

МОЗ України
Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"
Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

**ЗВІТНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ЛІКАРІВ (ПРОВІЗОРІВ)-ІНТЕРНІВ ЗА 2018-2019
НАВЧАЛЬНИЙ РІК**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ



Івано-Франківськ, 2019

Організаційний комітет

Пелехан Л.І. - директор ННІПО, голова організаційного комітету конференції.

Іваночко В.М. - заступник директора, заступник голови організаційного комітету, відповідальний за організацію та проведення конференції.

Войтович С.А. - заступник директора, відповідальний за формування та підготовку до друку збірника тез конференції.

Бегіш Т.В. - інспектор, відповідальний за реєстрацію учасників конференції.

Бекіш В.Б. - начальник видавничого відділу, відповідальний за друкування програми та збірника тез конференції.

Сенцій В.В. - начальник відділу інформаційно-аналітичного забезпечення, відповідальний за інформаційне забезпечення залу, технічне забезпечення аудіо- та відео супроводу конференції.

*за редакцією ректора Івано-Франківського національного
медичного університету, Заслуженого діяча науки і техніки
України, д.мед.н., проф. Миколи Михайловича Рожка*

ТЕРАПЕВТИЧНА СЕКЦІЯ

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ТРОМБОЕМБОЛІЙ ДРІБНИХ ГІЛОК ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ВІДДІЛЕННЯХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ЗА 2017-2018 РОКИ

Мандрик А.В., Рангулова Т.С.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Чаплинська Н.В.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) визнана ВООЗ одним із найбільш поширених серцево-судинних захворювань і діагностується у близько 0,15-0,20% населення. Вона є третьою за частотою причиною раптової смерті після ІХС та інсульту (Трубников Г.В., 2013). Традиційно про ТЕЛА говорять у колі судинних хірургів, кардіохірургів, реаніматологів. Як правило, це важкі хворі з масивною тромбоемболією та високим ризиком для життя. У цьому випадку діагноз і подальша тактика очевидні (Лутай Я.М., 2014). Водночас, величезний контингент пацієнтів із субмасивною ТЕЛА і тромбоемболією дрібних гілок легеневої артерії (ТЕГЛА) є складними для діагностики у зв'язку з різноманіттям клінічних проявів (Павлова І.Б., 2016).

Мета роботи – провести клінічний аналіз випадків ТЕГЛА.

Матеріали і методи дослідження. Проведено клінічний та статистичний аналіз 24 історій хвороб пацієнтів із ТЕГЛА, які знаходилися на лікуванні у відділеннях пульмонології та диференційної діагностики Івано-Франківського обласного клінічного фтизियो-пульмонологічного центру (ОКФПЦ) у 2017 та 2018 роках. Для підтвердження діагнозу у клініці проводили клінічні, лабораторні, інструментальні методи дослідження згідно «Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Тромбоемболія легеневої артерії» (наказ МОЗ України №34 від 15.01.2014 р.) та Рекомендацій Європейського кардіологічного товариства щодо діагностики і лікування ТЕЛА (2014). Статистичну обробку результатів виконували за допомогою програми статистики StatPlus 2009 Professional та електронних таблиць Excel.

Результати дослідження. У 2017 та 2018 роках у відділеннях пульмонології та диференційної діагностики ОКФПЦ на обстеженні і лікуванні перебували 24 хворих на ТЕГЛА. Серед них було 17 (70,8%) чоловіків та 7 (29,2%) жінок. Вік пацієнтів коливався від 18 до 80 років і в середньому становив $49,12 \pm 2,75$ роки.

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила $22,27 \pm 1,77$ дні.

При поступленні усі хворі скаржилися на кашель. Більшість із них (79,1%) відзначали задишку інспіраторного характеру в поєднанні з болем у грудній клітці (75%), кровохарканням (45,8%) та гіпертермією (41,6%). У третини хворих виникали епізоди запаморочення. З анамнезу життя пацієнтів відомо, що 5 (20,8%) із них протягом останнього року лікувалися з приводу рецидивуючих пневмоній, 3 (12,5%) – з приводу рецидивуючих плевритів, а у 2 (8,3%) мало місце рецидивуюче кровохаркання.

У 17 (70,8%) хворих діагноз верифіковано методом спіральної комп'ютерної томографії з контрастуванням. Класичні рентгенологічні ознаки ТЕГЛІА та інфаркт-пневмонії мали місце лише у 3 (12,5%) хворих. У більшості (58,3%) випадків зміни на рентгенограмі органів грудної клітки (ОГК) розцінені як пневмонія. У двох (8,3%) пацієнтів виявлено лише ознаки хронічного бронхіту та емфіземи легень. Інформативним було ультразвукове дослідження, яке виявляло ознаки ексудативного плевриту у 11 (45,8%) пацієнтів без змін зі сторони плевральних синусів на рентгенограмі ОГК. ЕКГ і/або ЕхоКС-ознаки легеневого серця виявлено у 14 (58,3%) хворих. Визначення рівня Д-димерів проведено у 18 (75%) пацієнтів. У всіх хворих цей показник був значно вищий від норми і в середньому становив $5334,81 \pm 9,75$ ng FEU/ml.

На основі комплексного обстеження причинами ТЕГЛІА у даної когорти пацієнтів визнані: порушення ритму серця – у 6 (25%) хворих, патологія глибоких вен нижніх кінцівок – у 5 (20,8%) хворих, спадкові тромбофілії – у 3 (12,5%) хворих, оперативні втручання – 2 (8,3%), пухлини – 2 (8,3%). На жаль, у 25% хворих не встановлено причини ТЕГЛІА.

Висновки. Незважаючи на впровадження в діагностику сучасних високо-інформативних технологій, розпізнавання ТЕГЛІА залишається складним завданням для лікарів. Труднощі діагностики пов'язані з тим, що клінічна картина ТЕГЛІА характеризується неспецифічністю симптомів і перебігає під масками різних кардіальних і респіраторних захворювань. Особливо важливими є настороженість щодо ТЕГЛІА лікарів різних спеціальностей, знання особливостей її багатогранної клінічної картини і тактики ведення таких пацієнтів.

СПАДКОВА ТРОМБОФІЛІЯ З ТРОМБОЕМБОЛІЄЮ ДРІБНИХ ПІЛОК ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Рангулова Т.С., Мандрик А.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Рудник В.Т.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність: Громбоемболія легеневої артерії (ТЕЛІА) – оклюзія або стеноз легеневої артерії або частини її розгалужень емболом, яким може бути: тромби (переважно з глибоких вен нижніх кінцівок або малого тазу, рідше з вен верхньої половини тіла – у такій ситуації ТЕЛІА є клінічною маніфестацією тромбозу глибоких вен, спорадично – амніотична рідина, повітря (при введенні катетера до центральної вени або при його видаленні), жирова тканина (після перелому трубчастої кістки), фрагменти пухлини (рак нирки або шлунка), сторонні тіла (матеріал для емболізації).

Клінічний випадок: Хворий В., 2000 року народження, не працює. 29.08.2018 р. поступив до пульмонологічного відділення обласного клінічного фтизійо-пульмонологічного центру (ОФПЦ) м. Івано-Франківська. З анамнезу хвороби відомо, що хворіє з 25.08.2018 р. з часу появи болю в лівій половині грудної клітки при диханні, кашлю з виділенням мокроты близько 30 мл. темно-червоного кольору, болю в правій нижній кінцівці. У лютому 2018 р. знаходився на лікуванні в дитячому відділенні ОФПЦ з приводу правобічної пневмонії, ускладненої кровохарканням.

Об'єктивно: задовільного відживлення. Шкірні покриви та види-мі слизові звичайного кольору, чисті. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Щитоподібна залоза не збільшена. Грудна клітка нормостенічна. Перкуторно над легеньми – легеневий звук. Аускультативно – дихання везикулярне, послаблене в нижніх відділах зліва. ЧД 18/хв, SpO₂ 97%. Тони серця ритмічні, звучні. АТ 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 76 уд/хв. Живіт при пальпації м'який, не болючий. Печінка не виступає з-під краю правої реберної дуги. С-Пастернацького негативний з обох боків. Набряки на нижніх кінцівках відсутні. При рентгенографії органів грудної клітки – лівобічна нижньодолева пневмонія.

Ультразвукове дослідження плевральних синусів. Незначна кількість випоту в лівому плевральному синусі – 1,5 см.

КТ ОГК: КТ-ознаки можуть відповідати інфаркт-пневмонії н/

долі лівої легені. Д-димери 0,15 мкгFEU/ml.

Враховуючи наявність у пацієнта ознак рецидивуючої ТЕЛА, молодий вік, запідозрено тромбофілію. З метою верифікації діагнозу призначено генетичне обстеження, яке заключалося у виявленні в генотипі поліморфізмів, що підвищують ризик розвитку тромбозів. У результаті обстеження виявлено мутацію фактора II згортання крові, фактора I згортання крові, антагоніста тканинного активатора плазміногену. Виявлено високий рівень гомоцистеїну

крові – 28,5 мкмоль/л (норма 5-15 мкмоль/л). ПЛР фолатний цикл – мутація виявлена.

Заключний клінічний діагноз: Спадкова тромбофілія (в т.ч. мутація II фактора згортання крові). Рецидивуюча тромбоемболія дрібних гілок лівої легеневої артерії. Інфаркт- пневмонія нижньої долі лівої легені. ЛН I-0. Тромбоз венозних синусів правої гомілки. Кардіосклероз міокардичний. Гіпертрофія ЛШ. Пролапс ПСМК.

Висновок: Визначення ролі неблагоприємних генетичних варіантів, їх взаємозв'язок між собою і провокуючими факторами у формуванні венозного тромбоемболізму є основою для індивідуального підходу до пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Скрипник Л.М., Василичин І.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Скрипник Л.М.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми. В останні роки в гастроентерології велика увага приділяється вивченню порушень рухової функції травного тракту. Встановлено, що у пацієнтів із рефлюкс-гастритом моторно-тонічні порушення біліарного тракту спостерігаються в 59 % випадків. Дуоденогастральний рефлюкс реєструється у 18,2–61,5 % хворих на хронічний холецистит. Останнім часом дослідники все частіше звертають увагу на коморбідність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) із захворюваннями біліарної системи, що обумовлюється безліччю нервових і гуморальних зв'язків у регуляції як

тонусу нижнього сфінктера стравоходу, так і моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів (ЖВШ). Однак на сьогодні практично відсутні дані щодо функціонального стану біліарної системи при GERX. Лише поодинокі дослідження дають можливість припустити такий зв'язок. Тому метою роботи стало вивчення особливостей перебігу GERX при функціональних розладах біліарної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих на GERX, із них 46,7% — жінок та 53,3% — чоловіків. Середній вік хворих становив $(40,2 \pm 3,0)$ року; контрольна група — 20 практично здорових осіб. Функціональний стан жовчного міхура (ЖМ) визначали методом динамічної сонографії за допомогою конвексного датчика 3,5 МГц із використанням системи лінійного сканування в реальному масштабі часу Sonoscope-30. Дослідження проводилося натще за методикою З.А. Лемешко після холекінетичного сніданку. При цьому перорально застосовували 50,0 мл 20,0% розчину сорбіту. Об'єм ЖМ вираховували за максимальними розмірами довжини, ширини та товщини в поздовжньому та перетинному зрізах натще та після холекінетичного сніданку. Моторна функція вважалась нормальною, якщо через 20–40 хв після прийому 20,0% розчину сорбіту максимальне скорочення об'єму становило 40–70%. Тонус сфінктера Одді (СфО) анлізували за часом латентного періоду. Функціональний стан шлунка також оцінювали за допомогою езофагогастроуденоскопії. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0 for Windows.

Результати та їх обговорення. Аналіз функціонального стану СфО та ЖМ за даними ультразвукового дослідження показав наявність дисфункції СфО у 76,7% хворих із переважанням гіпотонусу сфінктера ($\chi^2 = 8,21$; $p = 0,004$), що супроводжувалося скороченням латентного періоду жовчного рефлюксу до $(2,2 \pm 0,2)$ хв. Зі скороченням латентного періоду зростала тривалість печії ($r = -0,52$, $p = 0,003$). Переважна більшість пацієнтів мали щоденну печію (42,5%) тривалістю понад 15 хв (48,2%). Порушення функціональної активності жовчного міхура виявлено у 19 (63,3%) пацієнтів. У структурі функціональних розладів однаково часто спостерігалися дискінезії та дистонії ЖМ із переважанням гіпокінетичної та гіпотонічної дисфункції. Різні прояви дисфункціональних порушень шлунка спостерігалися майже в усіх хворих. Ретроградне закидання рідини з ДПК у шлунок спостерігалось у 47,1% хворих із тривалістю закидання

дуоденального вмісту ($3,2 \pm 0,7$) хв. Найчастіше ДГР спостерігався при гіпотонусі СфО ($r = 0,46$; $p = 0,05$) та ЖМ ($r = 0,64$; $p = 0,003$), а також гіпокінезії ЖМ ($r = 0,64$; $p = 0,003$).

Висновок. GERX у 63,3 % пацієнтів супроводжується розладами функціональної активності ЖМ, що проявляється переважно гіпокінетичною та гіпотонічною дисфункцією, гіперкінетичні дисфункції виявлені у третини хворих. Дисфункція СфО з переважанням гіпотонусу сфінктера спостерігалася у 76,7 % хворих. Порушення моторно-евакуаторної функції шлунка спостерігаються майже в усіх хворих на GERX із переважанням уповільнення спорожнення шлунка. Дуоденогастральний рефлюкс спостерігається у 47,1 % хворих на GERX, поєднується з гіпотонією і гіпокінезією жовчного міхура.

НОВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Белінський М.В., Василичин А.Я., Тесленко О.Б.

Науковий керівник – Симчич Х.С.

Кафедра терапії та сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найважливіших проблем сучасної медичної науки. За даними національних реєстрів європейських країн та епідеміологічних досліджень показник поширеності ХСН серед дорослого населення коливається у межах 1-5% та зростає пропорційно до віку. Саме тому питання класифікації та стратифікації хворих є вкрай актуальним. Вже багато років використовуються класифікації Василенка-Стражеска та Нью-Йоркської Асоціації Серця.

В 2014 році Fedele F, Severino P, Calcagno S, Mancione M була запропонована нова класифікація серцевої недостатності. Класифікація отримала назву НІМ (по аналогії з використовуваною в онкології класифікацією TNM), де Н це ураження серця (систолічна та діастолічна дисфункції ЛШ, структурне ураження та ремоделювання, бівентрикулярна дисфункція), І – ураження легень (або гемодинамічні, або клінічні ознаки застою в малому колі кровообігу, а також *cor pulmonale*), а М – ураження периферійних органів (нирок, печінки, ЦНС та органів кровотворення).

Мета. Порівняти вірогідність повторної госпіталізації в залежності від використовуваної шкали серцевої недостатності.

Матеріали та методи. Було обстежено 52 пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації серцевої недостатності, 26 з яких було госпіталізовано в терапевтичне відділення №2 Івано-Франківської центральної міської лікарні, а інших 26 у кардіологічне відділення Рогатинської центральної районної лікарні.

Середній вік пацієнтів склав $68,7 \pm 10,9$ років ($71,7 \pm 8,8$ років пацієнтів терапевтичного стаціонару, $65,8 \pm 12,1$ років терапевтичного), гендерний склад – 29 (55,7%) чоловіків та 23 (44,3%) жінок (14 (53,8%) чоловіків та 12 (46,2%) жінок терапевтичного та 15 (57,7%) чоловіків та 11 (42,3%) жінок кардіологічного стаціонарів). Отримані дані були зведені в таблиці і статистично оброблені за допомогою програми Statistica.

Результати. Досліджувані пацієнти мали наступні стадії та функціональні класи ХСН – згідно класифікації Василенка-Стражеско: СН ІА 24 пацієнтів (по 12 хворих), СН ІБ 20 пацієнтів (по 10 хворих) СН ІІ 8 пацієнтів (по 4 хворих); згідно класифікації NYHA: ФК ІІІ 37 пацієнтів (20 хворих терапевтичного та 17 хворих кардіологічного стаціонарів), ФК ІV 15 пацієнтів (6 та 9 хворих відповідно); $H2L \leq 2M \leq 1$ 12 пацієнтів (по 6 хворих), $H3L \leq 2M \leq 2$ 27 пацієнтів (16 та 11 хворих відповідно), $H4L \leq 3M \leq 3$ 13 пацієнтів (4 та 9 хворих відповідно).

Нами був проведений аналіз повторної госпіталізації даних хворих за 6 місяців та на основі цього вирахована її ймовірність залежно від використаної шкали і порівняно ці дані використовуючи критерій Пірсона та формулу підрахунку відношення шансів. Виявлена статистично достовірна різниця щодо вірогідності повторної госпіталізації між групами $H2L \leq 2M \leq 1$ проти ФК ІІІ ($p < 0,05$, $OR = 2,84$), $H3L \leq 2M \leq 2$ проти ФК ІІІ ($p < 0,05$, $OR = 2,84$) $H4L \leq 3M \leq 3$ проти ФК ІV ($p < 0,05$, $OR = 1,22$), $H2L \leq 2M \leq 1$ проти СН ІА ($p < 0,05$, $OR = 1,80$), $H3L \leq 2M \leq 2$ проти СН ІБ ($p < 0,05$, $OR = 2,83$). Проте не виявлено різниці у групі $H4L \leq 3M \leq 3$ проти СН ІІІ ($p > 0,05$, $OR = 0,27$).

Варто відмітити, що пацієнти кардіологічного стаціонару мали в середньому вищий показник по Н, а терапевтичного по L та M.

Висновки: На нашу думку, дана класифікація дозволяє ефективніше прогнозувати подальший перебіг серцевої недостатності та оцінити її важкість.

Дана класифікація проста та доступна для впровадження в реальній клінічній практиці як терапевтичних так і кардіологічних стаціонарів.

Окрім випадків термінальної стадії СН, за допомогою класифікації HLM можна з більшою точністю передбачити ймовірність повторної госпіталізації пацієнта в подальші 6 місяців).

ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ОБ'ЄДНАНІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

Варунків С.В., Островська М.М.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Гавриш Т.Ю.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми: У зв'язку з проведення медичної та адміністративної реформ в Україні, відбувається реорганізація структур охорони здоров'я. Тому функціонування Центрів первинної медико-санітарної допомоги в умовах об'єднаної територіальної громади є доволі цікавим питанням.

Мета: висвітлення позитивних змін, які відбулись у зв'язку зі створенням центрів первинної медико-санітарної допомоги. Такі центри об'єднують у собі всі медичні установи новоствореної об'єднаної територіальної громади і в перспективі полегшать приєднання нових медичних установ при розширенні меж об'єднаних територіальних громад.

Результати: у світлі проведення медичної та адміністративної реформ на прикладі Ямницької об'єднаної територіальної громади (ОТГ) та діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги спостерігаються позитивні зміни, які відбулись у даному регіоні. Зокрема, прийняття до штату комунального некомерційного підприємства (КНП) вузьких спеціалістів: ортопеда – травматолога, акушера-гінеколога, кардіолога, невропатолога, були збережені посади стоматологів. Ключовим кроком у подальшому втіленні реформи було підписання договору з Національною службою здоров'я України. Перше фінансування від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) центр отримав в жовтні 2018 р. До моменту підписання договору з Національною службою здоров'я України було проведено комп'ютеризацію структурних підрозділів, у кожному з яких проведено широкосмуговий інтернет, придбано швидкі тести для діагностики СНІДу, гепатиту В, гепатиту С, тести для виявлення простатспецифічного антигену, експрес тести для виявлення маркерів пошкодження міокар-

ду, тести для виявлення трансферину в калі, тести на вагітність. Було придбано два урологічні аналізатори. Кампанія з підписання декларацій сімейними лікарями з пацієнтами активно проходила в усіх структурних підрозділах КНП. За жовтень установа отримала 313 663,50 грн, за листопад 319 172,00 грн, за грудень – 325 025,00 грн, що в сумі складає 957 860,50 грн за четвертий квартал 2018 року. Сума, отримана від НСЗУ удвічі перевищує кошти медичної субвенції за третій квартал 2018 р. Зазначене фінансування дасть змогу доукомплектувати медичні установи Центру згідно табеля оснащення (наказ МОЗ України №148). Мета діяльності Центру полягає у досягненні максимального рівня здоров'я для всіх жителів Ямницької ОТГ незалежно від їх віку, статі, соціального статусу, у тому числі внутрішньопереміщених осіб.

Метою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2019-2021 роки є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Висновки: Отже, можемо вважати, що проведена реорганізація позитивно впливає на загальний показник здоров'я населення громади, а також сприяє підвищенню умов праці медичних працівників (розмір середньої заробітної плати лікарів складає 11014 грн., середнього персоналу 7694 грн., молодшого персоналу 5176 грн). Необхідно акцентувати, що оптимізації (скорочення) кадрів і медичних установ в Ямницькій ОТГ не відбулося.

ОЦІНКА ДЕФЦИТУ СЕЛЕНУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ

Циганюк В.А.

Науковий керівник – к.мед.н., асист. Романуха В.В.

Кафедра терапії та сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Захворювання органів шлунково-кишкового тракту вважаються поліетіологічними. Незважаючи на встановлене значення інфекційних, аутоімунних, аліментарних та інших фізичних, хімічних та біологічних чинників, останнім часом все більша увага приділяється ролі інших компонентів взаємозв'язку макроорганізму

із навколишнім середовищем. Одним із актуальних факторів є мікроелементарні порушення, зокрема порушення обміну селену.

Мета: оцінити дефіцит селену та його корекція у хворих на гастроентерологічну патологію.

Матеріали і методи: Обстежено 25 здорових осіб та 75 хворих гастроентерологічного профілю. При обстеженні застосовувалися загально клінічні (оцінка больового та диспепсичного синдромів), лабораторні (біохімічний аналіз крові з визначенням АЛТ, АСТ, глюкози, α -амілази, амілази сечі до та після лікування, методи дослідження. Для оцінки дефіциту селену визначали його рівень у сироватці крові методом атомно-абсорбційної спектроскопії за допомогою аналізатора Perkin Elmer Zeeman AAS +4110 із використанням реагентів фірми Th.Geyer і сироваткових контролів фірми Recipe. Основна група пацієнтів (n=35) крім базисної терапії основного захворювання отримувала препарат селену у кількості 100мг 2 рази на добу. З метою виявлення взаємозв'язків рівня селену та стану антиоксидантної системи (АОС) проводили визначення показників глутатіонпероксидази (ГПО), малонового діальдегіду (МДА), церулоплазміну (ЦП) у хворих до та після лікування.

Оцінку отриманих даних проводили за допомогою програми статистики StstPlus 2009 Professional й електронних таблиць Excel.

Результати дослідження. Згідно результатів проведених досліджень встановлено, що до лікування, як у здорових, так і у хворих осіб досить часто відзначався дефіцит селену, склавши біля 40%. У здорових середнє значення становило $75,08 \pm 14,28$ мкг/л із мінімальним значенням 50,5 мкг/л і максимальним 101,0 мкг/л. Вміст селену не відрізнявся залежно від статі (середній вміст у здорових жінок становив $75,64 \pm 15,40$ мкг/л, а чоловіків $73,30 \pm 10,96$ мкг/л). До лікування середній рівень селену у всіх пацієнтів основної групи був зниженим та становив у групі хворих на хронічний атрофічний гастрит ($70,8 \pm 3,8$ мкг/л), у групі гепатиту ($65,0 \pm 5,8$ мкг/л), у групі із запальними захворюваннями кишечника ($67,0 \pm 4,4$ мкг/л). Оцінка стану АОС показала, що нормальні показники спостерігалися лише в 11,4% хворих, а у решти хворих були порушення за показниками ГПО, ЦП, МД.

Висновки. Дефіцит селену в гастроентерологічних хворих зустрічається близько в 40% незалежно від патології. У переважній більшості гастроентерологічних хворих із дефіцитом селену спостерігаються порушення антиоксидантної системи, що мають різноспря-

мований характер. Застосування селену у комплексній терапії гастро-ентерологічної патології призводить до зменшення клінічних проявів захворювання.

ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ВИБОРУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Калініна Н.Р., Чужак С.Ю.

Науковий керівник – доцент, к.мед.н. Позур Н.З.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Остеоартроз (ОА) є найбільш поширеним та найбільш інвалідизуючим захворюванням суглобів в світі. За результатами епідеміологічних досліджень у США протягом останнього десятиліття зростає з 21 до 27 млн чоловік серед дорослого населення. Захворюваність ОА значно вища у людей похилого віку з коморбідними метаболічними порушеннями, у тому числі гіперурикемією. У 2013 році була виявлена асоціація між гіперурикемією та ОА колінних суглобів (Brucyer O., 2013), у 2016 році були опубліковані дані щодо підвищення рівня сечової кислоти у пацієнток з ОА (Ding X, Zeng C, 2016). Призначення ефективної терапії у хворих на ОА завжди було складною проблемою. На сьогодні медикаментозне лікування ОА проводиться препаратами, які розподіляють на дві групи: модифікуючі симптоми захворювання (симптоматичні) – швидкодіючі і повільнодіючі (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSADOA) та модифікуючі хворобу (патогенетичні) (Алексеева Л.І., 2014). До першої групи належать симптоматичні препарати швидкої дії, а саме: анагетики та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), що здатні зменшувати інтенсивність болю, припухлість, скутість і по кращу вати функцію суглобів. Значне місце в терапії ОА належить симптоматичним препаратам повільної дії (SYSADOA). У рекомендаціях ESCEO (Європейська спільнота з клінічних та економічних аспектів остеопорозу та ОА) 2014 року, рецептурні препарати даної групи були включені до алгоритму лікування ОА. У 2016 році була підтверджена їхня ефективність внаслідок вивчення результатів клінічних досліджень. Проте вплив даних препаратів на гіперурикемію залишається ще недостатньо вивченим. Існують дані щодо застосування німесуліду при гострому і хронічному подагричному артриті (Cronstein B.N.,

2015) навіть у тих пацієнтів, у яких була недостатньо ефективна попередня терапія високими дозами диклофенаку. За даними авторів, німесулід не впливав на пуриновий обмін, а саме на рівні сечової кислоти, креатиніну та його кліренсу. Досліджували вплив і хондроїтину сульфат (ХС) на рівень сечової кислоти. Н.М. Burt і Y.C. Dutt виявили, що ХС і фосфатидилхолін сприяли кристалізації солей моноура та натрію *in vitro*, що приводило до їхнього депонування у тканинах. Завдяки своїм протизапальним властивостям діацереїн призначають і при комбінації ОА та подагри або гіперурикемії. Згідно з останніми дослідженнями, діацереїн може бути застосований для попередження рецидиву подагричного артриту та загострення подагри як монотерапія, або у комбінації з іншими уратзнижувальними чи протизапальними препаратами. На сьогодні проводять дослідження, в якому пропонують лікування подагричного артриту комбінацією діацереїну з фебуксостатом, розглядають питання щодо включення до комплексного лікування подагри препаратів з групи, до якої входять діацереїн або реїн (Шуба Н.М., 2017).

Аналіз сучасної терапії ОА став приводом для вивчення особливостей перебігу ОА при гіперурикемії та ефективності НПЗП і симптоматичних повільнодіючих протизапальних препаратів при лікуванні ОА з супутньою гіперурикемією.

Мета дослідження: визначення диференційованого підходу щодо терапії ОА залежно від наявності гіперурикемії.

Матеріали та методи: У дослідження увійшли 176 пацієнтів (жінок – 144, чоловіків – 32) з ОА колінних суглобів I–III рентгенологічної стадії за Kellgren–Lawrence. Діагноз ОА встановлювали за критеріями Американського коледжу ревматологів (ACR) 1986 року та Європейської антиревматичної ліги (EULAR) 2010 року перегляду. Усім пацієнтам проводили рентгенологічне дослідження колінних суглобів у прямій (передньо-задній) і боковій проекції за допомогою стаціонарного рентгенівського апарата.

Стадію ураження визначали за класифікацією J.H. Kellgren та J.S. Lawrence (1957). Розподіл на 5 груп був проведений залежно від лікування: – 1 а група (n=30) – пацієнти вживали німесулід (Німесил, «Берлін Хемі АГ/Менаріні Груп», Німеччина) у дозі 100 мг двічі на добу; – 2 а група (n=30) – хворі застосовували мелоксикам (Ревмоксикам, ПАТ «Фармак», Україна) у дозі 15 мг 1 раз на добу протягом 14 днів; – 3 а група (n=54) – пацієнти вживали діацереїн (Флексерин, ПАТ «Київський вітамінний завод», номер реєстраційного посвідчен-

ня UA/12618/01/01) у дозі 50 мг двічі на добу; – 4 а група (n=32) – хворі застосовували хондроїтину сульфат 4,6 пташиного походження (Структум, PierreFabreMedicament, номер реєстраційного посвідчення P.01.03/05713) у дозі 500 мг двічі на добу протягом 6 міс; – 5 а група (n=30) – пацієнти вживали ГС (Сінарта, ПАТ «Фармак», Україна) у дозі 400 мг тричі на тиждень протягом 1,5 міс. Оцінено динаміку: – загальноклінічних показників: збір скарг та анамнезу, об'єктивне обстеження, оцінювання астрологічного статусу хворих, анкетування (заповнення пацієнтами адаптованих опитувальників WOMAC, Леке-на, ВАШ); – лабораторних: показників ліпідного (холестерин) та вуглеводного обміну (глюкоза крові), печінкові маркери (білірубін, АЛТ, АСТ), креатинін, сечова кислота в крові, С реактивний білок (СРБ).

Для дослідження взаємозв'язку кількісних показників використовували кореляційний аналіз, знаходили критерій Спірмена (r), для якісних – знаходили критерій χ

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ НЕСПОКІЙНИХ НІГ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕВРОПАТІЄЮ

Зварич Л.Я., Вирста Х.Л.

Науковий керівник – проф. Гриб В.А.

