилактики перинатального инфицирования на примере токсоплазмоза. Считается доказанным, что поражение плода токсоплазмами возможно только при первичном инфицировании женщины во время текущей беременности. Следовательно, наиболее оптимальным вариантом профилактики врожденного токсоплазмоза является гигиеническое образование и подготовка девочек - подростков к возможному зачатию в будущем. В этом возрасте показано исследовать наличие иммунной защиты к токсоплазмам. Обнаружение специфических IgG-antitoxo свидетельствует об имеющемся иммунитете и в последующем, при наступлении беременности, у таких женщин не будет необходимости в дополнительном обследовании, так как они иммунны и угроза поражения плода токсоплазмами исключена.

**Выводы.** Основная задача семейного врача – выявить «серонегативных» девушек. При наступлении беременности они подлежат диспансеризации у семейного врача для наблюдения за течением беременности, своевременного выявления возможной сероконверсии и лечения.

*Загоруйко А.Н., Макаров В.А.*

### **ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедрой – проф. Зайцев И.А., научный руководитель – доц. Чебалина Е.А.*

**Цель работы:** Обобщить особенности современного течения сальмонеллёза у больных проходивших лечение в клинике инфекционных болезней ЦГКБ№1 г.Донецка.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 65 пациентов с сальмонеллезом, находившихся на стационарном лечении в кишечном отделении ЦГКБ№1 г.Донецка в 2011-2012гг. У всех больных диагноз был подтверждён лабораторно: у 65 (100%) – выделением возбудителя из кала, у 21 (32%) из них также позитивными серологическими реакциями. Всем больным проводились рутинные лабораторные исследования, бактериологическое исследование испражнений, серологическое исследование крови, определялся Nt, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

**Результаты.** Возраст больных колебался от 17 до 82 лет, мужчины составили - 24 (37%), женщины - 41 (63%). Заболевание имело тяжёлое течение у 52 (80%), средней тяжести у 11 (17%), лёгкое течение у 2 (3%) больных. Все пациенты были госпитализированы на 1 – 3 сутки заболевания, 24 (37%) из них после безуспешного лечения. Диагноз сальмонеллёз направившим лечебным учреждением установлен лишь у 4 (6,2%) больных. В клинической картине интоксикации не отмечено каких-либо специфических признаков, температура у большинства больных была в пределах 38,0 – 39,0°C и сохранялась на протяжении 2,8±1,6 дней. У 4 (6,2%) больных с тяжёлым течением развились осложнения: у 3 (4,6%) - гиповолемический шок II, III степени, у 1 (1,5%) - смешанный гиповолемический и токсикоинфекционный шок. У 1 (1,5%) пациента заболевание

протекало в генерализованной (септической) форме. Явления гастрита в виде тошноты, рвоты и боли в эпигастриальной области отмечены у 2 (3%) больных. Гастроэнтерит с обильными, водянистыми, жидкими испражнениями и болью в эпигастриальной области наблюдался у 33 (50,7%), а энтерит у 27 (41,5%). Изменения в копроцитограмме в виде наличия лейкоцитов отмечены у 55 (95%) из них. Частота диареи колебалась от 3 до 40 раз в сутки с продолжительностью  $3,5 \pm 1,4$  дня. У 3 (4,6%) больных определялись явления колита: спазмы сигмовидной кишки, тенезмы, ложные позывы, наличие эритроцитов и слизи в копроцитограмме. Лейкоцитоз отмечен у 39 (60%), ускоренная СОЭ у 34 (52,3%) пациентов. ЛИИ превышал норму у 19 (29,2%) больных. Нt был повышен у 11 (17%) обследованных. Большинство пациентов получали этиотропную терапию препаратами группы фторхинолонов - 63 (97%). Патогенетическая терапия назначалась по общепринятой схеме. Клинический эффект наступал на 2-3 сутки лечения, к 6-мудню терапии у всех пациентов (за исключением больного с генерализованной формой – он находился на лечении 18 дней) наступило выздоровление. При повторных бактериологических исследованиях, проведенных у 17 (26%) больных, возбудитель не выделен.

**Выводы.** 1. Диагноз сальмонеллёз на догоспитальном этапе практически не устанавливался. 2. У большинства больных заболевание протекало тяжело, в локализованной форме с преобладанием синдрома энтерита и гастроэнтерита. 3. Колитический синдром встречался редко. 4. У большей части больных имелись воспалительные изменения в крови. ЛИИ был повышен у трети пациентов.

*Калиничева А. В.*

### **ЗАВОЗНАЯ ИНВАЗИРОВАННОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ С НЕЙ СВЯЗАННОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ГЕЛЬМИНТАМИ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ГОРОДА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедры - проф. Зайцев И.А., научный руков. - доц. Доценко Т.М.*

**Цель исследования.** Анализ завозной инвазии и оценка ее роли в инвазированности гельминтами населения крупного города.

**Материалы и методы.** Аналитический обзор литературных данных.

**Результаты.** Пораженность гельминтами большинства стран Юго-Восточной, Юго-Западной Азии, стран Африки до настоящего времени продолжает оставаться высокой, характеризуясь полиморфизмом и сочетанным пребыванием в организме человека одновременно нескольких видов червей-паразитов. Расширение же международных связей, обмен специалистами, широкий приток молодежи из этих регионов не могут не способствовать росту инвазированности населения Украины. Отсутствие должного финансирования паразитологической службы, крайне недостаточная ее оснащенность соответствующим лабораторным оборудованием, создающиеся условия для бесконтрольности этих вопросов – являются результатом дисбаланса между потребностями и возможностями. Это именно те обстоятельства, которые способствуют распространению гельминтов в ситуации их «завоза» при уже огромной скорости роста (140%) инвазированности нашего населения.

**Выводы.** Огромная скорость роста пораженности гельминтами населения Украины не может не быть связана с «завозной инвазией». Это требует должного уровня организации паразитологической службы с достаточным финансированием и оснащением лабораторий, т.е. приведением «потребностей и возможностей» в соответствующий баланс.

*Калиничева А. В.*

### **ОРГАНИЗАЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ ДО ГОДА В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО РЕГИОНА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедры - проф. Зайцев И.А., научный руков. - доц. Доценко Т.М.*

**Цель исследования.** Оценить особенности иммунопрофилактики детей до года в условиях экологически неблагоприятного региона.

**Материалы и методы.** Обобщены и сопоставлены статистические данные литературы и Ф-112, характеризующее здоровье детей до года экологически неблагоприятного региона и проведен анализ состояния организации иммунизации с использованием метода экспертных оценок.

**Результаты исследования.** Охвачены иммунизацией 60% детей до года. Из общего числа не вакцинированных годовалых детей 30% составили отказы родителей. При этом, если I АКДС (3 мес) сделана своевременно практически всем детям (90%), то II и III вакцинации АКДС (4 и 5 мес) выполнены своевременно лишь в 20% случаев. Основная причина этого: медицинские противопоказания и отказы родителей (60%). Из статистически обработанных Ф-112 - 90% детей имели состояния риска разной степени тяжести, связанные с течением беременности и родов, здоровьем матери, а так же с конкретной перинатальной патологией. К исполнению года у 40% годовалых детей из общего числа были уже сочетанные состояния риска, связанные с дефектами ухода и вскармливания.

**Выводы.** Основные причины низкого охвата вакцинацией – это здоровье детей, в основе которого лежит реализация правильного, грамотного вскармливания и ухода за этим контингентом, а также отказы родителей от иммунизации.

*Кацалан Є.С., Винокурова О.М., Могиленець О.І., Соломенник Г.О.*

## **ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ В ЯК ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра інфекційних хвороб, завідувач кафедри і науковий керівник – проф. Козько В.М.*

**Метою** нашої роботи є вивчення можливості прогнозування перебігу захворювання на гострий гепатит В за допомогою обробки лабораторних показників сучасними статистичними методами.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 29 пацієнтів з гепатитом В віком від 18 до 75 років. Хворих розподілили на групи: 1 група складала 24 особи, у яких спостерігався сприятливий перебіг хвороби – одужання. 2 група складала 5 хворих з гострим гепатитом В, у яких спостерігався несприятливий перебіг хвороби. Обробку матеріалу проводили за допомогою програмних пакетів Statistica 6,0. Всі лабораторні показники, які вивчалися, (сулемова проба, тимолова проба, АлАТ, білірубін загальний, білірубін прямий, білірубін не прямий, еритроцити, гемоглобін, кольоровий показник, лейкоцити, еозінофіли, паличкоядерні, сегментоядерні, лімфоцити, моноцити, ШОЕ, протромбіновий індекс, фібрин, фібриноген) були використані у методі дерев рішень (decision trees). Це метод, що дозволяє передбачати притаманність спостережень або об'єктів до того чи іншого класу категоріально залежної змінної в залежності від однієї або декількох предикторних змінних. В даній праці використано принцип роботи і основні особливості алгоритму CART.

**Результати.** Лабораторні показники визначались у день вступу хворого до стаціонару. При визначенні правил класифікації висвітлено було тільки два критерії – рівень загального білірубіну та лейкоцитів – як показало чисельне моделювання, застосування інших вірогідно значущих критеріїв не підвищувало точність прогнозування. Таким чином, виявлено, що вміст в сироватці крові хворих на гострий гепатит В загального білірубіну 312 мкмоль/л та вище й рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові  $12,6 \cdot 10^9$ /л та вище свідчить про можливість розвитку несприятливого перебігу хвороби. Далі був проведений дискримінантний аналіз стосовно виявлених показників. Із нього можна бачити, що всі пацієнти були вірно прогностично інтерпретовані до хворих із сприятливим та несприятливим наслідком хвороби. Із канонічного аналізу можна бачити, що обидва критерії приблизно однаково впливають на точність прогнозування (96,5%).

**Висновки.** Вміст в сироватці крові хворих на гострий гепатит В загального білірубіну 312 мкмоль/л та вище і рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові  $12,6 \cdot 10^9$ /л й більше доцільно враховувати при прогнозуванні несприятливого перебігу хвороби.

*Кравченко І.С.*

## **АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ В ГОРОДЕ ДОНЕЦКЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедрой – проф. Зайцев И.А., научный руководитель – проф. Трунова О.А.*

**Цель исследования:** проанализировать уровень заболеваемости ветряной оспой в г. Донецке за 51 год в динамике.

**Материал и методы:** методом эпидемиологического анализа по данным официальной статистики была изучена заболеваемость населения в городе Донецке с 1954 г. по 2005 г.

**Результаты:** Установлено, что: - показатель заболеваемости ветряной оспой города Донецка превышает этот показатель по Украине на 63 % за период с 1997 по 2007 г. В 1954 г. показатель заболеваемости ветряной оспой составил 502,2 случая на 100 тыс. населения, а в 2005 г. этот же показатель составил 345,7 случая на 100 тыс. населения. За исследуемое время в 1962 году определяется наибольший показатель заболеваемости, составляющий 824,3 случая на 100 тыс. населения, а в 1996 г. отмечается минимальная заболеваемость - 225,5 случая на 100 тыс. населения; - заболеваемость ветряной оспой в Донецке с 2003 года неуклонно снижается: в 2003г. заболеваемость составила 501,68 случая, а в 2006г. – 317,95 случаев на 100 тыс. населения; - детское население болеет ветряной оспой в 13,5 раз чаще, чем взрослые; - исследуя два пятилетних периода 1997-2001гг. и 2002-2006 гг. отмечается рост заболеваемости как среди детского населения, так и среди взрослого. Таким образом, оценивая средние величины заболеваемости, отмечаем следующее: среди детского населения показатель заболеваемости в первый период составил 3201,2 случая, а за второй период он увеличился до 3481,4 случаев; среди взрослого населения отмечалась более яркая динамика: в первый период показатель заболеваемости составил 239 случаев заболевания, а за следующие 5 лет увеличился практически в 2 раза и составил 433 случая. - группу риска составляют дети в возрасте 3-6 лет, доля которых составляет 55% среди всех случаев заболеваний у детей до 14 лет. Также группу риска составляют дети от 7 до 14 лет, которые в раннем возрасте не перенесли данное заболевание; - при анализе показателя сезонности отмечается зимне-весенняя сезонность с максимумом в январе. - анализируя заболеваемость ветряной оспой в динамике, отмечается некоторая периодичность в 3-4 года. В 1986 году отмечается пик заболеваемости, когда число заболевших составило 8893 человека. В 1957 году отмечалось всего 2395 заболевших, что является наименьшим показателем среди всех исследуемых лет. С 1957 до 1986 года отмечается рост заболеваемости, а с 1986 и до 2005 года отмечается постепенное снижение.

**Выводы:** Проанализировав заболеваемость ветряной оспой в г. Донецке в динамике, считаем актуальным

изучение проблемы возможности включения вакцинации против ветряной оспы в украинский Календарь прививок. Данное мероприятие на начальном этапе можно проводить как обязательное среди групп риска. Для полной элиминации ветряной оспы необходимо длительное вакцинирование, высокий процент охвата вакцинацией населения и повсеместное проведение этих мероприятий.

*Лигина Ю.А.*

### **ФАКТОРЫ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ КЕРОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра інфекційних хвороб і епідеміології, завідувач кафедри – проф. Зайцев І.А., науковий керівник – доц. Романенко Т.А.*

**Мета дослідження** – проаналізувати та узагальнити результати досліджень щодо впливу різних факторів на рівень післящепного імунітету.

**Матеріал та методи:** проаналізовано дані 52 вітчизняних та зарубіжних літературних джерел.

**Результати:** створення та збереження надійного рівня імунітету проти вакцинокерованих інфекцій є актуальною проблемою. Узагальнення сучасних даних про широкий спектр чинників, що впливають на ефективність щеплень і формування післящепного імунітету, дало нам змогу виділити чотири групи факторів: 1) вид і якість вакцинного препарату, рівень його імуногенності, адаптованість антигенного складу до властивостей циркулюючих збудників; 2) організація вакцинопрофілактики та порядок використання вакцин, що включають дотримання вимог «холодового ланцюга», необхідної кратності щеплень та інтервалу між ними, способу введення та дози вакцини в організм людини, відбір осіб за станом здоров'я для щеплення, створення необхідного рівня колективного імунітету; 3) стан індивідуальної реактивності організму щепленої особи, що зумовлений функціональним станом імунної системи, наявністю пасивно набутого імунітету у немовлят, якістю харчування, індивідуальними генетичними особливостями, перенесеними інфекційними та неінфекційними хворобами, що негативно впливають на імунну відповідь; 4) вплив навколишнього середовища: техногенне забруднення, іонізуюча радіація, пора року, міграція населення, стреси.

**Висновки:** найбільш негативний вплив на ефективність вакцинопрофілактики чинить техногенне забруднення навколишнього середовища. Велике значення має дотримання «холодового ланцюга», належних інтервалів між щепленнями та вказаного в інструкції шляху введення вакцинного препарату.

*Романенко В.Р.*

### **ГОРМОНОТЕРАПИЯ И ПРИОННЫЕ ИНФЕКЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедрой – проф. И.А.Зайцев, науч. руководитель – доц. Романенко Т.А.*

**Цель исследования:** Изучить проблему ятрогенных прионных инфекций.

**Материал и методы:** Анализ современных литературных источников.

**Результаты:** Гормонотерапия является актуальной проблемой современной медицины. При производстве гормональных препаратов используют органы и ткани животных и людей (щитовидная железа, гипофиз). Препараты, полученные таким образом, несут опасность передачи прионов – белковых инфекционных частиц. К настоящему времени у людей описаны такие прионные болезни: куру, болезнь Крейтцфельда-Якоба, синдром Герстманна-Штреусслера-Шейнкера, смертельная семейная бессонница. Они поражают центральную нервную систему и всегда заканчиваются летально. Болезнь Крейтцфельда-Якоба в 1-5 % случаев развивается как инфекционная в результате типичного внешнего заражения, то есть возникают так называемые ятрогенные случаи, связанные с медицинскими манипуляциями, пересадками от человека к человеку или использованием экстрактов тканевых материалов. Так, из 176 изученных ятрогенных случаев болезни Крейтцфельда-Якоба фактором заражения послужил гормон роста (соматотропин) в 53,4 % (94 случая), гонадотропный гормон – в 2,3 % (4 случая). У остальных больных заражение было связано с использованием твердой мозговой оболочки, роговицы, нейрохирургического инструментария.

**Выводы:** Принимая во внимание высокую степень риска подобного пути заражения, важной задачей на сегодняшний день является проведение широких эпидемиологических исследований прионных инфекций, а также разработка технологий синтетического получения гормонов с целью профилактики заражения прионными инфекциями.

*Романенко А.Р., Талалаенко А.К.*

### **ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии, зав. кафедрой – проф. Зайцев И.А., научный руководитель – доц. Романенко Т.А.*

**Цель исследования** – изучить инфекционные поражения сердца по данным современной отечественной и зарубежной литературы.

**Материал и методы:** проанализированы 29 научных публикаций по изучаемой теме.

**Результаты:** К инфекционным поражениям сердца относятся инфекционный эндокардит (ИЭ), миокар-

дит, перикардит. ІЕ – это тяжелое поражение ткани клапанов и эндотелия. В отсутствие лечения он приводит к смерти, при правильном лечении 5-летняя выживаемость составляет 70 %. Причиной развития около 85 % случаев ІЕ являются стрептококки (*Streptococcus gallolyticus* и др.), стафилококки (*Staphylococcus aureus* и др.), энтерококки (*Enterococcus faecalis* и др.). При ІЕ также выделяются псевдомонады, *Serratia*, *Bacillus cereus*, грибы, микроорганизмы НАСЕК-группы (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*). Миокардит – воспалительное заболевание сердечной мышцы, причиной обычно служит инфекция, чаще вирусная (энтеровирусы Коксаки А и В, ЕСНО, полиомиелита, кори, краснухи, гриппа А и В, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус). Миокардит вызывают хламидии, риккетсии, *Borrelia burgdorferi*. Поражение сердца при СПИДе развивается в 25-50 % случаев по причине саркомы Капоши или оппортунистической инфекции. Часто миокардиту сопутствует перикардит. В большинстве случаев миокардит протекает бессимптомно и заканчивается выздоровлением. Если имеются клинические проявления, то выздоровление наступает только в половине случаев, у остальных развивается дилатационная кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца могут привести к внезапной смерти.

**Вывод:** инфекционные агенты представляют большую опасность для работы сердца и жизни человека.

*Руденко М.И., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Гаврилов А.В.*

### СПОНТАННАЯ КЛЕТОЧНАЯ ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

*Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. Козько В.Н., научный руководитель – доц. Меркулова Н.Ф.*

**Цель исследования** – оценить спонтанную клеточную цитотоксичность (СКЦ) у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 19 больных ХГС (мужчин – 14 (73,7 %), женщин – 5 (26,3 %)). Активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови в среднем составила  $3,94 \pm 0,73$  ммоль/л•ч. Всем пациентам определяли содержание альфа- и гамма-интерферонов (ИФН) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Для изучения СКЦ использовали модифицированный фотометрический метод (Грицюк А.И., 1987). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента и коэффициента корреляции r.

**Результаты.** Содержание альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови у обследованных больных было выше, чем у здоровых доноров:  $60,74 \pm 20,77$  пг/мл ( $p < 0,02$ ) и  $50,0 \pm 11,91$  ( $p < 0,01$ ) пг/мл (в контрольной группе  $6,96 \pm 2,25$  пг/мл и  $10,91 \pm 2,88$  пг/мл соответственно). СКЦ, отражающая функциональную активность естественных клеток-киллеров, составила  $16,01 \pm 1,93\%$ , что было достоверно ниже нормальных значений ( $30,81 \pm 2,65\%$ ,  $p < 0,01$ ). Наблюдалась тенденция к прямой связи между СКЦ и содержанием гамма-ИФН ( $r = 0,419$ ,  $p > 0,05$ ), обратной связи между СКЦ и содержанием альфа-ИФН ( $r = -0,433$ ,  $p > 0,05$ ), а также активностью АлАТ ( $r = -0,429$ ,  $p > 0,05$ ) в сыворотке крови.

**Выводы.** У больных ХГС выявлено значительное снижение СКЦ. Она имела тенденцию к связи с активностью АлАТ, а также содержанием альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови.

*Сохань А.В., Гаврилов А.В., Гужва Н.Ю., Шапаренко О.В.*

### СТРУКТУРА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

*Харківський національний медичний університет  
Кафедра інфекційних хвороб, завідувач кафедри і науковий керівник – проф. Козько В.М.*

**Мета дослідження:** провести аналіз структури захворюваності серед ВІЛ-інфікованих, які знаходилися на лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні ОКІЛ з 2008 по 2012 рік.

**Матеріали та методи.** Дані 340 історій хвороб пацієнтів з ВІЛ(+). Етіологічна розшифровка базувалась на виявленні в лікворі збудника методом ПЛР. Аналіз аутопсійного матеріалу хворих

**Результати дослідження.** За 2008-2012 рік в ОКІЛ перебувало на лікуванні 340 ВІЛ-інфікованих хворих. В 2008 р. – 72 (21%), 2009 - 68 (20%), 2010 - 62 (18%), 2011 - 68 (20%), 2012 - 74 (21%), з них чоловіків 59%, жінок 41%. У 14,71% діагноз ВІЛ-інфекція був поставлений вперше в процесі обстеження в ОКІЛ. Середній вік хворих склав 34,57 років, причому у хворих з 2 стадією ВІЛ - 30,1 років, 3 стадією - 34,7, 4 стадією - 34,5 років. У 35,6% хворих був встановлений діагноз менінгоенцефаліт. В лікворі знайдено ДНК токсоплазми - 24,7%, вірусу Епштейн-Бара - 20,7%, цитомегаловірус - 14,9%, МБТ - 9,9%, вірус простого герпесу - 2,5%. В 27,4% випадках не вдалося визначити етіологію ураження ЦНС. Туберкульоз легень був вперше виявлений у 15,6% хворих. Кандидоз ротоглотки ми спостерігали у 54% хворих, кахексію у 12,1%, пневмонію - 27,7%, хронічний гепатит С - 25,9%, хронічний гепатит В - 7,4%. У 75,3% хворих спостерігалася мікст інфекція двох і більше збудників інфекційних захворювань. Основною причиною летальності стали менінгоенцефаліт різної етіології, туберкульоз легень, пневмонія.

**Висновок.** В ОКІЛ перебували пацієнти переважно з 3-4 стадією ВІЛ-інфекції, мікст-інфекціями і поліорганными ураженнями. У зв'язку з цим ефект від лікування незначний, в більшості випадків вдається досягти лише короткочасного поліпшення стану пацієнта.

# ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКІВ, ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СПРАВИ ТА СУДОВА ФАРМАЦІЯ, ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ ТА ФАРМАКОГНОЗІЯ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ ВИРОБ- НИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

*Бездушняк В.А. Могольницький С.И.*

## **ОСЛАБЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ЭКСАЙТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. Горького*

*Кафедра фармакологии, заведующий – проф. Талалаенко А.Н., научный руководитель – асс. Евдокимов Д.В.*

**Цель исследования.** Установить нейропротективное действие хронического введения антидепрессантов с разным механизмом действия и их механизмы в условиях повреждения мозга N-метил-D-аспаратом.

**Материалы и методы.** Исследовали синаптическую реактивность пирамидных нейронов гиппокампа крыс, ее изменения N-метил-D-аспаратом, механизмы нейрон-повреждающего действия и защитное действие антидепрессантов с разным механизмом действия.