Кафедра неврології та нейрохірургії

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Синдром Екбома або синдром неспокійних ніг (СНН) – захворювання, що відноситься до групи рухових розладів та характеризується непереборним бажанням рухати ногами з метою полегшення неприємних відчуттів у них. Скарги на біль, неприємні відчуття, неспокій в ногах наявні і у хворих з діабетичною поліневропатією (ДПН), у частини з яких стандартна терапія болю та неприємних відчуттів не дає бажаного ефекту.

Метою дослідження було оцінити залежність частоти виникнення СНН від ступеня важкості ДПН за допомогою тесту іммобілізації.

Обстежено 48 хворих з ДПН (середній вік – $56,72 \pm 1,35$ років), серед яких за даними оцінки суб'єктивних проявів ДПН, неврологічного статусу та стимуляційної електронейроміографії у 12 пацієнтів було виявлено I стадію поліневропатії за Р.Дж. Дуск (1999), у 29 – II стадію, у 7 хворих – III стадію ДПН. Для контролю іммобілізаційний тест був проведений 7 практично здоровим особам (ПЗО) відповідного віку.

За міжнародною шкалою СНН виявлено, що у хворих з I стадією ДПН прояви СНН є мінімальними і за бальною оцінкою складають $4,1 \pm 0,3$. Водночас хворі з II та III стадією ДПН відмічали часті епізоди непереборних бажань рухати ногами, особливо в спокої, що супроводжувалися неприємними відчуттями у вигляді болю, печії, судом, повзання мурашок, які маскували прояви СНН, що в балах складало $14,2 \pm 0,5$ і $23,1 \pm 0,7$ відповідно. Всім пацієнтам проведено іммобілізаційний тест, що реєструвався впродовж однієї години хворому, який лежав на кушетці з витягнутими ногами. При реєстрації ЕМГ використовували біполярне відведення поверхневими електродами. Їх фіксували на шкірі над ділянкою рухової точки м'язу (*m. tibialis anterior*) білатерально, реєстрували кількість рухів ногами за годину. У ПЗО зафіксовано $3,38 \pm 0,6$ періодичних рухів кінцівками/год. (ПРК), у хворих з I стадією ДПН – $4,87 \pm 1,3$ ($p > 0,05$); у пацієнтів з II стадією – $15,2 \pm 0,6$ ПРК, що вірогідно відрізнялося від показника ПЗО ($p < 0,05$) та хворих з I стадією ДПН ($p < 0,05$) без вірогідної різниці з даними пацієнтів III стадії ($p > 0,05$), у яких показник становив $17,25 \pm 1,4$ ПРК; хоч помітна тенденція до зростання ПРК.

Висновки. Встановлений зв'язок між важкістю ДПН та ознаками СНН дозволяє припустити, що полінейропатія є фактором ризику розвитку СНН. IT виявився надійним та вірогідним методом обстеження для визначення ступеня важкості СНН та може бути запропонований в якості стандартного дослідження при підозрі на СНН.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОГО ТА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Матковська Н.Р., Степіна Т.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Матковська Н.Р.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Протягом останніх років привертає увагу зростання захворюваності на неінфекційні хвороби (НІХ) та значна їх поширеність. НІХ є результатом впливу комбінації генетичних, фізіологічних, екологічних та поведінкових факторів (ПФ). До ПФ належать вживання тютюну, відсутність фізичної активності, нераціональне харчування, зловживання алкоголем. До інших, не менш важливих, чинників належать метаболічні фактори: підвищення артеріального тиску, над-

лишкова маса тіла/ожиріння, гіперглікемія, гіперліпідемія. Серед НІХ, що виникають внаслідок впливу таких чинників ризику, важливе місце належить хворобам органів травлення (ХОТ). Значний внесок у смертність від цього класу причин смерті належить алкогольній (АХП) та неалкогольній жировій (НАЖХП) хворобам печінки, на які припадає більше 50% померлих від ХОТ. Причинами цього вважають хронізацію захворювань, тривалий перебіг, несприятливі близькі та віддалені наслідки, переважне ураження людей працездатного віку. Алкоголь визнають основним фактором ризику несприятливих завершень у всьому світі. В Україні смертність внаслідок АХП посіла друге місце в структурі причин смерті від ХОТ. НАЖХП виявляється у кожного четвертого жителя Землі. Серед хворих на НАЖХП у кожного другого діагностується ожиріння, у кожного третього – метаболічний синдром, у кожного п'ятого – цукровий діабет (ЦД) 2 типу, у 70 % пацієнтів – дисліпідемія.

Мета – вивчити особливості діагностики поєднання АХП та НАЖХП на стадії гепатиту у хворих на ЦД 2 типу та оцінити ризик розвитку несприятливих подій у майбутньому.

Матеріали і методи. Обстежено 56 пацієнтів (32 жінки та 24 чоловіка) з ЦД 2-го типу середнього ступеня важкості, середній вік яких становив $56,19 \pm 6,14$ років, середня тривалість захворювання складала $10,5 \pm 2,42$ років. Серед обстежених було 25 осіб з НАЖХП (I гр.) та 31 осіб з поєднанням АХП та НАЖХП (II гр.). Середні показники індексу маси тіла (ІМТ) становили у хворих I гр. $34,65 \pm 4,51$, у хворих II гр. – $29,18 \pm 4,59$. Верифікацію діагнозу проводили за допомогою даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Для виявлення алкогольної етіології хвороби враховували вживання більше 2 доз алкоголю (1 стандартна доза=10 г етилового спирту) на день для жінок та більше 4 доз для чоловіків та застосовували опитники Sage, AUDIT, анкету ПАС, сітку LeGo, індекс ANI. Для визначення ступеню інсулінорезистентності (ІР) використовували індекс QUICKI. Для оцінки ступеню фіброзу (СФ) застосовували метод зсувнохвильової еластографії, індекс FIB-4. Визначення ризику розвитку несприятливих подій (РРНП) проводилася за допомогою шкали MELD.

Результати і обговорення. При застосуванні опитника Sage в хворих I гр. виявлено 2-і і більше позитивні відповіді у 16 осіб (41,4 %) та у всіх хворих II гр. За результатами тесту AUDIT у хворих I гр. було $4,8 \pm 0,73$ бали, а у пацієнтів II гр. – $19 \pm 3,82$ бали. Після аналі-

зу анкет ПАС встановлено, що у хворих I гр. було $7 \pm 2,54$ позитивних відповідей, а у пацієнтів II гр. – $27 \pm 2,61$. Аналізуючі дані сітки LeGo, виявлено, що у хворих I гр. було $6,5 \pm 0,47$ балів, а у пацієнтів II гр. – $26 \pm 3,19$ балів. Індекс ANI у хворих I гр. становив у жінок $(-10,42 \pm 0,96)$, у чоловіків – $(-4,36 \pm 0,424)$, а у пацієнтів II гр. у жінок – $(6,31 \pm 0,54)$, у чоловіків – $(11,32 \pm 1,08)$. Індекс QUICKI в осіб II гр. був в 1,08 разів більший, ніж у хворих I гр. Показники СФ за даними елестографії та за розрахунком індексу FIB-4 у хворих II гр. в 1,17 та 1,19 разів перевищували такі показники у хворих I гр. відповідно. За шкалою MELD у пацієнтів II гр. в 1,2 рази виявився вищий РРНП порівняно із хворими I гр.

Висновки. Таким чином, для виявлення алкогольного компонента етіології ураження печінки у хворих на ЦД 2 типу рекомендовано застосовувати тести Sage, AUDIT, анкету ПАС, сітку LeGo та індекс ANI. IP та показники фіброзу вищі у хворих, які зловживають алкоголем, що негативно впливає на показники РРНП у майбутньому.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРИЗНАЧЕННЯ H1-АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ В ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.

Костецька М.В.

Науковий керівник – асист. Гірник Г.Є.

Кафедра дерматології та венерології

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Свербіж шкіри різної інтенсивності є типовим проявом багатьох захворювань шкіри запального і незапального характеру. У зв'язку із цим традиційною складовою лікувальної програми для багатьох дерматозів в Україні були системні медикаментозні засоби із протисвербіжними властивостями, зокрема, H1-антигістамінні препарати. Запровадженням засад доказової медицини в дерматології, що ґрунтуються на нових даних наукових та клінічних досліджень супроводжується істотною корекцією показів до використання медикаментозних засобів при різній дерматологічній патології.

Мета роботи. Дослідити оновлені дані, що стосуються питання призначення H1-антигістамінних препаратів в комплексній терапії хронічних дерматозів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 25 джерел інформації до-

ступних в онлайн режимі серед яких: статті, рапорти, тези доповідей та висновки клінічних досліджень, які були опубліковані у Кокрейнівській базі даних систематичних оглядів (Cochrane Database of Systematic Reviews). Дослідження систематизовані згідно з принципами Інституту медичної соціології, епідеміології та профілактичної медицини Регенсбурзького університету (Medical Sociology, Institute of Epidemiology and Preventive Medicine, University of Regensburg), відібрані на основі останніх (до травня 2018 року) баз даних спеціалізованого реєстру Cochrane Skin Group, Кокрейнівського центрального реєстру контрольованих досліджень CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials), інформаційних баз даних MEDLINE та Embase.

Результати та обговорення. У зв'язку з неоднорідністю вибірки та різною тривалістю застосування учасниками системних антигістамінних препаратів (від 3 днів до 18 міс) доцільно вказати результати досліджень лише трьох пероральних блокаторів H_1 -гістамінових рецепторів: цетиризину, фексофенадину та лоратадину. Проведено порівняння **ефективності застосування цетиризину** та плацебо як ад'ювантної терапії при екземі, фексофенадину при лікуванні прурігоподібної форми atopічного дерматиту у дорослих пацієнтів та лоратадину в комплексній терапії ліхеноїдної форми atopічного дерматиту. У результаті проведеного дослідження встановлено, що ефективність наведених H_1 -антигістамінних препаратів **суттєво не відрізнялася** від ефективності плацебо у лікуванні пацієнтів з вказаними вище захворюваннями. Доказовість цього порівняння була оцінена як низька.

Висновки. Таким чином, на сьогодні не існує переконливих доказів щодо ефективності блокаторів H_1 -гістамінових рецепторів як ад'ювантної до місцевого лікування терапії у пацієнтів з деякими хронічними дерматозами. Їх менеджмент базується на застосуванні місцевих пом'якшувальних засобів, спрямованих на відновлення епідермального бар'єру, та інтермітуючого курсу топічних глюкокортикостероїдів.

УРАЖЕННЯ РЕТИКУЛО-ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИСТЕМИ КРІЗЬ ПРИЗМУ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Доскалюк Б.В., Попович Л.О.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Кулаєць В.М.

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Системна склеродермія (ССД) – це системне захворювання сполучної тканини і, хоча, первинними проявами даної патології, зазвичай, є ураження шкірних покривів, справжню небезпеку несуть за собою порушення функцій саме внутрішніх органів та систем.

Мета даного дослідження – охарактеризувати структуру маніфестації гематологічних ускладнень у пацієнтів із ССД, провести порівняльний аналіз між клініко-лабораторними показниками перебігу ССД та ступенем важкості анемії.

Об'єкт та методи. До даного дослідження було залучено 43 пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в ревматологічному відділенні ОКЛ м. Івано-Франківська в 2017-2018 роках. Критерієм включення була відповідність клініко-лабораторних показників пацієнтів класифікації ACR/EULAR 2013 року для ССД. Структура досліджуваної групи була наступною: жінки склали 95,3% (41/43), чоловіки – 4,7% (2/43); віковий діапазон коливався в межах 39-70 років, в середньому – 57,5±3,2 роки; тривалість захворювання становила в середньому 13,7±1,2 років. Всі пацієнти пройшли комплексне загальноклінічне обстеження. Для оцінки ступеню ураження шкірних покривів застосовано modified Rodnan Skin Score (mRSS). Отримані дані було опрацьовано в Microsoft Office Excel 2016.

Результати. В ході проведення дослідження було встановлено, що серед усіх пацієнтів дослідної групи ураження РЕС спостерігалось у 34,9% (15/43). Структура гематологічної патології у пацієнтів виявилась наступною: анемія різних ступенів важкості зустрічалась у 25,6% (11/43), лімфопенія – у 16,3% (7/43), лейкопенія – у 9,3% (4/43) і лише у 2 пацієнтів спостерігався лімфоцитоз. При визначенні кореляційних залежностей між особливостями перебігу ССД та вираженістю анемії всі показники характеризувались наявністю прямого зв'язку. Показниками із найсильнішим кореляційним зв'язком виявились ШОЕ, С реактивний протеїн та mRSS ($r = 0,79$; $r = 0,82$ та $r=0,72$) відповідно.

Висновок. Згідно з одержаними результатами дослідження можна з впевненістю стверджувати, що гематологічна патологія є доволі

частим проявом позашкірних уражень при ССД та прямо корелює з вираженістю перебігу захворювання. Саме тому в ході курації пацієнтів слід звертати особливу увагу на показники системи крові. Корекція гематологічних порушень дозволить покращити якість життя хворих та довготерміновий прогноз перебігу захворювання.

ПРОБЛЕМИ ПОЛІМОРБІДНОСТІ У ФТИЗИАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Боднар М.О.

Наукові керівники: Макойда І.Я., Островський М.М.

Кафедра фтизіатрії та пульмонології з курсом професійних хвороб ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Сучасна медична освіта постала перед питанням необхідності створення лікаря – універсального солдата, який володіє достатнім об'ємом знань, що може протидіяти тому великому різноманіттю захворювань з яким приходиться до нас пацієнт. Ера моно патології закінчилась, ще в середині 20 століття. Все частіше, а тепер практично завжди, ми лікуємо одночасно два, три захворювання, які є наслідком чи ускладнюють один одного, спотворюючи клінічну картину та призводять до відсутності ефекту від лікування.

У практиці лікаря-фтизіатра така ситуація є рутинною. Отримуючи пацієнта з загальної мережі, ми отримуємо його з усіма проблемами та паталогіями, які він лікував в вузьких спеціалістів. Робота з такими хворими потребує дуже виваженого підходу до вибору схеми лікування, оскільки, велика кількість препаратів протитуберкульозної терапії доповнюється не менш значущим переліком медикаментів для лікування супутньої соматичної патології.

Нажаль, іноді виникає так звана «некурабельна ситуація», коли терапія двох захворювань є взаємовиключаюча чи взаємообтяжуюча. Доволі часто з такими ситуаціями стикаємось, коли пацієнт попередньо знаходився на імуносупресивній терапії. Нами проаналізована структура супутньої патології, що потребувала тривалої імуносупресії у хворих, які перебували на лікуванні в обласному фтизіопульмонологічному центрі міста Івано-Франківська у відділенні бактеріовиділювачів впродовж 2018 року. Серед 122 пролікованих у 16 (13,1%) випадках супутнім захворюванням були ревматологічні ураження. Структура ревматологічних уражень розподілена таким чином: ревматоїдний артрит 13 (81,25%) пацієнтів, системна склеродермія 2

(12,5%), хвороба Бехтерева 1 (6,25%). Потрібно зазначити, що переважаючою формою туберкульозу був дисемінований процес у 15 (93,8%) випадках з ураженням не тільки легеневої паренхіми але й нирок, печінки, селезінки, кишківника. Це супроводжувалось взаємообтяженням перебігу обох захворювань та ускладнювало, а під час, і неможливило терапію. Здовження тривалості лікування чутливого туберкульозу з 6 до 20 місяців, відсутність швидкої позитивної динаміки, тривале бактеріовиділення – це найменші проблеми з якими ми стикаємось у таких випадках. Антимікобактеріальна терапія потребує відміни чи зниження до мінімального доз імуносупресивних препаратів, бо в іншому випадку виникатиме деструкція легеневої тканини. В свою чергу, корекція дози в бік зменшення, призводить до прогресування ревматологічного процесу. Це так званий «стероїдний туберкульоз» - некурабельний. Нажаль, один з таких випадків був у пацієнтки з системною склеродермією, що завершилось летально.

Постійна насторога, щодо ризику розвитку туберкульозу в пацієнтів, які знаходяться на імуносупресивній терапії, рентгенологічний контроль стану легеневої тканини не тільки у хворих але й близького оточення пацієнта та щорічна профілактика Ізоніазидом з вітамінами групи В – це той алгоритм, який врятує пацієнта та лікаря від проблеми важко- або некурабельної поліморбідності.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЛЕПТОСПІРОЗ В ІВАНО- ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Веприк О.П.

Наукові керівники: проф. Пришляк О.Я., асист. Процик А.Л.

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Лептоспіроз - небезпечне зоонозне інфекційне захворювання, спричинене різними типами лептоспір, яке призводить до розвитку важких ускладнень. Економічні втрати для країни, обумовлені цією інфекцією, значні, оскільки вона уражає працездатну частину населення, вимагає тривалого стаціонарного лікування і супроводжується високою летальністю. На сьогоднішній день в Івано-Франківській області відмічається зростання кількості випадків захворювання на лептоспіроз.

Мета: проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості перебігу лептоспірозу за даними ОКІЛ м. Івано-Франківськ у 2018 році.

Матеріали і методи: Нами було проаналізовано 15 медичних карт стаціонарних хворих на лептоспіроз, що знаходилися на лікуванні в ОКІЛ в період з липня по грудень 2018 року.

Результати: Найчастіше захворювання реєструвалось в сільській місцевості (з природних осередків) – 13 хворих (86,6%), тоді як у місті – 2 хворих (13,4%). Захворювання на лептоспіроз переважало в осіб чоловічої статі – 12 хворих (80%), серед жінок було 3 хворих (20%). Середній вік пацієнтів становив $54,7 \pm 0,15$ років. За даними епідеміологічного анамнезу встановлено: 10 хворих (66,7%) мають господарство, де відмічають присутність численної кількості мишовидних гризунів, 3 хворих (20%) пов'язують інфікування лептоспірами під час купання в ставках, 1 хворий (6,65%) – під час рибалки, 1 хворий (6,65%) – під час пиття води з колодязя. При аналізі клінічних особливостей жовтяничну форму перебігу виявлено у 12 з 15 хворих (80%), а безжовтяничну – у 3 хворих (20%). В 14 пацієнтів (93,33%) діагностували лептоспіроз тяжкого ступеня, в 1-го пацієнта (6,67%) – середньої тяжкості. Серед ускладнень найчастіше зустрічались: гостра ниркова недостатність (9 хворих – 60%), гостра печінкова недостатність (6 хворих – 40%), пневмонія (6 хворих – 40%) та інфекційно-токсичний шок (3 хворих – 20%). Серологічно діагноз був підтверджений у 12 випадках (90%). Лептоспіроз спричинюють багато варіантів лептоспір, причому не виявляється чіткої залежності клінічної картини захворювання від конкретного збудника. Найбільш поширеними збудниками були: *L. icterohaemorrhagiae* (9 випадків), *L. romona* (4 випадки), а також нетипові для даного регіону *L. bataviae* (4 випадки) та *L. uvanica* (3 випадки). Доведено 7 випадків поєднання різних сироварів лептоспір як етіологічного чинника у виникненні конкретного випадку захворювання.

Висновки: Отже, в Івано-Франківській області реєструється захворюваність на лептоспіроз переважно в сільській місцевості (в природних осередках). Випадки захворювання характеризувались переважно тяжким перебігом з розвитком ускладнень. Зареєстрована також поява нетипових для даної місцевості лептоспір (*L. bataviae*, *L. uvanica*) та лептоспірозу-мікст, і доведено, що впливу комбінації різних сироварів лептоспір на окремі епідеміологічні (сезонність), клінічні (форма та ступінь тяжкості недуги) особливості захворювання, а також гендерний розподіл не виявлено.

ХІРУРГІЧНА СЕКЦІЯ

ЛІКУВАЛЬНО-ТРЕНУВАЛЬНИЙ ПРОТЕЗ ГОМІЛКИ, ВИГОТОВЛЕНИЙ ШЛЯХОМ FDM-ДРУКУ 3D МОДЕЛІ

Федоркевич С.В., Менюк В.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Омельчук В.П.

Кафедра травматології та ортопедії

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Лікувально-тренувальне протезування, своєчасно розпочате, дозволяє не допустити зниження II та особливо I рівнів активності пацієнтів-ампутантів і попередити їх перетворення на лежачих. Дуже важливо навчити ходити інваліда-ампутанта середнього та особливо старшого віку, з коморбідними захворюваннями, цукровим діабетом, тощо, в найкоротші терміни після загоєння кукси, коли він ще не втратив стереотип двоногого пересування, віру в свої можливості, не занепав духом і не виникли стійкі депресивні розлади. Разом з тим, розпочати виготовлення державного протезу офіційно можливо тільки після отримання групи інвалідності через МСЕК, на що загалом витрачається від 6 до 9 міс. часу і більше. Приватні ж фірми виготовляють протези суттєво швидше, але їх оплату здатні здійснити далеко не всі інваліди.

Мета: виготовити модель протезу гомілки методом 3 D моделювання та наступного FDM-друку для раннього лікувально-тренувального протезування, доступного для широкого кола інвалідів, з широкими адаптаційними можливостями зміни об'єму куксоприймальної гільзи та регулювання величини навантаження.

Матеріал та методи. Після аналізу літературних даних та ознайомлення з можливостями сучасного протезування в приватних фірмах Ortolux (Івано-Франківськ), “АРОЛ ПЛЮС” у м. Львові та ЛКЕ-ПЗПіП, нами висунута та реалізована ідея виготовлення 3 D моделі протезу гомілки з наступним FDM-друком для раннього протезування. Використано 3D конструктор Fusion 360, 3D принтер, пластики полікапролактон (поліморфус) та ABS.

Результати. Ампутаційна кукса в ранньому післяопераційному періоді (перші місяці після загоєння) схильна суттєво змінювати свої розміри, залежно від різних причин: строку загоєння, часу перебування у вертикальному положенні, інтенсивності навантаження

кукси, тощо. Нами запропонована куксоприймальна гільза з осьовим поздовжнім розрізом та поступовим стоншенням країв, які заходять один на одний, що дозволяє приводити об'єм її порожнини у відповідність до зміненого об'єму кукси, внаслідок дії вищеперерахованих причин, причому верхній край розрізаної гільзи виконано подовженим. Для зменшення подразнюючої, протиалергічної дії пластичного матеріалу гільзи, забезпечення компенсаторного, амортизуючого ефекту на куксу одівається силіконовий чохол. Поступово стоншені краї розрізаної гільзи, які заходять один за одний, дозовано стягуються декількома нейлоновими хомутами – кабельбліндерами. Зменшує об'єм гільзи сам інвалід, шляхом затягування хомутів, а для збільшення її об'єму хомути замінюються на нові. Дозується навантаження на куксу шляхом використання милиць та зміни довжини двостаканного опорного стержня протезу. Для цього між зовнішнім та внутрішнім стаканими вкладається адаптаційна вкладка відповідної висоти. Через 6-10 міс., після стабілізації розмірів кукси та отримання групи інвалідності, виготовляється постійний протез за державне або інше фінансування.

Висновок. Розроблена 3D і надрукована методом FDM-друку модель протезу гомілки з можливістю зміни об'єму куксоприймальної гільзи та довжини протезу, може бути рекомендованою для перших спроб клінічного застосування у інвалідів середнього та старшого віку, III рівня активності для раннього лікувально-тренувального протезування.

СТРУКТУРА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2016-2018 Р.Р.

Ціхвіський А.О., Бреславська І.В.

Науковий керівник – доц.Козань Н.М.

Кафедра патоморфології і судової медицини

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У зародженні життя закладено генетичний механізм смерті. Латинське прислів'я «Memento mori» (пам'ятай про смерть) несе в собі глибокий філософський зміст. Оскільки людина смертна, то хвороби неминучі. Фізіологічна смерть в природі зустрічається рідко, як правило, лікар має справу з патологічною смертю. Причиною такої смерті можуть бути як генетичні фактори, так і спосіб життя людини

або вплив зовнішнього середовища.

Смерть буває прогнозованою і раптовою. Прогнозована смерть настає в термінальній стадії хвороби, коли компенсаторно-адаптаційні механізми організму виснажені, а хірургічні і терапевтичні методи лікування, проведені в повному обсязі, є неефективними. Вона буває у онкологічних хворих, при лейкозах, хронічній нирковій і печінковій недостатності, хронічному легеневому серці тощо. В загальній структурі смертності прогнозована смерть складає близько 75 %, і по суті її попередити неможливо.

Щодо визначення раптової смерті, існують різні дискусійні аспекти цієї проблеми. Комітет експертів ВООЗ дає таке визначення: «Раптова смерть - нагла ненасильницька смерть, яка настає несподівано протягом 6 год від початку появи симптомів у практично здорових людей або у хворих, стан яких був стабільним або покращувався». Такі хворі протягом останнього місяця не знаходились на амбулаторному або стаціонарному лікуванні. Для раптової смерті властива раптова непередбачена зупинка кровообігу і дихання. Вона, за даними ВООЗ, зустрічається у 25 % всіх смертельних випадків.

Трупи осіб, що померли насильницькою смертю, та трупи осіб, що померли раптово, є одним з основних об'єктів судово-медичної експертизи.

Метою нашої роботи було визначення структури раптової смерті осіб різних вікових та статевих груп в загальному реєстрі смертності населення Івано-Франківської області у 2018 р. за даними Івано-Франківського обласного бюро судово-медичної експертизи.

Встановлено, що у 2018 році було зафіксовано 797 випадки раптової смерті, що склало 50,6% від загальної чисельності трупів, доставлених для проведення судово-медичної експертизи. З них 654 (82,1%) становили чоловіки віком 30 – 60 років (61%). Причому переважала вікова група 40-60 років. Основною причиною смерті були захворювання серцево судинної системи (75,8%), захворювань ШКТ (7%), легеневих захворювань (4,8%) та туберкульозу (1,1%), онкологічних захворювань (1,8%).

Отже, раптова смерть є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки серед осіб, що померли раптово, переважно чоловіки працездатного віку. Вивчення структури раптової смерті дозволить спрямувати профілактичні та діагностичні заходи на попередження та раннє виявлення захворювань, що становлять основний ризик виникнення раптової смерті.

ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Вайнагій М.М.

Науковий керівник – проф. С.М. Василюк

Кафедра хірургії №1.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність: лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є золотим стандартом при лікуванні жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Однак, незважаючи на мініінвазивні переваги, особливої уваги заслуговують її специфічні ускладнення та їх хірургічна корекція .

Мета: покращити результати використання ЛХЕ шляхом удосконалення методів хірургічної корекції ускладнень

Матеріали та методи дослідження: Нами проведено аналіз оперативного лікування 2657 хворих на гострий та хронічний калькульозний холецистит (ГКХ, ХКХ), які перебували у клініці в період з 2010 по 2018 рік. Серед обстежених пацієнтів було 370 чоловіка (17%), 2287 жінок (83%). Переважали особи віком понад 60 років – 56%. У 1860 пацієнтів була проведена ЛХЕ з приводу ХКХ. У 787 хворих ЛХЕ виконувалась з приводу ГКХ, в терміни від 12 до 48 годин після поступлення в стаціонар. У 83 хворих виконували (ЛХ) лапаратомну холецистектомію. У всіх цих пацієнтів діагностували ускладнений ГКХ. Найчастіше ускладнення холециститу зустрічалися у пацієнтів з гострими деструктивними його формами. Біліарний панкреатит діагностували у 248 пацієнтів, які були оперовані лапароскопічно.

Результати та їх обговорення: Серед всіх проведених оперативних втручань з приводу холецистолітіазу 2574 (97%) становила ЛХЕ, а традиційна (ЛХ) була виконана тільки у 83 хворих (3%), у 58 з них були конверсії. Ускладненнями ЛХЕ були: повне пересічення гепатикохоледоха (10) пацієнтів з ГКХ (0,38%), у 6 з них поранення холедоха було діагностовано інтраопераційно з ушиванням на дренажі Кера, у 2-х накладали гепатикоєюноанастомоз на петлі за Ру. У інших двох на 2-4 доби після операції виконано лапаратомію і зовнішнє дрениування холедоха. Часткове пошкодження гепатикохоледоха було у 19 пацієнтів (0,74%): у 14 при ГКХ, а у 5 – ХКХ. Усім їм виконано зовнішнє дрениування холедоха: лапароскопічно або лапаратомно. Травмування запально-зміненої стінки ЖМ спостерігалось у 116 хворих, оперованих з приводу ГКХ, та у 97 – з ХКХ, що у 11 з вимагало конверсії, у інших застосовували контейнери для

евакуації кусків міхура та конкрементів. У 53 пацієнтів післяоперації, діагностували неспроможність куксиміхурової протоки. У 6 з них виконували лапаратомію, з перев'язкою куксміхурової протоки, санацією і дренажуванням черевної порожнини, в інших хворих жовчетік припинявся самостійно післявідновлення перистальтики. Кровотеча з кукси міхурової артерії спостерігалася у 53 хворих (2%), яку зупинили лапараскопічно кліпуванням судин. Капілярна інтраопераційна кровотеча зустрічалася набагато частіше – у 28 % випадків і її усували: зрошення 5 % розчином амінокапронової кислоти, діатермокоагуляцією ложа міхура, підведенням марлевих тампонів. Помірна кровотеча по дренажах і п/ш клітковини була у 52 (1,95%) випадках, яку зупинено або гемостатичною терапією, або прошиванням судин. Обтураційну жовтяницю спостерігали у 84 (3,16 %) хворих, яку ліквідували ендоскопічно. Абсцеси в ложі міхура були в 19 пацієнтів, у 6-х з них ліквідували інтенсивною антрибіотикотерапією, у 13 транскутантною пункцією абсцесу під УЗД контролем. У 161 УЗД підтверджено дистальний ТГВ, а у 10-х ТЕЛА дрібних гілок ЛА, їм усім призначали антикоагулянтну терапію по схемі з успішними наслідками лікування.

Висновки.

1. Операцією вибору і «золотим стандартом» у хворих на гострий і хронічний холецистит є ЛХЕ.
2. Своєчасна діагностика ускладнень ЛХЕ, конверсія, релaparоскопія або лапаротомія з метою хірургічної корекції цих ускладнень є заходом успішного лікування хворих на ЖКХ з використанням сучасних мініінвазивних лапароскопічних технологій.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАСТАРІЛОЇ ПОСТРАВМАТИЧНОЇ ЕВЕНТЕРАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В ПІДШКІРНУ КЛІТКОВИНУ ПАХВИННОГО ТА СКАРПІВСЬКОГО ТРИКУТНИКІВ СПРАВА

Хвещук В.В., Паздерський В.С., Гуряєвський Ю.С.

Науковий керівник – доц. Шевчук А.Г.

Кафедра хірургії ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність: Евентерація – вихід внутрішніх органів живота через відсутню, або пошкоджену ділянку очеревини за його межі.

Розрізняють: Іст.- підшкірну, коли розрушені всі шари черевної порожнини крім шкіри; ІІ ст.- часткову, коли в рані передлежить петля кишки, або шлунок; ІІІ ст. – повна, з розходженням всіх шарів рани та заповненням її петлями кишечника і чепця; ІV ст. – справжня, коли органи виходять за межі черевної порожнини (ЧП). 7- 8 млн. людей щорічно отримують травми живота, із них 20% в військовий час, а 7-10% в мирний. Летальність при закритій травмі складає 20%, при відкритій 5.

Мета дослідження: Демонстрація хибної діагностики пошкодження стінок ЧП (черевної порожнини) при ПХО, з подальшим формуванням підшкірної евертерації тонкої кишки, яку було прийнято за неправиму стегнову грижу.

Матеріали і методи: Наводимо клінічний випадок застарілої посттравматичної евертерації тонкої кишки, як наслідок відкритого травмування стінки ЧП рогами корови, та травмуванням лівого колінного суглобу з пошкодженням рогів медіального та латерального менісків, з приводу чого в МКЛ № 1 артроскопічно було видалено травмований меніск, а в зв'язку з наявною гігантською стегною неправимою килою її скеровано на оперативне лікування в хірургічне відділення МКЛ № І. Зі слів хворої на початку жовтня місяця отримала травми живота і колінного суглобу рогами корови. Тоді ж в ОКЛ проведено ПХО, ушито рану і скеровано на амб. лік. в ЦРЛ, рана загоїлась, знято шви. Через днів 10 хвора відмітила новоутвір в правій здухвинній ділянці з розповсюдженням його на праве стегно. Оскільки біль в колінному суглобі превалював вона звернулася за лікуванням до травматолога МКЛ. Об'єктивно: візуалізується в правій пахвинній ділянці, з переходом на скарповський трикутник правого стегна, шароподібний, при пальпації не -вправимий, еластичний утвір розмірами до 18 на 20 см. Виставлено діагноз: неправима, правобічна,гігантська стегнова грижа, крім цього діагностовано вправиму пупкову грижу. З приводу яких хвору оперовано. Виконано операції: герніопластика пупкової грижі за Мейо та герніолапаротомія з ліквідацією евертерації тонкої кишки в підшкірну клітковину пахвинної ділянки і стегна справа. При операції виявлено дефект глибоких м'язів та апоневрозу ЧП і очеревини розміром 10 * 4см., через який виходить петля тонкої кишки до 1,5м. з розміщенням її в кишені п/ш клітковини скарповського трикутника пр. стегна. Петлю кишки видалено, з звільненням від злук, та фібрину, і як життєздатну вправлено в ЧП, яку через контрапертуру дренава-

но ПХВ трубкою. Дефект в стінці ЧП поширено ушито і укріплено герніостеплером пропіленою сіткою onlay. Дренування черевної порожнини та кишені п/ш клітковини пр. стегна. Також окремо дреновано трубкою і тампоном кишеню п/ш клітковини.

Висновок: 1. При виконанні ПХО травмованої рани живота, необхідно виконувати ретельну ревізію рани передньої черевної стінки на предмет виявлення можливої евертерації, або ушкодження кишківника.

2. Для уточнення діагнозу хворим з травмами живота необхідно виконувати алгоритм інструментальних досліджень згідно протоколів ведення хворих.

ЗАЦЕМЛЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИВ ТРИКУТНИКУ БОХДАЛЕКА СПРАВА

Тимофійчук О.М., Гнідець Т.В., Новосельська Л.М.

Науковий керівник – доц. Шевчук А.Г.

Кафедра хірургії ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актупільність. Залежно від походження розрізняють нетравматичні і травматичні діафрагмальні грижі.. Вроджена діафрагмальна грижа зустрічається досить рідко. У 70-80% випадків грижа Бохдалека розташовується з лівого боку, відповідно в 20-30% випадків справа. Передлежання під правим куполом діафрагми великої долі печінки, не уможливорює грижу Бохдалека справа.

Мета: Демонстрація рідкісного випадку внутрішнього защемлення товстої кишки в правому задньо-бічному відділі діафрагми при попереково-реберній грижі Бохдалека, та явищами наростаючої гострої кишкової непрохідності.

Обґрунтування: Описано рідкісний клінічний випадок успішного хірургічного лікування внутрішнього защемлення печінкового кута в правому трикутнику діафрагми Бохдалека, яке проявилось низькою кишковою непрохідністю, та симулювало рентгенологічну картину онкопатології легені, або нижньо-долевої правобічної абсцедуючої пневмонії.

Прикладом цього може слугувати випадок з хворою, 53 років, що поступила ургентно з проявами низької кишкової непрохідності, ознаками дихальної недостатності спричиненої випотом в синус правої

плевральної порожини, за даними УЗД до 200, мл. Рентгенологічно випіт визначався там же до рвня 7-го міжреб'я, але поряд з цим в базальнозовнішніх сегментах нижньої долі правої легені наявний конгломерат, який можна розцінити як запальний, але й не можливо виключити онкопатологію. На оглядовій рентгенограмі живота чітко визначається 3 чаші Клойберга, з приводу чого було виконано сифонну клізму. Хвору оглянув торакальний хірург, який підтвердив виявлену патологію, і трактував її, як нижньодольову пневмонію, з можливим формуванням в подальшому абсцесу легень. Виходячи з цього їй було призначено потужну протизапальну і антибіотикотерапію. Однак під ранок у хворої знову посилюлись переймисті болі в животі, блювання, вздуття і асиметрія живота, затримка відходження калу і газів. Хворій налагоджено назогастральну декомпресію, відчула деяке полегшення. Анамнезом встановлено, що вона щоденно повертає, і підтягує ввєрх своїх паралізованих батьків, і вчора при підтягуванні батька (до 110 кг.) відчула біль справа в підреб'ї і вище в грудній клітці. Повторили оглядову рентгенограму живота кількість чашок Клойберга збільшиилась до восьми. Враховуючи дані фізикального обсеження: притуплення в нижніх зонах правої легені до 7-го ребра, бронхіальне дихання, лейкоцитоз, із сувом формули крові вліво, а головне, ознак гострої кишкової непрохідності, висказано думку про защемлення петлі товстої кишки, в правому трикутнику Бохдалика діафрагми. При ревізії виявили, що печіновий кут і частково поперечна кишказ пасмом чепця знаходились защемленими в отворі (трикутнику Богдалика) діафрагми над куполом правої долі печінки. Трикутник дещо розсічно в напрямку до діафрагмального центру, вилось до 600,0 мл грижевої води, і защемлену петлю товстої кишки низведено в черевну порожнину, її відігріто, а в брижу введено до 50,0 0,5 % розчину новокаїну. Краї трикутника освіжені від мішка-очеревини і ушиті П-подібними швами. Товста кишка відповідала всім життєвим ознакам. Черевну порожнину дренавано в правому підреб'ї над і під печінкою, і ушито наглухо.

Висновок. Приведений клінічний випадок защемлення петлі товстої кишки в правому трикутнику Бохдалика, яке спричинене надмірним фізичним напруженням та розвитком гострої кишкової непрохідності з симуляцією картини нижньодолевої абсцедуючої пневмонії - є рідкісним і тому має наукову й практичну цінність для загальних та абдомінальних хірургів, при проведенні диференціальної діагностики та своєчасного оперативного лікування.

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СПРАВЖНЬОГО І ХИБНОГО ЗАЦЕМЛЕННЯ (БРОКА) ГРИЖ ЖИВОТА

Пап О.І., Расевич Н.Т., Полюк Т.І.

Науковий керівник – доц. Шевчук А.Г.

Кафедра хірургії ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини зацемлені грижі складають 4 - 4,2%. Виділяють зацемлення справжнє та несправжнє (хибне — грижа Брока) є симптомокомплекс, який нагадує загальну картину зацемлення, але він викликаний яким-небудь іншим гострим захворюванням органів черевної порожнини. В доступній літературі, практично відсутні повідомлення діагностики, помилок та лікувальної тактики при грижах Брока.

Мета роботи. Вивчити результати діагностики та лікувальної тактики при справжньому та хибному зацемленні гриж передньої черевної стінки.

Матеріали і методи. Проаналізовано лікування 112 пацієнтів з справжнім та 3-х пацієнтів з хибним зацемленням Брока., в період 2014- 2018 роки. З метою діагностики виконували доступні методи інструментального дослідження, також їм проводилось УЗД, яке дало можливість виявити ознаки перитоніту в 12,3%, а при хибному зацемленні – відсутність явних ознак зацемлення та кишкової непрохідності, при наявності в мішку великої кількості випоту. Хворі з зацемленими грижами були прооперовані з пластикою гризових воріт власними тканинами 68(60,7%), а в 44(39,3%) з них пластику виконували поліпропіленовою сіткою. При зацемлених пахвинних грижах пластику виконували за методикою Ліхтенштейна, а при зацемлених вентральних та пупкових грижах закривали сіткою з розміщенням її «sub-lay».

Результати та обговорення. Одним із прикладів пупкової грижі Брока є хворий з наявною невправимою пупковою грижею на тлі ожиріння 4 -го ступеня (170 кг., рості 185 см.), з важкою деформуючою формою подагри, наявними ліктьовими та колінними тофусами, артрозо-артритами всіх великих і мілких суглобів з порушенням їх функції. При огляді пупкового кільця, останнє розширено до ширини двох пальців, крізь шкіру просвічується темного кольору вміст,

який є не болючий, але невправимий. Зі слів хворого, 2,5 місяці мав в анамнезі отруєння після вживання риб'ячої юшки, що проявлялось високою температурою, болями в животі, блюванням, проносом, а потім затримкою відходження газів і стільця, що продовжувалось біля 3-х діб. Після цього болі і інші ознаки поступово зменшувались і повністю пройшли. Близько місяця тому оглянутий в клініці, виявлено пупкову невправиму грижу, болючу при пальпації. Хворий скарж на болі в животі не пред'являв, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Повторно звернувся і госпіталізований з приводу появи болі в ділянці пупка, загальну слабкість. Хворого оперовано з приводу пупкової невправимої защемленої грижі. Під е/т знеболенням, овалоподібним розтином висічено пупок з підшкірною жировою клітковиною, пупочне кільце і грижевий мішок розсічено, припаяне пасмо сальника до 10 см, резековано. Пальпаторним обстеженням виявлено інфільтрат черевної порожнини. Середньо-серединна лапаротомія, виявлено запального характеру еластичний інфільтрат з втягненням в нього петель тонкого кишечника і чепця, з локалізацією зліва і приляганням до стінки черевної порожнини. При пальпаторному розділенні його розкрився абсцес з густим смердючим гноем до 350,0 мл., в якому виявлено риб'ячу кістку до 4 см. довжини і 1,5 см. ширини. Стінками абсцесу були петлі кишок і чепець, які тупим шляхом розділено, з резекцією пасма запально-зміненого чепця, герметично прикритий перфоративний отвір тонкої кишки, ушито двохрядним швом. Зліва під парієтальною очеревиною і м'язево-апоневротичним шаром черевної стінки, пальпується щільний інфільтрат до 20 см. довжиною, та 5-7 см. шириною, без ознак абсцедування, який розцінено як реактивне скупчення подагричних тофусів. Прокідність тонкого і товстого кишечника збережена, черевну порожнину дреновано і ушито з виконанням пластики воріт пупкової грижі за Мейо. Хворий виписаний додому. Однак був оперований іще двічі з приводу абсцесів передньої черевної стінки. Діагноз при виписці: Абсцес черевної порожнини, стороннє тіло черевної порожнини (рибна кістка), перфорація тонкої кишки, (пупочна грижа Брока, стан після оперативного лікування). ІХС. Кардіосклероз дифузний, гіпертонічна хвороба II, ст. 2, стенокардія Па, цукровий діабет II тип, легка форма, ст. компенсації. Подагричний артрит, поліартрит, а\ф. ПО період останнього після висічення гнійників і їх дронування перебігав без ускладнень, рани загоїлись, виписаний.

Висновки. 1. У хворих з защемленими грижами передньої черев-

ної стінки при ознаках серозного місцевого перитоніту, необхідно для закриття великих грижевих воріт використовувати алотранспланти при адекватній комплексній терапії в післяопераційному періоді.

2. З метою недопущення фатальних помилок при діагностиці і оперативному лікуванні псевдо защемлення гриж (Брока), необхідно детально провести аналіз еволюції симптомокомплексу защемлення, а при ревізії грижевого вмісту, що демонструє іншу гостру патологію черевної порожнини, виконувати алгоритм ретельного інтраопераційного обстеження, ліквідації основного захворювання з дренажуванням її та пластикою воріт грижі.

ПРИПІДНЯТЕ ПОЛОЖЕННЯ ГОЛОВНОГО КІНЦЯ ЛІЖКА ПОКРАЩУЄ ОКСИГЕНАЦІЮ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ

Василишин Х.Я.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Протас В.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Переведення хворого з тяжким гострим респіраторним дистрес-синдромом (ГРДС) з горизонтального положення (ГП) в припідняте положення головного кінця ліжка (ПП) супроводжується гравітаційним перерозподілом системного та зонального легеневого кровотоку та каудальним зміщенням діафрагми. Ймовірно, через ряд проміжних механізмів, як то зменшення переднагрузки, покращення лімфовідтоку з легеневої тканини, зонального перерозподілу вентиляції/перфузії, зменшення трансдіафрагмального тиску та інших, зменшується рівень позасудинної води та фракція шунтування в легеневій тканині в ексудативній фазі ГРДС.

Метою дослідження було проаналізувати ефективність ПП у хворих з тяжким ГРДС.

Матеріали та методи. Нами застосовано ПП (на 50-60°) в 24 хворих з ГРДС, які лікувалися у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії обласної клінічної лікарні, м. Івано-Франківськ, за період 2018 р. Критерії включення в дослідження: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ мм рт. ст., необхідність проведення протективної вентиляції легень з анальгоседацією та міорелаксацією. Серед 24 хворих, віком від 20 до 65 років, 8 жінок, решту – чоловіки. Причини ГРДС: забій легень – 6,

сепсис – 5, політравма – 4, панкреатит – 4, пневмонія – 4, аспірація шлункового вмісту – 1 хворий. У 6 з 24 хворих гемодинаміка перед початком дослідження підтримувалася норепінефрином. Для безперервного, в реальному масштабі часу, контролю за оксигенацією, використовували звичайну пульсоксиметрію. Для статистичної обробки інформації використовувалася комп'ютерна програма STATGRAPHICS Plus Version 5.1.

Результати дослідження та їх обговорення. Вихідне значення медіани SpO_2 (Me (0,5L; 0,5U) було 86,5(82,5; 89,0)%, після зміни положення тіла, становило 90,0(86,0; 93,5)%. Статистика критерію знаків = 4,05081. P- значення = 0,00005; статистично значима різниця між парними даними. При цьому медіана підвищення SpO_2 складала 4,0 (2,5; 6,0)%. Вказане підвищення SpO_2 спостерігалось через 15-30 хв і стійко утримувалося при незмінних параметрах вентиляції. Якщо хворого повертали в ГП, показники погіршувалися. Головним негативним ефектом ПП була гіпотензія. У 4 з 6 хворих, яким вже вводився вазопресор, – збільшена доза, а у 4 – розпочата інфузія норепінефрину для підтримання середнього артеріального тиску понад 65 мм рт. ст. Недостатня вибірка хворих для аналізу впливу цієї методики на летальність при ГРДС.

Висновок. Переведення хворого з критичною гіпоксемією на ґрунті ГРДС в ПП (на 50-60) приводить до незначного, проте стійкого покращення оксигенації, що дозволяє по крайній мірі, виграти час для реверсії патологічних змін в легеневій тканині, зокрема, коли вже використані всі доступні ресурси підтримки оксигенації. Проте методика ПП може супроводжуватися гіпотензією. Вплив методики на летальність хворих при цій патології потребує подальшого вивчення.

МОДИФІКОВАНА МОДЕЛЬ БІОЕЛЕКТРИЧНОГО ПРОТЕЗУ ПЕРЕДПІЛІЧЧЯ

Федоркевич С.В., Менюк В.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Омельчук В.П.

Кафедра травматології та ортопедії

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

Питання протезування інвалідів-ампутантів верхніх кінцівок є актуальним, адже їх кількість в державі невпинно зростає, особливо серед осіб працездатного віку, внаслідок високого рівня ДТП, бойо-

вих дій. Косметичні та механічні робочі протези на сьогоднішній день не задовольняють переважну більшість інвалідів. Імпортні ж біоелектричні протези суттєво дороговартісні у виготовленні та наступному сервісному обслуговуванні, внаслідок чого вони є практично недоступними для більшості інвалідів.

Мета: Удосконалити раніше виготовлений біоелектричний протез передпліччя з використанням 3D моделювання та FDM-друку, на підставі принципів доступності матеріалів, технологій, модульності, достатньої функціональності, ремонтпридатності, індивідуальної реконфігурації та етапної адаптації куксоприймача, функцій захоплення і утримання.

Матеріал та методи, результати і їх обговорення.

В 2018 р. нами була виготовлена модель біоелектричного протезу, яка в даній роботі набула подальшого розвитку, удосконалення та модифікації. Для цього використано метод поєднання різних типів матеріалів при FDM-друку (ABS, ELASTAN, Полікапролактон) для самого протезу та куксоприймача, що суттєво покращує його біомеханічні властивості, надійність.

В першому варіанті біопротезу використано сервоприводи MG90, модуль з каскаду операційних підсилювачів Sparkfun Muscle Sensor v3 для перетворення біоелектричного потенціалу з поверхні шкіри в електричний сигнал та його подальшої інтерпретації, доступний мікрокомп'ютер Arduino Nano V3.0 AVR ATmega328.

В даній моделі проведено удосконалення біопротезу, збільшено його функціонал та надійність, використано нові, більш потужні сервоприводи SG90, FUTABA 3003, оновлено модель кисті, застосовано новий принцип згинання фаланг та куксоприймальну гільзу з полікапролактону. Вдвічі посилено джерело живлення. В даній моделі при виготовленні пальців, п'ястка поєднано різні види пластику з використанням гумоподібного пластику та силікону, що збільшило функціональні можливості біопротезу. Слід відмітити, що собівартість використаних комплектуючих та матеріалів складає до 200 USD, що на 3-4 порядки дешевше в порівнянні з закордонними аналогами: BeBionic3 (30'000 USD), iLimb (100'000 USD), DEKA Arm (100'000 USD).

Висновок. Удосконалена модель біоелектричного протезу передпліччя, виготовленого методикою FDM-друку різними видами пластику з 3D моделі, більш потужні сервоприводи та удосконалені варіанти з'єднання комплектуючих, показали більшу надійність та

функціональну придатність, вибраний напрямок модифікації доцільно продовжити. Дослідження є актуальним, перспективним, заслугове на увагу та спонсорську підтримку.

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕПУХЛИННИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА (INFLAMMATORY BOWEL DISEASE)

Баран І.В.

Науковий керівник – доц. каф. радіології та радіаційної медицини, к.мед.н. Мацькевич В.М.

Консультанти: Василик В.М. – обласний експерт з патологічної анатомії ГУОЗ ОДА Івано-Франківської області; Гриньовська М.Б. – асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії

Актуальність. Непухлинні запальні захворювання кишечника (Inflammatory Bowel Disease) (НЗЗК) включають у себе хворобу Крона (ХК) та виразковий коліт (ВК) і характеризуються тривало протікаючим хронічним процесом із різноманітними позакишечними проявами. За даними вчених у хворих з НЗЗК при застосуванні етіотропної терапії в три рази підвищується ризик виникнення тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) (Т. Chu et al, 2019, UK; С. G. Encinas et al, 2016, Peru).

Мета дослідження. Ретроспективне оцінювання взаємозв'язку виникнення тромбоемболії легеневої артерії, як ускладнення тромбозу нижніх кінцівок при непухлинних запальних захворюваннях кишечника за даними автопсій.

Матеріали та методи. Проаналізовано за 2008-2018 років 38 випадків розтинів: 21 жінка (55,26%) (без історії застосування комбінованих оральних контрацептивів) та 17 чоловіків (44,74%), яким встановлено патологоанатомічний діагноз ХК чи ВК; прижиттєвих заключень цієї групи: колоноскопії з гістологічною верифікацією, іригоскопії, мультидетекторної комп'ютерно-томографічної ангіографії судин легень (МДКТ-а); лабораторних досліджень даних осіб: активований частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, фібриноген, гематокрит, міжнародне нормалізоване відношення, тропоніни, D-димери. З анамнезу померлих відомо про застосування ними гормональної терапії НЗЗК. Для статистичного аналізу зв'язку двох змінних вираховували коефіцієнт кореляції рангу Спірмена.

Результати. З 38 випадків у 24 (63,16%) померлих діагностовано ХК, у 14 (36,84%) ВК. У 37 (97,36%) пацієнтів діагноз НЗЗК був встановлений прижиттєво, в тому числі за результатами проведеної іригоскопії, колоноскопії з узяттям біопсії та патогістологічною верифікацією. Для 1 (2,64%) з померлих ХК вперше виявлена після автопсії – смерть наступила від геморагічного інсульту. У 35 (92,1%) померлих (15 – чоловіки, 20 – жінки) виявлено тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У 27 з них –77,14% від усіх тромбозів та 71,05% від загальної кількості смертей у групі, – це приводило до ТЕЛА; з них у 21 (77,78%) випадках - ТЕЛА з локалізацією у крупних гілках, та у 6 (22,22%) автопсіях - ТЕЛА з ураженням дрібних гілок, що слугувало безпосередньою причиною смерті. У 8 (22,86%) пацієнтів, з тромбозом нижніх кінцівок, без ТЕЛА, смерть настала внаслідок кишкової непрохідності, перфорації кишечника, тромбозу мезентеріальних судин та пухлин товстого кишечника. У 2 пацієнтів з НЗЗК, в яких не було тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок, причиною смерті був каловий перитоніт в ранній післяопераційний період.

Коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) дорівнює 0,691. Зв'язок між досліджуваними ознаками - прямий, сила зв'язку за шкалою Чеддока – помітна.

Число ступенів свободи становить 36. Критичне значення критерію Спірмена при даному числі ступенів свободи становить 0.321. $\rho_{\text{набл}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,05$).

Висновки. Виявлено, що тромбоемболія легеневої артерії є частим позакишковим ускладненням непухлинних запальних захворювань кишечника (71,05% та випадків) та має прямий помітний зв'язок із ними ($\rho=0,691$) при наявності тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.

Перспективами є акцентування уваги клініцистів на можливість профілактичних заходів тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок та його ускладнення - ТЕЛА при НЗЗК: 1) рекомендація застосування антикоагулянтів пацієнтами, що приймають гормональну терапію; 2) використання приладу для переміжної пневматичної компресії ніг; 3) вивчення можливостей ротаційної тромбоеластометрії.

ВИДИ РОДУ ПОЛИН ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ ЖОВЧОГІННІ ЗАСОБИ

Грицик Р. А.

Науковий керівник – проф. Кіреєв І.В.

Кафедра хірургії ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра фармакотерапії, м. Харків

Національний фармацевтичний університет.

Пошук нової рослинної сировини, яка б проявляла жовчогінну активність, є актуальним на сьогодні, адже фітопрепарати можна застосовувати впродовж тривалого періоду, що важливо при лікуванні захворювань гепатобіліарної системи. Одним з перспективних джерел створення лікарських засобів із жовчогінною активністю є види роду Полину, які застосовують як апетитні, глистогінні, бактерицидні, протизапальні та жовчогінні засоби, дія їх обумовлена наявністю різних груп біологічно активних сполук.

Метою нашої роботи було вивчення вплив екстрактів полину звичайного і полину гіркого на жовчовидільну функцію печінки у щурів.

Жовчогінну активність екстрактів полину звичайного і полину гіркого вивчали на білих щурах масою 250-300 г з дотриманням вимог «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Київ, 2001), що узгоджуються з положеннями «Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, яких використовують для експериментальних та наукових цілей» (Страсбург, 1986). За 24 години до початку досліду обмежували доступ тварин до їжі. Наступного дня тварин попередньо наркотизували, розтинали черевну порожнину та вводили у загальну жовчну протоку канюлю, збирали жовч та визначали її кількість протягом п'яти годин. Екстракти полину звичайного і полину гіркого вводили дослідним тваринам за 1 годину до початку експерименту. Контрольна група тварин отримувала воду в еквівалентній кількості. Жовчогінну активність оцінювали за швидкістю секреції жовчі відносно маси тіла тварин. У жовчі визначали концентрацію жовчних кислот та холестерину за методом В.П. Мірошніченко та співавт., після цього проводили розрахунок холатохолестеринового коефіцієнту. Більш важливою властивістю жовчогінного засобу вважають збільшення вмісту жовчних кислот.

В результаті нашого дослідження ми встановили, що введення екстрактів полину звичайного і полину гіркого піддослідним здоро-

вим тваринам призводило до посилення продукції та секреції жовчі гепатоцитами, а також значно збільшувався вміст жовчних кислот у ній.

Отже, застосування екстрактів полину звичайного і полину гіркого підсилює жовчовидільну функцію печінки, про що свідчить посилення продукції та секреції жовчі у тварин, а також значне збільшення вміст жовчних кислот у ній.

ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ ХВОРОБИ (АНАЛІЗ СВІТОВОГО ТА ВІТЧИЗНЯНОГО ДОСВІДУ)

Петраш А.В., Шиян Ю.А.

Науковий керівник – Пюрик М.В.

Кафедра хірургії ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Пілонідальна хвороба (ПХ) ділянки є одним із найпоширеніших захворювань, із приводу якого виконують хірургічні втручання в загальнохірургічних і спеціалізованих проктологічних відділеннях. Основним в етіопатогенезі ПХ відіграє запалення волосяних фолікулів на дні міжсідничної складки (гострий гнійний фолікуліт) і проникнення у первинні норицеві ходи вільних волосяних стрижнів. У 1854 році J.M. Warren першим спробував пояснити виникнення захворювання з неправильним ростом волосся у міжсідничній складці. Відтоді тривають дискусії відносно етіології та патогенезу пілонідальних кіст. Причому уявлення про етіопатогенез ПХ у пострадянських країнах кардинально відрізняються від поглядів зарубіжних дослідників.

Мета роботи: розробити алгоритм лікування пілонідальної хвороби шляхом критичного аналізу літературних джерел.

Традиційно у вітчизняній літературі пілонідальну хворобу вважають природженою патологією, проте, понад 30 років тому англійські дослідники довели набуте походження цього захворювання. Це призводить до значних термінологічних неточностей та виникнення розбіжностей у підходах до лікування цієї патології. Традиційно при гострій ПХ у нашій країні використовують методики широкої ексцизії пілонідальних кіст із різними способами відновлення післяопераційної рани.

Результати хірургічного лікування хворих на ПХ оцінювали за

такими критеріями: тривалість стаціонарного й амбулаторного лікування, загальна тривалість непрацездатності, частота нагноєння післяопераційної рани, частота незапальних ускладнень із боку післяопераційної рани (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематома післяопераційної рани), частота післяопераційних рецидивів захворювання. Широка ексцизія елементів пілонідальної кістки як метод лікування пілонідальної хвороби є етіопатогенетично необґрунтованою і має лише історичне значення. Набута етіологія пілонідальної хвороби зумовлює необхідність впровадження етіопатогенетично обґрунтованих підходів до хірургічного лікування пілонідальної хвороби, в основу яких покладено принципово нові технічні прийоми: економне висічення лише первинних епітеліальних ходів (операція Vascom I), вирівнювання міжсідничної складки (операція Vascom II, або cleft lift) та латералізацію лінії швів (операція Karudakis), забезпечення «ненатяжного» характеру оперативного втручання. Основні переваги сучасних малотравматичних методик полягають в їх етіопатогенетичній обґрунтованості та врахуванні анатомо-фізіологічних особливостей крижовокуприкової ділянки, зменшення кількостей післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання.

СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ПУБЕРТАТУ

Візник Т.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Островська О.М.

Кафедра акушерства і гінекології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я поширеність порушення становлення менструальної функції у загальній популяції у дівчаток-підлітків досягає 56-60 % (Андрієць О. А., 2013; Пирогова В. І., 2014; Вовк І.Б., 2016). Порушення на рівні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи є однією із причин гіперплазії ендометрію, підвищення проникливості судинної стінки та розладів кровопостачання матки та яєчників, і у таких пацієнток діагностують зниження оваріального резерву, синдром полікістозних яєчників, безпліддя (Штель Н. Н., 2011; Лисяк Д. С., 2013). На даний час, так до кінця і не визначені патогенетичні аспекти порушення репродуктивного здоров'я жінок з патологічним перебігом пубертату, відсутнім є системний підхід до питання профілактики та лікування гестаційних ускладнень у даній категорії пацієнток, суперечливою та недостатньою є також інформація про перебіг гестації, пологів.

Мета роботи. Визначити групу ризику жінок з порушенням становлення менструальної функції.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до поставленої мети і завдань нами було обстежено було відібрано 120 жінок із порушенням становлення менструальної функції в пубертатному періоді, із них – 40 пацієнток із первинною олігоопсоменореєю, 40 пацієнток із пізнім менархе та 40 пацієнток із пубертатними матковими кровотечами, які і сформували три досліджувані групи. Контрольну групу склали 30 пацієнток із правильним ритмом МЦ та нормальним перебігом пубертату.