**Результаты исследования.** Воздействие N-метил-D-аспартата в присутствии ко-агониста NMDA-рецепторов глицина на срезы мозга вызывало существенное угнетение синаптической реактивности пирамидных нейронов гиппокампа и II/III слоев теменной коры. Повреждающее действие ослаблялось конкурентным (D-AP5) и неконкурентным (кетамин) блокаторами NMDA-рецепторов, а также блокатором глицин-связывающего сайта NMDA-рецепторов (соединение TCB 24.15), а также ингибитором тирозиновых фосфопротеинфосфатаз – натрия ортованадатом. Хроническое, на протяжении 2-х недель, введение антидепрессантов существенно снижало вызванное N-метил-D-аспаратом угнетение синаптической реактивности исследуемых структур, которое ослаблялось в присутствии ингибитора тирозинкиназы генистеина.

**Выводы.** В основе эксайтотоксического действия N-метил-D-аспартата лежит активация NMDA-рецепторов приводящая к нарушению кальциевого гомеостаза нейронов. Хроническое введение антидепрессантов приводит к росту активности тирозинкиназы и усилению процессов фосфорилирования субстратов в цитоплазме и ядре нейронов, что приводит к снижению функциональной активности нейронных NMDA-рецепторов

*Лысенко А.О., Тохтамышева Э.А.*

## **ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ И РАЗРАБОТКА ИХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРРЕКЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,*

*Зав. кафедрой фармакологии – проф. Талалаенко А.Ю., научный руководитель – асс. Сидорова Ю.В.*

**Цель:** Разработка направлений лекарственной коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений при экспериментальном хроническом воспалении.

**Материалы и методы:** экспериментальное хроническое воспаление моделировали введением под кожу спины крысы 0,5 мл 9% р-ра уксусной кислоты, параллельно с внутрибрюшинным введением декстрана в дозе 200 мг/кг. Интенсивность воспалительного процесса определялась по: увеличению лейкоцитов крови, повышению уровня С-реактивного белка. Исследовали влияние воспаления на уровень депрессивности, тревожности и способность вырабатывать и сохранять навык обучения. В качестве веществ-анализаторов использовали антидепрессанты, неселективный блокатор ЦОГ парацетамол, селективный ингибитор ЦОГ нимесулид, блокатор п/з Ca<sup>2+</sup> каналов верапамил.

**Результаты:** на фоне экспериментального хронического воспаления выявлено возрастание уровня депрессивности животных, которое проявлялось увеличением времени иммобилизации в тесте Porsolt, так же наблюдали увеличение тревожности животных. Хроническое воспаление нарушает процессы формирования и воспроизведения навыков обучения. Данные результаты частично обращались на фоне введения антидепрессантов, ингибиторов циклооксигеназы, но наиболее эффективными оказались блокаторы п/з Ca<sup>2+</sup> каналов.

**Выводы.** Основные фармакотерапевтические средства, использованные нами – ингибиторы ЦОГ – ослабляют только проявления депрессивного, но не тревожного синдрома. Не все группы антидепрессантов ослабляют анксиогенное действие воспаления. Одновременно ослабляют депрессивный и тревожный синдром блокаторы п/з Ca<sup>2+</sup> каналов.

*Натрус Ю.С., Ткачук Д.А., Александрова М.Г., Поповиченко Л.Л.*

## **ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА У ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра фармакологии, зав. кафедрой, проф. А.Н. Талалаенко, научный руководитель – асс. Сидорова Ю.В.*

**Цель:** Оптимизация терапевтических подходов в клинике ЛОР-болезней на основе анализа биоценоза носоглотки.

**Материалы и методы:** Рассмотрены некоторые клинические случаи пациентов с ЛОР-патологией на поликлиническом приеме Университетской клиники.

**Результаты:** У пациентов с выраженной клинической картиной гнойного воспаления выявление в носоглотке представителей нормальной флоры *Staph.epidermidis*, *Strep.mitis I*, *Gemella haemolysans* и т.п. в количестве (КОЕ 10<sup>8</sup>), может быть расценено как этиологический фактор патологического процесса и требует назначения антибиотикотерапии. У пациентов с невыраженной клинической картиной гнойного процесса подобный результата бак. анализа может характеризовать дисбиоз полости и требует назначения пробиотиков. У пациентки с клинической картиной дисбиоза и в анамнезе предыдущими курсами антибиотикотерапии получен результат бак. исследования зева: ассоциация *Enteroc.durans* (КОЕ 10<sup>6</sup>), *Strept.pyogenes* (КОЕ 10<sup>6</sup>), *Sterpt.galloliticus* (КОЕ 10<sup>8</sup>). Несмотря на то, что микроорганизмы *Enteroc.durans* и *Sterpt.galloliticus* считаются нормальной флорой носоглотки, такой микробе биологический пейзаж отражает картину локального иммунодефицита и требует иммуностимулирующей терапии. Роль нормальной или условно-патогенной флоры носоглотки при выявлении в КОЕ выше 10<sup>6</sup>, может определяться как оппортунизация при нарушении биоценоза и также требует определенного терапевтического подхода.

**Вывод:** При интерпретации результатов бак.исследования в клинике необходимо учитывать не только рост патогенной флоры, но рассматривать весь значимый микробиологический пейзаж. Участие микроорганизмов, выявляемых в результате бак.исследования, в механизмах развития патологического процесса определяется врачом-клиницистом при сопоставлении с данными пациента.

*Попов А., Метельский А.*

### **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ТАБАКА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ВНИМАНИЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет г.Минск, Беларусь, Кафедра клинической фармакологии, зав.кафедрой – проф. А.В Хапалюк, научный руководитель – асс. Е.И. Шишко*

**Цель исследования.** Изучение влияния курения табака на способность к концентрации внимания у мужчин в молодом возрасте.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Пациенты были разделены на две группы. В первую исследуемую группу были включены курящие пациенты (n=40), в контрольную – некурящие (n=25). Пациентам проводили психологический тест Струпа. Методика основана на решении различных световых задач, с учетом времени на их выполнение и количеством допущенных ошибок. Тест предназначен для оценки возможности концентрации внимания, а также способности к выделению основного фактора и игнорированию остальных побочных. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета 51ай5йса, версия 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Выявлено, что достоверного различия прироста показателя снижения концентрации внимания в группе курящих и не курящих мужчин нет. Однако отмечается слабая корреляционная зависимость между стажем курения и величиной степени снижения концентрации внимания в сторону увеличения последнего ( $R=0,30$   $p<0,05$ ). Косвенно это говорит о необходимости затрат большего времени на выполнение задания при его усложнении и снижении концентрации внимания при этом у курящих.

**Выводы.** Скорость выполнения цветовых задач у курящих молодых мужчин была меньше при усложнении задания в сравнении с некурящими.

*Тохтамышева Э.А., Лысенко А.О., Омельченко А.Ю.*

### **ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ И ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У КРЫС**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Зав. кафедрой фармакологии – проф. Талалаенко А.Н., научный руководитель – асс. Сидорова Ю.В.*

**Цель.** Исследовать возможные пути коррекции эмоционально-мотивационных нарушений при сахарном диабете.

**Материалы и методы.** Поведенческие, электрофизиологические, фармакологические и статистические.

**Результаты.** Экспериментальный сахарный диабет (ЭСД) моделировали, вводя крысам аллоксан в дозе 125 мг/кг внутривентриально. В исследования брались животные, у которых через 2 недели после введения аллоксана уровень глюкозы повышался до 15 – 30 мМ/л. Возрастал уровень депрессивности животных и наблюдали повышение тревожности животных. В исследованиях на срезах мозга крыс с ЭСД выявлено уменьшение амплитуды НМДА компонента ВПСП пирамидных нейронов гиппокампа и префронтальной коры, а также угнетение экспрессии длительной потенциации, но усиление развития длительной депрессии синаптической передачи. Наблюдаемые поведенческие и нейрохимические изменения характерные для ЭСД, не изменялись при введении крысам препарата инсулина длительного действия. Блокатор потенциалозависимых Ca<sup>2+</sup> каналов – верапамил частично обращал поведенческие и нейрохимические нарушения при ЭСД. Антидепрессанты -имипрамин и флуоксетин, существенно ослабляли поведенческие и нейрохимические нарушения при ЭСД у крыс.

**Выводы.** Эмоционально- мотивационные и нейрохимические нарушения при сахарном диабете у крыс не изменяются при введении животным инсулина, частично ослабляются верапамилем и обращаются антидепрессантами.

*Нальотова О.С., Красний Є.Ю.***ПЕРЕДУМОВИ МОДУЛЮВАННЯ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ І СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЇ СИСТЕМ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ ШЛЯХОМ КОМБІНАЦІЇ АЛІСКІРЕНУ І НЕБІВОЛОЛУ***Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Кафедра загальної практики, сімейної медицини, зав. кафедри і науковий керівник – академік НАМНУ, проф. Гринь В.К.**Кафедра клінічної фармакології, клінічної фармації і фармакотерапії, зав. кафедри – проф. Нальотов С.В.***Мета дослідження** – теоретичне обґрунтування можливості комбінованого застосування при гіпертонічній хворобі (ГХ) інгібітору реніну – аліскірену і бета1-адреноблокатору ( $\beta$ 1-АБ) – небівололу.**Матеріали та методи.** Проведено аналіз літератури з питань медикаментозного лікування ГХ. Також проведено порівняльний аналіз модуляторів симпато-адреналової (САС) і ренін-ангіотензинової (РАС).**Результати дослідження.** Вданий час фармакологічний контроль стану РАС забезпечується трьома групами лікарських засобів (ЛЗ): інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), блокатори ангіотензинових рецепторів 1 типу (БАР) та інгібітори реніну. Тривале вживання ІАПФ і БАР призводить до зниження ефективності антигіпертензивного та органопротективного ефектів. Контроль активності САС, а також РАС може здійснюватися при використанні бета-адреноблокаторів ( $\beta$ -АБ). У цьому плані представляє великий інтерес ефективний  $\beta$ -АБ – небіволол, котрий має виняткову селективність до бета1-адренорецепторів. До теперішнього часу не робилася спроба комбінованого застосування аліскірену та небівололу. У той же час, така комбінація може дати добрий результат у хворих на ГХ при вживанні цих ЛЗ в мінімальних дозах.**Висновки.** Можливість фармакологічного контролю активності САС і РАС при ГХ визначає перспективність комбінованого застосування аліскірену і небівололу.*Нальотова О.С., Красний Є.Ю.***ВІДСУТНІСТЬ ХІМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ АЛІСКІРЕНУ І НЕБІВОЛОЛУ ЯК ОБҐРУНТУВАННЯ ЇХ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ***Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Кафедра загальної практики, сімейної медицини, зав. кафедри і науковий керівник – академік НАМНУ, проф. Гринь В.К.**Кафедра клінічної фармакології, клінічної фармації і фармакотерапії, зав. кафедри – проф. Нальотов С.В.***Мета дослідження** – обґрунтування комбінованого застосування аліскірену і небівололу шляхом кількісної оцінки міцності міжмолекулярної взаємодії компонентів у модельному комплексі аліскірен//небіволол на основі результатів полуемпіричних квантово-хімічних розрахунків.**Матеріали та методи.** Для оцінки можливості хімічних реакцій та міжмолекулярної взаємодії аліскірену і небівололу, а також їх протонуваних форм (катионів), що входять до складу препаратів, був використаний квантово-хімічний підхід – проводилась оцінка енергії внутрішньо- й міжмолекулярних взаємодій вихідних молекул та їх агрегатів (комплексів).**Результати дослідження.** Результати розрахунків свідчать, що взаємодія між досліджуваними молекулами та їх катіонами не приводить до утворення ковалентних хімічних зв'язків, однак міжмолекулярна взаємодія присутня (це в основному електростатична взаємодія між протилежно зарядженими атомами різних молекул, а також ван-дер-ваальсова взаємодія). Така взаємодія приводить до утворення нестійких асоціатів, що при звичайній температурі і в реальних умовах сольватації у водному середовищі легко дисоціюють, даючи вихідні сполуки.**Висновки.** Взаємодія аліскірена і небіволола не приводить до хімічних перетворень з утворенням ковалентних зв'язків, а закінчується утворенням лабільних комплексів, що зв'язані слабкими міжмолекулярними силами (ван-дер-ваальсовими та електростатичними) і легко дисоціюють.*Савенок В.К., Жук О.С.***ПРЕДСТАВНИКИ РОДУ TAGETIS: ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ У ЯКОСТІ СИРОВИНИ ДЛЯ СТВОРЕННЯ ФІТОЗАСОБІВ***Донецький національний медичний університет ім. Горького, Кафедра фармакогнозії, технології ліків і медичної ботаніки, зав. кафедри – к.ф.н. Донченко Н.В., наук. керівник – Таллер О.Ю.***Мета дослідження.** Вивчення якісного складу біологічно активних речовин (БАР) представників роду Tagetis і визначення можливих шляхів використання сировини для створення фітозасобів.**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження була трава чорнобривців (Tagetis sp.) зібрана у серпні-вересні 2012р та висушена на відкритому повітрі в затінку. Макро- та мікроскопічні ознаки сировини визначено загальноприйнятими методами. Якісний склад речовин в сировині визначали якісними реакціями за ДФ XI, Державною Фармакопеею України (ДФУ).**Результати.** В результаті якісного дослідження трави чорнобривців виявлено, що основними групами БАР є каротиноїди, токофероли, кислота аскорбінова, флавоноїди та ефірна олія. Також присутні полісахариди, пектинові речовини, кумарини. Основними флавоноїдами є патулетин та патулетрін, також виявлено рутин, кверцетин, гіперозид, лютеолін-7-глікозид, апігенін. Специфічний запах сировини забезпечує наявність у всіх частинах рослини ефірної олії. Вміст олії коливається в широких межах і становить 0,3-0,8%. Склад



ефірної олії залежить від органу, з якого вона отримана. Так олія листя містить ліналоол (18%), складні ефіри (17,7%), терпінєол (7,8%), оцимен (5%), анетол (1,8%). В складі масла квіток присутні тагетон (17%), оцимен (16%), терпінєол (14%), ліналоол (до 7%).

**Висновки.** Визначено якісний та кількісний вміст флавоноїдів, ефірної олії та деяких вітамінів в сировині представників роду *Tagetis*. Отримані результати свідчать про можливість використання трави чорнобривців для створення фітопрепаратів і необхідність подальших досліджень цих рослин.

*Гусейнов Н.Т., Куткова О.В.*

### **АНТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДУ MORCHELLA В КУЛЬТУРІ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра фармакогнозії, технології ліків та медичної ботаніки, зав. кафедри і науковий керівник – к.фарм.н. Донченко Н.В.*

**Мета дослідження.** Розповсюдження патогенних мікроорганізмів, стійких до антибіотиків, потребує впровадження в медичну практику нових протимікробних лікарських засобів. Метою нашого дослідження є скринінг нових джерел, серед яких можуть бути і представники роду *Morchella*, отримання природних антимікробних препаратів.

**Матеріали та методи.** Антибактеріальну активність міцелію та культурального фільтрату встановлювали для наступних видів: *Morchella elata*, *Morchella esculenta*, *Morchella conica*, *Morchella steppicola*. В якості тест-організмів використовували клінічні ізоляти патогенних культур *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus ruogenes* та *Escherichia coli*. Антимікробну активність екстрактів досліджували методом паперових дисків.

**Результати.** В результаті проведених досліджень визначена незначна антибактеріальна активність всіх екстрактів міцелію та культурального фільтрату лише по відношенню до *S. aureus*. Колонії цієї бактерії утворювали невисоку та нещільну плівку. Діаметр зон пригнічення росту *S. aureus* у всіх варіантах досліду склав 6 мм, який дорівнює діаметру диска. По відношенню до *E. coli* та *S. ruogenes* витяжки з міцелію та культурального фільтрату досліджених видів зморшків антибактеріальної активності не виявили. Колонії цих мікроорганізмів добре розвивалися як навколо дисків, так і під дисками.

**Висновки.** В результаті проведених досліджень встановлена незначна антимікробна активність зморшкочивих грибів. Низькою антибіотичною активністю пояснюються фенологічні особливості розвитку даних видів, швидка контамінація плодівих тіл бактеріями та мікофільними грибами.

*Дмитренко Е.О.*

### **МАЛОИЗУЧЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники, зав.кафедрой – к.фарм.н., доц. Н.В.Донченко, научный руководитель – к.б.н., доц. О.А.Никитина*

**Цель исследования.** Определить дикорастущие и культивируемые растительные объекты Украины, обладающие психотропным действием.

**Материал и методы.** Аналитический обзор литературных данных. Обзор ассортимента флористических магазинов и конспектов флоры дикорастущих растений Украины.

**Результаты исследования.** Легкая доступность информации в современных условиях способствуют использованию ее не только в узко-профессиональных целях, но и для поиска и использования новых «нетрадиционных» наркотиков. Зачастую этому способствует и недостаточная информированность правоохранительных органов в отношении природных объектов. Расширение рынка декоративных оранжерейных растений, так же ведет к распространению ранее не используемых объектов, которые имеют галлюциногенные свойства. Среди них *Tabernanthe iboga*, *Lophophora williamsii*, *Trichocereus pachahoi*, виды рода *Brugmansia*. Эти растения неприхотливы в выращивании и распространены в частных коллекциях. Малоизученными являются синантропные виды, среди которых есть и адвентивные, которые интенсивно распространяются по территории Украины, к ним относятся *Grindelia squarrosa*, *Peganum garmala*, луговые злаки рода *Phalaris*, и аборигенные, такие как *Chaerophyllum temulum*, виды рода *Huoscymus*. Подобные виды – наиболее доступный источник наркотиков.

**Выводы.** Все вышесказанное свидетельствует о необходимости анализа растительных объектов произрастающих и используемых с разной целью на территории Украины для формирования правовых основ их использования.

*Кор-Оглы М.Т.*

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники зав.кафедрой – к.фарм.н., доц. Н.В.Донченко, научный руководитель – к.б.н., доц. О.А.Никитина*

**Цель исследования.** Провести анализ препаратов растительного происхождения, которые используются при экзогенных отравлениях.

**Материал и методы.** Аналитический обзор литературных данных. Обзор ассортимента аптек.

**Результаты исследования.** Международная статистика показывает, что «токсическая ситуация», сложившаяся в настоящее время в экономически развитых странах, сопровождается неуклонным увеличением общего числа острых и хронических отравлений. С ними человеческий организм и его гены никогда раньше не сталкивались. Детоксиканты лекарственных растений являются наиболее рациональным способом, как для лечения, так и для профилактики экзогенных отравлений. В настоящее время широко используются энтеросорбенты на основе водорослей *Laminaria spp.* - препараты «Ламинарид», «Альгогель», «Альгисорб». Эффективным растительным антиоксидантом является препарат «Полифитол - 1». Это комплексный препарат, в состав которого входит трава полыни горькой, кукурузные рыльца, кора дуба, листья мяты перечной, цветки бессмертника песчаного, корень одуванчика лекарственного, трава зверобоя. На основе грибного хитина получены препараты «Хитодез» и «Фитохитодез» (с сухими экстрактами сборов лекарственных растений), «Микотон», которые обладают высокими антиоксидантными и дезинтоксикационными свойствами.

**Выводы.** При использовании какого-либо фитосредства происходит общая детоксикация организма, использование лекарственных растений в этой связи представляется перспективным.

*Кривов'яз О. В., Томашевська Ю. О.*

### **ДОПОМІЖНІ РЕЧОВИНИ В ТЕХНОЛОГІЇ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ**

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,  
кафедра фармації, зав. кафедри і науковий керівник – доцент Бобрук В.П.*

**Мета дослідження.** Вивчення видів екстемпоральних стоматологічних лікарських форм, а також асортименту допоміжних речовин, які можуть застосовуватись в технології зубних порошків та паст.

**Матеріал та методи.** З метою визначення основних груп допоміжних речовин, перспективних для застосування в технології екстемпоральних лікарських форм було проведено аналіз номенклатури та складу стоматологічних засобів, наявних на вітчизняному та іноземному фармацевтичному ринку.

**Результати.** В стоматологічній практиці з метою профілактики запальних захворювань пародонту використовують, переважно, зубні порошки і пасти. Ці засоби можуть бути виготовлені в умовах аптеки з додаванням різних лікарських та допоміжних речовин при врахуванні індивідуальних особливостей пацієнта. Серед допоміжних речовин виділяють абразивні (полірувальні) інгредієнти, детергенти та піноутворювачі, зволожувачі, сполучні речовини, ароматизатори, підсолоджувачі тощо

**Висновки.** Вивчений асортимент та призначення допоміжних речовин дає підґрунтя для подальшої розробки складів прописів екстемпоральних стоматологічних лікарських форм.

*Мельник Н.П., Давиденко Д.О.*

### **ИЗУЧЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИСТА PHLOMIS PUNGENS WILLD**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
кафедра фармакогнозии, технологи лекарств и медицинской ботаники*

*зав. каф. - к.ф.н., доц. Донченко Н.В., научный руководитель – старший преподаватель Дьяченко И.В.*

**Цель исследования** – изучение анатомических особенностей листа зопника колючего *Phlomis pungens* (сем. Lamiaceae).

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели использовали лекарственное сырье зопника колючего, собранное во время цветения в августе 2012 г. в Донецкой области. Для определения микроскопических характеристик анатомический анализ проводили общепринятыми методами.

**Результаты исследования.** При изучении микропрепаратов с поверхности листа были выявлены следующие особенности верхней и нижней эпидермы. Цитологический состав верхнего эпидермиса включает паренхимные клетки с извилистыми стенками, кроющие простые волоски и многоклеточные волоски, имеющие звездчатую структуру, составленную из немногочисленных длинных лучей. Структура железистых волосков включает одноклеточную ножку и двуклеточную головку. Верхняя эпидерма опущена слабо. Устьица на верхней стороне отсутствуют. Нижняя эпидерма включает более мелкие основные клетки с сильно извилистыми стенками, многоклеточные кроющие волоски из 7-8 длинных клеток звездчатой формы. Опущение отсутствует. В нижнем эпидермисе обнаружены многочисленные устьица диацитного типа.

**Выводы:** изучено и выявлены диагностические признаки листа *Phlomis pungens*, а именно: тип волосков, форма клеток эпидермиса, наличие опущения и тип устьичного аппарата. Необходимо исследовать данное сырье на содержание биологически активных веществ с целью использования для создания новых фитопрепаратов.

*Наумова А.І., Дяченко І.В.*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ БАР ПОРТУЛАКА ГОРОДНЬОГО**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра фармакогнозии, технологии ліків та медичної ботаніки, зав. кафедри і науковий керівник – к.ф.н., доц. Донченко Н.В.*

**Мета дослідження.** Дослідження біологічно активних речовин (БАР) та перспектив використання трави

портулака городнього (*Portulaca oleracea*) родини *Portulacaceae* для створення ефективних фітопрепаратів.

**Матеріали та методи.** Для встановлення складу біологічно активних речовин використовували траву поре тулака городнього, зібрану під час цвітіння у липні 2012 р. у м. Донецьку та висушену на відкритому повітрі в затінку. Якісний склад речовин визначали загально – прийнятими методами досліджень – якісними реакціями, паперовою та тонкошаровою хроматографією ДФ Х1, та Державною Фармакопеею України (ДФУ).

**Результати.** В результаті якісного дослідження складу трави портулака городнього було виявлено органічні кислоти, сапоніни, кумаріни, прості феноли, вітаміни та алкалоїди. Проведе кількісне дослідження на вміст вітамінів свідчить про наявність аскорбінової кислоти у розмірі 0,13%. Визначення хімічної природи сапонінів свідчить про наявність сапонінів тритерпенової природи. По показнику пінного числа досліджувану сировину можна віднести до групи зі середнім показником пінності.

**Висновки.** Встановлен якісний склад лікарських речовин та кількісний вміст аскорбінової кислоти у сировині *Portulaca oleracea*. Необхідно провести більш повні дослідження кількісного вмісту сировини, виділити та очистити біологічно активні комплекси для створення на їх основі нових лікарських засобів. Отримані результати свідчать про перспективність використання трави портулака городнього в якості лікарської рослинної сировини для створення протизапальних, антибактеріальних, репаративних та діуретичних засобів.

*Лукьянчикова Е.Н., Белицкая Е.И.*

## **РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА ЖИДКОГО ДЕЗОДОРАНТА ДЛЯ ТЕЛА**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники,  
зав. кафедры и научный руководитель – к. фарм.н., доц. Донченко Н.В.*

**Цель исследования.** Разработка оптимальной рецептуры жидкого дезодоранта для тела с использованием ароматных вод.

**Материал и методы.** С целью разработки состава жидкого дезодоранта для тела были проанализированы современные данные литературы о свойствах ароматных вод, гидролатов, эфирных масел, технологии изготовления жидких дезодорантов и комбинирования различных компонентов для производства парфюмерно-косметических растворов для наружного применения.

**Результат.** В современной практике применение фармацевтических вод постепенно сокращается, при этом использование их в производстве косметических средств достаточно перспективно. В ходе исследования была разработана оптимальная рецептура жидкого дезодоранта для тела. Дезодорирующий, антиперспирантный и антибактериальный эффект обусловлен входящими в состав компонентами. Так, гидролат розы и розмарина оказывают дезодорирующее и антибактериальное действие. Квасцы и малавит обеспечивают подсушивание, при этом не закупоривают поры. Витамин Е используется в качестве консерванта-антиоксиданта. Эфирные масла жасмина и апельсина оказывают дезодорирующие, антибактериальное, успокаивающее действие, снимают раздражение кожи.

**Выводы.** Разработан оптимальный состав дезодоранта для тела, который эффективно уменьшает потоотделение, благодаря входящим в состав эфирным маслам, предотвращает появление бактерий, вызывающих неприятный запах, при этом не закупоривает поры.

*Лукьянчикова Е.Н., Белицкая Е.И.*

## **АРОМАТНЫЕ ВОДЫ В ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ, ИХ ПОЛУЧЕНИЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники,  
зав. кафедры, научный руководитель – к. фарм.н. Донченко Н.В.*

**Цель исследования.** Определить роль ароматных вод в лекарственных препаратах и исследовать перспективы использования их в производстве лекарственных и косметических средств.

**Материал и методы.** Данные литературы.

**Результат.** В современной практике применение фармацевтических вод постепенно сокращается, причем многие из них отнесены к растворам, спиртам и другим жидкостям. Наибольшую группу среди фармацевтических вод занимают так называемые ароматные воды. Ароматные воды представляют собой слабоконцентрированные растворы эфирных масел в воде. Это прозрачные или слабоопалесцирующие жидкости, обладающие запахом растворенного вещества. За редким исключением (укропная и горькоминдальная вода), они не имеют самостоятельного лекарственного назначения и применяются как корригирующие средства (для исправления запаха).

**Выводы.** Наиболее широко ароматные воды применяют в косметологии и дерматологии. Такие воды хорошо очищают и тонизируют кожу, позволяют избежать образования грубых шрамов и келлоидов, обладают антисептическими свойствами и проявляют активность по отношению к стафилококковой и стрептококковой инфекциям, при заболеваниях опорно-двигательной, мочеполовой систем, для очистки кожи при угревой и гнойничковой сыпи, нейродермитах и мокнущих экземах.

*Шевченко А.С., Оболенская Н.А.***РАЗРАБОТКА КОСМЕТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА С АНТИВОЗРАСТНЫМ ЭФФЕКТОМ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники  
Зав. кафедрой, научный руководитель - к. фарм. н., доц. Н.В. Донченко*

**Цель исследования:** Разработать оптимальную рецептуру антивозрастного крема с использованием натуральных консервантов, обладающих антивозрастным и антиоксидантным действием.

**Материал и методы:** Для осуществления данного исследования был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по растительным экстрактам, эфирным маслам, веществам животного происхождения и технологиям изготовления косметических кремов.

**Результаты исследования:** При изучении литературы было установлено, что в борьбе со старением кожи эффективным является введение в косметику биологических катализаторов и биологически активных веществ. В ходе работы установлено, что вещества натурального происхождения могут оказывать не только положительный эффект на состояние кожи, но и выступать в качестве натуральных консервантов и антиоксидантов, тем самым продлевая срок хранения косметических средств. Так, масло жожоба при введении его в состав крема до 25% оказывает консервирующий эффект. Витамины А и Е препятствуют окислению продукта под воздействием воздуха. Экстракт грейпфрутовых косточек обладает антибактериальным действием. Пчелиный воск - является и консервантом, и эмульгатором в количестве до 5% в креме. Воск способен сохранять качества крема в течение долгого времени. Малавит является натуральным ауропатическим средством, обладающим выраженным антисептическим, противовоспалительным и анальгезирующим действием.

**Вывод.** Разработан оптимальный состав антивозрастного крема. Данный состав может быть рекомендован как эффективное средство для борьбы с возрастными изменениями кожи.

*Лукьянчикова Е.Н., Хохлова М.В.***АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРОДУКЦИИ  
ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В АПТЕКЕ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники  
Зав. кафедрой, научный руководитель - к. фарм. н., доц. Н.В. Донченко*

**Цель исследования:** Проанализировать современное состояние рынка лечебно-косметических средств в аптеках Украины.

**Материал и методы:** Данные литературы.

**Результаты исследования:** При анализе литературных данных было установлено, что среди парафарматцевтических товаров Украины большую часть составляют косметические средства для кожи, в том числе и косметические дерматологические средства. Наиболее широкий ассортимент лечебно-косметических средств в аптеках предлагают такие компании как Vichy, Uriage, Klorane, Avene, Galenic, Elancil, Laboratoire Bioderma, Ducray, A - Derma, La Roche - Posay, Phyto, Lierac. Отечественные потребители, что следует из ассортимента аптечных учреждений, отдают предпочтение маркам производителей, выпускающим продукцию на основе природных компонентов, осуществляющих производство и контроль ее качества на высоком уровне. Среди производимых лечебно-косметических средств традиционно преобладают кремы, лосьоны, эмульсии, мицеллярные растворы. Присутствие в продукции природных веществ (оливкового масла, растительных экстрактов) и отсутствие консервантов также очень важно. В связи с этим достойное место на рынке косметических продуктов занял отечественный производитель «Биокон», который использует в составе косметических средств экстракт пиявок.

**Выводы.** Анализ показал, что успеху выведения новых брендов на рынок способствует включение в косметическую рецептуру компонентов на основе природного сырья. Поиск новых природных компонентов для создания новых косметических продуктов продолжается.

*Адонкина В.Ю.***ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ГРУППЫ ГЕПАРИНА, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ***Национальный фармацевтический университет г. Харьков  
Кафедра фармакоэкономики, зав. кафедрой – д. фарм. н., проф. Яковлева Л.В.,  
научный руководитель – д. фарм. н., проф. Мищенко О.Я.*

**Цель исследования.** Оценить экономическую доступность антитромботических препаратов группы гепарина.

**Материал и методы.** Данные справочно-поисковой системы «Лекарственные средства» компании Морион. Расчет коэффициента доступности антикоагулянтной терапии проводили несколькими способами:  $K_{д1} = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Средняя заработная плата}) \times 100$ ;  $K_{д2} = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Прожиточный минимум}) \times 100$ .

**Результаты исследования.** При анализе оптовых цен было обнаружено, что стоимость антитромботических

препаратов группы гепарина сильно варьирует (от 53 грн. до 900 грн. за упаковку). Наиболее высокую стоимость имели упаковки клексана (раствор для инъекций 8000 анти-Ха МЕ/0,8мл шприц-доза №10; 902,21грн.) и фрагмина (10000 МЕ/мл амп. 1 мл №10; 807,52 грн.), наименьшую стоимость упаковки имели препараты фраксипарина (2850 МЕ анти-Ха шприц 0,3 мл №2; 58,37 грн.) и гизенде (5000 МЕ/мл фл. 5 мл №10; 80,71 грн.). Коэффициенты доступности применения антитромботических препаратов группы гепарина составляют: для эноксапарина натрия ( $K_{д1} = 0,20$ ;  $K_{д2} = 0,03$ ); гепарина натрия ( $K_{д1} = 0,05$ ;  $K_{д2} = 0,01$ ); надропарина кальция ( $K_{д1} = 0,13$ ;  $K_{д2} = 0,02$ ); дальтепарина натрия ( $K_{д1} = 0,30$ ;  $K_{д2} = 0,05$ ); натрия пентозана полисульфата ( $K_{д1} = 0,08$ ;  $K_{д2} = 0,01$ ); сулодексида ( $K_{д1} = 0,20$ ;  $K_{д2} = 0,03$ ); бемипарина натрия ( $K_{д1} = 0,17$ ;  $K_{д2} = 0,03$ ).

**Выводы.** Наиболее доступными антитромботическими препаратами группы гепарина являются: гепарин натрий и натрия пентозана полисульфат.

*Головчак Н. Н.*

### **ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА ПРЕДПРИЯТИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой – д. фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – преп. Хмелева М. А.*

**Цель исследования:** Изучить вопросы ценовой политики аптечных предприятий, рассмотреть аспекты государственного регулирования цен, а также провести мониторинг цен на дерматологические препараты в различных аптечных предприятиях.

**Материал и методы:** Анализ ценовой политики аптечных сетей Арника, Хорошая, Здравица и Сарепта.

**Результаты:** Для исследования было выбрано пять препаратов с действующим веществом клотримазол в лекарственной форме мазь наружная различных производителей. Было установлено, что, например, крем 20г Клотримазол, производства Glaxo Smith Kline стоит в аптеке «Хорошая» 8.50 грн, в аптеке «Здравица» 8.20грн, в аптеке «Арника» 7.95грн, в аптеке «Сарепта» 8.30грн.

**Выводы:** После анализа сведенных данных о ценовой политике выбранных в работе аптечных сетей было установлено, что наиболее высокие цены оказались в сетях аптек «Здравица» и «Сарепта», а в сетях «Арника» и «Хорошая» цены на более низком уровне.

*Гончарова Л.А.*

### **АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой – д. фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – преп. Хмелёва М.А.*

**Цель исследования:** Изучение научных основ анализа ассортиментной политики и оценка ассортимента продукции на внутрифирменном уровне, обобщение опыта и анализ ассортиментной политики.

**Материал и методы:** Анализ ассортимента аптеки «Хорошая» № 14 г. Макеевки, согласно приходным накладным.

**Результаты:** Ассортиментная политика – одно из самых главных направлений деятельности маркетингового отдела каждого предприятия. Для проведения исследований была выбрана аптека «Хорошая» № 14 г. Макеевки. Анализ ассортиментной политики данной аптеки был проведён по таким показателям, как: ширина и полнота ассортимента. Было установлено, что ширина ассортимента аптеки ( $K_{ш}$ ) равна 88,9%. Полноту ассортимента анализировали по наиболее ходовым группам лекарственных препаратов, а именно препараты для лечения заболеваний горла, ЖКТ, гриппа и простуды, сердечнососудистых заболеваний, для диабетического питания, для косметики ROC. Для первой группы препаратов полнота составила 71,8%, для второй – 76,3%, для третьей – 51,7%, для четвёртой – 71,8%, для пятой – 28,6%, для шестой – 32,8%.

**Выводы:** После проведения исследований можно сказать, что аптека «Хорошая» № 14 имеет широкий ассортимент лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Ассортиментная политика аптеки оптимальная.

*Дудикова Е. П.*

### **УПРАВЛЕНИЕ ТРУДОВЫМИ РЕСУРСАМИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой - д. фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – Новицкая Ю.Е.*

**Цель исследования.** Проанализировать управление трудовыми ресурсами и персоналом организации.

**Материалы и методы.** Анализ трудовых ресурсов аптеки «Н» города Донецка.

**Результаты.** Руководитель аптеки «Н» характеризуется демократическим стилем руководства. Он полностью доверяет подчиненным, привлекает их к участию в работе по определению целей организации и контролю за их достижением. В аптеке «Н» используют следующие виды кадровой ротации: ротация как обновление состава подразделения, команды; функциональная горизонтальная ротация; системная горизонтальная ротация; вертикальная ротация «вверх» и «вниз»; ротация как замещение. Таким образом,

снижається ризик невыполнення яких-либo задач, можна повисити взаємозамінюваність персонала і знизити ризик задержки виконання робoт, вирішується задача підготовки спеціаліста кo участю в руководстві проєктом или направленням бізнеса, вирішується задача підготовки сотрудирика кo продвигненню по служебної лeстницe. А такжe это спoсoбствує естeствeннoї текучeстi кадрoв. В даннoї аптeкe значeннe кoєффіцієнтa текучeстi кадрoв 3-5%. Она зв'язана, в основнoм, с тем, щo кaкaя-тo частa работників ушла на пенсію, или увoлилась в зв'язі со смeнoї мeстa житeльствa. Такoї показатeль не вызиває бeспoкoйствa у руководства прeдпріяття и eгo кадрoвoї службi.

**Вивoд.** В результатe бoлo виявлeнo, щo в даннoм учрeждeннi дeмoкратичeскіи стиль руководства, щo пoзвoляєть пoвнoцєннo зрeшувати управлєннє персоналом, вeсти налажєннє систeму прoизвoдствa труда.

*Жаркoвa С.А. Ермачeнкo Д. И.*

### **АНАЛІЗ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕННЯ РАЗВИТИХ СТРАН МИРА**

*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой и научный руководитель – д. фарм. н., проф. Немченко А.С.*

**Цель исследования.** Рассмотреть и проанализировать систему здравоохранения развитых стран мира.

**Материалы и методы:** изучения специализированной научной литературы и статей

**Результаты исследования.** При анализе количества денежных средств, потраченных государством на гражданина своей страны, установлено, что европейские страны в среднем на одного гражданина тратят порядка 15-17 тыс. \$, Япония – порядка 10-11 тыс. \$., страны СНГ (Россия, Украина) – порядка 2-3 тыс. \$. Для европейских стран (Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария), некоторых государств латинской Америки, Японии и др. характерна страховая система здравоохранения. Повышенный интерес вызывают германская, канадская, английская и французская системы из-за высокого качества медицинского обслуживания на фоне сдерживания роста цен на медицинские услуги. При рассмотрении японской системы здравоохранения было установлено, что разные группы населения, независимо от уровня доходов, имеют одинаковую возможность получать медицинскую помощь, врачи не только выписывают лекарства, но и обеспечивают ими пациентов, поэтому Япония занимает первое место в мире по потреблению медикаментов на душу населения. Для Германии и Франции характерна система здравоохранения, в которой участвуют 90% населения, государственной системе отводится 2%, частной – 8%. Швеция же представляет собой конкретный пример попытки обеспечить равные возможности для всех как в создании здорового образа жизни, так и в доступности медицинских услуг.

**Вивoд.** При анализe бeли видєлєнє пoлoжитєльнє и oтрицатєльнє стoрoнє систeм здрaвooхрaнєннє рaзвигєтєх стрaн мiрa.

*Жилєєв С.О. \*, Савєнкo Г.Ю. \*\*, Шєнгoф П.О. \*\**

### **ВИВЧЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ЦЕРЕБРОПРОЕКТОРНОЇ ДІЇ КОРВІТИНУ ТА ЛІПОФЛАВНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ІЗОЛЬОВАНІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ ТЯЖКОГО СТУПЕННЯ У ЩУРІВ**

*\* Національний фармацевтичний університет м. Харків,*

*\*\* Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, кафедра фармакології Національного фармацевтичного університету, завідувач кафедри та науковий керівник – проф., д. мед. н., Штриголь С.Ю.*

**Мета дослідження:** вивчити вплив препаратів кверцетину: водорозчинної форми – корвітину та ліпосомальної – ліпофлавану на енергетичний обмін, пероксидне окиснення ліпидів, активність антиоксидних ферментів та рівень ендотоксикозу за умов експериментальної черепно-мозкової травми тяжкого ступеня у щурів.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано на 70 самцях щурів, масою 180-220 гр. ЧМТ моделювали під легким ефірним наркозом шляхом дозованого удару по тім'яно-потиличній ділянці склепіння черепа вантажем масою 0,0667 кг з енергією 0,425 Дж. Препарати вводили внутрішньоочеревинно за 30 хв. до травмування. Група №1 – інтактних щурів (ІК) лише піддавали ефірному наркозу, №2 – тварини з модельною патологією (МП) вводили 0,9% розчин NaCl в об'ємі 2 мл. Щурам групи №3 вводили пірацетам (референс-препарат) у дозі 200 мг/кг, тваринам груп №4 та №5 – корвітин та ліпофлаван у дозах відповідно 100 мг/кг та 370 мг/кг (10 мг/кг за кверцетином), щурам груп №6 та №7 – корвітин та ліпофлаван у дозах відповідно 150 мг/кг і 555 мг/кг (15 мг/кг за кверцетином). Через добу після травми під тіопенталовим наркозом брали кров: артеріальну з каротидного синусу та венoзну з сагітального синусу шляхом пункції для визначення вмісту глюкози. Вилучали головний мозок, у гомогенаті якого визначали вміст молочної кислоти, піровиноградної кислоти, адєнзинтрифосфoрнoї кислoтi (АТФ), дієнoвих кoн'югaт (ДК), ТБК-рeактaнтiв, активність супероксиддисмутaзи (СОД), кaтaлaзи. У вєнoзнoї крoвi визначали вміст молекул середньої маси (МСМ): 238 нм, 256 нм, 260 нм, 280 нм.

**Результати.** У щурів групи МП в артеріальній крові вміст глюкози зростав на 17,9% ( $p < 0,05$  з ІК), у вєнoзнiй крoвi нa 12,9% ( $p < 0,05$  з ІК). У групі пірацетаму концентрація глюкози в артеріальній і вєнoзнiй крoвi нє вiдрiзнєлaся вiд МП. На тлі обoх доз квєрцєтину та лiпoфлaвoну (370 мг/кг) рiвєнь глyкoзи в артеріальній

та венозній крові не досягав значущих відмінностей з ІК та був нижче, ніж у тварин груп МП ( $p < 0,05$ ) і пірацетаму ( $p < 0,05$ ). У групі МП вміст лактату зріс у середньому на 19%, а вміст пірувату зменшився на 25,6% ( $p < 0,05$  з ІК), а рівень АТФ знизився на 19,1% ( $p < 0,05$  з ІК). Пірацетам нормалізував вміст молочної кислоти та рівень АТФ у головному мозку травмованих тварин. На тлі корвітину (100 мг/кг) зафіксовано збільшення рівня АТФ на 51,7% відносно ІК ( $p < 0,05$ ) та на 87,5% відносно МП ( $p < 0,05$ ). Корвітин у дозі 150 мг/кг сприяв зросту АТФ на 64,8% ( $p < 0,05$  з ІК) та на 103,7% відносно групи МП ( $p < 0,05$ ). Ліпофлавіон в обох дозах збільшував вміст молочної кислоти у мозку (на 29,1% і 8,5% відповідно відносно ІК ( $p > 0,05$ ) та МП ( $p > 0,05$ ), та піровиноградної кислоти на 11,1-22,2% проти ІК ( $p > 0,05$ ) та на 49,3-64,2% відносно МП ( $p < 0,001$ ). Зріст ДК було макимальним у групі МП і становило 186,2% відносно ІК ( $p < 0,05$ ). У групі пірацетаму підвищення рівня ДК становило 68,9% відносно ІК ( $p < 0,05$ ). В усіх групах, що отримували кверцетин рівень ДК був вірогідно нижче ніж у МП та пірацетаму. Збільшення рівня ТБК-реактивів було зафіксовано серед усіх груп тварин з ЧМТ. У групі МП активність СОД знизилась на 13,9% відносно ІК, пірацетам сприяв збереженню активності цього ферменту. Найбільше стимулювання СОД спотерігалось у групах ліпофлавіону (370 мг/кг) та кверцетину (150 мг/кг) і становило 93,8% та 73,7% відповідно відносно МП ( $p < 0,05$ ). У всіх групах, що отримували кверцетин відмічено зниження активності каталази, за винятком корвітину (150 мг/кг) де активність цього ферменту бала на рівня ІК. Найменша різниця за рівнем МСМ 238 нм було зафіксовано у обох групах ліпофлавіону з МП ( $p < 0,05$ ) та пірацетаму ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Препарати кверцетину (корвітину та ліпофлавіону) реалізують церебропротективну дію за умов експериментальної ЧМТ у щурів завдяки нормалізації енергетичного обміну, стимулюванню та збереженню активності ферментів антиоксидного ланцюга, попередження утворення продуктів ПОЛ та зниження ендотоксикозу.

*Забелина Т.В.*

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав.кафедрой – д. фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель - преп. Хмельова М.А.*

**Цель исследования.** Провести анализ современной экстемпоральной рецептуры жидких лекарственных форм. Изучить глубину ассортимента и динамику его изменения.

**Материалы и методы.** Анализ специализированной литературы и прописей украинских аптек.

**Результаты.** Большую долю экстемпоральных препаратов занимают жидкие лекарственные формы (ЖЛФ). Благодаря своим достоинствам жидкие лекарства и в будущем имеют большие перспективы при создании новых лекарственных препаратов, поэтому изучение данной темы весьма целесообразно. Прописи жидких лекарственных форм занимают лидирующие позиции — 88,6 %, 3,0 % — твердые лекарственные формы, 8,4 % — мягкие лекарственные формы. Ассортимент ЖЛФ может значительно отличаться. В розничных аптеках преобладает изготовления жидких лекарственных средств для наружного применения, в больничных аптеках — растворов для инъекций и жидких лекарственных средств для наружного применения. 65,56 % жидких лекарственных форм составляют прописи растворов для внутреннего и наружного применения, 24 % детские микстуры, 5,39 % глазные капли, 4,97 % суспензии.

**Выводы.** Экстемпоральная рецептура жидких лекарственных форм является достаточно разнообразной. Учитывая то что, использование экстемпоральных препаратов обеспечивает индивидуальный подход и комплексность терапии сохранение экстемпорального изготовления ЛС — является важной задачей фармации.

*Капелька Е.Г., Царёва Е.А.*

## **АНАЛИЗ ФИРМ – ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В АПТЕКЕ «Х»**

*Донецкий Национальный медицинский университет им.М.Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав.кафедрой – д. фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель - преп. Хмельова М.А.*

**Цель исследования:** анализ ассортимента и производителей дерматологических лекарственных средств.

**Материал и методы:** анализ ассортимента дерматологических лекарственных средств, разрешенных к отпуску в Украине и представленных в Аптеке «Х».

**Результаты:** перечень лекарственных препаратов, отпускающихся без рецепта из аптечных учреждений состоит из 650 наименований, из них примерно 117 - дерматологические. Фармацевтический рынок представлен такими странами-производителями: Ирландия, Испания, Украина, Польша, Индия, Иордания, Италия, Словения. Наибольший ассортимент дерматологических препаратов, представленных в аптеке «Х» производят заводы Украины и Индии. Противогрибковые препараты занимают 1,49% всего ассортимента, препараты со смягчающим и защитным действием - 2,92%, средства для лечения ран и язвенных поражений — 1,12%, противозудные и местноанестезирующие — 2,17%, антипсориазные — 1,18%, содержащие антибиотики — 0,12%, кортикостероиды — 0,37%, антисептические и дезинфицирующие — 4,84%, для лечения акне — 1,6%, прочие — 2,05%.

**Выводы:** на фармацевтическом рынке Украины представлен широкий спектр ассортимента дерматологи-

ческих лекарственных средств. В аптеке «Х» наибольшее количество антисептических и дезинфицирующих, а наименьшее – лекарственных средств, содержащих антибиотики. Наибольший ассортимент препаратов представлен заводами-производителями из Украины и Индии.