Результати й обговорення. Так званий період «внутрішньоутробного дитинства» у матерів дівчат із порушенням становлення менструальної функції у пубертаті перебігав із значним відсотком ускладнень вагітності: загроза переривання вагітності (47,48 %), прееклампсія

різного ступеню тяжкості (46,37 %), перинатальні інфекції (27,37 %), передчасні пологи (17,87 %), дистрес плоду (21,79 %) та народження дітей з низькою масою тіла (30,72 %), а також шкідливі звички батьків (29,61 %). У матерів при виношуванні майбутньої дівчинки найбільш високу прогностичну значимість мали плацентарна дисфункція, дистрес плоду та прееклампсія (особливо тяжка ступінь) – (OR=14,6; 95 % : 1,39–19,2).

Висновок. Особливості спадкового та антенатального анамнезу у дівчат із первинною олігоменореєю, пізнім віком менархе та пубертатними кровотечами полягають у достовірно вищій частці гестаційних ускладнень у матерів (64,39 %), зокрема прееклампсії (46,37 %), дистресу плоду (21,79 %), перинатальних інфекцій (27,37 %), сімейного накопичення серцево-судинних, ендокринних захворювань (64,2 %) та порушення репродуктивної функції (38,26 %), поряд із значним відсотком психоемоційних розладів. Найбільш високу прогностичну значимість щодо патологічного перебігу пубертату мали гестаційні ускладнення у матерів (OR=14,6; 95 % : 1,39–19,2), спадкова схильність щодо порушеної репродуктивної функції (OR=12,04; 95 % CI: 6,12-19,25), оперативні втручання на яєчниках (OR=19,3; 95 % : 3,1-92,6) та метаболічні порушення (OR=8,14; 95 % CI: 6,29-11,01).

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СЕКНІДАЗОЛУ ТА КЛОТРИМАЗОМУ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНОМУ ВАГІНОЗІ

Тодорів Л.Р., Франчук М.І.

Науковий керівник – к.м.н., асист. Поліщук І.П.

Кафедра акушерства та гінекології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Згідно літературних даних, проблема інфекційних захворювань жіночих статевих органів залишається однією з найбільш важливих у сучасному акушерстві та виходить на одне з перших місць. Серед всіх інфекційних захворювань жіночої статевої сфери найчастіше зустрічається бактеріальний вагіноз (БВ). За даними різних авторів, на його долю припадає від 20 до 60% всіх вульвовагінальних інфекцій нижнього відділу жіночих статевих органів.

Мета дослідження: Розробити ефективні критерії оцінки мікробіологічних особливостей інфекційних взаємодій при бактеріальному вагінозі для підвищення ефективності діагностики, лікування та

профілактики даного захворювання. З метою лікування (БВ) використовували одноденно таблетки секнідазолу 0,5- 2 рази перорально та крем клотримазолу 1% 10 мл в піхву на ніч.

Результати дослідження: Під нашим спостереженням знаходилось 33 жінок без екстрагенітальної патології, котрим не проводили системного або місцевого використання антибактеріальних препаратів на протязі останніх двох тижнів. З них 33 жінок із бактеріальним вагінозом та 10 жінок з нормоценозом піхви, що склали контрольну групу.

У 95,65% хворих із бактеріальним вагінозом виявлено скарги на тривалі і значні піхвові виділення, також жінки 91,30% подавали скарги на неприємний запах піхвових виділень. Свербіж і печія в ділянці зовнішніх статевих органів зустрічалися у 30,43% хворих, а болі під час статевого акту у 23,91% жінок.

Для порівняння тільки у 1 (10%) жінок виявлено скарги на тривалі і значні піхвові виділення слизистого характеру, що ми пов'язали з гормональними порушеннями.

Амінотест був позитивний у 91,30% хворих із бактеріальним вагінозом. Ступінь вираженості позитивного амінотесту був наступним: 1 ступінь (+) - у 33,33% жінок, 2 ступінь (++) - у 19,05% жінок, 3 ступінь (+++) - у 47,61% жінок. У той же час позитивний амінотест був тільки у 2 (10,0%) фізіологічно вагітних. У обох жінок відмічено 1 ступінь вираженості. Отже, частота позитивного амінотесту у хворих із бактеріальним вагінозом вірогідно ($p < 0,01$) вища, ніж у жінок з нормоценозом піхви.

pH піхвового вмісту у обстежених жінок 1 групи у середньому становив $5,83 \pm 0,32$, а у жінок 2 групи - $3,89 \pm 0,26$. Отже, pH піхвового вмісту у фізіологічно вагітних з був достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж у жінок із бактеріальним вагінозом.

У хворих із бактеріальним вагінозом лактобактерії виділялися у дещо більше як 1/4 обстежених й у низькій концентрації 10^3 і менше КУО/мл - функціонально дефектними. А у всіх жінок з нормоценозом піхви лактобактерії виділялися у вигляді асоціації у високій концентрації з високою захисною здатністю.

При дослідженні анаеробних бактерій у виділеннях з піхви у хворих із бактеріальним вагінозом факультативні анаероби (ФА) частіше зустрічалися у монокультури у 30 (65,22%) жінок, асоціація з 2-х мікроорганізмів - у 10 (21,74%) жінок, асоціація з 3-х мікроорганізмів - у 6 (13,04%) жінок. Серед ФА у хворих із бактеріальним вагінозом

найчастіше виділялися: *Gardnerella vaginalis* -у 28 (60,87%) жінок, зі ступенем обсіменіння піхви 10^6 - 10^7 КУО/мл. У фізіологічно вагітних факультативні анаероби завжди зустрічалися у монокультурі, а ступінь обсіменіння піхви складав 10^4 і менше КУО/мл.

Серед облігатних анаеробів (ОА) у хворих із бактеріальним вагінозом частіше зустрічалися у вигляді монокультури у 31 (67,39%) жінки, асоціації з 2-х мікроорганізмів у 9 (19,56%) жінок, асоціації з 3-х мікроорганізмів у 6 (13,04%) жінок.

Серед ОА у хворих із бактеріальним вагінозом найчастіше виділялися: *Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Eubacterium spp.*, *Veillonella spp.* і *Actinomycetes spp.*. Ступінь обсіменіння піхви був високим для *Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus spp.* і *Bacteroides spp.* і становив 10^6 - 10^7 КУО/мл.

Найчастіше у жінок з нормоценозом піхви серед ОА зустрічалися *Bifidobacterium spp.* зі ступенем обсіменіння піхви 10^6 - 10^7 КУО/мл. У жінок з нормоценозом піхви ОА завжди зустрічалися у монокультурі.

Висновки: Аналіз перебігу лікування жінок із бактеріальним вагінозом та нормоценозом піхви дозволяє зробити висновок, що одноразове використання призводить до відновлення нормоценозу піхви з дещо нижчою концентрацією лактобактерій 10^5 , а це в свою чергу потребує проведення етіологічно і патогенетично обґрунтованих діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів.

Перспективним є виченням застосування свічок з гіалуроновою кислотою з метою подальшого відновлення нормоцитозу піхви та профілактики рецидивів захворювання у жінок з лікованим бактеріальним вагінозом.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КАНАБІДІОЛУ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ТА ГІНЕКОЛГІЇ ЗОКРЕМА

Горщанік Ю.В.

Науковий керівник – асист. Матвійків Н.І.

Кафедра акушерства і гінекології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Панацея від усіх хвороб і легкий шлях до героїнової залежності – приблизно такими є полюси глобальної дискусії про застосування марихуани в медицині. Сьогодні ставлення до медичного канабісу різниться настільки, що в одних країнах ним лікують синдром хроніч-

ного тазового болю (СХТБ), а в інших – забороняють досліджувати.

Медичний канабіс має безліч доведених лікувальних та паліативних ефектів, і дозволений, наприклад, у 25 штатах США, Австралії, Канаді; його використання давно врегульовано в багатьох європейських країнах. Щодо України, то в нас повністю заборонено використання медичного канабісу в лікувальних та наукових цілях. Хоча застосування таких препаратів допомогло б майже двом мільйонам громадян, які страждають від хронічного болю та інших розладів. “Медичний канабіс” – канабідіол не володіє психоактивними властивостями, не викликає ейфоричних ефектів або зміни стану свідомості. КБД ізольовано взаємодіє із ендоканабіноїдними рецепторами в людському організмі, має протиблювотні, протизапальні, протисудомні, антипсихотичні та виражені анальгетичні властивості, що зумовлює терапевтичний ефект при низці захворювань.

Встановлено науково підтверджений ефект канабіноїдів при лікуванні хронічного болю, ендометріозі, альгодисменореї, епілепсії, анорексії, посттравматичного синдрому, захворювань імунної системи, артриту та ревматизму, астми, глаукоми, хвороби Альцгеймера, хвороби Паркінсона, хореї Гетчінгтона, герпесу, виразок, втрати ваги під час СНІДу, діабетичної нейропатії, різних форм склерозу та багатьох інших важких хвороб.

Дане дослідження представляє собою оцінку клінічного ефекту від 1 використання канабідіолу у хворих на ендометріоз.

В ході дослідження було проведено комплексне обстеження 10 пацієток з ендометріозом віком 25-35 років. Вивчались анамнестичні дані: особливості преморбідного фону, супутні гінекологічні та екстрагенітальні захворювання, особлива увага приділялась вивченню провідних симптомів захворювання: альгодисменорея, циклічні болі в ділянці тазу, глибока диспаруенія, циклічні розлади з боку кишечника та психоемоційного стану жіночого організму: втомлюваність, зміна настрою, депресивні стани, розлади сну, тривожність. Діагноз встановлено лапароскопічно, підтверджено гістологічно.

Нами був запропонований особливий підхід до лікування СХТБ при ендометріозі в жінок репродуктивного віку – вагінальні суппозиториї з канабідіолом, протягом 4-х місяців.

В роботі користувалися методом анкетування та спостереження.

У результаті проведеної терапії відмічено стабілізацію психоемоційного стану жінок, нормалізацію менструальної та сексуальної функції, значне зменшення інтенсивності тазового болю та дискомфорту.

форту під час статевого життя.

Аналізуючи опрацьовану міжнародну систему наукових досліджень встановлено, що майже 2,5 тис. разів вченими зі всього світу доведено роль канабідіолу у подоланні болю різного генезу та ступеня важкості з мінімалізацією побічних ефектів. Результати досліджень дозволяють рекомендувати канабідіол для застосування в гінекологічній практиці і в інших галузях медицини.

БЕЗСИМПТОМНА БАКТЕРІЄУРІЯ В КОНТЕКСТІ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ

Дубецький Б.І., Пронь А.В.

Науковий керівник – к.мед.н., асистент кафедри Римарчук М.І.

Кафедра акушерства і гінекології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність теми. Інфекції сечових шляхів(ІСШ) – одне з найпоширеніших захворювань у вагітних. Джерелом ІСШ найчастіше є прояв автоагресії власних мікробних середовищ(яскравий приклад-кишки). Під час вагітності виникають певні зміни, які створюють передумови для виникнення та рецидивування ІСШ. Зокрема, інфікування сечового каналу у вагітних провокують такі чинники: сповільнення швидкості пасажу сечі внаслідок зниження тонуусу й перистальтики сечоводів, зниження тонуусу сечового міхура, збільшення кількості залишкової сечі, що спричиняє виникнення міхурового-сечовивідного рефлюксу і висхідної міграції бактерій у верхні відділи сечовивідних шляхів, зміна фізико-хімічних властивостей сечі.

Мета роботи. З'ясувати діагностичну цінність безсимптомної бактерієурії, як предиктора виникнення акушерських та перинатальних ускладнень та удосконалити терапевтично-профілактичні заходи у разі безсимптомної бактерієурії(ББ).

Матеріали та методи дослідження. . Відповідно до поставленої мети і завдань нами було обстежено 60 пацієнток, серед яких – жінки з лабораторними ознаками ББ(у яких у І-му триместрі вагітності під час взяття на облік бактеріологічне дослідження сечі, показало ріст бактерійних культур у сечі($\geq 10^4$ КУО/мл)). До основної групи спостережень увійшли 30 вагітних, яким після діагностування призначали стандартну терапію + Кренфорс.

Контрольну групу склали 30 вагітних жінок із ББ, яким призна-

чали лише антибактеріальне лікування. Усім вагітним під час кожного відвідування жіночої проводили УЗД, регламентовані наказом МОЗУ №417. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5,0, Statistica 6,0.

Результати й обговорення. Ефективність лікування ББ під час вагітності у цьому дослідженні оцінювали впродовж 4-12 тижнів від моменту діагностування і початку лікування. Порівнювали ефективність і безпеку призначення антибактеріального лікування з використанням (або без) біологічної харчової добавки Кренфорс впродовж 30 днів із подальшим бактеріологічним дослідженням сечі.

Результати досліджень, проведених в основній групі спостереження, показали нормалізацію результатів бактеріологічного та загального аналізу сечі після першого курсу лікування у 73,3% вагітних(у контрольній групі – 63,3% вагітних, що майже у 1,2 рази менше. Водночас результати фотометрії свідчили про нормальні для певного гестаційного терміну розміри плода. У 26,7 % контрольної групи виявлено рецидивування ББ і призначено повторний курс лікування.

В основній групі клінічна ефективність комплексного тривалого застосування антибіотиків та препарату Кренфорс полягала у покращенні загального самопочуття пацієнток, поступовому, нефорсованому збільшенні діурезу (з $1490,0 \pm 210,0$ мл), усуненні патологічного надлишку маси тіла.

Висновок. Отримані результати дозволяють включити у лікувальну програму вагітних з ББ застосування засобу рослинного походження Кренфорс, зважаючи на зниження частоти виникнення гестаційного пієлонефриту в 2,5 рази, інших акушерських ускладнень (СЗРП, ПП) у двічі.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК З ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ НА ФОНІ ПАПЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Глик Т.

Науковий керівник - Купчак І.М.

Кафедра акушерства і гінекології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Метою даного дослідження було вивчення клініко-морфологічних особливостей епітелію шийки матки у жінок репродуктивного віку з інтраепітеліальними ураженнями низького та високого ступеня.

Визначено зміни епітелію шийки матки за наявності вірусу папіломи людини (ВПЛ) у поєднанні з інтраепітеліальними ураженнями низького та високого ступеня в жінок репродуктивного віку.

Матеріалом були дані 88 жінок у віці від 18 до 35 років, які перебували на лікуванні з 2012 по 2017 р. Усіх досліджуваних розділено на 2 групи залежно від ступеня ураження: 1-ша група — 46 жінок з ураженнями низького ступеня (LSIL), 2-га група — 42 з ураженнями високого ступеня (HSIL).

Більше половини пацієток обох груп, інфікованих ВПЛ, в анамнезі одержували тривале лікування дисплазії епітелію шийки матки, що свідчить про неефективність раніше проведеної терапії та значну частоту рецидивів, пов'язану з персистенцією ВПЛ. У 70% жінок виявлено ВПЛ одночасно високо- та низькоонкогенного типу, діагностовано поєднання з герпетичною інфекцією 2-го типу.

На основі клінічних і цитоморфологічних досліджень у пацієток з дисплазіями та ВПЛ відзначали високий рівень рецидивів і мікст-інфекції. Визначено морфологічні особливості цитопатогенної дії ВПЛ та характерні ознаки: багатоядерні симпласти, двоядерні клітини з вакуолізацією ядер, амфотілія цитоплазми, гіперхромна койлоцитарна атипія, кератиноцити.

У пацієток з HSIL відмічено значно вище вірусне навантаження ВПЛ у порівнянні з групою жінок з LSIL, а також позитивну експресію маркерів проліферації Ki 16 і p 67, що свідчить про високий ризик онкогенної трансформації епітеліальних клітин шийки матки.

СТОМАТОЛОГІЧНА СЕКЦІЯ

ДЕСЕНСИТАЙЗЕРИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ПРАКТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Даруда І.І., Яцишин Т.Р.

Науковий керівник – асист. Репецька О.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

В сучасних умовах проблема гіперчутливості зубів не втрачає своєї актуальності, незважаючи на те, що вже більше ста років залишається пред-метом як теоретичних, так і прикладних досліджень у галузі стоматології (Г.Ф. Белоклицкая, 2009). Це пояснюється, передусім, значною розповсюдженістю даного патологічного стану. Як свідчать дані наукових публікацій, кількість людей, що страждають на ГЗ, досягає 40-50% загальної кількості населення багатьох розвинутих країн (Г.Ф. Белоклицкая, 2009; С.П. Ярова, 2010).

Однією з проблем стоматологічного лікування гіперчутливості зубів є особливості вибору засобів для лікування гіперестезії зубів, а саме десенситайзерів в залежності від показань до застосування.

Метою дослідження стало проведення порівняльної характеристики різних груп, покази до застосування десенситайзерів, задля підвищення ефективності лікування пацієнтів за рахунок вибору оптимального сучасного десенситайзера.

Бурхливий розвиток стоматології призвів до різкого зростання прямих і непрямих реставрацій з опорою на живі зуби. Це - пломби, вініри, вкладки, коронки. Однак не завжди вдається повністю усунути після-операційну чутливість. Крім того, гіперчутливість дентину може з'явитися у пацієнтів після видалення зубних відкладень, пародонтальних втручань, ортодонтичного лікування та після відбілювання зубів. Підвищена чутливість спостерігається у пацієнтів з оголенням шийок зубів, при пришийкових дефектах каріозного та не каріозного походження. Порушується гігієна порожнини рота, тому чищення зубів стає болісним, чутливим, змінюється раціон харчування (відмова від їжі).

Проблема чутливості дентину привела до створення цілого класу препаратів, спрямованих на її усунення – Десенситайзерів (Desensitizer).. Ці матеріали мають різну хімічну природу, механізм дії і навіть показання для застосування. Серед великої кількості де-

сенситайзерів можна виділити наступні 5 груп: 1. Ненаповнені десенситайзери, що містять НЕМА, без глютаральдегіда. 2. Ненаповнені десенситайзери, які містять НЕМА, з глютар-альдегідом; 3. Наповнені десенситайзери, які містять НЕМА. 4. Десенситайзери, що містять ПАР (поверхнево активні речовини) і слабку кислоту. 5. Десенситайзери, що утворюють складні солі на поверхні дентину.

Лікарю необхідно робити вибір при використанні десенситайзерів в залежності від клінічної ситуації: під реставрації з композитних або склоіономерних матеріалів краще використовувати препарати з 2 і 3 групи; при лікуванні гіперчутливості оголених шийок зубів краще застосовувати препарати з 1, 3 і 4 групи; при усуненні гіперчутливості після препарування живих зубів під коронки краще використовувати препарати з 4, 3 або 2 групи. Якщо у лікаря або пацієнта обтяжений алергологічний статус (при алергічній реакції на мономер) препарати 1 групи краще не використовувати. При неможливості накладання кофердама також краще не застосовувати препарати 1 групи, які містять глютаральдегід.

Велике розмаїття десенситайзерів, представлених на стоматологічному ринку, свідчить про актуальність даної проблеми. Враховуючи цей факт, лікар повинен чітко знати причину підвищеної чутливості зубів і обирати оптимальний метод її лікування, враховуючи механізм дії того чи іншого десенситайзера. В такому випадку підвищену чутливість дентину у пацієнта можливо повністю вилікувати.

УСКЛАДНЕННЯ ЗІ СТОРОНИ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ПОЛЯ ВІД ВИКОРИСТАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ, СУЧАСНИЙ ПІДХІД

Андрійчук У.В.

Науковий керівник – асист. Пахомова Н.Б.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Часткова втрата зубів є однією із найрозповсюдженіших патологій в клініці ортопедичної стоматології. Дана тема є актуальною, зважаючи на широке використання частковими знімними пластинковими протезами. Однак, потрібно розуміти, що, як і будь-яке інше втручання в організм, протезування - може викликати ускладнення.

Знімні пластинкові протези, відновлюючи втрачені функції жу-

вання і мовлення, одночасно мають ряд недоліків: нестійку фіксацію, особливо на нижній щелепі, алергічні реакції, гальванічний струм, нерівномірний розподіл жувального тиску і, найважливіше, спричиняють психоемоційні проблеми у користувачів протезів, а також алергічні чинники, що обумовлені реакцією організму на даний матеріал.

Часткова відсутність зубів - найпоширеніша патологія зубощелепної системи, що підтверджується даними отриманими науковцями. Це обумовлено тим, що протезування при малій кількості власних зубів є досить тяжким завданням, яка визначається клінічними умовами порожнини рота. В більшості випадків, ці зуби мають подовжену альвеолярну частину. В зв'язку з цим їх пародонт перебуває в несприятливих умовах при розподілі жувальних сил, які припадають на коронку, тому небезпека функціонального перенавантаження зубів зростає.

У разі ортопедичного лікування хворих частковими знімними пластинковими протезами ряд авторів відзначають ускладнення від їх використання. Згідно з результатами досліджень часткові знімні пластинкові протези спричиняють негативний вплив на тканини пародонта опорних зубів та зубів-антагоністів. За результатами спостережень багатьох вчених, які вивчали дану проблему, встановлено, що після користування частковими знімними пластинковими протезами протягом чотирьох років 13% опорних зубів видаляються, 33-42% набувають рухомості I-II ступеня, запальні явища пародонта виявлено у 36% опорних зубів. Як наслідок, близько 25% хворих не користуються частковими знімними пластинковими протезами, які їм були виготовлені. Виходячи з наведених результатів досліджень, постає питання про те, що планування відновлення зубного ряду частковими знімними пластинковими протезами потребує застосування методів визначення ступеня ураження тканин пародонта та їх здатності витримувати дозоване функціональне навантаження, яке зумовлене дією даних протезів. При цьому також необхідно врахувати величину й топографію дефектів зубних рядів та конструктивні особливості самих знімних протезів, які значним чином впливають на вибір лікувальної тактики.

Отже, зваживши усі можливі ускладнення лікар і пацієнт приймає рішення який вид протезування використати у даному випадку, щоб мінімізувати можливі ускладнення. В першу чергу враховується супутня патологія, адже вона теж впливає на якісне користування

знімними протезами. Ніколи не нехтувати пробами які використовують лікарі при виборі пластмаси чи іншого матеріалу. Звертати увагу на конструкції які є вже в ротовій порожнині, чи можна їх використовувати, або при необхідності замінити. Використовуючи відбитковий матеріал враховувати податливість слизової оболонки протезного поля, для кращої присмоктувальної активності протезу.

Враховуючи усі фактори та індивідуальний підхід до кожного пацієнта зокрема, ми доб'ємось гарного результату без шкоди для здоров'я.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ФТОРВМІСНИХ ГЕЛІВ

Вірстюк Л.С., Василечко Г.І.

Науковий керівник – доц. Дівнич Т.Я.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Профілактика каріозних уражень зубів є однією з найбільш актуальних проблем сучасної стоматології, що зумовлено високим рівнем їх розповсюдженості та інтенсивності. Згідно з даними ВООЗ, сучасний стан стоматологічної допомоги не здатний повною мірою задовольнити потреби населення у лікуванні каріозних уражень зубів. Водночас, відомо, що витрати на терапевтичну, хірургічну та ортопедичну стоматологічну допомогу істотно перевищують вартість заходів первинної профілактики карієсу. З огляду на вищезазначене, профілактичний напрямок у сучасній стоматології потребує пріоритетного розвитку.

Метою нашого дослідження було: вивчення можливості застосування фторвмісних препаратів у дітей при гіпоплазії емалі та каріозних ураженнях зубів на різних етапах розвитку твердих тканин зуба. Порівняльна характеристика препаратів «Remin Pro, VOCO» та «Tooth Mousse, Recaldent».

Загально відомо, що для формування повноцінної структури емалі необхідно не тільки фториди, але і мікроелементи. В звязку з цим, дітям в період росту і розвитку рекомендовано використовувати новий німецький препарат «Remin Pro». На відміну від японського аналога «Tooth Mousse», він не містить казеїна, здатного викликати

алергічні реакції. В складі Remin Pro вдало поєднані три компоненти: гідроксиапатит, фтор, ксиліт.

Гідроксиапатит заповнює наймінімальніші поверхневі вогнища деструкції твердих тканин і, таким чином, може попереджувати гіперчутливість. Фтор, в свою чергу забезпечує перехід гідроксиапатита в кислотостійку і ремінералізуючу форму- фтор апатит. Ксилітол також володіє карієс статичними властивостями, оскільки під дією карієсогенних бактерій замітник цукру ксилітом не перетворюється в продукт обміну- молочну кислоту, яка зумовлює пошкоджуючу дію. Також цей компонент стимулює слиновиділення. Remin Pro наноситься на очищену поверхню зубів за допомогою зубної щітки або ватної палочки 1 раз на добу. Час аплікації- три хвилини, після чого залишки гелю необхідно видалити.

Препарат GC Tooth Mousse містить казеїнфосфопептид, який утримує кальцій та фосфор в іонній формі, а також має високі клеючі властивості. Для того, щоб відбулася ремінералізація тканин необхідно, щоб кальцій та фосфор були в іонній формі, утриманню цього сприяє молочний казеїн. GC Tooth Mousse забезпечує захист зубів, допомагає нейтралізувати кислотний вплив бактерій, поєднання кальцію та фосфору з казеїном сприяє швидкому ефекту ремінералізації.

Крем наносять на всі зуби за допомогою щіточки або пальцями і утримують на зубах 1-3 хв. Чим довше утримувати в ротовій порожнині, тим більший ефект ремінералізації. Після спльовування крему (ротову порожнину не ополіскують) слід утриматись від вживання їжі протягом 30 хв.

Перевага крему: ароматичні компоненти (на процедуру погоджуються маленькі діти), простота використання та досягання ефекту в короткий термін, можливе використання професійно та індивідуально.

Враховуючи високу розповсюдженість карієсу, при наявності поодиноких уражень зуба, локалізованих в ділянці фісур особливо при каріозних ураженнях гладких поверхонь, окрім пломбування, повинне проводитись профілактичне лікування. Використання сполук фтору визнано найбільш ефективне з найбільш доступних способів попередження карієсу зубів в рамках профілактики. Засоби фтор-профілактики ефективні при карієсі як тимчасових так і постійних зубів. Зокрема, порівняльні препарати «Remin Pro, VOCO» та «Tooth Mousse, Recaldent» доцільно використовувати на різних етапах розвитку твердих тканин зуба.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОГО ЕНДОДОНТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ В ПРАКТИЦІ

Вишневська Д.Ю., Петросаняк І.П.

Керівник – доц. Дівнич Т.Я., доц. Катеринюк В.Ю.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ендодонтична обробка та якісна герметизація системи кореневих каналів є необхідною умовою для підготовки зубів під різноманітні ортопедичні конструкції та є запорукою довготривалої служби девітального зуба.

На сьогоднішній день для якісного ендодонтичного лікування одного кореневого каналу необхідно застосувати близько 10 інструментів: стерильні бори для розкриття пульпової камери, пульпекстрактори для виконання видалення гнильних мас, інструменти типу Gates Gliden для розширення усть кореневих каналів, К – та Н – файли, для проходження та розширення кореневих каналів, міллерівська голка, для внесення турунд і визначення довжини каналу, каналонаповнювачі, планери та спредери. Проте, на даний час ручні інструменти забезпечують створення виключно 2 конусності кореневого каналу, а створення 4 та більшої конусності можливо лише роторними інструментами. З іншого ж боку, конусні інструменти спотворюють первинну анатомію кореневого каналу, і не завжди можуть очистити усі зони розширення як при 4-6 типах будови кореневих каналів за Вайном. В таких випадках доцільніше використати безконусні інструменти, що здатні проникати в вузькі частини, і при цьому повторювати анатомічні особливості кореневого каналу.

Метою роботи є порівняння різних підходів до розробки кореневих каналів, їх плюси та мінуси.

Основним етапом ендодонтичного лікування є розширення, очищення та стерилізація системи макро- та мікроканальців, для створення доступу та максимального заповнення каналів філерами та силерами для якісної obturaції. Досягти цього можна за допомогою конусних ротаційних інструментів, проте вони добре діють у кореневих каналах округлої форми, і для якісного розширення необхідно збільшувати як розмірність, так і конусність, при цьому змінюючи природну анатомію та стоншуючи стінки кореневого каналу. Проте позитивними моментами є можливість повторного використання інструментарію, що знижує собівартість процедури, різноманітність

розмірів, довжин та конусності, що дозволяє підібрати необхідний розмір для кожного зуба індивідуально.

Також, при використанні інструменту такого типу без конусним ротаційним інструментом типу XP-endo finisher, який представлений в 25 розмірі, 0 конусності, довжинами 21,25 та 31 мм, основною перевагою якого є здатність максимально видаляти інфіковані тканини, при цьому не руйнуючи природну анатомію корневих каналів. Особливістю даного NiCr інструменту є перебування його в двох фазах – М фаза – при 20*С є рівним, а при потраплянні в корневий канал і досягненні 35*С переходить в М –фазу, робоча частина стає дугоподібною, та здатна за рахунок нульової конусності зайти навіть в тонкі відділи каналу. За рахунок вигину – якісно очистити будь-які конфігурації корневих каналів, з можливістю очистки діаметру до 100-го розміру звичайного ендоінструменту.

Недоліками даного інструменту є відносно висока вартість та одноразове застосування максимально в 1 зубі з 4-ма корневими каналами. Підбір інструментарію необхідно проводити відповідно до клінічної ситуації та топографо-анатомічних особливостей корневих каналів, які якісно визначаються за допомогою КТ-діагностики. В незалежності від обраних інструментів необхідна підготовка корневих каналів ручними інструментами мінімально до 25 розміру, обов'язкове використання лубрикантів та медикаментозна обробка з активацією антисептика ультразвуком, оцінки необхідності розширення до певних розмірів та конусностей чи навпаки максимальне збереження дентину зуба.