*Кучук Т.В.*

### **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА КОМПЛАЄНТНОСТІ ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Кафедра управління та економіки фармації, зав. кафедри – д.фарм.н., доц. Хоменко В.М., наук.кер. – викладач кафедри управління та економіки Жиляев С. О.*

**Мета дослідження.** Оцінити комплаєнтність хворих із захворюваннями серцево-судинної системи за результатами аналізу.

**Матеріали і методи.** Збір інформації щодо причин не комплаєнтності здійснювали методом анкетування, серед хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та ішемічну хворобу серця (ІХС), за допомогою оригінальної анкети на базі кардіологічного відділення ДОКТМО. Оцінку рівня комплаєнтності проводили методом Моріскі-Гріна, статистичну обробку результатів проводили у редакторі Excel.

**Результати дослідження.** Було обстежено 50 хворих на АГ та ІХС, середній вік опитуваних склав  $55 \pm 6,1$  років (33-83 років), серед яких жінки склали – 60%, чоловіки – 40%. Середня вартість лікування склала  $280,9 \pm 29,02$  гривень. В ході дослідження було встановлено, що 74% хворих виявилися не комплаєнтними, з них 64% хворих вважають високу вартість ліків однією з головних причин їх низької доступності – що є провідною причиною не комплаєнтності. Також був виявлено, що чим вища вартість лікування, тим нижчий рівень дотриманості комплаєнтності хворими.

**Висновки.** Більшість хворих змушені купувати ліки за власні кошти навіть в умовах стаціонарного лікування, тому комплаєнтність пацієнтів залишається низькою. Висока вартість лікування відіграє провідну роль у дотриманні комплаєнсу внаслідок обмеженого бюджетного фінансування.

*Макарова Д. В.*

### **УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ В ОРГАНИЗАЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой – д.фарм.н., доц. Хоменко В.Н., науч. руководитель - преп. Жаркова С.А.*

**Цель исследования:** провести анализ конфликтных ситуаций в фармацевтической отрасли.

**Материал и методы:** анализ научных публикаций, предоставляющих информацию о конфликтных ситуациях в фармацевтических предприятиях.

**Результаты:** одним из важных направлений деятельности руководителя является управление конфликтами в организации. От конфликтологической компетентности руководителя в значительной степени зависит общий успех его деятельности и эффективность организации в целом.

На предприятии «N» было проведено анонимное анкетирование по наличию конфликтов в коллективе и с посетителями. В ходе исследования были получены следующие данные: внутриличностный – 13%, межличностный - 47%, конфликт между личностью и группой - 19%, межгрупповой - 21%.

**Выводы:** рассмотрев конфликты в управленческой деятельности на примере предприятия «N», можно порекомендовать разрешения конфликтных ситуаций: 1) использовать метод компромисса и решения проблемы; 2) ввести должность грамотного психолога, чтобы он консультировал в необходимый момент как подчиненных, так и руководителей предприятий. Также нужен специалист по претензиям, разборам спорных вопросов. Введя эти должности, фармацевтические организации смогут более успешно управлять конфликтами, в следствии этого можно рассчитывать на повышение производительности и рентабельности фирмы.

*Пшегалинская Я.О.*

### **УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ В ОРГАНИЗАЦИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой – д.фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – преп. Хмельова М.А.*

**Цель исследования.** Проанализировать конфликтные ситуации пути из разрешения.

**Материалы и методы:** Анализ 30 конфликтных ситуаций, происходивших в аптеке «Фиеста-Трейд». Исследование показало, что руководитель отличается низким уровнем конфликтности, деструктивного поведения (70%) и высоким уровнем подготовленности к ведению переговоров, чем и обуславливается низкий уровень конфликтность (30%).

**Результаты:** Было выявлено, что чаще в конфликтную ситуацию вступают люди в возрасте от 40-60 лет. В 90% конфликтные ситуации разрешаются, если на начальной стадии в диалог вступает руководитель, в 50% - без участия руководителя, и лишь в 10%,если руководитель вступает в диалог в конце беседы.

**Выводы:** В результате исследования проблемы разрешения и урегулирования конфликтов в аптеке было



установлено существование корреляционной связи между уровнем сформированности навыков разрешения и урегулирования конфликтов у руководителя и уровнем конфликтности их подчиненных.

*Сибилёва М.А.*

### **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ ТВЁРДЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой – д. фарм. н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель - преп. Хмельва М.А.*

**Цель исследования:** провести анализ состояния современной экстемпоральной рецептуры твёрдых лекарственных форм.

**Материал и методы:** анализ научных источников, предоставляющих информацию об изготовлении экстемпоральных твердых лекарственных форм (ЭТЛФ).

**Результаты:** За последние 10 лет более чем в 3 раза сократилась экстемпоральная рецептура, сократилась номенклатура ЛС, изготавливаемых в аптеке. В результате исследования выявлено низкое количество приготовления экстемпоральных твердых ЛФ из-за: 1) убыточности изготовления ЭТЛФ, 2) нехватки квалифицированных кадров в коммерческие структуры, 3) проблем регистрации фарм. субстанций, 4) широкого ассортимента ГЛФ, 5) несовершенства законодательства по поводу приготовления ЭТЛФ, 6) недостаточности финансирования государством, 7) устаревшего оборудования, 8) недостаточности методических рекомендаций по изготовлению разнообразных твердых ЛФ.

**Выводы:** Главная задача современного провизора – ориентация на потребности пациентов. Для обеспечения населения эффективными, качественными и безопасными ЭТЛФ, государству необходимо проводить реконструкцию помещений, обеспечить их оборудованием нового поколения, составить особые требования к подготовке персонала, сформировать в каждой аптеке системы обеспечения и управления качеством ЭТЛФ.

*Сюмка Є.І.\*, Лега Д.О\*\*, Левашов Д.В.\*\**

### **СИНТЕЗ НОВИХ ПОХІДНИХ ПУРІНУ НА ОСНОВІ ЗАМІШЕНИХ 6-АМІНОУРАЦИЛІВ**

*\*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна, Кафедра органічної хімії, зав. кафедри – член-кор. НАН України, д.х.н., д.ф.н., проф. Черних В. П., науковий керівник: д. х. н., проф. Шемчук Л. А.*

*\*\*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Кафедра фармакогнозії, технології ліків і медичної ботаніки, зав. кафедри – к. фарм. н., доц. Донченко Н.В.*

**Мета дослідження.** Розширення рядів біологічно активних речовин – похідних пурину, шляхом синтезу нових етил 1-R-3-R'-7-R''-2,6-діоксо-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-8-пуринкарбоксилатів.

**Матеріал та методи.** Синтетичні похідні 1,3,5-замішених 6-аміноурацилів та етил 1-R-3-R'-7-R''-2,6-діоксо-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-8-пуринкарбоксилати, їх методи синтезу, фізико-хімічні властивості; синтезу сполук з використанням різноманітних хімічних реакцій (алкілювання, ацилювання, гетероциклізація та ін.); доведення структури та індивідуальності синтезованих сполук за допомогою фізико-хімічних методів аналізу (спектроскопії, ІЧ-, <sup>1</sup>H-ЯМР, елементного аналізу).

**Результати.** Відомо, що похідні пурину, зокрема замішені ксантини, можуть бути використані для лікування діабетичної дисліпідемії, серцевої недостатності, гіперхолістеринемії, атеросклерозу, цукрового діабету I та II типів, нервової анорексії, тромбозів, стенокардії, хронічної ниркової недостатності тощо. З огляду на це є актуальним отримання нових похідних даної гетероциклічної системи. Взаємодією 6-аміно-5-бромоурацилу або відповідних 1,3-замішених похідних (1) з амінами одержано 5-алкіламіно-6-аміноурацили (2). При нагріванні останніх з етоксалілхлоридом в середовищі оцтової кислоти у присутності триетиламіну відбувались ацилювання та гетероциклізація з утворенням 1-R-3-R'-7-R''-2,6-діоксо-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-8-пуринарбоксилатів (3). Взаємодія 5,6-діаміноурацилу або його 1,3-замішених похідних (4) з етоксалілхлоридом приводила до утворення етил 1-R-3-R'-2,6-діоксо-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-8-пуринкарбоксилатів (5). Структуру синтезованих сполук доведено за допомогою сучасних інструментальних методів аналізу, зокрема спектроскопії ІЧ-, <sup>1</sup>H-ЯМР, елементного аналізу.

**Висновки.** Отримано нові похідні пурину, які виявляють інтерес як матеріал для біологічного скринінгу, а також як перспективні сполуки для подальшої розробки на їх основі нових БАР, оскільки синтезовані речовини є зручними для хімічної модифікації, внаслідок наявності декількох реакційноздатних функціональних груп.

*Харченко О. В.*

### **МАРКЕТИНГОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ТОРГОВОЙ ПОЛИТИКОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ФИРМЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации, зав. кафедрой - д. фарм. н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – преп. Хмелева М. А.*

**Цель исследования:** Проведение маркетинговых исследований на группу противовирусных препаратов, которые считаются наиболее популярными среди группы населения, студентов ДонНМУ им. М. Горького(3,4,5 курсы фарм. факультета).

**Материал и методы:** Оригинальная анкета с фиксированием мнения 50 человек.

**Результаты:** В результате проведенного анкетирования на первое место самых популярных препаратов вышел Арбидол (53%), на втором месте – Амизон (48%), на третьем – Анаферон (30%). Студенты аргументировали свой выбор высокой эффективностью Арбидола в отношении заболеваний и доступной ценой.

**Выводы:** Установленный в ходе исследования потребительский выбор позволяет понять основные составляющие процесса восприятия и оценить информацию об этой фармацевтической продукции, для того, чтобы рационально организовывать ее сбыт и продвижение на рынок.

*Хмелёва М.А., Царёва Е. А.*

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЦЕПТУРЫ**

*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков*

*Кафедра качества, сертификации и стандартизации лекарств, зав. каф., д.ф.н., проф. – Георгианц В.А., научный руководитель – зав. кафедрой аналитической химии, д.фарм.н., доц. – Евтифеева О.А.*

**Цель исследования:** провести анализ состояния современной экстемпоральной дерматологической рецептуры.

**Материал и методы:** анализ специализированных научных публикаций, анализ рецептов на изготовление дерматологических лекарственных средств (ЛС).

**Результаты:** с ухудшением экологической обстановки в Украине все больше людей страдают аллергическими заболеваниями, которые зачастую выливаются в заболевания дерматологического профиля. Кожные заболевания разнообразны и часто требуют индивидуального подхода, что, в свою очередь, ставит вопрос о необходимости сохранения изготовления лекарственных средств в условиях аптеки. Анализ экстемпоральных дерматологических рецептов проводился на основе рецептуры Аптеки «Н.». Всего аптека использует порядка 110 прописей. Из них близко 32% (35 лекарственных форм) занимает дерматологическая рецептура. Из всего ассортимента дерматологических препаратов 8,6% занимают порошки, 34,2% – мази, 28,6% – растворы, по 5,7% – пасты и гели, и по 8,6% – суспензии и внутриаптечные заготовки.

**Выводы:** третью часть всей рецептуры Аптеки «Н.» занимают дерматологические прописи. Из них наиболее распространены мази и растворы, а также прописи для лечения грибковых и инфекционных поражений.

*Чернышова Д.А.*

## **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ МЯГКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра управления и экономики фармации; зав. кафедрой – д.фарм.н., доц. Хоменко В.Н., научный руководитель – Хмелёва М.А.*

**Цель исследования:** анализ современной экстемпоральной рецептуры и определение доли мягких лекарственных форм среди прочих экстемпоральных.

**Материал и методы:** изучение научной литературы, статей фармацевтических журналов, анализ рецептуры коммунального предприятия «Фармация».

**Результаты:** анализ прописей по классификации Государственной фармакопеи Украины показал, что мази для наружного применения составляют 74%, назальные мази – 24%, глазные мази – 2%. Состав мягких лекарственных форм очень разнообразен и сложен: однокомпонентные мази составляют 16%, двух-, трехкомпонентные – 20%, многокомпонентные – 64%. Также был проведен анализ рецептуры межбольничных аптек коммунального предприятия «Фармация». Так, для межбольничных аптек процент мягких лекарственных форм составляет 7,8% к общей рецептуре. Проведенный анализ рецептуры межбольничных аптек выявил 15 прописей мазей для наружного применения однокомпонентного состава, в частности мази: гидрокортизоновая 1%, стрептоцидовая 5% и 10%, димексидовая 20%, фурацилиновая 0,2%.

**Выводы:** мягкие лекарственные формы аптечного изготовления позволяют обеспечить индивидуальный подход к лечению больного с учётом его возраста, сопутствующих заболеваний и комплексности фармакотерапевтического действия.

# СІМЕЙНА МЕДИЦИНА І ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

*Бевзенко Т.Б.*

## РОЛЬ НЕФРОТОКСИЧНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины, профессор О.В.Синяченко)*

**Цель исследования.** Установить на животных с экспериментальным гломерулонефритом характер повреждений отдельных почечных структур под повышенным экзогенным воздействием нефротоксичных микроэлементов (МЭ) – кадмия (Cd), лития (Li) и молибдена (Mo).

**Материал и методы.** Эксперимент проведен на 49 нелинейных крысах-самцах с экспериментальным гломерулонефритом, распределенных на две группы – контрольную (24 особи) и основную – 25. Если крысы контрольной группы находились на обычном вскармливании, то животным основной группы в пищу ежедневно добавляли вещества, содержащие нефротоксичные Cd, Li и Mo, которые в качестве ксенобиотиков находятся в окружающей среде проживания людей. Крысы получали из расчета на одно животное 0,1 мг сульфата Cd, 500 мг оксибутирата Li и 0,3 мг молибдата аммония. В целом, моделирование болезни осуществляли на протяжении одного месяца, а затем в условиях эфирного и внутрибрюшного нембуталового наркоза крыс выводили из эксперимента. Гистологические срезы почек окрашивали гематоксилином-эозином, альциановым синим и по ван-Гизону, ставилась PAS-реакция. Подсчитывали средний показатель повреждений (СПП) отдельных почечных структур.

**Результаты.** Если у крыс контрольной группы СПП составил  $1,59 \pm 0,571 \pm 0,117$  баллов, а в основной группе –  $2,93 \pm 4,630 \pm 0,926$  баллов. По данным многофакторного дисперсионного анализа Уилкоксона-Рао характер модели влияет на интегральные морфологические признаки патологического процесса. Выполненный однофакторный дисперсионный анализ указывает на связь с моделью заболевания частоты увеличения мезангиального матрикса и дистрофии/атрофии канальцев. Частота утолщения капсулы Шумлянско-Боумана у животных основной группы встречалась в 6,7 раза чаще, чем в контрольной, а пролиферация эндотелия артериол – в 1,6 раза (критерий Макнемара-Фишера достоверный). Средние параметры пролиферации эндотелия артериол у животных основной группы на 63% выше, чем в контрольной, а дистрофии канальцев – на 21%. Таким образом, нефротоксичное воздействие на организм животных Cd, Li и Mo проявляется неблагоприятным влиянием этих МЭ на утолщение базальной мембраны капсулы Шумлянско-Боумана, пролиферацию эндотелия артериол и дистрофические изменения канальцев. Нефротоксическое действие Cd и Li во многом определяется негативным влиянием этого МЭ на клубочки почек и проксимальный отдел нефрона с появлением микроальбуминурии у «практически здоровых людей». Кадмиевая интоксикация вызывает индукцию апоптоза почечных клеток, а выделение Cd с мочой прямо соотносится с параметрами протеинурии, причем, уровень данного МЭ является маркером, отражающим ранние нарушения функции почек.

**Выводы:** 1. В эксперименте на крысах показано, что экзогенная пищевая нагрузка на организм животных с моделью гломерулонефрита таких нефротоксичных МЭ, как Cd, Li и Mo оказывает неблагоприятное воздействие на интегральные морфологические показатели поражения структур почек. 2. Высокое поступление в организм Cd, Li и Mo достоверно учащает случаи повреждения базальной мембраны капсулы Шумлянско-Боумана, увеличивает тяжесть пролиферации эндотелия артериол и дистрофических и атрофических изменений канальцев. 3. Полученные экспериментальные данные будут полезными для проведения гигиенических, диагностических и лечебных мероприятий у больных хроническим гломерулонефритом, проживающих в разных экологических регионах по уровням в окружающей среде Cd, Li и Mo.

*Брыжата Ю.О., Петрова В.Н., Антонова А.А., Микукстс В.Я.*

## МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ПОДАГРЕ

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины О.В.Синяченко)*

**Цель исследования:** оценка взаимосвязей микроэлементного статуса с состоянием перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных подагрой.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 49 мужчин в возрасте от 36 до 54 лет, страдающих первичной подагрой. Интермиттирующая форма артрита установлена в 22% случаев, хроническая – в 78%, периферические тофусы выявлены у 76% больных, латентный тип нефропатии – у 37%, уролитиазный – у 63%. Гиперурикемия ( $>420$  мкмоль/л) отмечена на момент обследования у 96% больных, гиперурикозу-

рия (>800 мг/сут) – у 33%, метаболический тип гиперурикемии – у 61%, смешанный – у 39%. В волосах определяли содержание 23 микроэлементов (МЭ), а в сыворотке крови – 11. Использовали атомно-абсорбционный спектрометр “SolAAr Mk2 MOZe” с электрографитовым атомизатором (Великобритания). Интенсивность ПОЛ оценивали спектрофотометрически по уровням в крови диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МД), нитритов (NO<sub>2</sub>), ферритина (Фер) и активности ксантинооксидазы (КО).

**Результаты.** Среди изученных МЭ в волосах, лишь содержание сурьмы не коррелирует с показателями ПОЛ. Активность КО соотносится с концентрациями в волосах алюминия, бора, бария, бериллия, кадмия, кобальта, хрома, меди, лития, марганца, молибдена, свинца, серы, селена, олова, стронция, ванадия и цинка, Фер – с параметрами железа и никеля. Следует подчеркнуть, что, как правило, эссенциальные (жизненно необходимые) МЭ обратно соотносятся с продуктами ПОЛ, а токсичные МЭ – наоборот. Между тем мощный прооксидант КО имеет прямые корреляционные связи с эссенциальными марганцем, молибденом, ванадием и цинком. Как показывает дисперсионный анализ, на активность КО оказывают влияние уровни в волосах бериллия, меди, молибдена, никеля, свинца и ванадия. Антиоксидантными свойствами обладают железо, селен и цинк (угнетают эффекты перекиси водорода, гидроксильных радикалов и пероксинитрита), а прооксидантными – кадмий и молибден (стимулируют активность КО). Селен катализирует реакцию окисления глутатиона, препятствует накоплению в клетках перекиси водорода, разрушает перекиси жирных кислот. Нужно подчеркнуть, что у больных подагрой при восстановлении трехвалентного железа через систему ПОЛ повышается концентрация в крови Фер, который способен усиливать изоляцию железа в клетках, что приводит к угнетению формирования свободных радикалов. Как свидетельствуют полученные нами данные, при подагре концентрации железа в волосах коррелируют с показателями ферритинемии.

**Выводы:** 1. У больных подагрой развиваются нарушения процессов ПОЛ, которые сопровождаются достоверным повышением содержания в крови ДК, NO<sub>2</sub> и активности КО. 2. Микроэлементный состав в крови и волосах больных подагрой влияет на содержание ДК, МД, КО и Фер, причем, существуют обратные корреляционные связи эссенциальных МЭ с параметрами продуктов ПОЛ, а токсичных МЭ – наоборот. 3. В качестве практической значимости полученных результатов исследования мы рекомендуем у всех больных подагрой в комплексном лечении использовать антиоксидантные препараты, содержащих эссенциальные МЭ (активал, береш витакид, витакап, витам, витрум, матерна, мульти-табс, супрадин, центрум).

*Гончар Г.А., Герасименко А.М., Новикова Ю.В., Яковленко А.Ю.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЕЙ В ОРГАНИЗМЕ ТОКСИЧНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ**

*Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины О.В. Синяченко)*

**Цель исследования:** изучить влияние токсичных микроэлементов (МЭ) в организме больных ревматоидным артритом (РА) на эффективность патогенетической терапии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 89 больных РА в возрасте от 21 до 69 лет, среди которых было 32% мужчин и 68% женщин. Длительность заболевания в среднем составила 10 лет. Активность I степени констатирована в 25% случаев, II – в 49%, III – в 26%. I стадия РА установлена у 16% обследованных, II – у 47%, III – у 24%, IV – у 13%. Серопозитивный вариант заболевания отмечен у 89% больных. В волосах определяли содержание алюминия (Al), бария (Ba), бериллия (Be), висмута (Bi), кадмия (Cd), кобальта (Co), хрома (Cr), лития (Li), никеля (Ni), свинца (Pb), сурьмы (Sb), олова (Sn) и стронция (Sr). Параллельно в крови изучали концентрации Ba, Co, Li, Pb и Sr. Использовали атомно-абсорбционный спектрометр “SolAAr Mk2 MOZe” с электрографитовым атомизатором (Великобритания).

**Результаты.** Однофакторный дисперсионный анализ показывает достоверное влияние на результаты терапии больных РА исходных уровней в волосах Al, Ba, Cr, Li, Ni, Pb и Sr. Регрессионный анализ демонстрирует положительную зависимость от параметров Cr, Pb и Sb, а отрицательную связь с содержанием Al, Ba, Li, Ni и Sr. При отсутствии эффекта или незначительном улучшении исходные показатели в волосах Al достоверно ниже на 25%, чем у остальных больных, Ba на 60%, Li на 35%, Ni в 4,0 раза, Sr в 4,6 раза, тогда как Pb выше на 72% и Sb на 9%. С учетом выполненной статистической обработки данных исследования можно сделать заключение, что прогнозпозитивными критериями в отношении дальнейших лечебных мероприятий при РА могут быть показатели в волосах Ba > 1 мг/г, Li > 30 нг/г, Ni > 1150 нг/г, Sb < 250 нг/г и Sr > 20 мкг/г. По данным многофакторного дисперсионного анализа на интегральную динамику микроэлементного статуса в волосах влияют пол больных, степень активности, стадия и серопозитивность заболевания, тяжесть дигитального артериита, поражений лимфоузлов и легких. В процессе комплексной терапии происходит существенное увеличение содержания в волосах Pb на 85% и Sn на 62% при уменьшении уровней Be на 7%, Bi на 18% и Sb на 7%. На эффективность лечебных мероприятий при РА воздействуют исходные параметры в крови Co и Li. В случаях отличного и хорошего эффекта лечения изначальные показатели Li в крови на 21% ниже,

чем у остальных пациентов. Мы считаем, что прогнозпозитивным критерием в отношении эффективности дальнейшей терапии могут быть значения  $Li < 3$  мкг/л. В процессе лечения наблюдается повышение в крови концентраций Ba на 3% при уменьшении содержания Pb на 12% и Sr на 16%. Как свидетельствует анализ множественной регрессии, изменения микроэлементного состава в процессе терапии обратно зависят от тяжести узураций костей. Установлено, что выраженность костных кист определяет повышение в крови показателей Ba и Li, а асептических некрозов – Mn.

**Выводы.** Эффективность проводимой патогенетической терапии связана с исходным уровнем в волосах и крови Al, Ba, Co, Cr, Li, Ni, Pb, Sb и Sr. В процессе лечения изменяется содержание в организме Ba, Be, Bi, Pb, Sb, Sn и Sr, на что влияют исходные степени субхондрального склероза, узураций и асептических некрозов костей, наличие висцеритов. Прогностичными критериями эффективности дальнейших лечебных мероприятий при РА являются показатели в волосах Ba, Li, Ni, Sb, Sr, а в крови только Li.