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

Костик А.А.

Науковий керівник – асист. Пахомова Н.Б.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Карієс тимчасових зубів у дітей є одним з найпоширеніших захворювань. Останнім часом закордонні дослідники розвинутих країн відзначають тенденцію зниження захворюваності карієсом дитячого контингенту, завдяки впровадженню профілактичних програм. На жаль в Україні, як і в країнах ближнього зарубіжжя, спостерігається

протилежна картина - зростання поширеності та інтенсивності, а також різке «помолодшання» карієсу. Це зумовлено як відсутністю широкого впровадження профілактичних заходів на всіх рівнях організації дитячої стоматологічної служби, так і погіршенням екологічних та соціальних умов проживання і, як наслідок - зниженням імунобіологічної реактивності дитячого контингенту. Провідна роль у виникненні карієсу належить карієсогенним мікроорганізмам порожнини рота. Карієсогенний вплив мікроорганізмів, зокрема *Streptococcus mutans* та лактобактерій, а саме їх концентрація в слині, здійснюється у формі зубної біляшки.

Метою даного дослідження було: покращення гігієнічного стану порожнини рота, тобто зменшення кількості мікрофлори зубної біляшки, здатне зменшувати ураженість зубів карієсом. Тому, гігієнічне навчання і виховання є достатньо важливим з точки зору профілактики карієсу. Все це обумовлює необхідність проведення профілактичних заходів у дітей з метою підвищення резистентності твердих тканин тимчасових зубів, чому і присвячена дана робота.

Основними етіологічними факторами є: мікрофлора порожнини рота, характер і режим харчування, вміст фтору у воді, кількість і якість слиновиділення, загальне стан організму, екстремальні дії на організм.

Загальні фактори: Неповноцінна дієта і питна вода, соматичні захворювання, порушення у функціональному стані органів і систем в період формування і дозрівання тканин зуба, екстремальні впливи на організм, спадковість, неповноцінність структури і хімічний склад тканин зуба, несприятливий генетичний код.

Місцеві фактори: зубна біляшка і зубний наліт, що рясніють мікроорганізмами, порушення складу і властивостей ротової рідини, що є індикатором стану організму в цілому, вуглеводні липкі харчові залишки в порожнині рота, резистентність зубних тканин, обумовлена неповноцінною структурою і хімічним складом твердих тканин зуба, відхилення в біохімічному складі твердих тканин зуба і неповноцінна структура тканин зуба, стан пульпи зуба, стан зубоцелепної системи в період закладки, розвитку і прорізування зубів. Все це і є причиною розвитку карієсу та основною причиною для звернення до лікаря стоматолога.

Відсутність своєчасної терапії карієсу може стати причиною руйнування зуба, виникнення запального процесу в тканинах зубів, періодонту. Поширення інфекції призводить до запалення м'яких

тканин ясен і ділянки обличчя. Каріозний зуб, що не вилікуваний є джерелом хронічної інфекції в організмі людини, підвищуючи вірогідність розвитку захворювань серцево-судинної і опорно-рухової систем. Зруйнований зуб вже не може повною мірою виконувати своє функціональне навантаження, що приводить до порушення травлення.

СУЧАСНІ ОСТЕОПЛАСТИЧНІ МАТЕРІАЛИ. ЗАСТОСУВАННЯ В ПАРАДОНТОЛОГІЇ

Чорняк А.

Науковий керівник – асист. Пахомова Н.Б.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Основна мета даного аналітичного огляду є ознайомлення і узагальнення інформації про найбільш популярні остеопластичні біоматеріали, що використовуються у сучасній стоматології, а саме в пародонтології.

На сьогодні потреба в кістковій тканині в стоматології зумовлена тим, що 30% людства страждає від пародонтозу, 10% страждає від тяжкої форми пародонтозу. В 1/3 випадків операцій імплантації потрібен додатковий кістковий матеріал. Кісткова регенерація, видалення кореня зубів, апексектомії, цистектомії, реконструкція альвеолярного відростка, синус ліфт, все це на сучасному етапі розробок і впровадження нових технологій у хірургічній і ортопедичній стоматології, в імплантації й пародонтології, застосування остеопластичних матеріалів здобуває нових аспектів у зв'язку з появою новітніх синтетичних біоматеріалів, що резорбуються. У цей час із появою великої кількості різноманітних остеогенних матеріалів і відсутністю незалежної інформації про них у лікаря-стоматолога виникає проблема вибору правильного матеріалу, необхідного для кожного конкретного клінічного випадку.

Переважаючі в структурі стоматологічних хвороб захворювань пародонта, часте виникнення їх у молодому віці, схильність до прогресування, що спричиняє втрату зубів і соціальну дезадаптацію хворих, зумовлює актуальність розробок у даному напрямку. В Україні їх діагностують у 50-80% молодих і у 100% населення після 40 років (Мазур И.П., Поворознюк В.В., 2002). Це спричинено впливом численних факторів на виникнення і розвиток хвороб пародонта,

відсутністю донозологічної діагностики, що унеможлиблює застосування ранніх профілактичних заходів та знижує ефективність різноманітних методів терапії (Павленко О.В. та співавт., 2004; Грудянов А.И., 2009). Прогресуюче ураження являє собою деструктивний процес в тканинах пародонта. Наростання запально-дистрофічних явищ у тканинах пародонта приводить до руйнування альвеолярної кістки. Останнє обумовлене заглибним ростом епітелію й грануляцій, простагландином E2, лімфокінами й ін. (Боровский Е.В., 1991). Відновлення гістофункціональних кореляцій у тканинах пародонта, усунення патологічної рухливості, усунення руйнуючого дії функції жування й нормалізація самої функції, заміщення кісткового дефекту – найважливіші завдання лікування, причому часто ці завдання представляють певну проблему.

Зібравши чіткий анамнез, отримавши біохімічні аналізи, вивчивши клінічну картину ми зможемо кваліфіковано, грамотно підійти до кожного випадку та пацієнта зокрема. При цьому ми отримаємо позитивний результат, довготривалість та збереження цілісності кісткової тканини та зубів, правильно підбравши остеопластичний матеріал.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ У СТОМАТОЛОГІЇ. ОBOB'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ ПАЦІЄНТА

Бойчук В.В., Горганюк М.Д.

Наукові керівники: доц. Мулькевич В.В., асист. Репецька О.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кожен українець повинен знати свої права і відстоювати їх. Це - важлива риса насправді вільної і демократичної держави. У центрі системи охорони здоров'я є інтереси життя та здоров'я пацієнтів. Побудова такої пацієнт-орієнтованої системи є кінцевою метою масштабної трансформації охорони здоров'я, зокрема і стоматологічної сфери, яку зараз втілює команда МОЗ України.

Права пацієнтів закріплені у найвищих законодавчих актах країни: Конституції України, Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Цивільному кодексі України.

Законодавство України надає медичним працівникам широкі

можливості для їх професійної діяльності. Закон охороняє професійні права, честь і гідність лікарів та медичних працівників. При порушенні професійних обов'язків медичні працівники несуть кримінальну відповідальність. Відмова прийняти пацієнта, котрий потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту, що її потребує, не допускається і тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом. Так, стаття 139 КК України встановлює кримінальну відповідальність за ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленними правилами, надати таку допомогу, якщо йому явно відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого. Окрім цього, ст.140 КК України передбачає кримінальну відповідальність за невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого.

Метою нашого дослідження було підвищення обізнаності лікарів-стоматологів та пацієнтів з їхніми правами та обов'язками.

До обов'язків лікаря входить: безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам; формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів; надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; координація роботи з іншими ланками медичної допомоги; ведення пацієнтів, що хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства та ін.

В свою чергу пацієнт має право: на медичні профілактичні заходи; на доступність у галузі охорони здоров'я; на згоду на медичне втручання та право на відмову від медичного втручання; на свободу вибору в галузі охорони здоров'я; на медичну таємницю; на якісну медичну допомогу; на безпечну медичну допомогу та ін.

Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист. У разі порушення законних прав і інтересів громадян у галузі охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, підприємства, установи та організації, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходів щодо понов-

лення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди.

ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ. ПОЗИТИВНІ ТА НЕГАТИВНІ СТОРОНИ МЕТОДУ, СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

Веремчук В.В.

Науковий керівник – доц. Дівнич Т.Я.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Контурна пластика – це ін’єкційна процедура, за допомогою якої заповнюються зморшки, складки, провали на обличчі для додання йому чіткого контуру, пружності та еластичності ін’єкційними імплантатами (філери) – інєкційні препарати, що дозволяють виконувати контурну пластику без хірургічного втручання.

Метою дослідження стало визначення позитивних та негативних сторін в застосуванні інноваційних матеріалів для контурної пластики в щелепно-лицевій ділянці.

Філери (від англійського. «To fill» – «заповнювати») – препарати, які мають структуру рідкого гелю, вводяться за допомогою ін’єкцій в дермальні шари шкіри. Вводяться тільки за допомогою ін’єкцій (голкою або канюлею), безпосередньо в проблемну зону. Розрізняють:

1. Не розсмоктуючі філери. Найбільш «примітивна» категорія філерів, їх ще називають біонедеградуючі. По своїй суті вони є синтетичним матеріалом, полімерним гелем, який чужий нашому організму і сприймається клітинами імунної системи як чужорідне тіло. Прикладом матеріалу для такого філера може бути силікон, який не розсмоктується.

2. Розсмоктуючі філери. Більш сучасна група препаратів, є біосумісними або біодеградуючі, що відображає їх основні властивості – філери повністю ідентичні людським тканин і з часом руйнуються ферментними системами. Головна діюча речовина таких філерів – біохімічні макромолекули, які є частиною нашої сполучної тканини, яскравим представником цієї групи є гіалуронові філери. З їх допомогою можна коригувати овал обличчя, обсяг і форму губ, прибирати

носогубні складки, усувати дрібні зморшки.

3. Тривало розсмоктуючі. Це категорія біосумісних і синтетичних філерів: синтетичні матеріали повністю сумісні з людськими тканинами і не розпізнаються імунною системою, при цьому вони не руйнуються ферментами, а точніше, руйнуються вкрай повільно (в середньому філер розсмоктується протягом чотирьох років).

4. Аутологічні філери. Це власна тканина людини, яку беруть з однієї ділянки тіла і пересаджують в проблемну зону, форму і контур якої необхідно скорегувати. Аутологічні філери забезпечують найбільш стійкий ефект, а використання власної тканини знижує до мінімуму ймовірність розвитку небажаних ефектів. В якості прикладу візьмемо ліпофілер – жирова тканина людини спочатку вилучається з місць, де вона в надлишку, а потім вводиться в зону корекції.

За допомогою інноваційних матеріалів безопераційна контурна пластика є доступним та безпечним методом корекції дефектів в щелепно-лицевій ділянці (зменшення глибини зморшок, носогубних складок, надання додаткового об'єму обличчю при моделюванні виличних дуг, губ, підборіддя). Філери вводяться за допомогою тонкої голки чи канюлі поверхнево, на середню глибину чи глибоко в дерму для заповнення складок, усе залежить від поставленої мети та проблеми, яку необхідно вирішити. За допомогою контурної пластики можна досягти бажаного результату досить швидко, вона не потребує довготривалих етапів реабілітації після процедури, як це зазвичай буває після пластичних операцій. Також отримані зміни можна коригувати, змінювати з кожним новим етапом введення філера, або ж у будь-який момент повернути все до первинного стану.

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІКИ WAX - UP ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Гаврилюк В.М., Медвецький О.О.

Наукові керівники: доц. Дівнич Т.Я., асист. Гуранич С.П.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Термін Wax-up означає воскове моделювання. У стоматології, як правило, моделюються зуби, а точніше майбутній результат стоматологічного лікування.

Одним із завдань будь-якого лікаря-стоматолога є якомога най-

більш точно з'ясувати всі очікування пацієнта. Наприклад, якщо виготовляють керамічні коронки на фронтальну групу зубів, то відправляти постійні конструкції 20 раз в керамічну пічку недоцільно. В такому випадку пацієнту на моделі пропонується затвердити форму і розмір зубів, і вже постійні конструкції виготовляти у відповідності з наміченим планом лікування.

Є два варіанти використання воскового моделювання. Технік може змоделювати майбутній результат на моделі, пацієнт з ним ознайомитися і погодиться. Якщо необхідні корективи, технік внесе їх, використовуючи технічний віск. Як тільки всі нюанси враховані, технік приступає до виготовлення постійних конструкцій. В даному випадку воскове моделювання використовується виключно для демонстрації результату.

У другому випадку технік моделює не тільки для естетики, а й для функціональності зубів. Пацієнту демонструється також робота на моделі, яка потім переноситься в ротову порожнину. Тобто спочатку технік на моделі виконує Wax Up воскове моделювання зубів, передає в клініку. Лікар-стоматолог демонструє воскове моделювання пацієнтові, потім за допомогою спеціальної технології переносить в ротову порожнину. Таким чином, в ротовій порожнині у пацієнта з'являються тимчасові конструкції Mok Up. Такі конструкції просто необхідні пацієнтам з патологічним стиранням зубів, коли потрібно підвищувати висоту прикусу, при великих ортопедичних роботах, при проблемах з скронево-нижньощелепним суглобом і т.д. Пацієнт має можливість походити з тимчасовими конструкціями, які будуть максимально наближені до постійних зубів. Він зможе подивитися форму зубів і при необхідності лікар може проводити ще корекцію на тимчасових зубах. Пацієнт і лікар може перевірити реакцію скронево-нижньощелепного суглоба, спостерігаючи за його відновленням.

НОВА КОНЦЕПЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З ЕСТЕТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Далибожик Р.Я.

Наукові керівники: доц. Штурмак В.М., доц. Вербовська Р.І.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На сьогоднішній день провідним напрямком в стоматології є про-

філактика захворювань ротової порожнини. Так від стану ротової порожнини залежить здоров'я всього організму. Крім того, здорові ясна і зуби позитивно впливають на престиж, успіх та настрої людини. Зберегти зуби та ясна здоровими – справа реальна. Для цього потрібно проводити регулярну санацію ротової порожнини та професійну гігієну. Якісний результат в цьому випадку може бути досягнутий тільки за допомогою комплексу міроприємств з використанням системи Air Flow, що здійснює очищення безконтактним способом без ризику пошкодити м'які та тверді тканини ротової порожнини та конструкції, які там знаходяться.

Метою нашого дослідження було: порівняльна оцінка проведення професійної чистки ротової порожнини у пацієнтів з естетичними конструкціями традиційним методом та за допомогою GBT методикою.

GBT методика включає в себе проведення індикації зубних відкладень за допомогою спеціальних агентів перед кожною процедурою професійної гігієни. Видалення біоплівки та слабомінералізованих зубних відкладень над і під яснами за допомогою методів AIRFLOW та PERIOFLOW. **Air Flow – це професійне очищення зубів із застосуванням спеціального порошкоструминного апарату та порошково-повітряної суміші.** Подальше видалення мінералізованих відкладень, якщо такі мають місце, з використанням ультразвукової п'єзокерамічної насадки PIEZON PS No Pain.

GBT має на увазі те, що лікар починає процедуру професійного чищення зубів з індикації зубних відкладень та планує подальші маніпуляції для конкретного пацієнта в залежності від кількості та характеру зубних GBT – це мінімально інвазивний метод, що дозволяє скоротити необхідність використання ручних та/чи ультразвукових інструментів. Він є безпечним, ефективним та щадним для зубів, м'яких тканин, дентальних імплантатів та реставрацій. GBT забезпечує високий рівень комфорту як для пацієнта, так і для лікаря. Забезпечує ефективність та економію часу. Даний метод є високо ефективним для профілактики карієсу та захворювань тканин пародонту у дітей та підлітків. GBT – це частина концепції комплексної програми по профілактиці стоматологічних захворювань, що направлена на збереження та покращення рівня стоматологічного здоров'я, а відповідно і загального самопочуття пацієнтів.

ВИВЧЕННЯ МОРФОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК КАПЛЯРНОЇ СІТКИ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ СУБКУТАННОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ПОРИСТОГО ВОЛОКНИСТОГО МАТРИКСУ

Когут І.І., Федорак І.О.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Парасюк Г.З.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На даний час у медицині та біоінженерії з кожним роком зростає зацікавлення до біополімерів. Матеріали в тканинній інженерії для створення біоімплантатів, повинні володіти спектром спеціальних властивостей і надавати інженерним або мікроінженерним конструкціям характеристик властивих живим тканинам, а саме: здатність до самовідновлення, здатність змінювати будову та властивості в відповідь на фактори навколишнього середовища.

Метою дослідження було експериментально оцінити характер розвитку судинної сітки на ранніх термінах субкутанної імплантації біополімерного волокнистого матриксу.

Для проведення досліджень було використано розроблений нами волокнистий матрикс із гранул 100% чистого полілактиду. Після стерилізації біополімерні матрикси хірургічним шляхом імплантувались під шкіру лабораторної тварини. Дослідження проводилось на 20 лабораторних тваринах (кролі), які були поділені на 2 групи. Першій групі порівняння: 10-ом тваринам проводилось оперативне втручання, яке включало формування «кишені» в підшкірній клітковині та накладання швів. Другій групі: 10-ом тваринам проводилась підшкірна імплантація біополімерного матриксу в ділянку спини між лопатками.

Через 1 місяць хірургічним шляхом видалявся матрикс з тіла тварини разом із прилеглими тканинами. Гістологічні препарати досліджувались світлооптично на мікроскопі Leica DME. Морфометричні показники визначали за допомогою мікроскопа Leica DME та цифрової фотокамера «Nikon P5100» та програми аналізу зображень Image Tool 2.0 for Windows на кафедрі патоморфології та судової медицини Івано-Франківського національного медичного університету. Статистичний аналіз результатів здійснено за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel та Statistica 5.5 із використанням методів варіаційної статистики, кореляції.

При патоморфологічному дослідженні периферичних зон імплантів відзначався розвиток сполучної тканини та капілярів у міжволокнистих просторах матриксу. Судини в сполучній тканині розташовувались нерівномірно. Середній калібр судини становив $697,61 \pm 3,99$ мкм², при нормі $597,24 \pm 3,12$ мкм². Судини, здебільшого капілярного типу, з тонкими стінками, середньою товщиною $3,2 \pm 0,14$ мкм, з чіткою базальною мембраною. Ендотеліоцити з чіткими овальними витягнутими ядрами, вистеляли просвіт зсередини. В просвіті судин наявні групи еритроцитів. При патоморфологічному дослідженні парацентральных зон імплантів у сполучній тканині виявлялися тонкостінні судини капілярного типу, артеріоли, венули. Середня товщина стінок судин становила $3,09 \pm 0,17$ мкм, площа поперечного перерізу – $739,56 \pm 4,32$ мкм², проти $2,97 \pm 0,13$ мкм та $728,45 \pm 3,98$ мкм² у контролі. При патоморфологічному дослідженні центральних зон імплантів встановлено, що середня площа поперечного перерізу судин становила $1321,23 \pm 4,75$ мкм², товщина стінки – $2,65 \pm 0,16$ мкм. У інтактних тварин ці ж показники дорівнювали $934,23 \pm 4,05$ мкм² та $2,44 \pm 0,14$ мкм.

Відсутність значної кількості нейтрофільних лейкоцитів, збільшеної кількості макрофагів і лімфоцитів, свідчили про відсутність як гострої, так і хронічної реактивної запальної інфільтрації, а також, як гострої, так і хронічної реакції відторгнення імплантату, як чужорідної субстанції в імплантованій ділянці тварини.

ПОКРАЩЕННЯ ФІКСАЦІЇ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ

Пелехан Б.Л.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Ільницька О.М.

Кафедра стоматології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Згідно літературних даних у близько 10% жителів Європи віком до 50 років відмічається втрата хоча б одного зуба. А серед людей, старших за 50 років, ця частка складає 35-40%. (De Bruyn H., Raes F. 2017). В Україні статистика вкрай невтішна: у 70-80% українців до 50 років відмічається втрата хоча б одного зуба, а після 50 років – у 90%. Причому у віці 40-49 років 2-2,5% осіб з повною втратою зубів; у віці 50-59 років – 5,5-6%; у віці понад 60 років – 32-38% осіб

із повною втратою зубів однієї із щелеп. З ростом в Україні загальної чисельності людей похилого віку, кількість пацієнтів з діагнозом повна втрата зубів постійно збільшується (Лабунець, 2015). У низці випадків повна втрата зубів передбачає отримання статусу особи з інвалідністю.

Варіантом вибору конструкції при лікуванні пацієнтів із повною втратою зубів є виготовлення повного знімного протеза. Слід розрізняти повну втрату зубів на нижній та верхній щелепі, оскільки анатомічні та фізіологічні умови протезування на них відрізняються, в тому числі із-за різної щільності кісткової тканини та інших анатомічних обмежень (Wolfart S., et al. 2016). Зважаючи на анатомо-фізіологічні особливості нижньої щелепи, користування повними знімними конструкціями має суттєві недоліки, а саме недостатню фіксацію та стабілізацію протезів. Тому протягом останніх 30 років широку практику набуло застосування внутрішньокісткових дентальних імплантатів як додаткових опор для покращення фіксації і стабілізація повних знімних протезів на нижню щелепу.

Метою роботи є покращення ретенції повного знімного протеза на нижній щелепі за допомогою встановлення двох імплантатів в ділянці між ментальними отворами на нижній щелепі.

Після проведення основних та додаткових методів дослідження, зважаючи на вік, побажання пацієнта, проведено внутрішньокісткову дентальну імплантацію двох імплантатів (AlphaBio Neo 3,75Ч10), в ділянках відсутніх 33 та 43 зубів та негайне навантаження із використанням фіксуючо-утримувальних елементів Locator AlphaLoc (AlphaBio; Israel).

При виборі висоти елемента фіксації, увага зверталася на місце розташування фіксуючої частини, яка повинна знаходитися над слизовою оболонкою мінімум 2 мм та на одній горизонтальній лінії один відносно одного.

Після ряду клінічних етапів виготовлено повний знімний протез з армованим базисом із покращеною ретенцією за допомогою встановлення двох імплантатів в ділянці між ментальними отворами на нижній щелепі та негайного навантаження повного знімного протеза із використанням фіксуючо-утримувальних елементів Locator (AlphaLoc, AlphaBio Israel).

Надзвичайно важливим та необхідним етапом є навчання пацієнта введенню та виведенню протеза та гігієни користування.

Огляд пацієнта через 30 днів засвідчив відсутність запалення навколишніх тканин протезного ложа та навколо імплантатів, задовільну гігієну ротової порожнини та повного знімного протеза. Скар-

ги на незадовільну фіксацію та стабілізацію протеза відсутні.

Завдяки виготовленому повному знімному протезу з армованим базисом на нижню щелепу з фіксацією на внутрішньокісткові дентальні імплантати з використанням двох ретенційних елементів Locator, відновлено в повному обсязі функцію та естетику зубо-щелепної системи.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

Репетило І.І.

Науковий керівник – канд.мед.наук, доцент Ільницька О.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ортодонція - це розділ стоматології, який займається виправленням і попередженням аномалій розташування зубів і порушень прикусу. 90% людей мають такі порушення, але більшість навіть не помічають їх. Сьогодні сучасна ортодонція та застосування високих технологій дозволяє досягати бажаних результатів лікування зубів як з естетичної, так і з функціональної точки зору, а також незалежно від віку пацієнта.

Мета роботи полягала в аналізі різних видів діагностики у ортодонції, доцільних у різні вікові періоди та новітніх методів діагностики в порівнянні з класичними методиками. Серед основних методів діагностики у ортодонції виділяють: клінічний метод діагностики, біометрія діагностичних моделей щелеп, рентгенологічні методи діагностики, антропометрія, функціональні методи, фотометрія. Клінічний метод діагностики є основою першого прийому у лікаря-ортодонта і дає змогу первинно оцінити проблему, з точки зору естетики та функції, скарг пацієнта. Оскільки метод є доволі суб'єктивним, досить складно оцінити інколи його дані. З метою його оптимізації було введено індекс IOTN – індекс необхідності ортодонтичного лікування. Він складається з двох компонентів: індексу стоматологічного здоров'я, яке оцінюється від 1 до 5 та естетичного компоненту, який оцінюється за шкалою 10 зображень зубних рядів, від найбільш привабливого до найменш естетичного. І хоча цей індекс оперує уже конкретними даними, і використовується страховими компаніями для оцінки необхідності фінансування лікування, він залишається доволі неточним методом, коли іде мова про серйозні ортодонтичні патології.

Рентгенологічні методи діагностики є «класикою» діагностики у стоматології. У ортодонтії велику роль грає оцінка ортопантомограми: оцінка зачатків постійних зубів, їхнього розташування, наявності надкомплектних зубів, часткової адентії, розміщення третіх молярів, тощо. Також у випадку порушень прикусу II та III класу за Енгелем важливою частиною діагностики є профільна телерентгенографія, яка дає змогу оцінити взаємне положення щелеп, та відносно основи черепа. Це є основою вибору тактики лікування – з/без видалення зубів чи ортогнатична хірургія. На даний момент є безліч комп'ютерних програм, які дають змогу точніше та швидше проводити обрахунки на профільних рентгенограмах.

Фотометрія та антропометрія грають важливу роль у плануванні естетичного результату лікування. Таким чином, плануючи лікування патологій II та III класу ми можемо передбачити яким буде кінцевий результат і поза зубними рядами. За допомогою сучасних технологій уже немає потреби вимірювати обличчя спеціальним циркулем – оцінку можна провести за допомогою програм, які відтворюють об'ємне зображення, накладаючи кілька фотознімків з різних проєкцій. Біометрія діагностичних моделей щелеп є «класичним» але і досі актуальним методом діагностики. Тепер є можливість відтворення моделей щелеп за допомогою 3D-сканера та збереження, опрацювання, і виготовлення по них трейнерів, елайнерів, кап та навіть індивідуальної системи бреккетів *Insignia*.

Функціональні методи передбачають оцінку функції язика, колового м'яза рота, щік, жувальних м'язів та їхній вплив на порушення прикусу. Важливо враховувати м'язевий фактор, адже навіть після досягнення ідеального результату лікування є висока ймовірність рецидиву, якщо функція м'язів не буде адаптованою до нього.

ЗУБОКОМІРКОВЕ ВИДОВЖЕННЯ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЯХ БОКОВОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Петренко К.В., Кепещук В.Ю.

Наукові керівники: д.мед.н., професор Т.М. Дмитришин,

к.мед.н., доцент Вербовська Р.І.

Кафедра стоматології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У разі відсутності дефекту зубного ряду зубокоміркове видовження виникає при патології прикусу, скупченості зубів, травмах,

як ускладнення при помилках у показаннях до реставрацій та власне їхнього виконання, внаслідок порушення термінів користування реставраціями. Науковці відмічають зростання відсотка виготовлення прямих реставрацій не за показами до 83,5 % (Носікова С.М., 2012р) та як наслідок - клінічні прояви: порушення оклюзійних співвідношень та топографії ясенної лінії, зменшення клінічної коронки зуба. Будь-який з цих чинників ускладнює моделювання гармонійного зубного ряду.

Значна увага приділяється ясенній естетиці у фронтальній групі зубів, проте питанням естетичного лікування часткових дефектів твердих тканин непрямыми реставраціями в боковій групі зубів за наявності зубокоміркового видовження та порушення профіля ясен не відведена належна роль.

Метою дослідження було вивчення характеру порушення ясенної лінії при зубокомірковому видовженні у бічній групі зубів, що виникло, як ускладнення при прямих реставраціях у пацієнтів без дефектів зубних рядів.

У клініці кафедри стоматології ННПО було обстежено 21 пацієнт без дефектів зубних рядів, із 39 реставраціями у боковій ділянці із наявним клінічним проявом зубокоміркового видовження. Серед них 15 жінок та 6 чоловіків, віком 24-40 років. Було оглянуто 21 премоляр та 6 молярів верхньої щелепи; 3 премоляри та 9 молярів нижньої щелепи.

Для діагностики порушення топографії ясенного краю визначали наступні показники: форма ясен, симетричність, позиція, міжзубний проміжок, ясенний зеніт та контур відносно зуба.

Для об'єктивізації вимірювань зміщення рівня ясен, між точками зенітів сусідніх зубів, на слизову оболонку ротової порожнини за допомогою мікроаплікаторів наносили горизонтальну лінію розчином 1% метиленового синього. Вимірювання інфрапозиції (на верхній щелепі) і супрапозиції на (нижній щелепі) рівня ясенної лінії проводили на перетині горизонтальної та вертикальної ліній (проходить через точку ясенного зеніту). Для цього використали парадонтологічний зонд, зафіксовані показники переводили в міліметри по мікрометру. У всіх обстежених зубах не виявлено порушення позиції ясен - розміщена на рівні шийки зуба, інтердентальні трикутники заповнені міжясенними сосочками (чорний простір не контурується). Форма ясен напівовальна у молярів та напівкругла у премолярів. Топографія ясенного краю асиметрична порівняно з

такими ж зубами протилежного боку щелепи у 85,7% осіб (14,3% у випадку коли з обох сторін є ознаки зубокоміркового видовження). Контур ясенного краю відносно коронкової частини зуба був у 42,4% випадків округлий, у 52,4% - куполоподібний, а у 4,8% - сплющений. Найбільшу увагу зосередили на дослідженні зміщенні ясенної лінії в інфра- та супра позиціях. За частотою випадків зубокоміркового видовження найбільше зустрічалися другі премоляри - 46,15%, потім перші моляри - 30,76%, перші премоляри - 15,38%, найменше - другі моляри - 1,5%. Середнє значення диспозиції ясенної лінії в ділянці премолярів становило $2,57 \pm 0,39$ мм, причому других премолярів - $2,78 \pm 0,4$ мм. Натомість в групі молярів цей показник становив - $2,12 \pm 0,59$ мм.