*Мильнер И.А., Игнатенко Е.Г., Синяченко П.О., Антонова А.А.*

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДсорбЦИОННО-РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины О.В.Синяченко)*

**Цель исследования.** Установить половой диморфизм адсорбционно-реологических свойств сыворотки крови здоровых людей.

**Материал и методы.** Обследованы 52 практически здоровых человека, среди которых было 34,6% мужчин и 65,4% женщин в возрасте от 18 до 58 лет. Представители разного пола по возрасту не отличались между собой. Межфазную тензиореометрию сыворотки крови проводили с использованием компьютерных аппаратов “MPT2-Lauda” (Германия), “ADSA-Toronto” (Германия-Канада) и “PAT2-Sinterface” (Германия). Изучали поверхностное натяжение (ПН) при времени существования поверхности  $t=0,01$  сек (ПН1), при  $t=1$  сек (ПН2), при  $t=100$  сек (ПН3), а также равновесное (статическое) ПН при  $t \rightarrow \infty$  (ПН4), модуль вязкоэластичности (ВЭ), время релаксации, поверхностные упругость (ПУ) и вязкость (ПВ), угловые коэффициенты реальной и мнимой вязкоупругости (соответственно РВУ и МВУ). Подсчитывали соотношение ПН4/ПН1, разницу между ПН3 и ПН4, угол наклона и фазовый угол (ФУ) тензиореограмм, их соотношение. С помощью ротационного вискозиметра “Low Shear-30” (Швейцария) исследовали объемную вязкость (ОВ) сыворотки.

**Результаты.** Отсутствуют отличия отдельных физико-химических параметров сыворотки крови у мужчин и женщин, хотя по данным многофакторного дисперсионного анализа Уилкоксона-Рао пол людей оказывает высокодостоверное влияние на интегральные показатели адсорбционно-реологических свойств крови, но не отдельно на адсорбционное и реологическое состояние сыворотки. Однофакторный дисперсионный анализ указывает на достоверную связь с полом людей параметров ПУ, ПВ, ВЭ, РВУ и МВУ. Значения интегрального адсорбционно-сурфактантного коэффициента у мужчин и женщин мало отличаются между собой. В группе мужчин уровень ПУ прямо коррелирует с ПН3, а в группе женщин ВЭ обратно соотносится с равновесным ПН и прямо – с ФУ. Независимо от пола ПН4 и ФУ имеют корреляционные связи с ОВ и ВЭ (соответственно позитивная и негативная). С показателями реологических свойств крови отсутствуют корреляции межфазной активности в зоне очень коротких времен «жизни поверхности». Пол людей не оказывает воздействия на интегральный уровень белково-липидных сурфактантов и электролитных ин-сурфактантов в крови. Если изменение площади поверхности у мужчин происходит по гармоническому закону (синусоидальные деформации) и относительно невелико, то связь между площадью поверхности и ответом системы на это воздействие (изменением межфазной активности) может быть выражена через дилатационный модуль, учитывающий все релаксационные процессы, влияющие на ПН.

**Выводы.** 1. По данным многофакторного дисперсионного анализа пол здоровых людей оказывают высокодостоверное влияние на интегральные показатели адсорбционно-реологические свойства сыворотки крови. 2. Однофакторный дисперсионный анализ указывает на связь с полом людей параметров ПУ, ПВ, ВЭ и УН, которые коррелируют между собой. 3. Представленные данные открывают хорошие перспективы для оценки физико-химических показателей в клинической практике, что, мы надеемся, позволит повысить уровень прогнозирования течения патологического процесса и эффективность проводимых лечебных мероприятий, разработать принципиально новые методы терапии заболеваний у мужчин и женщин.

*Синяченко Ю.О.*

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИОАТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины, Донецк, Украина, отделение сосудистой хирургии (заведующий отделением и научный руководитель – д.мед.н. Ю.В.Родин)*

**Цель исследования:** оценить клинико-патогенетическую значимость эндотелиальной дисфункции сосудов (ЭДС) у больных с разными степенями атеросклеротической окклюзии аорты, сонных и магистральных (периферических) артерий.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 93 больных в возрасте  $61 \pm 0,8$  года с атеросклеротическим поражением аорты, сонных и периферических артерий. Среди этих пациентов было 74% мужчин и 26% женщин. У всех обследованных диагностирована ишемическая болезнь сердца. I, II и III функциональные классы хронической сердечной недостаточности установлены соответственно в 36%, 52% и 13% наблюдений. Пациентам выполняли ангиографию (“Angiostar-Plus-Siemens”, Германия) и ультразвуковое исследование сосудов (“Aplia-XG-Toshiba”, Япония), иммуноферментным методом в плазме крови изучали уровни эндотелина-1 (ET1), тромбоксана-A2 (TxA2), простациклина (Pgi2), интерлейкина-1 $\beta$  (IL1 $\beta$ ), туморонекротического фактора  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) и циклического гуанозинмонофосфата (GMP), используя ридер “PR2100 Sanofi diagnostic pasteur” (Франция).

**Результаты.** По сравнению со здоровыми людьми контрольной группы обнаружено достоверное увеличение уровней ET1 на 45%, TxA2 в 2,3 раза, TNF $\alpha$  в 3,2 раза, NO $_2$  на 14%, GMP на 18% при уменьшении концентрации Pgi2 на 49% и коэффициента реактивности сосудистой стенки на 65%. Следовательно, при атеросклерозе артериальных сосудов наблюдается увеличение содержания вазоконстрикторов ET1 и TxA2 на фоне либо повышения в крови уровня вазодилаторов (NO $_2$ , GMP), либо снижения (Pgi2). По данным многофакторного дисперсионного анализа установлено влияние пола больных на интегральное состояние у них эндотелиальной функции сосудов (ЭФС). Однофакторный анализ показывает достоверную гендерную зависимость параметров TNF $\alpha$ . У женщин оказались существенно выше показатели Pgi2 на 15% и TNF $\alpha$  на 77%. Средние значения интегральной степени изменений показателей ЭФС у обследованных больных составляют  $1,70 \pm 0,07$  о.е. Для ET1 она равна  $15,7 \pm 1,68$  о.е., TxA2 –  $1,9 \pm 0,22$  о.е., IL1 $\beta$  –  $1,6 \pm 0,58$  о.е., TNF $\alpha$  –  $1,3 \pm 0,23$  о.е., NO $_2$  –  $1,1 \pm 0,10$  о.е., GMP –  $1,1 \pm 0,12$  о.е., Pgi2 –  $0,4 \pm 0,02$  о.е. Измененными считались показатели более 2 о.е., которые обнаружены у 31% от числа обследованных пациентов. В результате выполненного многофакторного дисперсионного анализа Уилкоксона-Рао установлен половой диморфизм влияния на интегральное изменение параметров ЭДС, а однофакторный анализ демонстрирует связь с полом больных IL1 $\beta$ , TNF $\alpha$  и GMP. У женщин показатели TxA2 составляют  $1,1 \pm 0,22$  о.е., Pgi2 –  $0,3 \pm 0,03$  о.е. и TNF $\alpha$  –  $2,3 \pm 0,61$  о.е., тогда как в группе мужчин первые два параметра ЭФС достоверно увеличиваются соответственно в 2,0 и в 1,7 раза, а третий в 2,3 раза уменьшается.

**Выводы.** Атеросклероз артериальных сосудов сопровождается увеличением в крови уровней ET1, TxA2, TNF $\alpha$ , NO $_2$  и GMP на фоне уменьшения Pgi2. ЭДС связана с полом больных, с нарушениями у них возбудимости миокарда и электрической проводимости сердца, изменениями систолической функции левого желудочка, эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации, с характером атеросклеротического поражения аорты, отдельных сонных и магистральных сосудов. В будущем для оценки тяжести атеросклеротических окклюзий артерий, прогнозирования течения патологического процесса и контроля за эффективностью лечебных мероприятий будет полезным изучение эндотелийзависимого критерия реактивности сосудистой стенки и интегральной степени ЭДС.

*Фомичева К.С., Ливенцова Е.В., Синяченко П.О., Микукстс В.Я.*

## **ТОКСИЧНЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

*Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины О.В.Синяченко)*

**Цель исследования:** изучить уровни токсичных микроэлементов (МЭ) в волосах больных системной красной волчанкой (СКВ), их клиническую значимость.

**Материал и методы.** Обследованы 43 женщины, страдающие СКВ, в возрасте от 20 до 52 лет. Длительность заболевания в среднем составила 8 лет. В 26% наблюдений констатировано подострое течение болезни, в 74% – хроническое. I степень активности патологического процесса установлена в 33% случаев, II – в 42%, III – в 25%. В волосах определяли содержание алюминия (Al), бария (Ba), бериллия (Be), висмута (Bi), кадмия (Cd), кобальта (Co), хрома (Cr), лития (Li), никеля (Ni), свинца (Pb), сурьмы (Sb), олова (Sn) и стронция (Sr). Использовали атомно-абсорбционный спектрометр “SolAAr-Mk2-MOZe” с электрографическим фитовым атомизатором (Великобритания).

**Результаты.** По сравнению со здоровыми женщинами наблюдается повышение в 3 раза уровня Al и в 2,3 раза Pb на фоне уменьшения на 25% Bi, в 2,2 раза Co, на 37% Li, на 33% Ni, в 3,2 раза Sn и на 42% Sr. Изменения (больше или меньше  $M \pm SD$  здоровых) показателей в волосах Al обнаружены у всех больных СКВ, Bi у 5%, Co у 63%, Li у 37%, Ni у 44%, Pb у 35%, Sn у 37%, Sr у 28%. По данным многофакторного дисперсионного анализа Уилкоксона-Рао на интегральный микроэлементный состав в волосах больных СКВ оказывают действие длительность заболевания, характер его течения и степень активности. Как свидетельствует регрессионный анализ с возрастом больных повышается содержание Al и Cd, но снижается концентрация Co. Согласно увеличению продолжительности болезни возрастает содержание Al, Ba и Cd. Характер течения СКВ влияет на показатели в волосах Al, Ba, Co, Cr, Li, Pb. При подостром течении

регистрируется увеличение на 50% Ва и на 33% Cd. Согласно повышению активности СКВ уменьшаются параметры в волосах Al при возрастании Ва, Ве, Cd и Sb. I и II степени активности СКВ отличаются между собой по концентрациям Bi и Ni, а II от III – по уровням Ва, Ве, Cd, Sb, Sn. Только на содержание Pb воздействует почечная патология, а на Sb – тяжесть поражения придатков кожи. Уровень в волосах Cd по данным однофакторного дисперсионного анализа влияет на формирование в крови антинуклеарных антител. С учетом регрессионного анализа, распространенность и тяжесть суставного синдрома зависят от показателей Cd. Однофакторный дисперсионный и регрессионный анализ показывают связь тяжести поражения кожи с содержанием в волосах Cr, придатков кожи – с Al, миокарда – с Cd, печени – с Ni, сежлезки – с Co, нервной системы – с Sr, антифосфолипидного синдрома – с Li.

**Выводы.** при СКВ наблюдается повышение уровней в волосах токсичных Al и Pb на фоне уменьшения Bi, Co, Li, Ni, Sn и Sr, причем микроэлементный состав зависит от возраста больных, длительности заболевания, степени активности (Al, Ва, Ве, Cd, Sb), характера течения патологического процесса (Ва, Cd,), наличия антинуклеарных антител (Sr) и отдельных клинических признаков болезни (Ва, Cd, Pb, Sb, Sr). Микроэлементоз участвует в патогенетических построениях при СКВ, в частности, определяет поражение придатков кожи (Al), миокарда (Cd), селезенки (Co), кожи (Cr), развитие антифосфолипидного синдрома (Li), изменения со стороны печени (Ni), почек (Pb), нервной системы (Sr). Представленные данные дают возможность в последующем разы работать критерии, позволяющие прогнозировать течение СКВ и контролировать ход лечебных мероприятий.

*Ютовец Т.С., Головкина Е.С., Радченко Е.А., Толстой Д.В.*

## **ОСТЕОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ И КОКСАРТРОЗЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины и общей практики – семейной медицины (заведующий кафедрой и научный руководитель – профессор, член-корр. НАМН Украины О.В.Синяченко)*

**Цель исследования:** установить связи с остеопорозом состоянием (остеопения, остеопороз) отдельных структурных проявлений суставной патологии при гонартрозе (ГА) и коксартрозе (КА), прогностическую значимость такого остеопороза (ОД) в отношении темпов прогрессирования артрозных изменений.

**Материал и методы.** Обследовано 104 больных остеоартрозом (47% мужчин и 53% женщин в возрасте от 32 до 76 лет. ГА установлен в 96% наблюдениях, КА – в 31%, одновременно ГА+КА – в 27%. Реактивный синовит диагностирован в 62% случаев, полиартроз – в 55%, системный остеопороз (ОП) – в 14%, остеопороз – в 91%, а спондилопатия в виде остеохондроза и дугоотростчатого артроза – в 72%. Пациентам выполняли рентгенологическое (“Multix-Compact-Siemens”, Германия) и ультразвуковое (“Envisor-Philips”, Нидерланды) исследование суставов, двухэнергетическую рентгеновскую остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости (“QDR-4500-Delphi-Hologic”, США) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) коленных суставов (“Signa-Excite-HD”, Германия).

**Результаты.** ОД выявлен у 14% больных ГА и 25% ГА+КА, причем, если у первом случае по данным критерия Макнемара-Фишера частота мало отличалась от таковой у остальных пациентов, то во втором отмечены достоверные различия. При КА без ГА ОД диагностирован в 22% наблюдений. Однофакторный дисперсионный анализ продемонстрировал существенное влияние ОД на развитие сочетанной патологии коленных и тазобедренных суставов, но не отдельно ГА и КА. От имеющегося ОД зависят рентгенологическая стадия и параметры тяжести заболевания, но не синовит при ГА, распространенность суставного синдрома и значения темпов прогрессирования патологического процесса. Имеются высокодостоверные взаимоотношения между стадией ГА и наличием синовита. При наличии ОД параметры тяжести остеоартроза оказались достоверно большими на 72%, прогрессирования ГА на 35% и КА – на 32%. Выполненный многофакторный дисперсионный анализ продемонстрировал влияние системного ОП на интегральные рентгенологические признаки ГА, но не сонографические. Однофакторный дисперсионный анализ выявил зависимость от системного ОП таких признаков болезни, как эпифизарный ОП, лигаментоз и интраартикулярные тела Пеллагри-Штайди. В группе больных с системным ОП оказалась в 4,1 раза большей частота окколосуставного ОП, в 2,3 раза лигаментоза и в 3,1 раза тел Пеллагри-Штайди. ОД при ГА слабо влияет на интегральные МРТ-признаки болезни, но оказывает существенное влияние на развитие субхондральных изменений кости, трабекулярного отека в мышечках бедренной кости, дегенеративно-дистрофические изменения менисков и лигаментоз. Результаты дальнейшего статистического анализа оказались во многом неожиданными: в отношении изменений менисков и отека в мышечках бедренной кости системный ОП при ГА обладает неким защитным действием.

**Выводы.** ОД диагностирован у каждого седьмого больного ГА и каждого четвертого с ГА+КА, связан с тяжестью течения суставного синдрома и темпами прогрессирования патологического процесса. У пациентов с системным ОП значительно чаще развивается эпифизарный ОП, интраартикулярные тела Пеллагри-Штайди, изменения сухожилия подколенной мышцы, повреждения переднего рога латерального мениска, остеопороз, повреждения заднего рога медиального мениска, подхрящевые изменения кости и хондромные интраартикулярные тела, но при этом в случаях наличия системного ОП реже обнаруживаются дегенеративные процессы в менисках и трабекулярный отек в мышечках бедренной кости.

## КРАЙОВА ПАТОЛОГІЯ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

*Агарова О.В., Муштук Є.Я., Рачкелюк В.В., Тюленєва А.А.*

### ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНИХ СИМПТОМІВ У ГІРНИКІВ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВУ РАДИКУЛОПАТІЮ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** оцінити вираженість неврологічних симптомів та їх зв'язок із загостренням хронічної попереково-крижової радикулопатії.

**Матеріал і методи:** обстежено 118 гірників із хронічними попереково-крижовими радикулопатіями професійного генезу. Середній вік гірників хворих на хронічну попереково-крижову радикулопатію становив  $(53,55 \pm 0,84)$  років, стаж роботи дорівнював  $(22,04 \pm 0,87)$  років.

**Результати досліджень.** Вираженість неврологічних симптомів у хворих на хронічну попереково-крижову радикулопатію оцінювалась наступним чином: симптом Ласега  $(2,03 \pm 0,08)$  балів, в середньому кут підйому хворої ноги у симптомі Ласега становив  $(42,37 \pm 0,9)^\circ$ , симптом Дежерина  $(1,13 \pm 0,12)$  балів, симптом Нері  $(1,56 \pm 0,11)$  балів, симптом «дзвінка»  $(1,11 \pm 0,11)$  балів, симптом Бехтерева-Файерштейна  $(2,02 \pm 0,09)$  балів, симптом Боне  $(1,39 \pm 0,11)$  балів, симптом «посадки»  $(2,18 \pm 0,07)$  балів, симптом Минора I  $(1,23 \pm 0,11)$  балів, симптом Минора II  $(2,09 \pm 0,08)$  балів, симптом Минора III  $(1,01 \pm 0,11)$  балів, больовий симптом  $(2,30 \pm 0,06)$  балів. Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії в гірників вугільних шахт мало кореляційний зв'язок із кутом підйому хворої ноги у симптомі Ласега ( $r = -0,74$ ,  $p < 0,001$ ) (зв'язок між загостренням хронічної попереково-крижової радикулопатії із кутом підйому хворої ноги у симптомі Ласега можна виразити формулою рівняння регресії – с-м Ласега град. =  $79,9693 - 14,6415 \cdot$  загострення). Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії в гірників вугільних шахт мало кореляційний зв'язок із больовим симптомом ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ) (зв'язок між загостренням хронічної попереково-крижової радикулопатії із больовим симптомом можна виразити наступною формулою рівняння регресії – больовий с-м =  $0,1273 + 0,8481 \cdot$  загострення). Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії в гірників вугільних шахт мало кореляційний зв'язок із симптомом «посадки» ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ) (зв'язок між загостренням хронічної попереково-крижової радикулопатії із симптомом «посадки» можна виразити наступною формулою рівняння регресії – с-м «посадки» =  $-0,1642 + 0,9154 \cdot$  загострення).

**Висновки.** Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії в гірників вугільних шахт мало кореляційний зв'язок із кутом підйому хворої ноги у симптомі Ласега, больовим симптомом і симптомом «посадки».

*Агарова О.В.*

### ОСОБЛИВОСТІ «АФЕКТИВНОЇ» ОЦІНКИ БОЛЮ У ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВУ РАДИКУЛОПАТІЮ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** виявити та оцінити вплив вираженості загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії на «афективну» оцінку болю у гірників вугільних шахт.

**Матеріал і методи:** обстежено 118 гірників із хронічними попереково-крижовими радикулопатіями професійного генезу. Середній вік гірників хворих на хронічну попереково-крижову радикулопатію становив  $(53,55 \pm 0,84)$  років, стаж роботи дорівнював  $(22,04 \pm 0,87)$  років.

**Результати досліджень.** Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії в гірників вугільних шахт мало прямий кореляційний зв'язок із «афективною» оцінкою болю ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,001$ ) як стомлююче-виснажуючого ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,001$ ), ослаблюючого ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ), жахаючого ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ), карательно-безжального ( $r = 0,28$ ,  $p = 0,0019$ ), а також із загальною оцінкою болю ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ). Вираженість загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії впливала на оцінку «афективного» болю (KW=28,79,  $p < 0,001$ , MT=16,09,  $p < 0,001$ ) як стомлююче-виснажуючого (KW=18,81,  $p < 0,001$ , MT=7,81,  $p = 0,0052$ ), ослаблюючого (KW=29,47,  $p < 0,001$ , MT=30,27,  $p < 0,001$ ), жахаючого (KW=16,36,  $p < 0,001$ , MT=11,97,  $p = 0,0005$ ), карательно-безжального (KW=10,86,  $p < 0,001$ , MT=3,81,  $p = 0,0508$ ). Вираженість загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії впливала на загальну оцінку (KW=47,50,  $p < 0,001$ , MT=30,27,  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Загострення хронічної попереково-крижової радикулопатії значно впливає на «афективну» оцінку болю у гірників вугільних шахт.

*Антоненко А.Є., Селіванова К.С., Кюсєв М.В., Спащук А.О.*

### РЕАКЦІЯ ПАСИВНОЇ ГЕМАГЛЮТИНАЦІЇ У ХВОРИХ ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ З ПРОФЕСІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ - ПНЕВМОКОНІОЗОМ

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** дослідити аутоімунітет у гірників вугільних шахт з професійним захворюванням на



пневмоконіоз в реакції пасивної гемаглютинації до антигенів різних органів.

**Матеріал і методи:** обстежено 137 гірників із пневмоконіозом і 47 – відносно здорових гірників контрольної групи. Реакцію пасивної гемаглютинації виконували з еритроцитами барана в мікротитраторі Такачі.

**Результати досліджень.** Автоімунні показники у гірників із пневмоконіозом в РПГА характеризувалися вірогідним підвищенням титрів автоантитіл ( $\ln M \pm m$ ), насамперед, до антигену легень і становили  $(4,18 \pm 0,12)$  на відміну від контролю  $(0,79 \pm 0,10)$  ( $MW=9,09$ ,  $pMW<0,001$ ), а також органів імуногенезу – до тимуса, становлячи  $(1,84 \pm 0,12)$  на відміну від контролю  $(1,07 \pm 0,15)$  ( $MW=4,16$ ,  $pMW<0,001$ ) і селезінки -  $(2,86 \pm 0,10)$  на відміну від контролю  $(1,25 \pm 0,18)$  ( $MW=6,69$ ,  $pMW<0,001$ ). Титри автоантитіл були підвищені до внутрішніх органів і суглобів: до нирок  $(2,64 \pm 0,09)$  на відміну від контролю  $(0,84 \pm 0,07)$  ( $MW=8,46$ ,  $pMW<0,001$ ) і суглобів  $(2,28 \pm 0,12)$  на відміну від контролю  $(0,88 \pm 0,16)$  ( $MW=6,38$ ,  $pMW<0,001$ ), а також нДНК  $(2,25 \pm 0,10)$  на відміну від контролю  $(0,88 \pm 0,11)$  ( $MW=7,24$ ,  $pMW<0,001$ ) і дДНК  $(2,58 \pm 0,10)$  на відміну від контролю  $(1,00 \pm 0,13)$  ( $MW=7,74$ ,  $pMW<0,001$ ).

**Висновки.** При дослідженні аутоімунних показників у гірників із пневмоконіозом в РПГА було виявлено підвищення титрів аутоантитіл до усіх досліджених антигенів.

*Деркач Л.В., Трифонова О.С., Спащук А.О., Махніборода О.В.*

### **РЕАКЦІЯ ГАЛЬМУВАННЯ МІГРАЦІЇ ЛЕЙКОЦИТІВ У ХВОРИХ ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ З ПРОФЕСІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ – ПНЕВМОКОНІОЗОМ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** дослідити пригнічення міграції лімфоцитів до антигенів різних органів і вплив розвитку пневмоконіозу на пригнічення міграції лейкоцитів.

**Матеріал і методи:** обстежено 137 гірників із пневмоконіозом і 47 – відносно здорових гірників контрольної групи. Реакцію гальмування міграції лімфоцитів (РГМЛ) виконували капілярним методом.

**Результати досліджень.** РГМЛ у гірників із пневмоконіозом характеризувалась пригніченням міграції лейкоцитів на антигени легень  $(48,64 \pm 1,22)\%$  на відміну від контролю  $(96,19 \pm 1,31)\%$  ( $S=21,33$ ,  $pS<0,001$ ), а також органів імуногенезу – до тимуса, становлячи  $(82,17 \pm 1,99)\%$ , а контроль  $(99,14 \pm 1,50)\%$  ( $S=4,83$ ,  $pS<0,001$ ) і селезінки -  $(77,38 \pm 1,27)\%$ , а контроль  $(103,44 \pm 1,14)\%$  ( $S=11,45$ ,  $pS<0,001$ ). РГМЛ зазнавала пригнічення у відповідь на антигени із внутрішніх органів і суглобів: нирок  $(71,47 \pm 1,44)$ , а контроль  $(102,23 \pm 1,10)$  ( $S=12,09$ ,  $pS<0,001$ ), і суглобів  $(62,42 \pm 2,09)$ , а контроль  $(98,18 \pm 1,43)$  ( $S=9,76$ ,  $pS<0,001$ ), а також нДНК  $(66,24 \pm 1,88)$ , а контроль  $(101,00 \pm 0,97)$  ( $S=10,65$ ,  $pS<0,001$ ). Розвиток пневмоконіозу чинив вплив на пригніченням міграції лейкоцитів на антигени легень ( $KW=100,58$ ,  $p<0,001$ ), тимуса ( $KW=25,50$ ,  $p<0,001$ ), селезінки ( $KW=87,42$ ,  $p<0,001$ ), нирок ( $KW=92,24$ ,  $p<0,001$ ), суглобів ( $KW=68,74$ ,  $p<0,001$ ), нДНК ( $KW=81,51$ ,  $p<0,001$ ).

**Висновки.** РГМЛ у гірників з пневмокоіозом була пригнічена до усіх досліджених антигенів. Розвиток пневмоконіозу чинив вплив на пригнічення міграції лейкоцитів до усіх досліджених антигенів.

*Кудря А.В., Могилевська Х.Е., Козій А.С., Муштук Є.Я.*

### **МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПРОФЕСІЙНО ОБУМОВЛЕНОГО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** проаналізувати методи діагностики професійно обумовленого хронічного обструктивного захворювання легень.

**Матеріал і методи:** було досліджено 45 вітчизняних і 600 іноземних джерел інформації.

**Результати досліджень.** Для діагностики ХОЗЛ необхідно клінічне дослідження усіх хворих (перкусія, аускультція, загальні аналізи крові, сечі, мокротиння). Стан легеневого рисунку, його судинного та інтерстиційного компонента вивчають завдяки стандартній рентгенографії органів грудної порожнини. Також використовують бронхоскопічне дослідження за допомогою бронхоскопу з використанням місцевої анестезії (1%-ний розчин лідокаїну). Вентиляційну функцію легень вивчають на комп'ютерному пневмотахографі. Для виявлення механізмів обструктивного синдрому, а також морфологічного і функціонального компонентів проводиться інгаляційна проба з селективним  $\beta_2$ -симпатоміметиком – фенотеролом. В постановці діагнозу пилових захворювань легень на різних етапах використовуються: 1) рентгенографія; 2) просвічування; 3) томографія (КТ, МРТ); 4) бронхографія, а також нерентгенографічні методи: 1) бронхоскопія; 2) спірографія; 3) насичення крові киснем та інші. Сучасна система тестування функції зовнішнього дихання (ФЗД) передбачає послідовність окремих функціональних проб від простих до більш складних, що має як діагностичне, так і економічне значення. Етапи функціонального дослідження, як правило, включають пікфлуометрію, спірометрію, бодіплетизмографію. Пікфлуометрія дає можливість як первинної діагностики, так і моніторингу перебігу захворювання та ефективності його лікування. Найбільш інформативним і доступним по вартості методом функціональної діагностики ХОЗЛ на сьогодні вважається спірометрія, яка потрібна для оцінки ступеня важкості захворювання, періодичного моніторингу при його прогресуванні, призначення адекватного лікування. Методика дозволяє визначити швидкісні показники, що характеризують

ступінь і локалізацію бронхіальної обструкції. Основним діагностичним критерієм ХОЗЛ є незворотність бронхіальної обструкції. Для поглибленого дослідження ФЗД використовується бодіплетизмографія (БПГ) – один з найбільш інформативних і складних методів, котрий дозволяє визначити легеневі об'єми, трахеобронхіальний опір, еластичні властивості легеневої тканини і грудної клітини і оцінити декотрі параметри легеневої вентиляції. Для уточнення діагнозу використовують рентгенівську комп'ютерну томографію високого розрішення (РКТВР), котра дозволяє виявити деталі легеневого рисунку, розповсюдженість патологічного процесу, його динаміку. РКТ-ВР використовують у робітників з нормальними функціональними тестами і впливом пилу з невисоким вмістом двоокису кремнію. При відсутності вираженого фіброзу використовується також трансbronхіальна біопсія з гістологічним дослідженням препарату. Однак даний метод забезпечує гістологічну верифікацію приблизно у 60 % хворих з-за невеликих розмірів біопсійного матеріалу. На даний час для верифікації діагнозу використовується сучасна технологія – відеоторакоскопія з клиновидною резекцією легені. Гістологічне дослідження препарату дозволяє уточнити діагноз майже в 100% випадків, а в 46–61% пацієнтів – змінити тактику лікування.

**Висновки.** Для діагностики стану легеневої системи при ХОЗЛ необхідно проводити клінічне дослідження хворих, а також використовувати рентгенографічні, бронхоскопічні та функціональні методи.

*Купрун С.М.*

### **РИЗИК УРАЖЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ МЕДИЧНИХ РОБІТНИКІВ НА ПРИКЛАДІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра мікробіології, вірусології та імунології, зав. кафедри – доц. Жадінський М.В., науковий керівник – ас., к.мед.н. Ніколенко О.Ю.*

**Мета дослідження:** проаналізувати розповсюдженість ВІЛ-інфекції серед медичних працівників в м. Макєєвка.

**Матеріал і методи:** статистичні дані захворюваності ВІЛ-інфекцією в міській лікарні № 2 м. Макєєвка.

**Результати досліджень.** В м. Макєєвка на даний час спостерігається епідемія ВІЛ-інфекції. На 01.04.2009 р. у Центрі профілактики СНІД МЛ №2 знаходиться на «Д» обліку: 1587 пацієнтів з встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція», з них 175-діти, 213- хворі на СНІД, 108 – хворі з діагнозом «ВІЛ-інфекція», уперше в житті встановленим у I кварталі 2009 року. Статистика аварійних випадків при виконанні професійних обов'язків медичними робітниками в МЛ № 2: з 1997 по 01.04.2009 р. відбулося 27 аварійних випадки, що складає 1,7 % від загальної кількості пацієнтів з встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція» за цей період; у I кварталі 2009 р. відбулося 2 аварійних випадки, що складає 1,85% від загальної кількості пацієнтів з уперше в житті встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція» у I кварталі 2009 року.

**Висновки.** Аварійні випадки при виконанні професійних обов'язків медичними робітниками в м. Макєєвка склали в міській лікарні № 2 з 1997 по 01.04.2009 р. - 1,7 %, у I кварталі 2009 р. – 1,85%.

*Ласткова Н.Д.*

### **ДИСКРИМІНАЦІЙНА ЧУТЛИВІСТЬ ПРИ ВІБРАЦІЙНІЙ ХВОРОБИ ВІД ЛОКАЛЬНОЇ ВІБРАЦІЇ У ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ**

*Донецький національний медичний університет ім.М.Горького, Кафедра професійних хвороб та радіаційної медицини, зав.каф. – Бондаренко Г.О., професор. Науковий керівник - Ніколенко В.Ю., професор*

**Мета дослідження:** визначити особливості дискримінаційної чутливості при вібраційній хворобі від локальної вібрації у гірників вугільних шахт.

**Матеріал та методи:** в умовах неврологічного стаціонару було обстежено 165 гірників, які працюють на глибоких вугільних шахтах, у віці від 36 до 66 років. Підземний стаж у хворих складав від 5,5 до 37 років. Першу групу (контрольну) склали 40 (24%) практично здорових гірників, які не мали контакту з вібрацією. Другу склали 52 (32%) гірників з вібраційною хворобою від локальної вібрації першого ступеня (забійники, прохідники та ГРОЗ). Третю склали 73 (44%) гірників з вібраційною хворобою від локальної вібрації другого ступеня (забійники, прохідники та ГРОЗ).

**Результати.** Середнє значення у другій групі статистично достовірно більше ніж у першій ( $t=10,55$ ;  $p<0,001$ ). У третій групі у хворих з вібраційною хворобою другого ступеня середнє значення дискримінаційної чутливості статистично значимо більше ніж у другій та першій відповідно ( $t=7,96$ ;  $p<0,001$  та  $t=17,22$ ;  $p<0,001$ ). Розвиток та прогресування вібраційної хвороби призводило до статистично значного зниження дискримінаційної чутливості в залежності від вираженості вібраційної патології ( $KW=111,56$ ;  $p<0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, вже при початковій стадії вібраційної хвороби мають місце порушення дискримінаційної чутливості, які стають значно більше вираженими при прогресуванні захворювання.

*Ласткова Н.Д., Бааджи Х.В., Козій А.С., Кіосев М.В.*

### **ВІБРАЦІЙНА ЧУТЛИВІСТЬ ПРИ ВІБРАЦІЙНІЙ ХВОРОБИ ВІД ЛОКАЛЬНОЇ ВІБРАЦІЇ У ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ**

*Донецький національний медичний університет ім.М.Горького, Кафедра професійних хвороб та радіаційної медицини, зав.каф. – Бондаренко Г.О., професор. Науковий керівник - Ніколенко В.Ю., професор.*

**Мета дослідження:** визначити особливості вібраційної чутливості при вібраційній хворобі від локальної

вібрації у гірників вугільних шахт.

**Матеріал та методи:** в умовах неврологічного стаціонару було обстежено 165 гірників, які працюють на глибоких вугільних шахтах, у віці від 36 до 66 років. Підземний стаж у хворих складав від 5,5 до 37 років. Першу групу (контрольну) склали 40 (24%) практично здорових гірників, які не мали контакту з вібрацією. Другу склали 52 (32%) гірників з вібраційною хворобою від локальної вібрації першого ступеня (забійники, прохідники та ГРОЗ). Третю склали 73 (44%) гірників з вібраційною хворобою від локальної вібрації другого ступеня (забійники, прохідники та ГРОЗ).

**Результати.** Середнє значення вібраційної чутливості на правій руці у другій групі статистично достовірно більше ніж у першій ( $t=16,23$ ;  $p<0,001$ ). У третій групі у хворих з вібраційною хворобою другого ступеня середнє значення вібраційної чутливості на правій руці статистично значимо більше ніж у другій та першій відповідно ( $t=7,24$ ;  $p<0,001$  та  $t=25,12$ ;  $p<0,001$ ). Середнє значення вібраційної чутливості на лівій руці у другій групі статистично достовірно більше ніж у першій ( $t=16,96$ ;  $p<0,001$ ). У третій групі у хворих з вібраційною хворобою другого ступеня середнє значення вібраційної чутливості на лівій руці статистично значимо більше ніж у другій та першій відповідно ( $t=6,20$ ;  $p<0,001$  та  $t=26,56$ ;  $p<0,001$ ). Розвиток та прогресування вібраційної хвороби призводило до статистично значного зниження вібраційної чутливості в залежності від вираженості вібраційної патології на правій та лівій руках відповідно ( $KW=111,11$ ;  $p<0,001$  та  $KW=106,37$ ;  $p<0,001$ ).

**Висновки.** Вібраційна хвороба – одна з найбільш поширених і тяжких форм професійної патології, яка часто діагностується серед гірників вугільних шахт. Клініка вібраційної хвороби від впливу локальної вібрації характеризується переважанням симптомів, пов'язаних з порушенням тону периферійних судин, чутливості, а також змінами з боку опорно-рухового апарату, перш за все верхніх кінцівок. Таким чином, вже при початковій стадії вібраційної хвороби мають місце порушення вібраційної чутливості, які стають значно більше вираженими при прогресуванні захворювання.

*Могилевська Х.Е., Антоненко А.Є., Селіванова К.С., Деркач Л.В.*

### **ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ПНЕВМОКОНІОЗОМ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** дослідити стан антиоксидантної системи у гірників вугільних шахт з професійним захворюванням пневмокніозом (Пн).

**Матеріал і методи:** обстежено 137 гірників із пневмокніозом і 47 – відносно здорових гірників контрольної групи. Визначали активність супероксиддисмутази (СОД) і антиокислювальну активність (АОА) плазми крові хворих.

**Результати досліджень.** Антиоксидантну систему оцінювали за показниками вимірювання СОД і АОА плазми крові. СОД у хворих на Пн була знижена до  $(0,052\pm 0,001)$  Е/мг білка в крові на відміну від контролю  $(0,067\pm 0,002)$  Е/мг білка в крові ( $S=11,84$ ,  $p<0,001$ ;  $MW=10,19$ ,  $pMW<0,001$ ). Розвиток захворювання впливав на рівень СОД у хворих на Пн ( $KW=84,68$ ,  $pKW<0,001$ ). В той же час СОД мала позитивний кореляційний зв'язок із розвитком захворювання ( $r=0,8865$ ,  $p<0,001$ ) (з рівняння регресії видно, що зв'язок між розвитком Пн і рівнем СОД,  $PK = -0,386861717 + 25,3695535*(СОД)$ ). АОА плазми крові у хворих на Пн була знижена до  $(49,76\pm 0,46)$  % на відміну від контролю  $(58,81\pm 0,74)$  % ( $S=7,87$ ,  $p<0,001$ ;  $MW=7,78$ ,  $pMW<0,001$ ). Розвиток захворювання впливав на рівень АОА плазми крові у хворих на Пн ( $KW=60,91$ ,  $pKW<0,001$ ). В той же час АОА плазми крові мала негативний кореляційний зв'язок із розвитком захворювання ( $r=-0,5039$ ,  $p<0,001$ ) (з рівняння регресії видно, що зв'язок між розвитком Пн і рівнем СОД можна передати такою формулою,  $PK = 2,60003718 - 0,0359830145*(АОА)$ ).

**Висновки.** СОД і АОА плазми крові у хворих на Пн знижені. Розвиток Пн впливав на активність СОД і АОА плазми крові.

*Николенко А.В., Самойленко Е.Ф., Павлова Ю.О., Рачкелюк В.В.*

### **ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ГОРНОРАБОЧИХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф. Бондаренко Г.А., науч. рук. – проф. Николенко В.Ю.*

**Цель исследования:** изучить вестибулярные нарушения в клинической картине острых отравлений монооксидом углерода у горнорабочих.

**Материал и методы:** в работе обследовано 96 горнорабочих с острым отравлением монооксидом углерода. Контрольную группу составили 62 здоровых горнорабочих. Оценку состояния вестибулярного анализатора проводили по 20-бальной шкале К.Ф. Тринуса. Статистический анализ полученных результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики с использованием лицензионного пакета "Statistica 5.5" (Stat Soft Rus) („Информатика и компьютеры”, Москва) на персональном компьютере.

Рассчитывали показатели: средние значения (X), их ошибки (Sx), вычисляли коэффициент регрессии (R), критерии Стьюдента (S), Крускала-Уолиса (kKW), достоверность показателей (p).

**Результаты исследования.** Наиболее информативными у пострадавших были проба Уемуры ( $2,53 \pm 0,06$ ) баллов, отличающиеся от контроля ( $1,95 \pm 0,07$ ) баллов ( $S=5,79$ ,  $p<0,001$ ), шаговая проба Фукуды ( $1,48 \pm 0,08$ ) баллов, отличающиеся от контроля ( $0,96 \pm 0,08$ ) баллов ( $S=4,31$ ,  $p<0,001$ ), графическая ( $1,63 \pm 0,08$ ) баллов, что достоверно отличается от контроля ( $0,82 \pm 0,09$ ) баллов ( $S=6,45$ ,  $p<0,001$ ), указательная ( $1,29 \pm 0,08$ ) баллов, что достоверно отличается от контроля ( $0,90 \pm 0,08$ ) баллов ( $S=3,18$ ,  $p=0,0017$ ), слежения ( $1,19 \pm 0,09$ ) баллов, отличающиеся от контроля ( $0,83 \pm 0,08$ ) баллов ( $S=2,67$ ,  $p=0,0081$ ). Очень большое значение в общую оценку вестибулярной функции пострадавших вносили их жалобы на головокружение, что, как правило, длились несколько минут и сопровождались значительным количеством других симптомов (головной болью, слабостью, бессонницей и др.), оцениваемые в ( $2,55 \pm 0,10$ ) баллов, достоверно отличались от контроля ( $1,50 \pm 0,08$ ) баллов ( $S=7,51$ ,  $p<0,001$ ). Поэтому сумма баллов значительно отличалась у больных горнорабочих и в контроле ( $S=12,44$ ,  $p<0,001$ ). Диагностику вестибулярных нарушений обуславливали результаты пробы Уемуры ( $R=0,21$ ,  $p=0,033$ ), указательной пробы ( $R=0,17$ ,  $p=0,079$ ), общей оценки ( $R=0,36$ ,  $p<0,001$ ) и не влияли на нее только жалобы на головокружение в анамнезе ( $R=0,16$ ,  $p=0,10$ ), шаговая проба ( $R=0,037$ ,  $p=0,71$ ), графическая ( $R=0,086$ ,  $p=0,40$ ), слежения ( $R=0,17$ ,  $p=0,079$ ). Тяжесть отравления монооксидом углерода влияла на результаты вестибулярных тестов: на жалобы на головокружение в анамнезе ( $kKW=6,53$ ,  $p=0,038$ ), результаты указательной пробы ( $kKW=6,22$ ,  $p=0,044$ ), на общую оценку ( $kKW=8,14$ ,  $p=0,017$ ) и не влияла на пробу Уемуры ( $kKW=0,61$ ,  $p=0,73$ ), шаговую ( $kKW=1,82$ ,  $p=0,40$ ), графическую ( $kKW=0,31$ ,  $p=0,85$ ), слежения ( $kKW=1,87$ ,  $p=0,39$ ). Возраст и стаж работы не влияли у горнорабочих на результаты вестибулярных тестов.

**Выводы.** Таким образом, острое отравление монооксидом углерода вызывает у горнорабочих угольных шахт выраженные вестибулярные нарушения, и этот синдром необходимо также интенсивно лечить, как и другие проявления интоксикации.

*Ніколенко А. В.*

## **СТАН МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ГІРНИКІВ З ГОСТРИМ ОТРУЄННЯМ МОНООКСИДОМ ВУГЛЕЦЮ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав.кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О.*

**Мета дослідження:** дослідження судин головного мозку за допомогою ультразвукової доплерографії у хворих гірників з гострим отруєнням монооксидом вуглецю.

**Матеріал і методи:** 96 гірників з гострим отруєнням монооксидом вуглецю пройшли поглиблене клініко-функціональне обстеження в умовах стаціонару: у віці від 22 до 72 років, середній вік ( $41,0 \pm 1,0$ ) років. Контрольну групу склали 62 здорових гірників. Середній вік гірників контрольної групи був ( $37,8 \pm 1,2$ ) роки, підземний стаж від 2 до 25 років, в середньому ( $12,9 \pm 1,5$ ) років. Проводили ультразвукове доплерографічне дослідження у хворих гірників із гострим отруєнням монооксидом вуглецю.

**Результати дослідження.** За результатами ультразвукового доплерографічного дослідження судин головного мозку, що є високоінформативним методом вивчення мозкового кровообігу, у групі хворих реєструється вірогідне збільшення максимальної систолічної частоти сигналу в надблокових артеріях до ( $5,12 \pm 0,15$ ) кГц справа і ( $4,33 \pm 0,09$ ) кГц зліва, порівняно з контролем – ( $2,68 \pm 0,03$ ) кГц справа і ( $2,74 \pm 0,03$ ) кГц зліва ( $S=13,72$ ,  $p<0,001$  і  $S=14,31$ ,  $p<0,001$ ). У групі хворих не реєструється вірогідне збільшення максимальної систолічної частоти сигналу в загальній сонній артерії до ( $3,11 \pm 0,07$ ) кГц справа і ( $3,11 \pm 0,07$ ) кГц зліва, порівняно з контролем – ( $3,17 \pm 0,06$ ) кГц справа і ( $3,01 \pm 0,03$ ) кГц зліва ( $S=0,65$ ,  $p=0,51$  і  $S=1,25$ ,  $p=0,21$ ). У групі хворих реєструється вірогідне збільшення максимальної систолічної частоти сигналу в хребтовій артерії до ( $1,68 \pm 0,06$ ) кГц справа і ( $1,83 \pm 0,06$ ) кГц зліва, порівняно з контролем – ( $1,49 \pm 0,05$ ) кГц справа і ( $1,42 \pm 0,06$ ) кГц зліва ( $S=2,21$ ,  $p=0,028$  і  $S=4,33$ ,  $p<0,001$ ). У групі хворих реєструється вірогідне збільшення максимальної систолічної частоти сигналу у внутрішній сонній артерії до ( $2,57 \pm 0,03$ ) кГц справа і ( $2,56 \pm 0,03$ ) кГц зліва, порівняно з контролем – ( $3,11 \pm 0,08$ ) кГц справа і ( $3,10 \pm 0,08$ ) кГц зліва ( $S=6,22$ ,  $p<0,001$  і  $S=6,19$ ,  $p<0,001$ ). Найбільшим був відсоток асиметрії у надблокових і хребтових артеріях. При загальній оцінці результатів УЗДГ у хворих із гострим отруєнням монооксидом вуглецю встановлено зміни кровообігу в басейні сонних і хребтових артерій у чверті хворих, найчастіше відзначали прискорення кровообігу в надблокових артеріях. Отруєння монооксидом вуглецю найістотніше впливало на підвищення кровообігу у надблокових артеріях хворих справа ( $R=-0,75$ ,  $p<0,001$ ) і зліва ( $R=-0,76$ ,  $p<0,001$ ), а також асиметрію кровообігу у надблокових ( $R=-0,74$ ,  $p<0,001$ ) і хребтових артеріях ( $R=-0,72$ ,  $p<0,001$ ). Отруєння також вірогідно чинило вплив на кровообіг у внутрішніх сонних артеріях справа ( $R=0,46$ ,  $p<0,001$ ) і зліва ( $R=0,46$ ,  $p<0,001$ ), в хребтових артеріях справа ( $R=-0,18$ ,  $p=0,028$ ) і зліва ( $R=-0,34$ ,  $p<0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, прискорення кровообігу може свідчити про підвищення тону судин мозку й уповільнення артеріовенозного шунта в артеріях мозку, що компенсується прискоренням кровообігу в

позамозкових артеріях. Збільшення систолічної частоти в загальних сонних артеріях вказує на збільшення тону у великих судинах, можливо, за рахунок збільшення частоти серцевих скорочень у хворих.

*Самойленко Є.Ф., Курпун С.М., Махніборода О.В., Грузіна А.А.*

### **ГОСТРІ ОТРУЄННЯ МОНООКСИДОМ ВУГЛЕЦЮ У ВУГІЛЬНИХ ШАХТАХ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** дослідити особливості отруєнь монооксидом вуглецю у гірників вугільних шахт.

**Матеріал та методи:** проведено аналіз питомої ваги отруєнь монооксидом вуглецю серед гірників і робітників інших підприємств протягом 12 років для 214 випадків. Статистичний аналіз одержаних результатів проводили методами параметричної і непараметричної статистики з використанням ліцензійної прикладної програми Statistica 5.5 (Stat Soft Rus).

**Результати дослідження.** Коливання питомої ваги випадків отруєнь монооксидом вуглецю серед усіх виробничих отруєнь у вугільній промисловості становлять від  $(33,3 \pm 1,9) \%$  (в 1995 році) до  $100 \%$  (в 1991, 1993, 2000 роках). Рівень захворюваності гострими отруєннями монооксидом вуглецю за період дослідження змінювався від 0,83 до 49,4 випадків на 10000 гірників і прямо залежав від кількості аварій на шахтах. Більшість випадків гострих отруєнь монооксидом вуглецю траплялось на шахтах з глибоким заляганням пластів –  $(79,2 \pm 2,6) \%$ ; з пологим заляганням пластів –  $(58,75 \pm 3,1) \%$ , надкатегорійних за метаном –  $(95,8 \pm 1,3) \%$  та небезпечних за раптовими викидами пилу і газу і за гірськими ударами –  $(87,0 \pm 3,1) \%$ , що свідчить про залежність числа гострих отруєнь монооксидом вуглецю від гірничо-геологічних особливостей вугільних шахт.