Отримані показники засвідчили значні порушення топографії ясенного краю при прямих реставраціях, які виготовлені не за показаннями, а також внаслідок тривалого користування ними. Лікар-стоматолог має акцентувати увагу пацієнта на важливому лікувальному і профілактичному моменті при виготовленні штучних коронок, як єдиного шляху для ефективного відновлення жувальної ефективності, естетики та попередження розвитку зубокоміркового видовження.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРІОЧІПУ В ПАРОДОНТОЛОГІЇ

Фасолько К.В., Цюп'як І.М.

Наукові керівники: к.мед.н. доцент, Парасюк Г.З.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

PerioChip (ПеріоЧіп) – це біорозчинна дентальна плівка з вмістом пролонгованого виділення діючої речовини – хлоргексидину високої концентрації і застосовується для локального лікування пародонтиту. Дія PerioChip розпочинається через 2 години після встановлення, створюючи особливо високу концентрацію хлоргексидину в пародонтальній кишені. Антимікробна дія PerioChip триває протягом 7-10 днів. Оскільки саме бактеріальна мікрофлора служить причиною розвитку пародонтиту, то PerioChip ефективно бореться з наслідками та причинами розвитку хвороби. Як правило, уже після трьох місяців використання PerioChip спостерігається значне зменшення, або повне закриття пародонтальних кишень.

При цьому проводили забір матеріалу з пародонтальних кишень у хворого з генералізованим пародонтитом III ступеня важкості. В бактеріологічній лабораторії проводили посів матеріалу на спеціальні поживні середовища. Культивування матеріалу на поживних середовищах проводили в термостаті при температурі 37°C. Через 5 діб відбувалась ідентифікація чистих культур.

В подальшому були вибрані чисті культури мікроорганізмів, які являються типовими представниками умовно-патогенної мікрофлори пародонтальних кишень: факультативні грампозитивні коки – *Streptococcus pyogenes*; дріжджові гриби - *Candida albicans*; анаеробні грамнегативні бактерії – *Prevotella oralis* та *Porphyromonas gingivalis*. Відповідно для визначення чутливості до лікувальних середників чисті культури пересівали на агар Мюллера-Хінтона.

Використовували PerioChip(Ізраїль, 2,5 мг хлоргексидину), а також інші препарати для порівняння: PerioKin(Іспанія, 0,2% гель хлоргексидину); Elugel(Франція, 0,2% гель хлоргексидину); Curasept(Швейцарія, 0,5% гель хлоргексидину). Всі препарати розміщували в чашки Петрі строго по годинниковій стрілці. Ефективність дії лікувальних засобів фіксували на 5-й та 10-й дні шляхом вимірювання зони відсутності росту бактерій.

Препарати	<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>Porphyromonas gingivalis</i>	<i>Prevotella oralis</i>	<i>Candida albicans</i>
PerioChip (Ізраїль, 2,5 мг хлоргексидину)	17	20	19	16
PerioKin (Іспанія, 0,2% гель хлоргексидину)	11	15	12	10
Elugel (Франція, 0,2% гель хлоргексидину)	15	16	15	15
Curasept (Швейцарія, 0,5% гель хлоргексидину)	14	17	14	15

Аналізуючи результати дослідження, можна сказати, що спостерігається різна антимікробна дія вказаних препаратів відносно тестових штамів: *Streptococcus pyogenes*, *Candida albicans*, *Prevotella oralis* та *Porphyromonas gingivalis*. Проте препарат PerioChip виявив найбільш виражений бактерицидний ефект відносно всіх умовно-патогенних штамів.

При цьому метод лікування PerioChip має ряд переваг: встановлення плівки проводиться легко та безболісно для пацієнта; дія розпочинається через 2 години після встановлення, створюючи високу концентрацію хлоргексидину в пародонтальній кишені; спеціальна желатинова матриця виділяє антисептик поступово, протягом тривалого часу створюються ідеальні умови для регенерації слизової та зменшення глибини пародонтальної кишені; вкладка розчиняється самостійно у пародонтальній кишені через 7-10 днів; немає обмежень в прийомах їжі, методах і засобах гігієни; впродовж перших днів після введення значно зменшується запалення слизової, зникає біль та кровоточивість. Єдиним протипоказом до використання PerioChip є гіперчутливість до хлоргексидину.

ТОТАЛЬНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ НА ІМПЛАНТАТАХ У ПАЦІЄНТІВ З ЧАСТКОВОЮ АБО ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ

Хмілевський Ю.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Боднарук Ю.Б.

Кафедра стоматології ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Навіть через десятиліття після того, як установка дентальних імплантатів стала визнаною методикою, що сприяє підвищенню якості життя, багато хто з тих, хто потребує допомоги найбільше, не можуть її отримати. У таких пацієнтів спостерігається помірна або виражена резорбція кістки, тому встановлення імплантатів стає непростим завданням. Щоб вдало здійснити процедуру імплантації потрібно вміти провести відбір пацієнтів, підготовчий етап, планування хірургічного лікування. Для цього лікарю-імплантологу знадобляться новітні методики та методи обстеження, хірургічні протоколи та методичні розробки фірм-виробників імплантатів.

Проблема імплантологічного лікування, це складність методу, що полягає в оцінці стану пацієнта, клінічної і рентгенологічної картини, попередження виникнення ускладнень імплантації, врахування всіх наявних «плюсів» та «мінусів» такого лікування. Велика кількість різноманітних досліджень та публікацій в цьому напрямку часто є суперечливими, тому важливо дослідити і уточнити основні правила проведення імплантологічного лікування.

Метою дослідження стало з'ясування ролі методики імплантологічного лікування, принципи вибору того чи іншого протоколу хірургічного втручання в залежності від наявних показань та протипоказів в індивідуальному клінічному випадку. Для цього під час стоматологічного прийому було проаналізовано 20 клінічних ситуацій в пацієнтів, що мали часткову або повну відсутність зубів. Запропоновано проведення стоматологічної реабілітації цих пацієнтів за допомогою методу дентальної імплантації. Було відібрано 2 пацієнтів, що погодились на проведення стоматологічного втручання з веденням фото та відео протоколу. Нами проведено стоматологічне лікування за допомогою 2 методик. Пацієнту 1 імплантологічне лікування здійснювалось за методикою «ВСЕ НА 4». Встановлено 4 імплантати на нижню щелепу, та ортопедичне лікування методом негайного навантаження. Пацієнту 2 проведено лікування в 2 етапи, спочатку встановлення 6 імплантатів на верхню щелепу, згодом встановлення 6 імплантатів на нижню щелепу, ортопедичний етап здійснювався протягом 6 днів після операції.

В результаті ми можемо здійснити аналіз кожного методу і зробити висновки, що в клінічній практиці лікарем-імплантологом можуть використовуватись обидві методики реабілітації, за умови ретельного відбору пацієнтів для даного типу лікування, планування імплантації, та за наявності високого професійного рівня лікаря-хірурга та лікаря-ортопеда.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦІЙНИХ СТАЛЬНИХ БРЕКЕТ-СИСТЕМ ФІРМ-ВИРОБНИКІВ: «ORMCO», «ЗМ», «GAC», «MIM»

Блажків Н.О., Гурмак А.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Ільницька О.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

За даними ВООЗ, розповсюдженість аномалій зубних рядів складає 68%. За результатами епідеміологічних досліджень, проведених в Україні за останні роки, встановлено, що понад 75–80 % припадає на зубощелепні патології, з яких близько 30 % — аномалії прикусу, 50 % — аномалії зубних рядів та аномалії положення зубів. За останній час в ортодонтії відбулися суттєві зміни, якщо раніше в 90%

випадків використовували знімну апаратуру, то на даний час 84% ортодонтичного лікування проводиться брекет-системами. Кількість фірм-виробників брекетів невідомо зростає, кожна з яких проводить власні дослідження, доводячи переваги саме своєї продукції, що ускладнює вибір брекетів для лікаря-ортодонта. Для практикуючого стоматолога-ортодонта важливими критеріями при виборі брекет-систем є відповідність продукції всім заданим параметрам, гладкість стінки пазу та рельєф поверхні брекета. Від відповідності вказаними компаніями характеристикам залежить точність переміщення зубів.

Мета – візуальне порівняння брекет-систем фірм-виробників: «Ormco», «3M», «GAC», «MIM».

Для дослідження нами були обрані по 3 брекета (для лівих центального різця, ікла і другого премоляра) кожної з компаній виробників: «Ormco mini 2000», «3M Gemini Twin», «GAC Balance», «MIM», які вивчені під мікроскопом «Zeiss Primo Star» при збільшенні 4x і 10x для визначення гладкості паза брекета та рельєфу його поверхні. Для вимірювання торку було використано сталюну дугу 19x25 SS Orthotechnology та транспортир.

Під час проведення візуального дослідження ми визначили (представлено на слайдах), що найгладкіша поверхня у брекетів компаній «Ormco» та «GAC». Поверхня брекетів компанії «MIM» більш шорстка, також на одному з брекетів спостерігалася нерівність стінки паза. Найбільш нерівна та деформована поверхня візуально встановлена у брекетів фірми «MIM», окрім того на їх поверхні були виявлені артефакти.

При ідеально точному пазі брекета розміром 0.022 дюйма та дузі розміром 19x25 з рівними гранями «гра торку» має дорівнювати $\pm 9^\circ$ градусів. В ході дослідження ми виявили що середнє відхилення втрати торку у брекетів компанії «GAC» становить $\pm 1,08^\circ$, а найбільше відхилення втрати торку цієї компанії $\pm 1,5^\circ$, що вказує на високу якість виготовлення брекета. У брекетів компанії «Ormco» середнє відхилення втрати торку становить $\pm 1,6^\circ$, а найбільше відхилення $\pm 3^\circ$. У брекетів «3M» середнє відхилення втрати торку становить $\pm 2,75^\circ$, а найбільше відхилення втрати торку $\pm 3,5^\circ$. У брекетів компанії «MIM» середнє відхилення втрати торку становить $\pm 4,17^\circ$, а найбільше становить $\pm 6^\circ$.

Виходячи з проведеного нами візуального дослідження можемо стверджувати, що серед обстежених нами брекет-систем найбільш точними для отримання якісного ортодонтичного лікування є бре-

кети компаній «Ormco» та «GAC». Брекети компанії «МІМ» мають найбільше відхилення по втраті торку та мають значні дефекти на своїй поверхні. Тому при виборі брекет систем ми будемо надавати перевагу компаніям «GAC» та «Ormco».

КЛІНІЧНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ВІДБІЛЮВАННЯ ІНТАКТНИХ ЗУБІВ

Кавчак І.Я.

Науковий керівник – канд.мед.наук, доцент Андрійців С.С.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У наш час відбілювання зубів є однією з найбільш популярних послуг, які надають стоматологічні клініки. При відбілюванні зубів відбувається не тільки усунення поверхневих плям на зубах, але й зміна відтінку зубів з темного на світліший.

Метою нашого обстеження було вивчення змін, які спостерігаються при застосуванні методу відбілювання інтактних зубів в домашніх умовах, спостерігати за стійкістю результатів відбілювання, дослідити переваги та недоліки різних методів відбілювання зубів.

Показом до проведення відбілювання може бути: вікова зміни кольору емалі; початкова стадія гіпоплазії зубної емалі; яскраво виражена пігментація зовнішніх шарів зубної емалі; плямистий і штриховий флюороз; значна зміна кольору зубів в результаті прийому антибіотиків (тетрациклінові зуби); зміна кольору зубів в результаті шкідливих звичок.

Існуючі способи відбілювання зубів можна розділити на ті, що здійснюються в умовах клініки або в домашніх умовах під контролем спеціаліста. Звернувшись до стоматологічної клініки, можна досягти значного результату за порівняно короткий часист. Обов'язково перед процедурою відбілювання необхідно провести професійну гігієну ротової порожнини.

Активними речовинами, які використовуються при професійному відбілюванні зубів, є перекис кисню або перекис карбаміду. Коли перекис водню проникає крізь емаль, пігментація в дентинних каналцях окислюється, і з'являється білий колір, який просвічує через напівпрозору емаль.

На ринку стоматологічних товарів представлена велика кількість

відбілюючих систем: Zoom, Beyond Polus, Magic smile та ін. Наприклад метод відбілювання зубів BEYOND є цілком безпечним, що підтверджується відсутністю будь-яких ускладнень у пацієнтів. Завдяки найновішим оптичним технологіям, прилад «БЕЙОНД» працює при нижчих температурах, ніж подібні прилади, уникаючи подразнення нервових закінчень зубів.

Для проведення дослідження процедури домашнього відбілювання ми попередньо зняли відбитки та виготовили індивідуальні капи. В даній практичній роботі ми використовували гелі фірми OPALESCENCE 20%, 15% та 10% (першу відбілюючу систему схвалену Американською Асоціацією Стоматологів для домашнього відбілювання). В перші 3 дні наносила в капи 20% гелю 2 рази по 1 годині, зранку і ввечері. В подальшому використовувала 15% та 10% гель по 1 разу на добу. За допомогою насадки рівномірно розподілити гель і надіти капу на зуби. Якщо надлишки гелю вийшли з капи, акуратно прибрати їх серветкою. Після закінчення процедури зняти капу і сполоснути її, прополоскати рот теплою водою. Через 7 днів було досягнуто стійкого результату. В подальшому капами не користувалась. Для усунення чутливості можна вносити в капи вітамін Е. Капи можна використовувати також для захисту зубів від їжі, яка має сильне забарвлення.

Після процедури відбілювання, не рекомендується вживати «кольорові» продукти. До таких продуктів відносяться: міцний чай або кава; шоколад і напої, що містять какао; напої, вино, морозиво, що містять барвники; натуральні соки, морси і вина червоного кольору; соуси з продуктів, що містять натуральні барвники (аджика, соєвий соус і т.д.); овочі в свіжому вигляді, здатні забарвити зуби (бурак, морква).

На основі проведеного дослідження можемо рекомендувати метод відбілювання в домашніх умовах для досягнення стійкого позитивного результату, без частих відвідувань стоматолога і черг, зайвої витрати часу і грошей, якісне і щадне відбілювання. Відбілювання зубів вдома – ефективна і безпечна процедура.

ФАРМАЦЕВТИЧНА СЕКЦІЯ

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ РИНКУ РОСЛИННИХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ

Журба А.А.

Науковий керівник – асист. Лукашик Т.Н.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Останнім часом значення медикаментозних уражень печінки суттєво зросло, з цією проблемою стикаються лікарі всіх спеціальностей. Фактори, що сприяють розвитку медикаментозного ураження печінки, залежать як від фармакологічних властивостей лікарських засобів, так і від індивідуальних особливостей організму пацієнта. За певних умов будь-який лікарський засіб може викликати ураження печінки. Відомо близько 1 тис. ліків із великим або незначним потенціалом гепатотоксичності. В етіологічному плані перше місце посідають протитуберкульозні та антибактеріальні засоби, потім нестероїдні протизапальні препарати, лікарські засоби, що регулюють функції нервової системи, гормональні, цитостатичні, гіпотензивні, антиаритмічні перапарти тощо. Тому необхідним є використання засобів для захисту печінки під час тривалого хіміотерапевтичного лікування.

Метою роботи стало проведення фармакоекономічного аналізу стану ринку рослинних гепатопротекторних препаратів.

Аналіз реєстраційного статусу рослинних гепатотропних перапаратів протягом 2007-2017рр. виявив достатнє забезпечення ринку аналізованою групою лікарських препаратів (ЛП), з яких перше місце займають однокомпонентні ЛП на основі силімарину, друге — різні ЛП, які включають в себе одно- та багатокомпонентні рослинні ЛП, третє — гомеопатичні ЛП, а останню позицію посіли комбіновані гепатопротекторні ЛП на основі силімарину та інших діючих речовин.

Маркетинговий аналіз реального стану оптового та роздрібно-го сегментів вітчизняного фармацевтичного ринку рослинних гепатопротекторних препаратів встановив, що в структурі асортименту ЛП іноземного виробництва удвічі переважили вітчизняні. Проте за кількістю фітогепатопротекторів, що виробляються в межах однієї країни, Україна посідає перше місце.

Сегментація фармацевтичного ринку рослинних гепатопротекторних препаратів

текторних препаратів за лікарськими формами встановила, що усі фітогепатопротектори групи А05В випускаються у вигляді твердих лікарських форм: капсули (53,4 %), таблетки (33,3 %), плоди у пачках з внутрішнім пакетом (13,3 %).

Методом цінового аналізу було здійснено визначення вартості 70 мг силімарину у таблетках / капсулах восьми препаратів-аналогів. За результатами порівняльної оцінки визначено, що найдоступнішими ЛП на основі силімарину на роздрібному фармацевтичному ринку є вітчизняні препарати.

Враховуючи одержані результати, можна зробити висновок, що вітчизняний фармацевтичний ринок достатньо забезпечений рослинними гепатопротекторними препаратами, які, однак, є однаковими за складом діючих речовин при достатній кількості рослин, які виявляють гепатотропні властивості. Тому доцільним є подальше вивчення лікарських рослин, які можуть використовуватись для розробки нових рослинних доступних гепатопротекторних засобів вітчизняного виробництва.

МАЙБУТНЄ ЗА РОБОТ-ФАРМАЦЕВТОМ

Куцій Л. І.

Науковий керівник – к.фарм.н., асист. Мандзій Т.П.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Для сучасного фармацевтичного ринку характерна дуже жорстка конкуренція, що спонукає до пошуку нових методів підвищення конкурентоспроможності. У такому висококонкурентному середовищі актуальними стають питання впровадження інновацій з метою підвищення ефективності бізнесу. Тому однією з необхідних вимог часу є автоматизація та роботизація процесів в аптечних підприємствах.

Спираючись на потребу в автоматизації логістичних процесів аптек з великим товарообігом і прохідністю в аптеці, німецькі інженери розробили робота, який дозволяє економити час на пошук ліків на користь консультації покупця.

Аптечний робот – інноваційне вирішення, новий стандарт в аптечному зберіганні і обслуговуванні, для заощадження робочого часу провізора. Фармацевт тратить 60 – 80 % робочого часу на пошук необхідного товару на стандартних стелажах, полицях і в складських

приміщеннях. Аптечні роботи дозволяють компактно зберігати препарати, швидко шукати і доставляти їх фармацевту. В результаті час пошуку (відповідно і очікування клієнта) скорочується, а організація зберігання лікарських засобів потребує набагато менше площі. Робот знаходить і доставляє препарат фармацевту за лічені секунди. Це суттєво прискорює обслуговування клієнтів, скорочує черги й покращує якість обслуговування і задоволення клієнтів.

Аптечні роботи – це шафи з полицями для зберігання лікарських засобів з механічним маніпулятором. Різні моделі можуть вмістити від 5 до 30 тис. упаковок. В канали автомата, як правило, завантажують найбільш затребувані товари. Перед цим препарат сканують. Фармацевт формує замовлення з касового автомату, після чого маніпулятор вибирає та знімає препарат з конвеєра і доставляє потрібні лікарські засоби в касову зону протягом 3 – 10 с .

Необхідність купувати ліки – завжди певний стрес. Але якщо простір аптеки організовано гармонічно, а обслуговування ведеться на високому рівні, то це створює спокійну приємну атмосферу, а клієнт буде надавати перевагу саме цій аптеці.

Отже, успіх аптек та аптечних мереж з великим товарообігом в майбутньому буде залежати від автоматизації та роботизації.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОПЛАТИ ПРАЦІ В УКРАЇНІ

Косович Х.І.

Науковий керівник – асист. Футулуйчук М.Д.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Організація оплати праці в Україні здійснюється відповідно до чинних нормативно-правових актів; генеральної угоди на державному рівні; галузевих та регіональних угод; колективних договорів; трудових договорів та інших внутрішніх документів підприємства.

Відповідно до ст.1 Закону України «Про оплату праці» *заробітна плата* – це винагорода, що обчислюється в грошовому еквіваленті, яку згідно з трудовою угодою, власник або уповноважений ним орган виплачує працівникові за виконану роботу. Розрізняють дві основні форми заробітної плати:

- 1) погодинна:

- ❖ мірою праці виступає відпрацьований час;
- ❖ заробіток нараховується згідно з тарифною ставкою або посадовим окладом за фактично відпрацьований часист.

2) відрядна:

- ❖ мірою праці є вироблена працівником продукція (або виконаний обсяг робіт);
- ❖ розмір заробітку прямо пропорційно залежить від її кількості та якості, виходячи із встановленої відрядної розцінки.

Відповідно до ст. 50 Кодексу законів про працю (КЗпП) України нормальна тривалість робочого часу працівників не може перевищувати 40 годин на тиждень. Для деяких категорій працівників (для працівників віком від 16 до 18 років, а також зайнятих на роботах зі шкідливими умовами праці) передбачено скорочену тривалість робочого часу (не більш як 36 годин на тиждень), при цьому час, протягом якого працівник має виконувати трудові обов'язки, скорочується, а оплата праці проводиться в розмірі повної тарифної ставки (окладу). При роботі в нічний час встановлена тривалість роботи (зміни) скорочується на одну годину. Нічним вважається час с 22 години вечора до 6 години ранку.

Основою організації оплати праці є тарифна система, що включає: тарифні сітки, тарифні ставки, надбавки і доплати до тарифних ставок, схеми посадових окладів і тарифно-кваліфікаційні характеристики.

Тарифна сітка – це шкала кваліфікаційних розрядів і тарифних коефіцієнтів, за допомогою яких встановлюється безпосередня залежність розміру заробітної плати працівників від їхньої кваліфікації.

Тарифна ставка – це виражений у грошовій формі абсолютний розмір оплати праці за одиницю робочого часу.

Мінімальна заробітна плата – це законодавчо встановлений розмір заробітної плати за просту, некваліфіковану працю, нижче якого не може провадитися оплата за виконану працівником місячну, годинну норму праці (обсяг роботи).

Висновки. Основною умовою ефективності заходів з удосконалення організації обліку заробітної плати є їх комплексний системний характер, що охоплює усі етапи облікового процесу та усі їх елементи, забезпечення їх взаємозв'язку та гармонізації. Також було виконано ряд ключових завдань:

- ❖ охарактеризовано форми і системи оплати праці у фармацевтичній галузі;
- ❖ детально вивчили облік праці в аптечних закладах;

- ❖ розглянули з практичної точки зору документальне забезпечення розрахунків з оплати праці;
- ❖ дослідили теоретичні засади удосконалення організації обліку заробітної плати.

ВАКЦИНИ. ОСОБЛИВОСТІ ОБІГУ, ЗБЕРІГАННЯ, ТРАНСПОРТУВАННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ

Волошин Х. Ю.

Науковий керівник – доц. Сологуб В.А.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вакцина – препарат, що складається з ослаблених, вбитих збудників хвороб я продуктів їхньої життєдіяльності.

Дискусія про необхідність проведення вакцинації триває не одне десятиліття. Вчені досі не прийшли до єдиної думки. Прихильники і противники вакцинації говорять або про доцільність її для суспільства в цілому, або про наслідки для кожної людини окремо. Суперечливі дані про ефективність вакцинації ще більше ускладнює цю дилему.

Метою нашого аналізу є відслідковування моніторингу проведення вакцинації захворюваності в Україні з ціллю прогнозу для певного періоду року, особливості обігу, транспортування та зберігання. Щороку склад вакцин змінюється в залежності від прогнозованої циркуляції визначених штамів вірусів. Проводячи випробування нових вакцин, вони стають доступнішими для використання в нашій країні.

Противники вакцинації приводять багато аргументів, серед яких є неефективність виготовлення вакцин, неналежне зберігання та недотримання зберігання та недотримання температурних режимів при їх транспортуванні.

Розробка і виготовлення сучасних вакцин відбувається відповідно до високих вимог до їхньої якості, у першу чергу, нешкідливості щеплених. Такі вимоги ґрунтуються на рекомендаціях Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, що залучає для їхнього складання найавторитетніших фахівців з різних країн світу. Тому, за умови дотримання цих вимог, вакцинація є доступнішою, ніж витрати на захворювання, які іноді вимірюються не грошима, а ціною життя.

Зазвичай для підтримки нормальних умов зберігання вакцин використовуються високоякісні холодильні камери, що працюють від електричної мережі з дотриманням «холодового ланцюга». Систематично необхідно перевіряти тільки поточну температуру в холодильній камері (температура повинна постійно залишатися в межах 2 – 8 °С). Температуру в холодильнику необхідно перевіряти двічі на день – вдень і ввечері. Показання термометра слід записувати в журнал, спеціально відведений для цієї мети. Кожна партія вакцини повинна забезпечуватися термоіндикаторами, що дає змогу перевіряти відповідність дотримання температурного режиму на будь-якому етапі транспортування від підприємства-виробника, який надає сертифікат якості на свою продукцію, до споживача.

Проводити вакцинацію потрібно тільки в медичних закладах. Головною умовою являється ефективність з дотриманням норм зберігання та здійснення процедури висококваліфікованими спеціалістами.

АВТОМАТИЗАЦІЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Валило І.

Науковий керівник – асист. Коляджин Т.І.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Успіх будь-якої аптеки залежить від організації якісного обліку і оптимізації всіх процесів здійснюваних в повсякденному житті аптеки. Багато процесів, які можна було б здійснювати швидко і оптимально, в українських аптеках проходять довго і неефективно. Це такі процеси як:

- формування дефектури і відправки замовлень постачальникам;
- прийом товару та його оприбуткування;
- формування роздрібних цін відповідно до законодавства (постійно мінливого);
- розподіл товару по точкам;
- продаж кінцевим покупцям.

Всі ці процеси можна значно поліпшити, якщо застосовувати професійні аптечні програми, які є досконалим програмним продуктом для аптек та аптечних мереж в Україні. Існує безліч аптечних програм, але для порівняльного аналізу ми використовували най-

більш функціональні, розповсюджені та прості в освоєнні. До таких програм належать: Аптека Морион, програма Парацельс, Програма АНР аптека (на базі 1С), програма Скарб, 1С Аптека 8 (рос. програма).

Усі ці програми враховують специфіку українського аптечного ринку, починаючи від особливостей продажів, обліку та оперативного реагування на законодавче ціноутворення.

Програмне забезпечення для аптек - це повнофункціональний і професійний IT-продукт для аптек, який виконує всі функції обліку в аптеці - від первинного приходу, реалізації, і до нового, оптимального замовлення товару. Програмне забезпечення аптечних закладів володіє широкими можливостями, простотою у використанні і надійністю.

Отже, автоматизація аптечних закладів допомагає вирішувати завдання і проблеми, які виникають в процесі діяльності аптек і пропонує реальне вирішення проблем. Більш того, в процесі адаптації аптечного закладу до специфіки фармацевтичного ринку технічні фахівці можуть доопрацювати програму під специфіку вашої аптеки і вашого бізнесу.

ДОСТУПНІ ЛІКИ - ЯК ЦЕ ПРАЦЮЄ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Євтушок Л.В.

Науковий керівник – асист. Мадерук О.П.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

В квітні 2017 року МОЗ України запустило програму «Доступні ліки», згідно з якою деякі категорії ліків можна отримати в аптеках безкоштовно або за невелику суму. Програми державної підтримки лікарськими засобами певних категорій громадян є досить популярними у світі. Уряди проводять свою політику в фармацевтичній галузі за допомогою різних інструментів (від регулювання цін до відшкодування вартості за різними схемами) і керуючись різними цілями.

Першою країною, де фармакоекономічний аналіз почали використовувати при ухваленні рішень щодо субсидування ліків, стала Австралія в 1993 році. З тих пір цей досвід перейняли в інших англосаксонських країнах, а також у Скандинавії, зараз беруть на озброєння і в Україні.

В Австралії уряд склав список із 140 ліків, які видавали в аптеках безкоштовно. Пізніше держава запровадила принцип співфінансування: частину вартості сплачує сам пацієнт.

Один із напрямів державної фармацевтичної політики у Франції – боротьба з палінням. Уряд компенсує тим, хто кидає палити, витрати на замітники тютюну в обсязі до €150 на рік. Інші прояви особливих пріоритетів держави – можливість безкоштовно отримати вакцину від грипу без рецепта, а також придбати контрацептивні засоби на 12 тижнів наперед (тоді як звичайні ліки відпускають в обсязі, що не перевищує місячної норми, за раз – крім випадків, якщо пацієнт планує виїжджати за кордон на термін понад 30 днів). В цілому, список усіх медикаментів, що підлягають відшкодуванню, доступний онлайн і оновлюється щоп’ятниці. Вказано не лише ціну та розмір відшкодування для кожного найменування, а й комерційні бренди, під якими продається препарат, виробники, фармакологічна форма, дози та інструкції з застосування. Більшість населення має картки, що містять інформацію про внески людини в загальнообов’язкову систему медичного страхування та в додаткових, які можуть цілком покривати всі медичні видатки. За наявності такої картки відшкодування відбувається автоматично. Якщо її немає, доведеться спочатку заплатити аптеці повну суму, після чого направити в фонд соціального страхування лист із проханням відшкодувати витрати.

У Швеції держава була монополістом на аптечному ринку до 2009 року: ліки продавали виключно в закладах державної неприбуткової корпорації, що керувалася радше міркуваннями публічного здоров’я, ніж комерційним прибутком. Зараз на ринку діють і приватні аптечні мережі, але держава визначає маржу прибутковості для них і жорстко регулює ціни на ліки. Щомісяця уряд публікує список із трьох найменувань для кожного препарату в кожній фармакологічній формі та дозуванні, які аптеки зобов’язані продавати клієнтам замість прописаних у рецепті дорожчих аналогів. Найдешевший із цих трьох – «продукт місяця», два інших фігурують у списку на випадок, якщо «продукт місяця» закінчиться.

В Україні постановами Кабінету міністрів від 27 лютого 2019 року “Деякі питання реімбурсації лікарських засобів”, “Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію”, “Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань” ухвалено рішення щодо адміністрування державної

програми “Доступні ліки” Національною службою здоров’я України (НСЗУ). Згідно з відповідним рішенням НСЗУ підписує договори з аптеками по всій країні. Ліки можна буде отримати тільки за електронним рецептом, виписаним сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами через електронну систему охорони здоров’я.