**Висновки.** Найбільша кількість випадків гострих отруєнь  $(58,75 \pm 3,18) \%$  реєструється на шахтах з пологим заляганням пластів (від  $0^\circ$  до  $18^\circ$ ) і в глибоких вугільних шахтах.

*Трифонов О.С., Юрченко О.О., Лихоносова О.А., Павлова Ю.О.*

### **РІВЕНЬ ДІЄНОВИХ КОН'ЮГАТІВ ТА МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ З ПРОФЕСІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ – ПНЕВМОКОНІОЗОМ**

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра професійних хвороб і радіаційної медицини, зав. кафедри – проф., д.мед.н. Бондаренко Г.О., науковий керівник – проф., д.мед.н. Ніколенко В.Ю.*

**Мета дослідження:** дослідити рівень дієнових кон'югатів (ДК) та маленового діальдегіду (МДА) в сироватці крові гірників вугільних шахт з професійним захворюванням пневмокоіозом (Пн)

**Матеріал і методи:** обстежено 137 гірників із пневмокоіозом і 47 – відносно здорових гірників контрольної групи. ДК визначали шляхом їх екстракції гептан-ізопропіловою сумішшю та вимірювання екстинції при 223 нм. МДА визначали у сироватці крові хворих на Пн.

**Результати досліджень.** Оксидантну систему оцінювали за рівнем ДК і МДА у гірників, хворих на пневмокоіоз. Рівень ДК у хворих на Пн був підвищений до  $(2,100 \pm 0,026)$  у.о./мл плазми на відміну від контролю  $(1,905 \pm 0,061)$  у.о./мл плазми ( $S=3,35$ ,  $pS=0,00096$ ). Розвиток захворювання впливав на рівень ДК у хворих на Пн ( $KW=10,01$ ,  $p=0,0015$ ). В той же час ДК мали позитивний кореляційний зв'язок із розвитком захворювання ( $r=0,2414$ ,  $p=0,0010$ ). Рівень МДА у хворих на Пн був підвищений до  $(9,57 \pm 0,14)$  мкмоль/г білка на відміну від контролю  $(6,12 \pm 0,23)$  мкмоль/г білка ( $S=12,50$ ,  $p<0,001$ ). Розвиток захворювання впливав на рівень МДА у хворих на Пн ( $KW=80,66$ ,  $pKW<0,001$ ). В той же час ДК мали позитивний кореляційний зв'язок із розвитком захворювання ( $r=0,6797$ ,  $p<0,001$ ).

**Висновки.** При дослідженні рівня ДК і МДА в сироватці крові хворих гірників на Пн було виявлено їх підвищення на відміну від контролю. ДК і МДА мали позитивний кореляційний зв'язок з розвитком Пн. Розвиток Пн впливав на рівень ДК і МДА.

*Науменко О.С., Беленський Д.Ж., Бугашев К.С.*

### **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЧЧИНИ В 2011 РОЦІ**

*Національний медичний університет ім. М. Горького, Кафедра соціальної медицини, ООЗ та історії медицини, завідувач кафедри – Агарков В.І., професор, науковий керівник – Северин Г.К., доцент*

**Мета дослідження.** Проаналізувати формуючі патологію показники захворюваності ХСК дорослого населення Донбасу.

**Матеріал та методи.** Для аналізу захворюваності на ХСК серед населення Донбасу, нами використані показники здоров'я населення та діяльності медичних установ Донецької області за 2011 рік інформаційно-аналітичного центру медичної статистики ГУОЗ Донецької ОДА.

**Результати.** Як свідчать отримані результати, за минулий рік захворюваність ХСК склала 635,2 випадків на 10000 населення, або 13,0% від загальної суми всіх захворювань дорослого населення. Перші три місяці, які формують дану патологію зайняли всі форми гіпертонічної хвороби (279,1 випадків на 10000 населення),

ішемічна хвороба серця (177,0 випадків на 10000 населення) та цереброваскулярні хвороби (124,5 випадків на 10000 населення). Цікавим є той факт, що ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби в переважній більшості випадків (67,9% та 73,6% відповідно) супроводжувалися гіпертонічною хворобою, що свідчить про необхідність спрямування роботи кардіологічної служби на попередження, в першу чергу, розвитку гіпертонічної хвороби серед населення Донбасу та підвищення рівня його санітарної культури.

**Висновки.** Таким чином, проведене дослідження показало, що 91,4% випадків ХСК формують три основні хвороби, а саме: всі форми гіпертонічної хвороби, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби.

*Романенкова Я.В.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра социальной медицины, организации здравоохранения и истории медицины, зав. кафедрой – проф.  
Агарков В.И., научный руководитель – доц. Грищенко И.И.*

**Цель.** Установить роль и значимость маркетинговых исследований в здравоохранении.

**Материалы и методы.** Системный анализ научных трудов отечественных и зарубежных ученых.

**Результаты.** Основными предпосылками внедрения маркетинга в здравоохранение являются: - рыночный характер экономики; - ухудшение здоровья населения; - уменьшение обращаемости населения за медицинской помощью; - рост числа негосударственных медицинских учреждений; - изменение методов финансирования медицинских учреждений; - появление новых источников финансирования со стороны независимых от государства покупателей медицинских услуг; - реформирование государственной системы здравоохранения.

**Выводы.** В сфере здравоохранения кроме коммерческого необходим социальный маркетинг, который определяет здоровье как «потребительский продукт», который можно приобрести в обмен на определенные затраты и личные усилия. Маркетинг становится обязательной частью финансового менеджмента на уровне микро- и макросреды.

*Грищенко И.С., Соловьева М.В.*

## **СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА КАК ИНСТРУМЕНТ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра социальной медицины, организации здравоохранения и истории медицины  
зав. кафедрой – проф. Агарков В.И., научный руководитель – проф. Агарков В.И.*

**Цель.** Установить роль научных дисциплин «Социальная медицина и организация здравоохранения» и «Государственное управление здравоохранением» в охране общественного здоровья в подготовке специалистов-медиков.

**Материалы и методы.** Библиосемантический, структурного анализа, ретроспективный методы применены в исследовании работ по теме.

**Результаты.** Генеральной целью управления системой здравоохранения страны является поддержание и укрепление здоровья населения. Управление здравоохранением реализует государственную миссию сохранения и укрепления общественного здоровья. Социальная медицина – наука, изучающая общественное здоровье; интегральной целью ставит обеспечение оптимального уровня общественного здоровья человека в реальных социально-экономических условиях жизнедеятельности. Каждая из наук имеет свои методы. Но «комплексный» метод государственного управления предполагает использование и методов социальной медицины. Объектом социальной медицины является популяционное здоровье населения. Объектом государственного управления здравоохранением – деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, а предметом - проблемы взаимодействия различных органов (участников) управления общественным здоровьем.

**Выводы.** Общая цель двух отраслей научного знания – общественное здоровье – исследуется социальной медициной. Наука определяет факторы, формирующие его и предлагает меры по охране. Государственное управление здравоохранением для достижения генеральной цели решает вопросы оптимизации аппарата государственного управления, органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и оптимизации управленческих функций. Таким образом, методы и подходы социальной медицины являются инструментом государственного управления здравоохранением.

*Пономарева М.А.*

## **МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра социальной медицины, организации здравоохранения  
зав. кафедрой – проф. Агарков В.И., научный руководитель – доц. Грищенко И.И.*

**Цель.** Определение мотивационных факторов персонала медицинского учреждения.

**Матеріали и методи:** аналіз фундаментальних робіт отечественних и зарубіжних авторів - Т.Д.Зинкевич-Евстигнеевой, Л.М.Карамушки; Э. Гриффин, П. Мучински.

**Результаты:** Система мотивации должна быть ориентирована на конечный результат. Мотивация не может существовать ради самой себя. Деятельность руководителя в этом направлении должна иметь цель, совпадающую с целью учреждения в целом. Основными мотивационными факторами являются: деньги, карьерный рост, статус, признание, слава, оценка, самореализация, самовыражение. При изменении ситуации на рынке или внутри учреждения, целей или задач отдела, система мотивации должна немедленно реагировать на это. Задача руководителя сводится к тому, чтобы применить имеющиеся мотивационные факторы к конкретному человеку. В этом случае руководитель получит эффективного сотрудника. Применение демотивации в той или иной мере присутствует практически во всех коллективах. Руководство учреждения воздействует на сотрудника морально и материально. Это то самое «золотое» правило «кнута и пряника»

**Выводы.** Мотивы, которые движут человеком, всегда индивидуальны. Нет двух одинаковых людей; не может быть и одинаковых мотивов. Руководитель должен стремиться к работе по индивидуальному принципу мотивации. Универсальные формы мотивации - не всегда панацея. Результативная деятельность требует индивидуального подхода к каждому конкретному звену такого сложного механизма, название которому - команда.

*Данілова Ю.В.*

### **ГІСТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ ПРОСТАТИ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ (ЛНА) НА ЧАЕС.**

*Науковий керівник – доц. Данілов Ю.В., кафедра професійних хвороб та радіаційної медицини Донецького Національного медичного університету.*

**Мета роботи** – установити закономірності морфо-функціональних змін епітеліального компоненту простати ліквідаторів на підставі результатів порівняльного комплексного морфологічного дослідження і оцінити можливість їхнього використання для морфологічної діагностики впливу чорнобильського фактора.

**Матеріал та методи.** Матеріал комплексного квалітативного та квантитативного гістологічного та імуногістохімічного дослідження склали 87 секційних спостережень, які були розподілені на 3 групи: 1) Контрольна група - передміхурові залози осіб, які брали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС і не мали в анамнезі вказівок на наявність підземного стажу роботи у шахті; 2) Шахтарська група – передміхурові залози осіб, що не брали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС але мали підземний стаж роботи в шахті не менше 5 років; 3) Чорнобильська група – передміхурові залози осіб, що брали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС протягом 1986-1987 років і водночас мали підземний стаж роботи в шахті не менше 5 років. Для кількісного гістологічного і імуногістохімічного дослідження було використано по 9 випадків в кожній групі. Дослідження препаратів здійснювали на дослідницькому мікроскопі Olympus AX70 ( Японія ) . Обчислювальну та статистичну обробку результатів вимірів проводили за допомогою убудованих у програму AnalySISPro 3.2 фірма ( фірма Soft Imaging, Німеччина) статистичних функцій відповідно до рекомендацій виробника програмного продукту.

**Результати:** у результаті комплексного порівняльного якісного й кількісного морфологічного дослідження передміхурових залоз спостережень чорнобильської групи виявлені основні статистично вирогідні закономірності перебудови її епітеліального компоненту: у порівнянні з контрольною групою зменшуються кількість залоз у полі зору, середня площа перетину залози і її просвіту, площа й питома частка всіх складових залозистого компонента (власне залоз, їхніх просвітів та епітелію), зростає середня кількість клітин у залозі й, особливо, питома частка PCNA<sup>+</sup>-клітин у залозах; у порівнянні з шахтарською групою зменшуються середня площа перетину залози, площа, займана залозами, їхніми просвітами й ацинарним епітелієм, а також їхні питомі об'єми, зростає питома частка PCNA<sup>+</sup>-клітин у залозах.

**Висновки:** таким чином, результати комплексного порівняльного якісного та кількісного гістологічного та імуногістохімічного дослідження епітеліального компонента передміхурових залоз дозволяють констатувати можливість морфологічної діагностики змін тканини передміхурових залоз у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, які обумовлені впливом «чорнобильського» чинника, навіть на тлі попередніх структурних змін, викликаних дією несприятливих умов праці гірників.

## АЛФАВІТНИЙ АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК

Абашин А.Г. ....	43	Беленський Д.Ж. ....	367
Абдуллина Л.Р. ....	140, 193	Бицц А.Ф. ....	135
Абрамов Вл.А. ....	225, 226	Биленко Е. ....	84, 87
Абдыгазінова Н.Б. ....	135	Билловус Р.П. ....	96, 105
Авдоніна О.В. ....	251, 252	Бильк Я.О. ....	42
Аверин Б.М. ....	227, 230	Блинова Н.И. ....	147
Аверін Б.М. ....	23	Бобро В. В. ....	268
Аверчук А.С. ....	77	Бобро Н.С. ....	116, 119
Аврамов Д. В. ....	12	Богдан С. В. ....	94
Агарова О.В. ....	362	Богданов И.А. ....	198, 219
Агафонова Л.В. ....	150	Богданова В.В. ....	289
Адекватие Олувадамиларе ....	19	Богданова П.К. ....	262
Адонкина В.Ю. ....	350	Богорская В. С. ....	87
Айзатулова Д.Р. ....	95	Боженко М. ....	159
Аксёнова О.Г. ....	218	Бойченко А.А. ....	225, 227
Александрова М.Г. ....	344	Бойчук О.Р. ....	149, 150
Алексеев Ю.С. ....	301, 311	Большаков Д.В. ....	235
Алексеева В.С. ....	324	Бондарев Н.В. ....	44, 161
Алексеев О.В. ....	251, 252	Бондарева Е.А. ....	125
Алибекова Д.З. ....	255, 262	Бондаренко В.С. ....	20
Алиев А.Н. ....	255, 264	Бондарь А.В. ....	169
Алиев Р.Н. ....	256, 263, 264	Бондарь Андр.В. ....	167, 168
Аллахвердиев Э.А. ....	265	Борисенко О.А. ....	33
Алтаев М.А. ....	265	Борисова В.И. ....	97, 117, 161
Аль Таи Омар М. Хамуд. ....	256	Бормотова Д. ....	94
Аль-Хаммуд Я.М. ....	306	Боровцова А.Ю. ....	125
Аль-Шамали Яроб. ....	141	Бородін М.Н. ....	20
Ананьева А.В. ....	298	Борота Т.А. ....	258
Андреева А. П. ....	44	Бортник Ю. В. ....	54
Андропова М.А. ....	166	Бортникова А.К. ....	50
Антоненко А. Є. ....	17, 23, 362, 365	Бочарская М.В. ....	268
Антонова А.А. ....	357, 359	Брыжатая Ю.О. ....	357
Апольська Т.О. ....	80	Бугаев К.С. ....	36, 50, 367
Арліндо Арау де Олівейра. ....	251, 252	Булаева А.А. ....	12
Арсентьева С.М. ....	197	Булатецька А. М. ....	87
Артамонова Ю.В. ....	253	Бурова Є. ....	18
Артёмова Н.С. ....	148	Бурьянова Е.И. ....	40
Арутюнова М. Б. ....	319	Бутова А. Ю. ....	117, 118, 120
Афанасьева А.С. ....	288	Бухтеев Д.С. ....	168
Афанасьева Е.С. ....	285, 288	Буцка М.А. ....	82
Афанасьевская М.С. ....	122	Бычкова М.М. ....	96, 221, 222
Ачкасов А.А. ....	234	Вакуленко К.И. ....	81
Бааджи К.В. ....	136, 243, 364	Вакуленко М.В. ....	282
Бабкова В. В. ....	160	Варунків С. В. ....	54
Бадалян Т.В. ....	39, 49, 141	Василенко А. В. ....	328
Базян-Кухто Н.К. ....	256, 264, 257	Василенко Н.В. ....	318
Балтёнкова О. С. ....	93	Васильев Д.В. ....	29
Барасий А.А. ....	198	Васковская Л.С. ....	193, 282, 285
Баркалова А. I. ....	17	Васюшкина Е.В. ....	208
Баркалова А.О. ....	95	Венжега А. В. ....	84
Баркалова Е.Б. ....	288	Венжик Е.Н. ....	80
Бахылы Л.З. ....	264	Венжик О.И. ....	80
Башмаков А.М. ....	257	Верейтин К.И. ....	231, 233
Баштави А. ....	119	Веремкович А.В. ....	210
Бебешко М. В. ....	41	Весёлый Н.Ю. ....	283, 286
Бевзенко Т.Б. ....	357	Видойник О.Я. ....	332
Бездушняк В.А. ....	344	Вижу С.Г. ....	307
Безугла М.В. ....	33	Винников С.Ю. ....	220
Безуглова И.О. ....	161	Винокурова О.М. ....	341
Белей О.Л. ....	316	Вірченко О.В. ....	45
Белецкий С.Г. ....	36, 57, 167, 169	Власенко Е.Н. ....	64, 67
Белицкая Е.И. ....	349	Власюк Д.А. ....	214
Белицкая Е.И. ....	349	Военный И.В. ....	143, 144
Белобородько В.С. ....	230	Войтенко Ю.В. ....	193
Беломера К.В. ....	213	Волков М.В. ....	258
Белоус А.С. ....	309	Волков Н.В. ....	172
Белоусов А. Ю. ....	142	Волкова А.В. ....	126, 186
Бердников М.А. ....	26, 27	Волкова А.М. ....	236
Берегова Т.М. ....	45	Волоскова Ю.С. ....	208
Березова К.О. ....	289	Волошина Д.С. ....	74
Берест Е. Л. ....	42	Волченко Н. В. ....	307
Берющева Т.С. ....	70	Воробьева В. Ю. ....	174
Бессмертная А. И. ....	83, 84	Ворона Е.В. ....	162
Бессмертная Ю.В. ....	325	Воронина А.С. ....	302, 312
Бессмертный С.А. ....	234	Воронина Г.С. ....	304
Бессонная А.Ю. ....	213	Воронич В. О. ....	93
Бессонова А.Д. ....	241	Воропаева Е. С. ....	85
Бешуля О.А. ....	7, 9	Воскресенська В.Ю. ....	259



Воскресенська О.Ю.	328	Данилова М.С.	256,260
Врагов Р.С.	269	Данілова Ю.В.	369
Высоцкий А.Г.	132	Даньків М.П.	88
Габичвадзе Гела.	108	Двоскина Е.А.	253
Габрикевич К.В.	199	Дегтярева А.П.	177,178
Гаврилов А.В.	343	Дегтярева А.Э.	14,124
Гаврилов А.Е.	298	Дегтярева И.Э.	14
Гаврилов А.О.	27,28	Дегтяренко Е. В.	318
Гавриляк В.Г.	130	Дегтярьова Г.І.	318
Гагара Я.С.	119	Дем'янчук М.	338
Гаджиева И.М.	301	Демина Д.В.	115
Галактионова С.С.	169	Демішева С.	193
Галалу М.Н.	143	Демченко Е.В.	321
Галиулин С. О.	98	Демьяненко Р.Ю.	235
Гамбарян З.А.	177,178	Денчик Н.С.	197,215
Ганиева А.Р.	50	Деркач Л.В.	363,365
Гапуненко В.І.	83	Джеломанова Е.С.	97,104
Гаранина Г.В.	204	Джемая Ахмед.	220
Гасанова Э.Э.-к.	301	Джоджуа Р.А.	123
Гасюк Т.В.	182	Дзігора Д. Р.	88
Гевкалюк Н.О.	332	Дзnelадзе Майя (Грузия).	108
Геев К.Ю.	242	Дзядик Т. В.	151
Генбач И.О.	7,174	Димитриев А.С.	51
Герасименко А.М.	358	Діброва Ю. В.	58
Гладкова А.С.	336	Дмитренко Е.О.	347
Гладышев А.А.	97	Дмитрієва Є. О.	17
Глазкова К.М.	83	Добарина Г.Ф.	132,135
Глинская Н.А.	123,217	Довбиж Т.Ю.	199,281
Глобенко Н.С.	50	Довбня А.А.	220,222
Глухова Е.И.	336	Довбуш О.	339
Глушич С.Ю.	12	Довгялло Ю.В.	8
Глушкова О. С.	163,166	Долинский В.В.	44,129,220
Глущенко Г. И.	13	Дорофеева А.А.	118
Гоета Л.О.	333	Драмарецкая С. И.	299
Годованець О.С.	150,158	Дронов О.І.	49
Головина П.А.	163,166	Дронова К.О.	151
Головкина Е.С.	361	Дубина С.А.	7,9
Головко Л.В.	33	Дубинин С.А.	265
Головчак Н. Н.	351	Дубовая А.В.	215,216
Голубицкая А. В.	209	Дубовик Г.В.	127
Голубицкий К.О.	243	Дубров Е.А.	119,270
Голубов Т.К.	178,180,181	Дубровна Ю.Ю.	148
Гончар Г.А.	358	Дубровський Р.О.	20
Гончаров О.М.	127	Дудикова Е. П.	351
Гончарова Л.А.	351	Дудко М.В.	199
Гончарова Н.Н.	269	Дудник Т.А.	337
Гончарова С.В.	57	Дужич Т.	291
Гончарова Т.И.	243	Дяченко І.В.	348
Гончарук-Хомин М.Ю.	317	Евдокимова В.Л.	143
Горб К.М.	80	Евпак О. В.	59,60
Горбенко А.С.	118,289,290	Евтушенко О.В.	179
Горбунова В.И.	14	Ельскій И.К.	221
Готовкина В.С.	231	Емельянова Н.И.	314
Гоц Е.И.	269	Емец Т.В.	213
Гречко О. К.	25	Енин А.А.	167
Григоренко Я.Д.	80	Епифанцев В.А.	271
Грищенко А.В.	235	Ерёмченко А.В.	283,286
Грищенко А.В.	238	Ермаченко Д. И.	352
Грищенко О.О.	144,146	Ермилов С.Г.	65,244
Грищенко Ю.П.	24	Ерохин Ю.А.	169
Гришкевич Н. Ю.	328,330	Ещенко Е.В.	122,124
Гричина И. В.	8	Єфіменко О.Ю.	45
Гришанова Т.М.	332	Жадинский А.Н.	19
Грищенко И.С.	181,182,190,368	Жаркова С.А.	352
Громов С.Е.	304	Жебина И. А.	300
Громова М.А.	34,70	Жеваго Л.Э.	164
Грона К. В.	219	Желдакова А.Д.	325
Грубер Г.І.	308	Жжонова В. В.	97,255,257,260
Грузіна А. А.	244,367	Жилина Т.В.	214
Губенко И.В.	7	Жилицын Е.В.	239
Гужва Н.Ю.	343	Жильцов А.В.	168
Гукасян И. М.	8,10	Жиляєв С.О.	352
Гуранич Т. В.	55	Житкова Р.Ш.	127
Гусейнова Н.Х.	19,187	Жовнер Е.Г.	200
Гусейнов Н.Т.	347	Жук О.С.	346
Гутлиева М.Б.	13	Жуков А. С.	29
Давиденко Д.О.	348	Журавлев Н. В.	131
Давлеева М.Д.	305	Журавлєва Л. В.	319,321
Давыдова Т.О.	194,290,294	Забелина Т.В.	353
Данилова М.Д.	88	Забродняя В. К.	312