Таким чином, на підставі нормативно-правових актів про реімбурсацію лікарських засобів пільгові категорії населення мають змогу отримати ліки на безоплатній та частковій оплаті.

ВАКЦИНАЦІЯ: ФЕЙКИ ТА КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ

Перегінець О.І.

Науковий керівник – к.фарм.н., асист. Сас І.А.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У 1998 році у відомому британському медичному журналі «Lancet» було опубліковано дослідження про зв’язок введення вакцини КПК (проти кору, паротиту та краснухи) та виникнення аутизму. У статті Ендрю Вейкфілд та співавтори стверджували, що після щеплення КПК було зафіксовано прояви симптомів аутизму у дітей, які до цього не мали ніяких особливостей у розвитку. Дана стаття отримала широке розголошення, не зважаючи на невеликий розмір вибірки (всього 12 дітей), неконтрольований дизайн досліджень, спекулятивний характер висновків та приховані факти стосовно конфлікту інтересів. Це стало причиною багаторічної кризи у сфері охорони здоров’я. Епідемія недовіри до вакцин почала ширитися світом. Кількість випадків захворювання на кір, паротит та краснуху значно зросла, особливо в наступне десятиліття після 1998 року.

Метою роботи було провести аналіз наукових джерел на наявність публікацій, що спростовують міфи про шкідливість вакцинації.

Після публікації дослідження Вейкфілда, його почали перевіряти компетентні світові науковці та не знайшли жодного взаємозв’язку між вакциною та аутизмом (Dales L., Hammer S.J, Smith N.J. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. Jama. 2001. P. 1183-1185; Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association / Taylor V., Miller E., Farrington C.P. et al. Lancet. 1999. P. 2026-2029.). У зв’язку з цим, Вейкфілда визнали винним у порушенні професійної

етики та виключили з медичного реєстру Великобританії. Але це не зупинило стрімке поширення інформації — фейк про вакцини розійшовся швидше за факти та спростування.

Зовсім нещодавно було опубліковане масштабне дослідження, яке також підтвердило факт, що вакцини КПК жодним чином не пов'язані з аутизмом (Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study / Anders Hviid, Jørgen Vinslev Hansen, Morten Frisch, Mads Melbye. *Annals of Internal Medicine*. 2019.). Науковці спостерігали за випадками вакцинації більш ніж 600 тисяч дітей, що народилися в період з 1999 до 2010 року та не знайшли ніякого зв'язку.

За ці два десятиліття було опубліковано безліч досліджень на цю тему. ВООЗ також не підтвердили жодного зв'язку між вакциною КПК та аутизмом (MMR and autism. Режим доступу : <https://goo.gl/T4rKW1>; Vaccines Do Not Cause Autism. Режим доступу : <https://goo.gl/t6ns5s>).

Для наукового світу відповідь на питання про зв'язок аутизму і вакцин єдина — цього зв'язку НЕ існує. Але існують противники вакцинації, котрі, попри докази та беззаперечні факти, продовжують маніпулювати цією інформацією у своїх антивакцинаторських кампаніях. Сьогодні фейки та антинаукова брехня — основні причини, чому батьки відмовляються щеплювати своїх дітей. Показники імунізації українських дітей знизилися від повного дотримання в 1990-х роках до 70 % у 2000-х роках і менше ніж 50 % у 2018 році.

Не останню роль у запобіганні розповсюдження фейкової інформації серед населення відіграють провізори. Вакцини, і не тільки КПК, можна придбати в аптеці з наступним вакцинуванням дитини у дитячій консультації. Провізор зобов'язаний надати пацієнту повну інформацію щодо вакцини, а також сертифікат якості, якщо у пацієнта виникають певні сумніви. Також, важливо зберігати холодовий ланцюг при транспортуванні вакцини, щоб вона не втратила своїх захисних властивостей.

Отже, щоб уникнути розповсюдження фейкової інформації, а як наслідок інфекційних хвороб — ми маємо постійно вакцинуватись від брехні та тренувати критичне мислення.

СТАТИСТИЧНА ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ, ПРОСТАТОПРОТЕКТОРІВ І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ

Сим А., Гадяк І.

Науковий керівник – асистент Гадяк І.В.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Для статистичної характеристики експериментальних непорівняльних досліджень використовують величину «шанси» (odds, O) -

Назва ЛЗ	Число хворих	Клінічна ефективність, %	Число хворих без 100% ефекту	O
Антибіотики				
Левовфлоксацин	243	93,5	16	14,38
	117	92,0	9	11,50
	30	76,8	7	3,31
Ципрофлоксацин	189	72,8	51	2,68
ПП				
Serenoa repens	30	76,7	7	3,29
Фінастерид	31	75,0	8	3,00
Тамсулозин	43	74,5	11	2,92
Альфузозин	17	65,0	6	1,86
Теразозин	43	60,0	17	1,50
Силодозин 4мг	52	56,0	23	1,27
Протизапальний ЛЗ				
Рофекоксиб	53	79,0	11	3,76

Як видно з даних табл., шанси антибіотиків у дослідженнях більші одиниці і знаходяться в межах від 2,68 до 14,38. При чому найкращий результат є у Левовфлоксацину (11,50-14,38). Результат шансів лікування Ципрофлоксацином становить (2,68 - 3,31).

Табличні дані засвідчують, що шанси простатопротекторів у дослідженнях більші одиниці і знаходяться в межах від 1,27 до 3,29, тобто клінічний ефект швидше наступить, чим не насупить. При цьому кращий результат притаманний Serenoa repens (3,29) Фінастериду

(3,0) та Тамсулозину (2,92) у порівнянні з Альфузозином (1,86), Теразолином (1,50) та Силодозином 4мг (1,27).

Статистична обробка показує, що при застосуванні Рофекоксиду (3,76) теж є ймовірність настання клінічного ефекту.

Результати показують, що при застосування даних лікарських засобів клінічний ефект наступить.

БЕЗРЕЦЕПТУРНИЙ ВІДПУСК РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ. ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ

Стефанишин К.А.

Науковий керівник – к.фарм.н., доц. Струк О.А.

Кафедра фармації

Івано-Франківський національний медичний університет

В Україні існує проблема антибіотикорезистентності, яка виникла внаслідок вільного відпуску антибіотиків, що призвело до неконтрольованого їх прийому. Наслідком цього в Україні є велика кількість хворих на важкі захворювання, зокрема на туберкульоз, які не лікуються антибіотиками, тому що виникла стійкість до них.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я використання антибіотиків під час лікування має відбуватися під наглядом та за призначенням лікаря. ВООЗ рекомендує не використовувати антибіотики під час лікування вірусних захворювань, якщо можна цього уникнути.

На території України діє стаття 42⁴ Кодексу України про адміністративні порушення продажу лікарських засобів в аптечних закладах без рецепта в заборонених законодавством випадках, що тягне за собою накладення штрафу від 102 грн. до 425 грн. Повторне порушення протягом року передбачає штраф у розмірі від 425 грн до 1190 грн.

В Україні виникла проблема ігнорування аптеками вимог законодавства щодо відпуску рецептурних препаратів.

Перш ніж вживати суворих заходів на фармацевтичному ринку необхідно врахувати такі моменти, як те, що існуючий поділ лікарських засобів на рецептурні і безрецептурні вимагає перегляду, оскільки з багатьох близьких за фармакологічними властивостями

препаратів або навіть повних аналогів, одні входять до переліку безрецептурних, а інші не входять. Наприклад, Омез капсули виробництва «Доктор Реддіс» входять до переліку безрецептурних ліків, точно такі ж інші омепразоли не входять. Також необхідно врахувати величезні черги до лікарів в поліклініках. Якщо аптеки почнуть строго відпускати рецептурні препарати по рецептах, черги збільшуватимуться в кілька разів. Рішенням проблеми стане виписування електронних рецептів лікарями та зміна в переліку безрецептурних лікарських засобів.

ПРОСУВАННЯ ЛІКІВ ТА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ

Заблоцька І.

Науковий керівник – асистент Малюванчук С.В.

Кафедра фармації

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ліки можуть відігравати ключову роль у профілактиці або підтримки здоров'я, але при цьому важливими є раціональне використання. Пацієнт повинен мати доступ до потрібних ліків в правильному дозуванні і в кількості достатній для адекватного курсу лікування. Працівники охорони здоров'я (лікарі і провізори) відіграють ключову роль в забезпеченні належного застосування ліків. Як людям, відповідальним за медичну допомогу, їм необхідно оцінювати різні варіанти лікування.

У 1994 році Всесвітня організація охорони здоров'я опублікувала Керівництво щодо належного призначення ліків, яка була апробована на практиці.

Міжнародна фармацевтична промисловість відіграє важливу роль в розробці, виробництві і розповсюдженні ліків. У багатьох країнах фармацевтична промисловість також стала основним спонсором підвищення кваліфікації фахівців, післядипломної фармацевтичної освіти та наукових досліджень.

Однак, існують суперечності між посиленням стимулювання продаж на конкурентному фармацевтичному ринку і турботою про здоров'я пацієнтів. ВОЗ описала «неминучий конфлікт інтересів між легітимними комерційними цілями виробників і соціальними, медичними та економічними потребами працівників охорони здоров'я і населення вибрати і використовувати ліки раціонально».

Наукові докази показують, що просування ліків впливає на медичну допомогу, яку надає лікар пацієнтові.

Систематичний огляд, опублікований в Journal of the American Medical Association подає Це були порівняльні дослідження до і після впливу просування, дослідження контролю і перехресні опитування. Представляємо ключові тези цього огляду:

- більшість опитаних лікарів заперечували, що подарунки могли впливати на їх практику;

- чим більше подарунків лікарі отримували, то з меншою ймовірністю вони вважали, що їх лікарські призначення схильні до впливу просування;

- чим більше частими були контакти з торговими представниками, тим більше була вірогідність, що лікарі призначали в лікарняний формуляр ліки від цього спонсора;

- оплата поїздки на конференції, обіди, спонсоровані даною галузю, фінансування досліджень і гонорари також збільшували ймовірність запитів на розширення формуляра, в порівнянні з лікарями, які не отримували такої оплати.

У звіті найбільшої незалежної профільної організації Mental Health Europe (Ментальне Здоров'я Європи, МНЕ) йдеться про те, що фармацевтична індустрія та медичні працівники працюють не прозоро і це може негативно впливати на пацієнтів. Звіт вказує на те, що 94% лікарів так чи інакше контактують з представниками індустрії. Щорічно фармацевтичні компанії виплачують лікарям та медичним організаціям тисячі мільйонів євро.

МНЕ занепокоєна тим, який вплив це чинить на систему охорони здоров'я.

Зокрема, це може впливати на те, як лікарі прописують медикаменти та призводити до зловживання медичними препаратами (особливо часто це трапляється в психіатрії, де медичні препарати розглядають як основне лікування ментальних хвороб).

Згідно зі звітом лише 9 країн Європи впровадили прозорі закони, які зобов'язують учасників сфери охорони здоров'я розкривати інформацію щодо свого співробітництва з індустрією.

Наприклад, у Словаччині діє два закони, які зобов'язують фармацевтичні компанії щорічно звітувати Міністерству охорони здоров'я про те, скільки вони витратили на рекламу та маркетинг. На жаль, Україна не має чітких юридичних механізмів, які б дозволили контролювати поставки фармацевтичних та медичних працівників й організацій.

Для досягнення прозорості в цій сфері МНЕ пропонує наступне:

- Впроваджувати та приймати закони, які будуть зобов'язувати розголошувати фінансові та професійні зв'язки між медиками та індустрією.
- Створити зручну у користуванні базу даних та механізми, які б допомогли відстежувати виконання законів.
- Встановити мінімальні стандарти, які б допомогли впорядкувати прозору звітність у Європі.
- Інформувати медиків та студентів-медиків щодо конфлікту інтересів та шляхів розв'язання цієї проблеми.
- Підтримувати ініціативи, які пропонують незалежні форми освіти для медиків.
- Гарантувати неупереджені медичні дослідження за рахунок гідного та незалежного фінансування.
- Інформувати тих, хто користується психіатричною допомогою про можливий конфлікт інтересів та пояснювати, що робити з доступною інформацією.

Одним з найважливіших складових розвитку дитини є харчування. Раціональне харчування та окремі нутрієнти забезпечують не тільки фізичний, а й нервово-психічний розвиток та впливають на формування здоров'я дитини, опірності організму, працездатності та ін.

ПЕДІАТРИЧНА СЕКЦІЯ

ВИПАДОК УСКЛАДНЕННЯ ГРВІ У ДИТИНИ

Палієнко М.В.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Синоверська О.Б.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

В Україні щорічно на ГРЗ хворіють 10-14 млн. осіб, що становить 25-30% загальної та близько 90% інфекційної захворюваності. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я відзначають, що ця найпоширеніша в людській популяції група хвороб останніми роками неспинно зростає. Серед дітей молодшого шкільного віку захворюваність знижується до 2-5 випадків на рік, а старшого шкільного та підлітків – не перевищує 2-4 епізоди захворювання протягом року.

Наслідками ГРВІ можуть стати досить тяжкі ускладнення, а саме: нейротоксикоз, вірусний менінгіт, пневмонії, риносинусити, отити, ларинготрахеїти. Часті респіраторні епізоди, особливо ускладнені проявами обструктивного синдрому, хронічна гіпоксія надають виражений негативний вплив на стан міокарду, а також центральної та вегетативної нервової систем. Формується своєрідне «замкнуте» коло, що сприяє подальшому прогресуванню захворювання.

Захворювання серцево-судинної системи є найбільш актуальною проблемою сучасної медицини, і зокрема, педіатрії, що зумовлено їх прогресуючою частотою, тяжкістю, в більшості випадків тривалим перебігом, а також несприятливим прогнозом.

Без сумніву патологія серцево-судинної системи дорослих здебільшого виникає у дитячому віці. Адже кожна дитина, в якій розвинулося ускладнення з боку серцево-судинної системи після перенесеного ГРЗ, є претендентом на хронічний перебіг даного захворювання і в дорослому віці.

Отже, є очевидним, що сьогодні неможливо вирішити проблему захворюваності дорослих, не створивши умови для раннього виявлення, лікування та профілактики патології в дитинстві. Важливим є вміння запідозрити виникнення, розвиток, розробити алгоритм ранньої діагностики та коректного медикаментозного супроводу таких пацієнтів.

АЛЬВЕОЛЯРНИЙ МІКРОЛІТІАЗ

Пастух В.Б.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Цимбаліста О.Л.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність проблеми зумовлена тяжким, фатальним перебігом захворювання, відсутністю патогномічних клінічних, лабораторних і інструментальних методів діагностики та патогенетичного лікування.

Мета: ознайомлення з клінікою і діагностикою альвеолярного мікролітіазу в світовій практиці.

Альвеолярний мікролітіаз – це рідкісне генетичне захворювання легень, що характеризується дифузним відкладанням кальцій фосфату у альвеолах. Захворювання відоме з 19 ст., найбільш активно дослідження цієї патології ведуться останні 10 років. У світі офіційно станом на 2017 рік зареєстровано приблизно 1000 випадків. Майже всі вони були описані в Турції, США та Італії. Причиною захворювання вважається мутація гену SLC34A2, який кодує синтез білка NaPi-ІІb і експресований переважно в альвеолоцитах 2 типу, хоча іноді спостерігається ураження нирок, простати, підшлункової залози, тонкого кишківника, матки, печінки, щитовидної залози, трахеї та плаценти, а також в клапанах серця. Результатом патологічної зміни білка є порушення транспорту фосфору і формування в просвіті альвеол мікролітів.

Маніфестація альвеолярного мікролітіазу спостерігається у три періоди- у першій, другій та третій декадах життя. Вік маніфестації захворювання залежить від темпів утворення мікролітів в альвеолах, розвитку пневмофіброзу, легеневої гіпертензії та серцево-легеневої недостатності. Захворювання переважно маніфестує у 6-12 років. На доклінічній стадії альвеолярного мікролітіазу для нього характерна клінічно-рентгенологічна дисоціація: відсутність клінічних симптомів і нормальна функція легень на фоні характерної рентгенологічної картини. Рентгенографія грудної клітки виявляє типову для цього захворювання картину: симптоми „матового скла”, „піщаної бурі” переважно в середніх та нижніх сегментах обох легень.

Клінічно захворювання розпочинається з задишки, сухого кашлю, болю в грудях і астенії, може бути періодичне кровохаркання, спонтанний пневмоторакс, плевральні болі. Симптоматика розвивається повільно, з часом прогресують симптоми серцево-легеневої не-

достатності. Фатальними для пацієнтів є інфекційні ускладнення.

Лабораторні показники є неінформативними. Вміст фосфору й кальцію крові, а також гормонів, які контролюють їх метаболізм, знаходиться в межах норми. Випадки, в яких відбувались зміни в рівнях кальцію та фосфору в крові чи сечі поодинокі. Маркерами для даного захворювання можна вважати підвищення рівня білків SP-A та SP-D відповідно до важкості процесу.

На даний момент патогенетичного лікування альвеолярного мікролітіазу немає. Описані випадки покращення стану дітей при терапії кортикостероїдами і гідроксихлорохіном. Отримано ефект від довготривалого лікування дисодіумом етідронатом. Воно показало деяке клінічне і рентгенологічне покращення стану. Відносно ефективною є трансплантація легень. Деякі автори зазначають що лікування може бути ефективне лише на стадії формування мікролітів, і практично не може сприяти їх розчиненню.

Довгострокове виживання є все ще недослідженим питанням. Більшість пацієнтів з моменту постановки діагнозу проживають до 10 років, рідко -до 20 і лиш одиниці проживають 40 і більше років. Пацієнти найчастіше помирають від декомпенсованої серцево-легеневої недостатності.

Отже, альвеолярний мікролітіаз є рідкісним паренхіматозним захворюванням легень. Ознайомлення лікарів з цим захворюванням є важливим, так як семіотика не патогномонічна, і може спостерігатись при міліарному туберкульозі, саркоїдозі, пневмоконіозі, альвеолярному протеїнозі, легеневому гемосидерозі та амілоїдозі. Особливо важливим це питання є в педіатрії, так як це дозволяє вдосконалити ранню діагностику і скерувати дитину на трансплантацію легень до розвитку серцево-легеневої недостатності.

ПОЗАЛЕГЕНЕВІ ПРОЯВИ САРКОЇДОЗУ У ДІТЕЙ. СИНДРОМ БЛАУ

Петруньків Л.В.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Цимбаліста О.Л.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Саркоїдоз поширений в усьому світі. В останні 10-15 років захворюваність на саркоїдоз зростає в усіх країнах серед людей усіх

вікових груп, в т.ч. серед дітей і підлітків, причому відбувається не тільки ріст захворюваності на саркоїдоз, а і його “омолодження”, перевага тяжких його форм та позалегеневих уражень.

Саркоїдоз – системне захворювання, що характеризується появою гранульом з епітеліоїдних клітин, які найчастіше локалізуються в легенях та їхніх лімфатичних вузлах, печінці, серці та інших органах. Питання про етіологічну структуру саркоїдозу залишається відкритим. Існує гіпотеза про генетичну схильність у розвитку і перебігу саркоїдозу, так як певні фенотипи головного комплексу гістосумісності асоціюються з клінічними проявами, перебігом, прогнозом. В даний час в якості тригерних факторів обговорюється роль бактерій, вірусів, грибів, паразитів та різноманітних політантів. Також потенційними тригерами розвитку саркоїдозу вважають *Chlamydia pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi*, *Propionibacterium acnes*, а також віруси (CMV, EBV, Herpes virus).

Одним із варіантів саркоїдозу з раннім початком (переважно на першому році життя) є синдром Блау, пов'язаний з мутаціями гену NOD2. Для клінічної маніфестації синдрому Блау притаманними є висипання на шкірі, грануломатозний артрит та увеїт.

Також притаманними є інші симптоми і синдроми, які в значній мірі визначають тяжкість захворювання. Захворювання може перебігати з ураженням великих судин (аортит), може розвинутих хвороба Такааясу. Також при синдромі Блау спостерігається сіалоаденіт, генералізовані лімфаденіти. Вісцерити при синдромі Блау в найбільшій мірі визначають тяжкість його перебігу: ураження міокарду, гранульоматозний гломерулонефрит з гострим пошкодженням нирок, або з переходом в хронічну хворобу нирок, гепатит, інтерстиційна хвороба легень з легеневою гіпертензією, артеріальна гіпертензія, тромбоемболія легеневої артерії, спленомегалія. Серед уражень периферійної нервової системи переважає неврит лицевого нерва, хоча ураження ЦНС для синдрому Блау не є характерним. Діагностика синдрому Блау є складною та базується насамперед на різноманітних інструментальних, морфологічних дослідженнях. Для підтвердження діагнозу необхідна наявність типових гранульом в уражених тканинних структурах шляхом біопсії з ураженої ділянки шкіри або з синовіальної оболонки ураженого суглобу. Лабораторні критерії активності активності є малозміненими. Критерієм активності захворювання при синдромі Блау є білок кальгранулін С, який визначається тільки в гранулоцитах. Рідко (у 15% випадків) спостерігається підвищен-

ня вмісту ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ), $TNF\alpha$, IL2. Також при синдромі Блау є характерна транзиторна нейтропенія. Гіперкальціємія спостерігається у 17-25% і не корелює з тяжкістю захворювання.

Лікування синдрому Блау проводиться за протоколом лікування саркоїдозу. Препаратом вибору є глюкокортикостероїди (ГКС). В цілому терапія ГКС триває 6 місяців до повноговилікування або значного покращення. При резистентності до ГКС використовується метотрексат. Використовують також препарати з анти- $TNF\alpha$ -активністю, моноклональні антитіла до $TNF-\alpha$, похідні хінолонів.

Отже, відсутність патогномонічних клінічних симптомів, полісистемність ураження при екстраторакальних формах саркоїдозу зумовлюють важкість у діагностиці синдрому Блау. Лікування екстраторакальних форм саркоїдозу є складним і не завжди ефективним. Це і зумовлює потребу у ознайомленні лікарів з клініко-інструментальними критеріями діагностики цього рідкісного захворювання.

BIS-МОНІТОРУВАННЯ, ЯК НЕОБХІДНИЙ МЕТОД ОЦІНКИ ІНТРАНАРКОЗНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА

Сухов М.В.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Цимбаліста О.Л.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Визначення глибини анестезії лишалося актуальним питанням від початку її винайдення до сьогодні. Беззаперечним фактом є те, що інтранаркозне пробудження — це небажаний стрес і біль, який свідчить про недостатню глибину знеболення.

Занадто глибокий рівень анестезії приводить до подовження часу пробудження або/та погіршення перебігу післяопераційного періоду. Емпіричні клінічні методи визначення глибини анестезії не володіють достатньою точністю і адекватна оцінка глибини седації та час настання анестезії у своїх пацієнтів, а особливо у дітей чи немовлят і/або у пацієнтів з обмеженими можливостями, є складним завданням навіть для досвідчених анестезіологів.

У світі за свою простоту та ефективність особливої уваги заслуговує саме BIS-моніторинг. З січня 2004 року BIS-моніторинг, схвалений та рекомендований FDA USA як обов'язковий параметр, який

має контролюватись при всіх маніпуляціях, пов'язаних з будь-яким пригніченням ЦНС, з метою зменшення кількості інцидентів інтранаркозного пробудження пацієнта під час загальної анестезії.

BIS-моніторування (з англ. BIS—Bispectral index) — інструментальний метод обстеження, який базується на синтезі вибраних/окремих показників знятих з датчиків, розміщених на тілі пацієнта, з подальшою інформаційно-аналітичною обробкою, запатентованим авторським математичним алгоритмом BIS та наступною інтерпретацією його в кількісний цифровий показник шкали BIS (від 0 до 100). Алгоритм BIS приймає до розрахунку 4 основні показники: індекс активності головного мозку (EEG); індекс електроміографічної активності (EMG); коефіцієнт пригнічення сигналу EEG(SR); коефіцієнт якості сигналу (SQI). Основною метою застосування BIS-моніторингу є визначення та контроль глибини седації та аналгезії, тобто визначення ступеню пригнічення вищої нервової діяльності та активності ЦНС, що дозволяє більш точно диференціювати перехід між стадіями наркозу та оптимально розраховувати дози середників для досягнення бажаного ефекту, мінімізуючи дозозалежні нейро- та вісцеротоксичні впливи гіпнотиків та анестетиків.

Існують дослідження, які підтверджують те, що підтримання стабільного показника в межах 40-45 під час анестезії зменшує інтенсивність післяопераційного болю та знижує потребу в подальшому знеболенні. У пацієнтів, яким рівень глибини був скоригований відповідно до показника BIS, спостерігалась менша частота післяопераційної блювоти/нудоти та вони були більш задоволені загальним ефектом знеболення при менших об'ємах витрачених анальгетиків порівняно з контрольною групою. Шкала BIS складається з шести інтервалів значень показника BIS:100 – повна притомність пацієнта, стан бадьорості;100-80 – легка та помірна седація (анксіолізіс, планова седація у ВАІТ, початкові стадії атаралгезії); 80-70 – глибока седація (початкові стадії атаралгезії), низька ймовірність формування спогадів у пацієнта; 70-60 – загальна анестезія (тотальна внутрішньовенна анестезія, нейролептаналгезія), низька ймовірність перебування пацієнта в свідомості; 60-40 – глибокий наркоз (хірургічна стадія знеболення) пригнічення усіх видів вищої нервової діяльності та рефлекторних, вегетативних реакцій на біль; 40-0 – максимальне пригнічення кори головного мозку та відсутність будь-яких реакцій на супранормальні подразники. “згладжені“ аж до плоских хвилі на EEG.

Отже, основними перевагами методу є можливість своєчасної та достовірної оцінки та більш точного керуванням глибиною анестезії (запобігання поверхневої та занадто глибокої анестезії під час міорелаксації), часовий контроль фази пробудження, оптимізація витрат анестетиків, покращення умов праці анестезіолога.

ВИПАДОК ГІГАНТСЬКОЇ НЕЙРОФІБРОМИ У ДИТИНИ З НЕЙРОФІБРОМАТОЗОМ І ТИПУ

Крук Г.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Фоменко Н.М.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Нейрофіброматоз Реклінгхаузена (НФ) – найбільш поширене захворювання із групи факоматозів, або нейрокутанних синдромів. Частота захворювань складає близько 1:3500, OMIM 162200. Тип успадкування аутосомно-домінантний з високою пенетрантністю та варіабельною експресивністю патологічного гена. Вперше захворювання описано у 1882 році Реклінгхаузенем. Частота нових мутацій при даному захворюванні є дуже високою і сягає до $6,5 \times 10^5$ гамет на покоління, на Прикарпатті – $5,6 \times 10^5$. Найбільш характерними ознаками НФ є: множинні пігментні плями діаметром п'ять мм і більше у кількості не менше п'яти-шести, дві або більше фіброми будь-якого типу, дрібні пігментні плями з характерною локалізацією у пахвинних ділянках, гліома зорового нерва, дисплазія крилоподібної кістки та інші скелетні деформації, вузлики Ліша на райдужній оболонці наявність НФ у родичів I ступеня спорідненості, у окремих хворих може бути когнітивна недостатність. За даними міжнародних експертів з нейрофіброматозу, для встановлення діагнозу необхідно мати не менше двох з названих ознак. Наводимо випадок з власного спостереження хворого з НФ у зв'язку з наявністю в нього гігантської пухлини (нейрофіброми).

Хлопчик народився від другого шлюбу у здорової жінки (від першого шлюбу є двоє здорових дітей). Батько дитини є хворим на НФ I типу, має встановлену інвалідність. Мати з хворою дитиною звернулись до гематолога у віці два роки одинадцять місяців зі скаргами на появу пухлиноподібного утвору шиї, плеча, надключичної ділянки з підозрою на генералізований лімфаденіт, лімфому. Після проведеного

обстеження, консультації генетика на підставі характерних змін з боку шкіри (наявність великих плям кольору кави з молоком, переважно у ділянці пухлини, неоднорідність пухлинного утвору) та на підставі генеалогічного анамнезу (НФ у батька) був встановлений діагноз НФ I типу. За даними УЗД пухлинний утвір виявився конгломератом окремих лімфовузлів, структурно змінених з ознаками кровопостачання без ознак розрідження, не виключались множинні нейрофіброми. У віці два роки і п'ять місяців дитина консультована в Національному інституті раку, після біопсії пухлини підтвердили діагноз НФ. Хворому проведено МРТ головного мозку у віці чотири роки два місяці: виявлено множинні осередки гамартоматозної дисплазії білої речовини головного мозку, гліому зорового перехрестя. За допомогою МРТ пухлиноподібного утвору шийї діагностовано гігантську нейрофіброму шийї, правого плеча і плечового сплетіння з поширення у праву половину грудної порожнини та м'які тканини верхньої правої кінцівки. Дитині оформлено соціальну допомогу по інвалідності.

При огляді дитини в динаміці у віці п'ять років відмічається значне збільшення пухлини, що спричиняє виражену асиметрію шийї, плеча та надключичної ділянки з ознаками утрудненого венозного відтоку у правій верхній кінцівці (набрякла, ціанотична, холодна на дотик) та порушенням функції опорно-рухового апарату і органів середостіння. В динаміці збільшилась кількість пігментних плям, дрібних нейрофібром та гамартоматозних утворів у мозку за даними МРТ. Дитина госпіталізована в онкогематологічне відділення з метою проведення консервативної протипухлинної терапії, оскільки пухлина є неоперабельною та швидко прогресуючою. Лікування проводиться згідно європейського протоколу GPOH, 2004р., за основу взято два препарати вінкрістин і карбоплатін. На тлі першого курсу проведеної терапії відмічається зменшення венозного застою у правій верхній кінцівці, заплановано проведення повторних курсів хіміотерапії.

Отже, наведений випадок НФ відповідає високій експресивності патологічного гену. Необхідний подальший пошук ефективних комплексних програм лікування та реабілітації хворих з даним захворюванням.