Завгородний А.Ф.	253	Ковтун І.Е.	170
Завгородня А.С.	260,263,264	Ковтун Ю.Е.	80
Загородня Є.Л.	71	Кожушаня Е.А.	147
Загоруйко А.Н.	183,339	Козачихина С.І.	164,202
Зайцева Е.В.	208	Козій А.С.	363,364
Залобовская Л.В.	16	Козлова О.Ю.	155
Заплавский А.В.	231	Козлова Я. О.	139
Запольська К.М.	45	Козлюк І.А.	261
Заречная Е.Б.	82	Козюкова М.С.	257,262
Захарова Л.А.	201	Койчев Е.А.	277
Захарчук А.Н.	144,146	Колесников В.С.	21
Захир Султан	180	Колесникова В. С.	43,181
Заярна М. О.	335	Колесникова Н.А.	184
Заяц В.Ю.	201	Коломойцева А.А.	199
Землянов С.О.	300	Комаревская Е.В.	326
Золото М.С.	231	Комарь Е.Л.	271
Зосим В.Г.	134	Комиссаров С.И.	132,133
Зоубі Фарес М.Ф.	236	Комлев А.А.	312
Зубарева Е.	194	Кондратенко А. П.	98
Зубов А.А.	10,51	Коновал А.О.	115
Зубова А.С.	51	Кононенко Е.Р.	16
Зяблицев Д.С.	46,48	Кононенко Р.Е.	230,234
Иванец А.С.	108,109	Кононова А.О.	254
Иванишко Я. В.	301	Кононова Е.О.	253
Иванова А.В.	304,305	Конь К.В.	25
Иващутин Д.А.	236	Кор-Оелы М.Т.	347
Ивлева М.Ю.	53	Коренная Н. Ю.	86
Ивнев Б.Б.	167,170	Корнейчук Е.И.	305
Ивченко С.В.	231,233	Коробова А.В.	175
Игнатенко Е.Г.	359	Коршинська М.І.	308
Игнатьева А.С.	37,233	Костенко Р.С.	300
Измайлова Д.В.	319	Костик В.Э.	256,263
Илана Х.	8	Костогрыз С.В.	34
Илларионова Е.А.	39	Костюковський Д.А.	185
Иофе Е.И.	44,220	Костюченков А.С.	255,261
Ипатов М.А.	97,161,291,292	Кот А.А.	278
Исаченко О.Ю.	180	Котлярова О.Г.	130
Исмаилова Г.М.	109	Коханевич А.И.	292,294
Иванова А.В.	333	Коценко П.И.	246
Иванова Г.В.	315	Коценко Ю.И.	163,166
Иванців О.	338	Кошеварова Д. О.	89
Иванченко Ю.О.	128	Кошеленко Е.С.	52
Игнатенко К.Г.	129	Кошик Е.А.	173
Изотова М.Б.	78	Кравацкая Т.А.	89
Иофе О.І.	129	Кравець О.А.	337
Ищенко К.Б.	62	Кравцов О.І. В.	252
Казтаев А.Ж.	276	Кравченко І.С.	333,334,341
Калиничева А.В.	340	Крамаренко К. К.	329,330
Калюжный Д.Г.	76	Крамарь І.С.	10
Камалов К. И.	322	Красильникова М.А.	320
Канзюба М.А.	236	Красний Є.Ю.	346
Канишева И.В.	14	Красноніс Н.І.	81
Капелька Е.Г.	353	Кривов'яз О. В.	
Карабиц Е.В.	178	Кротова Е. В.	86
Каракай Т.В.	118	Крыкуненко А.В.	98
Карапыш В.А.	270,273	Кубышкина А.Ю.	144
Карпенко М.А.	129	Кудрінська М.Ф.	277,278
Картамышева Е.В.	124	Кудрова А.В.	152
Карташова О.С.	213,214,215,217,218	Кудря А.В.	21,363
Катомин Д. А.	93	Кузнецов А.С.	132,133
Кацалар Є.С.	341	Кузнецов Б.А.	281
Каштанова Я. И.	319	Кузнецов О.И.	228
Киктева А.А.	79	Кузьменко В.В.	170,221,222
Килимник Т.М.	155	Кузьменко О. О.	25,335
Кинаш Д.А.	167	Кузьменко О.Ю.	58,67,250
Кириченко И.С.	37,47,183,193	Куковинец В.Н.	313
Кириченко Н.І.	228	Кулик И.В.	323,324
Кіосев М. В.	362,364	Куликовская Л.А.	166
Клецова М.С.	97,104,184	Куліш М.О.	75
Клименко В.А.	228	Кулявец С.Ю.	29
Ковалев В.Н.	336	Кумуржи А.М.	146
Ковалев Д. Н.	322	Куприченко Н.Н.	249
Коваленко М.А.	283	Купрун С.М.	364,367
Коваленко О. Г.	326	Курбанов А.К.	25
Коваленко Я. О.	326	Курбатська Н.Б.	71
Коваль А.П.	215	Курилов В.Л.	52
Коваль С.А.	138,139	Куркурина О.В.	181
Ковальова М. С.	75	Курносова М.А.	298
Ковальчук М.В.	280,281	Курчина В.М.	163,166
Ковригина А. А.	20,187	Курьшова О.А.	197

Кутитонская В.Ю. (Россия) .....	110	Могилевська Х.Е. ....	363,365
Куткова О.В. ....	347	Могиленець О.І. ....	341
Кухаренко Н.Н. ....	320	Могольницький С.И. ....	344
Кучерова Ю.А. ....	312	Мокрик И.Ю. ....	215
Кучук Т.В. ....	354	Молдованова К.І. ....	130
Кушнарєнко О.В. ....	110	Молчанова С.Г. ....	146
Кушнір Б.В. ....	305	Момот Н.В. ....	132, 133, 134, 135
Лавриненко А.А. ....	216	Моргунова М.Н. ....	50
Лавриненко Е.О. ....	39	Мороз В.В. ....	320
Лазариди Я.А. ....	311, 313	Мороз Г.Б. ....	302
Лаленко Ю.В. ....	254	Морозова Ю.Н. ....	210
Лапотько Т.Ю. ....	304	Морозюк Д.Ю. ....	238
Ларкина А.В. ....	180	Мосийчук Т.В. ....	72
Ласачко П.С. ....	169	Москаленко А.С. ....	284
Ласткова Н.Д. ....	364	Москалюк О.Н. ....	195
Левашов Д.В. ....	355	Музыкантова Ю.Б. ....	302
Левченко В.С. ....	99	Мусаєва Ф.А. ....	257
Левченко О.В. ....	252	Мустафа Аббас ....	329, 330
Левченко Ю.Ю. ....	254	Мустафа Таха ....	329, 330
Лега Д.О. ....	355	Мухина О.Н. ....	40
Лемешко Г.С. ....	305	Мухіна Е.О. ....	127
Лемешов А.С. ....	145	Муштук Є. Я. ....	335, 362, 363
Лешкович К.Г. ....	194, 290, 294	Мысливец Н. А. ....	35
Ливенцова Е.В. ....	360	Мягких И.И. ....	101
Лигіна Ю.А. ....	342	Набиева С. Р. (Азербайджан) ....	111
Лихоносова О. А. ....	17, 23, 367	Нагорнюк Ж. Ю. ....	101
Лоизова Е.Ю. ....	34	Назарян Н.Ш. ....	21, 165
Лосева А.Д. ....	310	Налетов А.В. ....	195
Лошак О.О. ....		Нальотова О.С. ....	346, 346
Лукьянчикова Е.Н. ....	349, 350	Натрус Ю.С. ....	21, 344
Лысенко А.О. ....	7, 10, 169, 344, 345	Науменко О.С. ....	367
Любенко Д.Л. ....	49	Наумова А.І. ....	348
Лях А.Ю. ....	224	Нахлєви Д.С. ....	281
Ляшенко Т.Б. ....	253	Небесная А.А. ....	182
Майборос К.В. ....	304	Некрасов А.Д. ....	281, 282
Майлян Д.Е. ....	130	Нестеренко Е.А. ....	221, 222, 256, 260, 261, 262
Макаренко А.В. ....	237	Нестеренко И.А. ....	221, 222, 257, 261
Макаров В.А. ....	339	Нестеренко І.О. ....	22, 24
Макарова Д. В. ....	354	Нестеренко О.О. ....	22, 24
Макарчук О.В. ....	130, 132, 133	Нефёдова В.В. ....	293
Макеев Г.Г. ....	314, 315	Нехно В.С. ....	236
Маковеев Д.С. ....	43, 46, 48	Нечепорчук А. В. ....	42
Максакова А.С. ....	30	Нечипуренко Е.А. ....	120
Малина А.Ю. ....	15	Никифороенко А.А. ....	184, 186
Малишаускас И.Ю. ....	164	Николенко А.В. ....	365
Малов А.Е. ....	10	Николишин Л. В. ....	56
Мальцев А.В. ....	64, 66	Никулин И.Ю. ....	231
Мамедалиев Новруз Али оглы. ....	261	Ніколенко А.В. ....	366
Мамедов З.Е. ....	20	Новикова Ю.В. ....	358
Мамченко М.М. ....	197, 208	Новицкая Е.В. ....	253
Маницкая Н.А. ....	253	Ногац А. ....	232
Мартиць Ю.М. ....	323	Носач С.Ю. ....	280
Маслакова Т.В. ....	216	Оболєнская Н.А. ....	350
Матвиенко В.А. ....	271, 275	Обуховський В. Г. ....	315
Матвиенко Г.Н. ....	99	Оксимец В.В. ....	236
Матієнко Я.О. ....	333	Ольховский А.В. ....	314
Махарадзе Н.О. ....	164	Ольховский С.О. ....	140
Махмутова А.Р. ....	202, 203, 207	Омельченко А.Ю. ....	211, 257, 260, 262, 264, 345
Махніборода А.В. ....	11, 363, 367	Онвєзе Чиди (Нигерия) ....	111
Мацьїнина М.А. ....	209	Онпко Д.А. ....	314
Маїталер Роман ....	171	Орехов О.А. ....	61
Медяник Е.В. ....	185, 258	Орлова Ю. А. ....	31
Мей Гази Луйа Сагел (Катар). ....	111	Осадчая В.О. ....	119, 120
Мелешко В.К. ....	203	Осинская И.А. ....	187, 258
Мельник А.В. ....	77	Осипенко А.Р. ....	170
Мельник Н.П. ....	348	Осипенков А.Р. ....	11
Мельникова Д.В. ....	313	Осипенкова Т.С. ....	324
Меньшикова А.О. ....	148	Осокін А.Е. ....	78
Меркулова Н.Ф. ....	343	Острик Д.А. ....	102, 103, 210
Метельский А. ....	165, 345	Острополец А.С. ....	265
Мех В.А. ....	246	Павленко М. Ю. ....	329, 330
Микашова Г.Р. ....	260	Павлов Р.В. ....	167, 169, 170
Миколенко Е.С. ....	293	Павлова Ю.О. ....	365, 367
Микукстс В.Я. ....	357, 360	Павлюченко В.В. ....	155
Мильнер И.А. ....	359	Павлюченко Л. И. ....	330
Мисюра А.В. ....	140	Палкина А.А. Ю. ....	224
Міміношвілі Т.В. ....	100	Панасенко К.В. ....	75
Могилевская К. Э. ....	100	Панова Ю.А. ....	149
Могилевский А. С. ....	47, 112, 280	Пархоменко А.В. ....	27, 31, 195, 272, 273
Могилевська К.Е. ....	21, 335	Парицхаладзе В.И. ....	138

Паршин С.А.	216	Сагунова К.И.	303
Пастухов А.О.	137	Садрицька Я.В.	75
Пацкань И.И.	132	Салютін Р.В.	45
Первак М.Б.	132	Самойдук І. В.	153
Перепелица В.А.	293	Самойленко Д.Г.	278,279
Пернаков Н.С.	103	Самойленко Е.Ф.	189,365,367
Персток Д.О.	23,227	Самойлов В.Г.	263
Петренко И.А.	125	Самохвалов Р.С.	233
Петренко Я.В.	271,272	Саноян В.В.	327
Петрицюк Т.В.	152	Саранов В.В.	335
Петрова В.Н.	357	Сарапук І. М.	154
Петрова М.А.	52	Сахно Н.С.	63,68
Петрусенко В.В.	49	Сачко Ю.В.	203
Пинчук К.А.	255,257,262	Северин Д.Г.	143
Пинчукова А.А.	314	Седакова Ю.И.	169,170
Пироженко Р.И.	197	Седая Л.В.	129
Плиса И.А.	325	Седов А.В.	187
Плыс А.А.	319,321	Селіванова К. С.	17,23,362,365
Погорелая Ю.А.	188,190	Семёнов А.А.	216
Подайко М.М.	81	Семенова О.А.	326,327
Подарова Л. П.	244	Семизаров С.С.	231
Пожидаяева М.К.	298,321	Семченко В. А.	93
Поколотная Ю.И.	41	Сергунин И. В.	91
Пола М.К.	131	Сердюк О.В.	254,255
Поливода Е.Г.	231,233	Середа А.И.	204
Полищук-Сироха Т.П.	233,234	Серик М.А.	8,10
Половинко К.	294	Сибилёва М.А.	355
Полоник Ю.В.	284	Сигитова Е.В.	146,147
Поляченко Ю.В.	45	Симоненко М.Ю.	290
Пономарева М.А.	368	Синяченко П.О.	359,360
Пономаренко Г.О.	25	Синяченко Ю.О.	359
Поцуровский Д.С.	137	Сироткіна О.В.	303
Попов А.	165,345	Сігітова О.В.	186
Попов Н.С.	170	Скляр Н.А.	147
Попова А.Е.	302	Сковронська А.О.	154
Попова Ю.В.	271,272	Скрябіна Г. О.	92
Поповиченко Л.Л.	21,344	Скубаковская О.С.	336
Потапов В.В.	270,272,273	Скударь В.И.	285,288
Потихенская К.	211	Слободянюк Е.Н.	248
Потіхенська Х.	211	Слосарева М.О.	22,24
Прилуцкий А.А.	64,67	Смалъ Е.Э.	225,229
Прилуцкий О.О.	67	Смирнова А.С.	123
Прис Е.Ю.	321	Сович Х.	176
Присяжнюк Е.Н.	247	Соловьёв И.А.	235,238
Прокопенко К.А.	274	Соловьева Е.М.	132,133,134,135
Пряко И.В.	310	Соловьева М.	192,368
Пуговічкіна Т.С.	83	Сологуб И.А.	76
Пузанова А.В.	207,251	Соломенник А.О.	343
Пшегалінская Я.О.	354	Соломенник Г.О.	341
Пыльнева С.С.	212	Солоницын Е.А.	238
Радченко Е.А.	361	Сорокина А.Е.	311
Радюк А.В.	284	Сотников А.Г.	104
Разумный П.С.	15	Сохань А.В.	343
Ракитянский А.А.	254	Сохина В. С.	160
Рачкелюк В.В.	362,365	Спащук А. О.	362,363
Ревунова Н.В.	122	Стариченко И.А.	282,285
Резниченко Л.П.	173	Сташкевич М. А.	174
Ремезов Д.В.	302	Степаненко Т.А.	116
Риджок В.В.	125	Стец Л.М.	242
Рогова Ю. Д.	72	Стецевьят В. Б.	56
Рожко М.В.	79	Стещик В.Ю.	144
Романенко А.Р.	38,112,342	Стрельченко Ю. И.	47
Романенко В.Р.	48,342	Стрига Л.В.	254
Романенкова Я.В.	368	Стряковская О. Н.	328,330
Рослякова А.Р.	90,91	Стуликова В. С.	322
Ротарь Д.Г.	188,256,260	Стьопкіна О.О.	73
Рошка М.А.	90	Сулиманова Е.	196
Рубенко Є.Г.	331	Сун Ли (КНР).	107
Руденко Е.В.	314	Супрунова В.О.	138,139
Руденко М.И.	343	Сухинина О. А.	116
Руденко О.В.	311,313,314	Суходоля С.А.	49
Рудь Ю.В.	315	Суярко В.И.	280
Рутинский А.И.	247	Сытник Д.Е.	275
Рыжова М.С.	120	Сюмка Є.І.	355
Рябовол И.В.	112	Табачников В. О.	131
Рябчук Ю.И.	38	Табуrowsкая М.А.	118
Рязанцев А.О.	75	Такташова Р.Г.	205
Савельева Н.А.	311,313	Талалаенко А.К.	112,113,342
Савенко Г.Ю.	352	Талан О.С.	76
Савенко В.К.	346	Танасичук В.С.	132,133,134

Танасичук-Гажиева Н.В.	132, 133, 134	Хрипач Е.А.	208
Таран В.В.	256, 261	Христенко Н.Е.	295
Тарарина А.А.	206	Христиченко М.А.	124
Тарасова В.И.	119	Христуленко А.А.	263
Тарасова Д.А.	290, 294	Худолей Е.В.	220, 222
Терешкова А.В.	131	Худолей С.А.	44, 161
Терпелюк Г.В.	82	Худякова М.А.	125
Теряєва М.	17	Царев А.В.	147
Тимченко Д.В.	233	Царёва Е.А.	353, 356
Тимченко К.В.	208	Цыбуля Е.В.	206
Тихонова А.С.	76	Чайковская И.В.	327
Тищенко А.Н.	287	Чеботарева А.Д.	176
Тищенко Е.В.	254, 255	Чекалюк Є. М.	76
Ткаченко К.Е.	118, 120	Челюбеев С.С.	53
Ткаченко С.А.	238	Чернецкий В.Ю.	235
Ткачук Д.А.	344	Чернобривцев А.П.	46, 48
Токарева Е.С.	196	Черноус В.А.	249
Токарева Т.А.	156	Чернышова Д.А.	356
Толстой Д.В.	361	Чернявская Е.В.	208
Томаев Г. Г.	239	Чернявский А.Р.	185, 258
Томашевська Ю. О.	348	Черняев В.А.	281, 282
Тонких Н.А.	216	Черняева Е.И.	126
Тохтамышева Э.А.	344, 345	Черняк Я.К.	82
Тохтамышева Э.О.	11, 169	Чертищев А.	53
Третьякова Е. В.	104	Чертков А.Ю.	302, 304
Третьяк Л.А.	121	Чижевская Ю.В.	52
Трифонов О. С.	335, 363, 367	Чикунова Т. А.	82
Трифонов О. С.	21	Чистяков Р.С.	171
Троян Н.С.	24, 105	Чихрадзе А.К.	264
Тулаинова Э.В.	301	Чикунова Т.М.	83
Тумалия М.Р.	199	Чопорова А. И.	254
Туркевич М.	295	Чубан Е.С.	212
Турчанин С.В.	325	Чубенко О.Э.	157
Тугова К.С.	96, 105, 310	Чуйко А.В.	282
Тюленева А.А.	362	Чумак Ю.Ю.	122
Тюрина А.С.	190	Чурилов К.А.	230
Тютюнник М.В.	175	Шабанов О.В.	305
Уваров Е.А.	234	Шаганов П.Ф.	113
Удовенко А.А.	10	Шалабода А.Д.	274
Удод К.А.	185, 258	Шамаріна А.І.	126
Узун Е.С.	217, 123	Шамраева Д.Н.	207, 250, 251, 291, 296, 297
Узун К.С.	123	Шамрасва Д.М.	67
Уманский К.С.	235	Шапаренко О.В.	343
Усачук И.А.	117	Шаповалова А.С.	188, 190, 254
Усенко Д.В.	190	Шаповалова Є. В.	77
Усенко Н.А.	215, 217	Шарабати Н.Э.	113
Фабер А.И.	35	Шарапова А.Н.	158
Фабер Т.И.	35	Шаров К.В.	197, 223
Фадеев О. Б.	163, 166	Шатова О. П.	174
Фаерман А.А.	131	Шахова В.Ю.	148
Фалалеева Т.М.	45, 49	Швидка А. Ю.	92
Феденко Є.С. а	251	Шевелек А.Н.	123
Федорова Е.Ю.	336	Шевченко А.С.	350
Федорова У. В.	275	Шевченко В.С.	178, 180, 181
Федорук А.А.	79	Шевченко Е.В.	223
Федосова А. С.	17	Шелестова Ю.С.	106, 114
Фесак И.В.	32	Шенгоф П.О.	352
Фецич Маркіян.	171	Шенорик М.М.	328
Финаев О.В.	305	Шептуха Д.	223
Фомина Т.В.	304	Шептуха Д.Ю.	224
Фоминов В.М.	270, 273	Шериф Л.А.	212, 239, 287
Фомичева К.С.	360	Шестопалова А.Д.	271, 275
Франчук П. А.	322	Шипов Д.О.	24
Фролов А.С.	248	Ширинов В.И.	275
Фролов Е. А.	15	Широких А.М.	107
Халабузарь В.А.	283, 286	Шиш С.В.	148
Халилова Н.Г.	7	Шкредова К.М.	163, 166
Хаматдинова Ю.Р.	144, 287	Шлейко Г.А.	258
Хамдамов Х.Р.	212, 276, 287	Шляхов В. Ю.	44
Хаченкова Д.С.	218	Шпак С.А.	132, 133, 134
Харченко А.В.	36	Шрамко А. С.	36, 57, 170
Харченко И.В.	157	Шукюрду Х.Р.	255, 264
Харченко О. В.	355	Шульженко Н.А.	220, 224, 337
Хафизова Д.Ш.	121	Шумилова Е.Ю.	137
Хачатрян С.С.	236	Шукун А.И.	230, 234
Хлынцева А.В.	279	Юніченко К.С.	331
Хмельова М.А.	356	Юніченко С.В.	331, 331
Хомченко М.А.	106, 112	Юніченко С.С.	331
Хохлова М.В.	350	Юрина М. С.	322
Хохлова С. В.	92	Юрків О.І.	158

Юровская Е.И.	255,268,275	Danilova M.S.	267
Юрченко О. О.	17,23,367	Dorokhov N.S.	73
Ютовец Е. Г.	239	Doroshenko M.V.	69
Ютовец Т.С.	361	Eya Lawson Ifeanyi	266
Ющенко Н.А.	120	Garavi Alhamzah Mohsin	298
Яворская Л.В.	327	Gbiri Adebola	266
Яковец О.С.	280	Gordenko A.S.	69
Яковленко А.Ю.	358	Husham Hashim	177
Якубенко В.М.	318	Ilana Chaikis	74
Якубенко Я.В.	235	Ishchenko K.B.	62
Яли А.Н.	262,264	John C.M.C.	191
Янковський Д.С.	45	Kapend Kapend Benjamain	300
Ярмоленко А. В.	25	Khristulenko A.A.	266
Яров Ю.Ю.	325	Kiosev N.V.	266,267
Ярошенко Л.А.	125	Kobani L.C.	191
Яхнин К. О.	117	Kyrychenko N.	225
Ячнин К.О.	13	Makhniboroda A.V.	267
Adamenko E.N.	298	Mohammad Rizwan Joomun (Mauritius)	207
Afanasyeva A.S.	288	Naumova O.V.	70
Afanasyeva K.S.	288	Olsheskyi V.S.	102
Aisha Omole Hassan	266	Osipenkov A.R.	267
Al Sumaidai Omar	300	Parkhomenko A. V.	37
Alabbass Zaid	267	Potapov V. V.	37
Antonova O.A.	191	Prilutska A.S.	60
Avsyankina E.V.	159	Prilutskiy A.A.	60
B.G. Mahesh Tharanga Jayasinghe (Sri Lanka)	207	Protsai A.A.	72
Balarabe Umar Mohammed	240	Rotar D.G.	267
Bataineh Bilal	266	Shleyko G.A.	267
Bazlyan-Kukhto N.K.	267	Shtih V.S.	70
Boateng S. O	191	Slyvka M.	316
Bordik-Starenko N. Yu.	63,67	Sumit P.I.	192
Borota T.A.	266	Toshpulatov Iskandar	240,241
Capiron Marie Desiree Daneelah	208	Trofimets D.A.	59
Chernyavskiy A.R.	266	Umoh Idongesit	266
Chorna D.A.	73	Warsallee Shameema Azmeen (Mauritius)	208
Danilets R.O.	241	Yermilov S.G.	69,245

Науково-практичне видання

## МАТЕРІАЛИ

### 75-ого міжнародного медичного конгресу молодих учених

«Актуальні проблеми клінічної, теоретичної,  
профілактичної медицини, стоматології та фармації»

(Мовою оригіналу)

Підписано до друку 10.04.13. Формат 60 х84/8.  
Умовн. друк. арк. 42,31. Тираж 750 прим. Зам. № 59.

Видавництво та друк ТОВ «Каштан».  
83017, м. Донецьк, б. Шевченка, 29.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта  
видавничої справи ДК № 1220 від 05.02.2003 р.