ВИПАДОК МІКРОЦЕФАЛІЇ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ НА ТЛІ НЕ ДІАГНОСТОВАНОЇ МАТЕРИНСЬКОЇ ФЕНІЛКЕТОНУРІЇ

Шелест М.Р.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Фоменко Н.М.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ураження плода у жінок з фенілкетонуриєю є відомим фактом. Цей стан прийнято називати материнською фенілкетонуриєю (ФКУ). У патогенезі захворювання основну роль відіграє високий вміст фенілаланіну (ФА) та кетокислот (фенілпіровиноградної, фенілоцтової, фенілмолочної тощо) через високий трансплацентарний градієнт концентрації на користь плода. Доведено, що при припиненні спеціальної дієти вагітною концентрація ФА і кетокислот у плацентарній крові в 1,5 - 2 рази перевищує таку у сироватці крові матері. Це є головним ушкоджуючим фактором для плода, особливо для його ЦНС. Як правило, симптомокомплекс ураження плода у жінок з ФКУ включає: вроджену мікроцефалію, ураження серця, скелету, вади шлунково-кишкового тракту, високий рівень стигматизації, ЗВУР, у подальшому порушення психомовного розвитку. Випадок, який ми наводимо, є цікавим у зв'язку з тим, що діагноз ФКУ у матері був встановлений тільки після народження нею дитини з мікроцефалією. Причинами невстановленого діагнозу ФКУ у матері були: відсутність масового скринінгу новонароджених при її народженні (30 років тому), відносно збережений інтелект, відсутність характерних фенотипових особливостей (мати смуглява, має темний колір волосся, очей). Хлопчик народився від 9 вагітності, перших пологів, у терміні 40 тижнів. Попередні вісім вагітностей закінчились мимовільними викиднями, переважно на ранніх термінах гестації. До генетика жінка не скерована. Зі слів матері обстежена на TORCH - інфекції, патології не виявлено, діагностована фіброміома матки. Під час вагітності була загроза переривання, плацентарна дисфункція, дистрес плода, ЗВУР, олігогідроамніон. Родорозрішення шляхом кесаревого розтину на 33 тижні гестації. Вага при народженні 1380 г, зріст 39 см, обвід голови - 24,5 см, обвід грудної клітки - 26 см. Оцінка за шкалою Апгар - 7 балів. Отримував СРАР - терапію протягом першої доби, парентеральне харчування. У віці 12 діб переведений в ОДКЛІ відділення передчасно народжених дітей. Об'єктивно: стан дитини

тяжкий, зумовлений неврологічною симптоматикою, гіпербілірубінемією, морфофункціональною незрілістю. Відзначались помірні дихальні розлади, пригнічення нервово - рефлекторної діяльності, знижена харчова толерантність. При огляді фенотипу дитини відзначено: виражена мікроцефалія із значним відставанням в розвитку мозкової частини черепа $-3,7\sigma$ до терміну гестації, підвищений рівень стигматизації (епікант, сплюснене перенісся, мікрогенія, диспластичні вушні раковини). Вад розвитку з боку інших органів і систем не виявлено. Фенотип матері: низького росту, дещо низькувате чоло, має темний колір очей і волосся, при спілкуванні відзначено недооцінку нею стану дитини, в цілому адекватна. Зважаючи на обтяжений генетичний анамнез та виражену мікроцефалію, були проведені наступні обстеження: визначено рівень ФА у матері і дитини – у матері зафіксовані високі рівні ФА, що коливалися від 21,6 мг/дл до 25,8 мг/дл, на низькобілковій дієті після встановлення діагнозу - 17,8 мг/дл (норма – 0,1-2,0 мг/дл). У дитини рівень ФА був у межах норми - 1,3 мг/дл. Найбільш поширені мутації гену фенілаланінгідроксилази не виявлені (Львівський інститут спадкової патології НАМНУ), що вказує на можливість рідкісних мутацій, які на сьогодні не ідентифікуються. Також, зважаючи на особливості фенотипу пробанда, було проведено молекулярно - генетичний аналіз на найбільш поширені мутації гену с-ма Ніймеген, яких не було виявлено. Отже, при народженні дитини з мікроцефалією необхідно виключати всі найбільш відомі етіопатогенетичні чинники даної патології, в тому числі материнську ФКУ. З іншого боку, всім жінкам репродуктивного віку з фенілкетонурією при плануванні вагітності необхідно дотримуватись строгої низькобілкової дієти з використанням спеціальних білкових гідролізатів не менше, ніж за шість місяців до планування вагітності та протягом усєї вагітності.

ВІТАМІН Д – «ГОРМОН ЩАСТЯ ТА ІМУННОЇ СИСТЕМИ»

Максимчук В.М.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Березна Т.Г.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вітамін Д – це група вітамінів, що володіють гормоноподібним ефектом. Їх роль визначається не тільки участю в мінеральному обмі-

ні, а й у імунній відповіді при інфекційних, алергічних, онкологічних, серцево-судинних захворюваннях, а також впливом на психологічні та когнітивні функції. Вітамін D3 бере участь в регуляції тироксингидроксилази – ферменту, який необхідний для утворення дофаміну, адреналіну і норадреналіну. Також вітамін D впливає на регуляцію переходу триптофану в серотонін. Дофамін мотивує активність для досягнення мети і вирішення завдань. Серотонін – це гормон поваги до себе з формуванням мотивації людини заслужувати повагу собі подібних. Для його синтезу необхідне сонячне світло. У листопаді 2014 року журнал *Medical Hypotheses* опублікував результати роботи дослідницької групи американських і австралійських учених під керівництвом Алана Стюарта (Alan Stewart) з університету Джорджії. Автори провели аналіз більш ніж 100 наукових статей і прийшли до висновку, що дефіцит вітаміну D відіграє вирішальну роль у розвитку синдрому SAD (Сезонний афективний розлад). Дослідження показують, що між найвищим рівнем ультрафіолетового випромінювання в тій місцевості, де живе людина, і початком осінньої депресії проходить близько восьми тижнів. За такий же термін - вісім тижнів - людський організм переробляє отримане сонячне випромінювання в вітамін D. У 81,8% дорослого населення України виявлено дефіцит віт. Д, у 13,6% - недостатність і тільки у 4,6% показник відповідав нормі. В дитячому віці 92,2% дітей мають дефіцит, 6,4% - недостатність віт. Д, нормальний рівень спостерігався у 1,4% дітей. (Поворознюк В.В. 2016). Щодо впливу на імунну систему, то віт. Д приймає участь у кількісному та якісному складі клітинного, гуморального імунітету та фагоцитозі. Доведено, що у дітей з рекурентними захворюваннями бронхолегеневої системи та ЛОР-органів є дефіцит віт. Д (Квашніна Л.В., 2017р.). Одним із способів корекції даних станів, для зменшення поліпрагмазії та медикаментозного навантаження, особливо в дитячому віці, є адекватні дози віт. Д. Перед корекцією рекомендується визначити рівень 25(ОН)Д. (Табл. 1,2). Адекватний рівень - >30 нг/мл. Рекомендований – 40-60 нг/мл. (Американська асоціація ендокринологів).

Таблиця 1. Рекомендовані дози віт. Д (нг/мл). Американська асоціація ендокринологів.

Очікуваний рівень	20	30	40	50	60	
Найвищий рівень	10	2000	4000	6000	10000	10000
	15	1000	3000	6000	10000	10000
	20		2000	5000	8000	10000
	25		1000	4000	7000	10000
	30			3000	6000	10000
	35			1000	5000	9000
	40				3000	9000

Таблиця 2. Рекомендовані дози віт.Д для корекції рекурентних захворювань бронхолегеневої системи (Квашніна Л.В., 2017р.)

Група дітей	Добова доза	Тривалість
Діти з рекурентними захворюванням	2000-4000 МО (залежно від вираженості дефіциту)	Щоденно протягом 30 днів. Далі 2-3 курси на рік по 2000 МО протягом 30 днів.

ВИЗНАЧАЛЬНА РОЛЬ РІВНІВ ФЕРИТИНУ ТА СИРОВАТКОВОГО ЗАЛІЗА В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Амброзьяк О.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Вовк З.В.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. За даними Всесвітньої охорони здоров'я, на анемію страждає кожний п'ятий житель Землі. Особливо актуальним є це питання в педіатричній практиці. У зв'язку з високими темпами росту організму, особливо на першому році життя, у періоди першого та другого витяжіння, пубертатного віку, діти становлять групи ризику розвитку залізодефіцитної анемії (ЗДА). Це підтверджують дані експертів ВООЗ, згідно з якими у дітей, які молодші п'яти років ЗДА вважається найбільш поширеним дефіцитним станом у світі. За даними статистики МОЗ України, за останні п'ять років у нашій країні спостерігається значний ріст сидеропенічних станів серед дітей — 45-50% випадків у дітей перших трьох років та у 21-29% випадків школярів. Анемія при хронічних захворюваннях або анемія запалення є

другою за поширеністю після залізодефіцитної анемії.

Мета. Визначити необхідність і важливість комплексного клініко-лабораторного обстеження та необхідність контролю рівнів показників обміну заліза - сироваткового феритину, сироваткового заліза, залізов'язуючої здатності сироватки крові та коефіцієнту насичення трансферину при запальних захворюваннях як методу диференційної діагностики анемічного синдрому та вибору правельної лікувальної тактики. Звернути увагу на необхідність задокументування анемії різного генезу у вигляді виведення діагнозу у медичній карті стаціонарного хворого.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз медичних карт 65 пацієнтів віком від 8 місяців до 18 років (медіана віку — 8 років 3 місяці), що знаходились на стаціонарному лікуванні в ОДКЛ. Проаналізовано рівні показників гемограми: гемоглобіну, еритроцитів, MCV - середній об'єм еритроциту, MCH - середній вміст гемоглобіну в еритроциті, MCHC - середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах, RDW, лейкоцитів, паличкоядерних гранулоцитів, сегментоядерних гранулоцитів, еозинофілів, швидкість осідання еритроцитів; біохімічного аналізу крові (заліза сироватки крові, феритину сироватки крові, залізов'язуючої здатності сироватки крові, коефіцієнту насичення трансферину, с-реактивного білку, прокальцитоніну).

Результати. Проаналізовано клінічні та лабораторні дані обміну заліза у 65 дітей з активним запальним процесом в організмі та наявним анемічним синдромом. Встановлено, що у 42 пацієнтів (64,6% випадків) з запальним процесом різного характеру анемія мала залізодефіцитний характер, що патогенетично спровокувало розвиток даної нозології. З них 34 дитини (80,9% випадків) становили діти до трьох років. У 23 дітей (35,4 % випадків) анемія була запального генезу. З них 16 пацієнтів (69,6 % випадків) становили підлітки. Було встановлено, що у 32% випадків анемія як діагноз не була зафіксована в медичній карті стаціонарного хворого.

Висновки. Анемія є актуальною проблемою в світовій педіатричній практиці. Виставлення діагнозу анемії незалежно від її генезу є обов'язковим при веденні медичної документації. Проведення диференційної діагностики наявного анемічного синдрому при запальних захворюваннях і залізодефіцитній анемії є необхідним. Також анемічний синдром внаслідок залізодефіцитної анемії, може трактуватися як прояв анемії запального процесу, що призводить до відстрочення

патогенетично обґрунтованого лікування. Проте, комплексне клініко - лабораторне обстеження з використанням результатів розгорнутої форми гемограми та обов'язковим дослідженням показників обміну заліза - рівнів сироваткового феритину та сироваткового заліза, залізов'язуючої здатності сироватки крові та коефіцієнту насичення трансферину, дозволить глибше визначити етіопатогенетичні аспекти анемічного синдрому у дітей та підвищити ефективність лікувального процесу, що покращить якість життя дітей.

ПРИНЦИПИ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ РАННЬОГО, ДОШКІЛЬНОГО І МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ. ГАРМОНІЯ У СТОСУНКАХ З ДІТЬМИ

Кишенюк І.І.

Науковий керівник – к.мед.н., доцен Вовк З.В.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальність. З раннього дитинства до глибокої старості всі люди, по суті тільки те і роблять, що намагаються вирішити найрізноманітніші психологічні завдання, які перед ними ставить життя. Та ж картина спостерігається не тільки у масштабі життя, але у масштабі одного дня. Всі люди на планеті психологи. Не залежно від статі, віку, освіти і навіть від рівня інтелектуального розвитку. Чому так? Психологія всюди – в навчанні, роботі, сім'ї, у вихованні дитини. Хороший психолог, це людина яка навчилася ці завдання успішно і грамотно вирішувати, при цьому не важливо є у людини диплом чи ні.

Мета. З огляду на те, як далеко зайшла проблема конфліктів між батьками і дітьми, важливо навчитись виявляти причину дитячої неслухняності, встановлювати границі з дітьми, висловлювати своє рішення без обговорень, бути готовим до того, що дитині це не сподобається.

Також важливо зрозуміти принципи правильного покарання. Покарання повинне бути зрозумілим для дитини і відомим заздалегідь, стосуватись тільки правил поведінки, які порушувати не можна.

«Тайм-аут» – як один з методів покарання. Його суть полягає в тому що, якщо дитина порушує границю її треба попередити – якщо вона не виконає прохання відправиться на «штраф – стільчик». Тобто

місце, де вона не зможе спілкуватися з іншими чи гратись, зустрітеться зі своїм гнівом на батьків і відпустить його, визнає обмеження, яких потрібно дотримуватись.

Висновки. Коли дитина торкається границі, важливо дати їй зворотню відповідь – з мамою так розмовляти і поводитись не можна, це моя границя, маму потрібно поважати. Надлишок свободи, власної сили і безкарності дуже шкодить дитячій психіці. Це змушує дитину відчувати втрату берегів, втрату безпеки і дитину несе. А навиків розпоряджатись своєю свободою немає і бути не може у такому віці. Дитина підсвідомо веде себе все гірше, в надії коли ж мені мама дасть ці границі.

Потрібно пам'ятати, що для успішної адаптації в житті дитини потрібен зворотній зв'язок про те, як влаштоване життя. Повне прийняття дитини не означає постійного позитивного ставлення до її поведінки – наше ставлення до її особистості не змінюється, проте ми даємо дитині зворотню відповідь на поведінку.

Важливо пам'ятати – покарання не спосіб виплеснути емоції, а дії які ми передчасно запланували.

ВИПАДОК СПОНТАННОГО ПНЕВМОМЕДІАСТИНУМУ ТА НАПРУЖЕНОГО ПНЕВМОТОРАКСУ У ДИТИНИ ПІСЛЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Ткачук В.А.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Семкович Я.В.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Підшкірна емфізема голови, шиї, середостіння може виникати при різних захворюваннях. Більшість випадків виникає при хірургічних втручаннях на голові і шиї, травмах трахеї і стравоходу, лицевого черепа, сторонніх тілах та новоутвореннях шлунково-кишкового тракту, легеневої баротравмі при штучній вентиляції легень. Підшкірна емфізема і пневмомедіастинум після стоматологічної процедури зустрічаються рідко. Коли таке трапляється – це може бути помилково прийнято за анафілактичну реакцію на місцевий чи загальний анестетик або інші ліки, які використовуються в стоматологічній хірургії. Повітря може проникати в середостіння через фасціальні простори шиї, коли використовуються високошвидкісні дрелі з

повітряною турбіною. Зв'язок між фасціальними просторами дозволяє повітрю, що надходить в область нижньої щелепи поширюватися до ретрофарингеального простору і середостіння. Високошвидкісна дрель нагнітає повітря під тиском через зруйновану зубо-альвеолярну мембрану. Оскільки корені першого, другого і третього молярів безпосередньо пов'язані з під'язиковим і піднижньощелепним простором саме в цій ділянці може розвиватись емфізема і пневмомедіастинум. Диференціальний діагноз для пацієнтів із набряком обличчя і шиї після стоматологічних процедур включає пневмоторакс, гематому, анафілаксію, місцеву алергічну реакцію, ангіоневротичний набряк. Кашель, куріння, блювота, виражений неспокій у пацієнта після стоматологічної процедури провокують розвиток емфіземи і пневмомедіастинуму.

Дитина 2,5 роки поступила у відділення інтенсивної терапії міської дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська через 2 години після стоматологічного втручання, що виконувалось під загальним знеболенням (екстракція 2-х зубів, пломбування каналів першого моляра знизу справа). Основні скарги при зверненні – індуративний набряк правої половини обличчя, шиї, верхньої половини грудної клітки. Розпочато терапію ангіоневротичного набряку. Через 6 годин з'явилась крепітація на шиї (циркулярно) та на верхній половині грудної клітки. Дитину терміново переведено у відділення анестезіології та інтенсивної терапії обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. При обстеженні діагностовано пневмомедіастинум, проведено дронування переднього середостіння. На контрольній рентгенографії органів грудної клітки через дві години виявлено двобічний напружений пневмоторакс, з приводу чого виконано дронування плевральних порожнин по Бюлау. Враховуючи високу ціну дихання, гіпоксемію та ймовірний механізм виникнення даного стану дитина заінтубована з переводом на контрольовану вентиляцію легень апаратом Vella в режимі SIMV з відповідними параметрами. На другу добу на тлі клінічного покращення та стабілізації стану (нормалізація показників газового складу крові) дитина планово дезінтубована. Через 5 днів видалено дренажі з плевральних синусів. Контрольна рентгенографія в динаміці з покращенням (ознаки пневмотораксу відсутні). Дитина переведена в пульмонологічне відділення, звідки виписана на 7 добу із виздоровленням додому.

Отже, ятрогенна підшкірна емфізема у дітей зустрічається рідко, тому може мати серйозні і потенційно небезпечні для життя на-

слідки. Слід бути настороженим при використанні наконечників з пневматичним приводом або при інтубації/вентиляції дітей в «амбулаторній анестезії». Коли виникає підшкірна емфізема, вона повинна бути швидко діагностована і належним чином усунута, щоб зменшити подальші ускладнення

Ключові слова: пневмомедіастинум, емфізема, анафілаксія, діти.

ДЕФЦИТ ЙОДУ У ДІТЕЙ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПРИКАРПАТТЯ

Русначук І.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Бобрикович О.С.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Тиреоїдна патологія посідає провідне місце у структурі ендокринних захворювань у дітей, значно випередивши цукровий діабет та інші ендокринні розлади. Абсолютна першість належить дифузному зобу, який зареєстрований більш ніж у 500 тис. дітей України і становить 66,6% від усієї ендокринної патології.

Реальна поширеність захворювань ЩЗ значно перевищує дані офіційної статистики, оскільки остання відображає лише кількість хворих, які звернулися по допомогу до ендокринолога. Оскільки у дітей в абсолютній більшості випадків має місце дифузний нетоксичний зоб, симптоми захворювання можуть бути відсутніми або залишатися непоміченими протягом тривалого часу, що зумовлює його пізню діагностику та обмежує ефективність профілактичних та лікувальних заходів.

Головним етіологічним фактором, є тривалий йодний дефіцит. Саме нестача йоду призводить до зменшення синтезу ТГ, необхідним субстратом яких є цей мікроелемент. Внаслідок зменшення рівня ТГ у крові підвищується синтез гіпофізом тиреотропного гормону. Це призводить до гіпертрофії та гіперплазії тиреоцитів зі збільшенням розмірів ЩЗ і її гормональної активності для забезпечення еутиреозу.

Отже, формування зоба на початкових етапах виникнення тиреоїдної патології за умов існування йодного дефіциту слід розглядати як прояв *компенсаторної реакції*.

Структура захворювань ЩЗ залишається стабільною протягом останніх шести років: більшу частину (95,5-96,5%) займає дифузний

нетоксичний зоб I ступеня, як серед дітей, так і серед підлітків, що є одним з основних критеріїв оцінки тяжкості зобної ендемії, та свідчить про недостатню ефективність масових профілактичних заходів.

Серед дітей Прикарпаття зменшення поширеності і захворюваності ЩЗ спостерігається в гірській та рівнинній місцевості. В передгір'ї Карпат показники патології ЩЗ залишаються стабільними.

Серед підлітків гірської місцевості також спостерігається вищий рівень розповсюженості усіх захворювань ЩЗ та має тенденцію до зниження від 194,1 у 2014 р. до 138,4 на 1 тис. підлітків у 2017 р. ($p < 0,001$), в передгірських районах – від 135,3 до 123,9 на 1 тис. підлітків ($p < 0,05$), однак рівнинній місцевості зростає від 102,7 до 115,8 на 1 тис. підлітків ($p < 0,05$) відповідно. Показники захворюваності тиреоїдної патології в рівнинних районах нижчі, ніж в гірській місцевості (123,9 проти 138,4, $p < 0,05$).

З 2016 р. спостерігається тенденція до росту поширеності патології ЩЗ серед підлітків в передгірській місцевості від 115,4 на 1 тис. населення до 123,9 у 2018 р. ($p < 0,001$), а рівень захворюваності – від 19,9 до 20,4 відповідно ($p < 0,05$). В рівнинній місцевості також має місце аналогічна тенденція до підвищення як рівня поширеності так і захворюваності на одну тисячу підлітків відповідно.

Найвищий рівень розповсюженості усіх захворювань ЩЗ виявлено серед дітей усіх вікових груп гірської місцевості з тенденцією до зниження впродовж останніх п'яти років. В структурі захворювань ЩЗ переважає дифузний нетоксичний зоб в усіх клімато-географічних районах Прикарпаття з тенденцією до зниження, однак, найчастіше діагностується у дітей та підлітків гірської місцевості.

ФОРМУВАННЯ МІКРОБІОТИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ

Вознюк К.Є., Христан О.А.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Бобрикович О.С.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мікробіота являє собою ансамбль мікроорганізмів, які перебувають у створеному раніше середовищі. У різних частинах тіла людини є скупчення бактерій, таких як поверхневі або глибокі шари шкіри (мікробіота шкіри), рот (пероральна мікробіота), піхву (вагінальна

мікробіота) і так далі. Профіль мікробіоценозу в кожній дорослій людині є індивідуальним. Але існує три загальних енетротипи за складом головних видів мікробіоти: *Bacteroides*, *Prevotella* і *Ruminococcus*. Особливості індивідуального профілю мікробіоценозу визначають індивідуальну відповідь на дієту, лікування та різні види захворювань.

Враховуючи головну роль мікробіоти кишечника у нормальному функціонуванні організму та різних функціях, які він виконує, фахівці сьогодення розглядають його як «орган». Вважалося, що кишечник плоду є стерильним та його заселення розпочинається відразу після народження. Останнім часом з'явилися повідомлення про наявність бактерій у навколоматковому просторі та припущення, що вони можуть впливати на мікробіоту новонародженого. На цей процес впливають такі фактори, як характер вигодовування, родинне оточення, захворювання, медичні втручання тощо.

У свою чергу, від збалансованості складу мікробіоценозу залежать темпи розвитку дитини, загальний стан її здоров'я. Рання колонізація впливає на формування кишечника, розвиток імунної системи та метаболізму, а також доведено, що будь-які зміни в складі мікробіоти, що відбулись у дитинстві під впливом факторів зовнішнього середовища, можуть суттєво впливати на функціонування імунної системи, розвиток метаболізму (наприклад, ожиріння), продукції метаболітів та вітамінів, захисту слизової від колонізації патогенами і навіть на розвиток когнітивної сфери. Перш ніж мікробіота сформує свій специфічний та індивідуальний профіль вона долає складний шлях пошуку оптимальних сполучень та співвідношень. Тому важлива роль у запобіганні розвитку та лікуванні захворювань відіграє якісний баланс між мікробіомом, раціоном харчування та способом життя. Мікрофлора дитини раннього віку відрізняється від дорослого меншим різноманіттям складових, вищою чутливістю до зовнішніх впливів та більш фізіологічним значенням для організму. Раннє застосування антибіотиків у дітей, що народились із надзвичайно низькою масою тіла, призводило до зниження як загального числа представників мікробіоти у фекальних масах, так і до їх варіабельності. Останнім часом з'явилися дані про те, що саме зниження варіабельності складу кишкової мікрофлори новонародженого може бути суттєвим фактором ризику розвитку сепсису.

Зберегти мікробіоту кишечника допоможуть: раціональне використання антибактеріальних препаратів; зменшення кількості кесаревих розтинів, без показань; сприяння грудному вигодовуванню; зни-

ження антимікробних продуктів в нашому середовищі; покращення дієти шляхом збільшення кількості клітковини та різноманітності харчових продуктів; додавання до дієт функціональних харчових продуктів, що містять про-, пре- і постбіотики. Також не слід забувати, що намагаючись відновити мікробіоту, ми можемо зіткнутись з низкою проблем, особливо враховуючи те що ми не в повній мірі розуміємо механізм взаємодії мікроб-господар і мікроб-мікроб, та розуміння саме «здорового мікробіому»

Отже, численними дослідженнями доведено, що мікробіот, як «другий геном» людини впливає не тільки на шлунково-кишковий тракт, а й на центральну нервову, серцево-судинну системи, а також на обмін речовин та імунітет. А для нормального функціонування мікробіоти необхідно збалансовано харчуватись продуктами, які збагачені пробіотичними речовинами, вести здоровий спосіб життя, запобігати стресам та вчасно звертатися до лікаря.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА

Коваль Н.П.

Науковий керівник – Сем'янчук В.Б.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Синдром Блоха-Сулцьбергера (сімейна форма нетримання пігменту, нейрошкірний меланобластоз) – генетичне захворювання, характеризується порушенням метаболізму меланіну у шкірі. Патологія Х-щеплена, при якому мутантний алель являється домінантним. Вперше описаний синдром в 1906 р. А. Garrod. Більш детально описали синдром В. Bloch в 1926 році і М. Sulzberger в 1927 році. Частота захворювання синдрому Блоха-Сулцьбергера становить 1:91000 тис. населення. В даний час встановлено, що даний синдром зумовлений мутацією Nemo ІКК-У- gene, який локалізований на Хq 28.

У клінічному перебігу синдрому Блоха-Сулцьбергера виділяють стадії: бульозну, везикулярну, гіпертрофічну, пігментну та атрофічну.

Шкірні зміни виникають у дітей при народженні або в перші тижні після народження. Типові зміни: еритематозно-везикулярні висипання, розташовані лінійно на згинальних поверхнях кінцівок

і бокових поверхнях тулуба, вздовж лінії Блашко і проєкції нервів. Висипання з'являються в перші 2 тижні життя дитини, які зникають до 6 місяців. Надалі змінюються на ділянки гіперпігментації. Протягом років формуються зони гіпопігментації і атрофії, які у дорослих виступають найбільш частими шкірними ознаками. Окрім ураження шкіри для пацієнтів з синдромом Блоха-Сультцбергера характерні інші ектодермальні ураження.

Розвиваються ураження зорового аналізатора: косоокість, ністагм, кератит, катаракта, відшарування сітківки, які можуть виникати на першому році життя та атрофія зорового нерва.

Порушення з боку нервової системи: епілепсія, олігофренія, парези, спастичні паралічі, розумова відсталість. Може бути легенева гіпертензія, дистрофія нігтів, зубів, асиметрія грудної клітки, додатковий сосок, алопеція.

Клінічний випадок:

Нами була обстежена дівчинка 8 міс., яка поступила у алергологічне відділення з діагнозом: мультиформна еритема бульозна. При огляді виявлено множинні еритематозно-пігментні та папульозно-бульозні лінійні висипання по лініях Блашко. Окремі бульозні елементи були вкриті щільною кіркою. З анамнезу відомо, що перші симптоми у дитини з'явилися в пологовому відділенні, де діагностували та лікували герпес шкіри. Проведено наступні обстеження: загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, імунограма, які були в межах норми. Нейросонографія, ультразвукова діагностика, ехокардіоскопія не виявили патології. Диференційний діагноз проводили з оперізуючим герпесом, бульозним імпетиго, мастоцитозом, синдромом Лаєла. Стан дитини регресував повільно. Тому і запідозрили синдром Блоха-Сультцбергера. Генетичне підтвердження даного захворювання в Україні не проводиться. Однак наявність клінічних критеріїв підтверджує діагноз.

Лікування: дитина до постановки діагнозу отримувала інфузійну терапію глюкокортикоїдами, антигістамінні препарати, обробку шкіри місцевими анестетиками. Після встановлення діагнозу дано рекомендації: при вираженому загостренні шкірних проявів використовувати місцеві глюкокортикоїди та антисептики.

На даний момент дівчинці три роки. Уражень ЦНС та органу зору не виявлено. Бульозні висипання на фоні респіраторних захворювань періодично рецидивують. На шкірі голови наявні вогнища рубцевої алопеції. Спостерігаються атрофічні зміни шкіри та вогни-

ща пігментації по лініях Блашко.

Висновок: Отже, симптоматика та клінічні ознаки синдрому Блоха-Сульцбергера дозволяють нам вчасно розпізнати захворювання та провести динамічне спостереження для виключення ураження зорового нерва та ЦНС у дітей на ранніх стадіях.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ ПРИ ВІРУСІНДУКОВАНОМУ ФЕНОТИПІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Мельник Т.Д.

Науковий керівник – асист. Фофанов В.О.

Кафедра дитячих хвороб ПО

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

За останні десятиліття значно підвищилась захворюваність на бронхіальну астму (БА) у всьому світі. Але стратегія профілактики БА розроблена лише в 25% країн світу, у 30-40% дітей не вдається досягти тривалого контролю БА. Існує прямий корелятивний зв'язок між сезонним підйомом захворюваності на гострі респіраторні інфекції (ГРІ) і частотою госпіталізацій з приводу загострень БА. Хворі на вірусіндуковану БА схильні до рецидивування ГРІ, у них відзначається зниження протівірусного і протимікробного захисту, що до певної міри обумовлено наявністю дизрегуляторних порушень в системі інтерферону (IFN). Особливе місце IFN в антиінфекційній резистентності зумовлено тим, що індукція їх синтезу передують формуванню специфічних імунних реакцій. В останні роки доведена протівірусна ефективність рекомбінантного α -2 β -інтерферону людини. Нашу увагу привернув вітчизняний препарат рекомбінантного α -2 β -інтерферону - лаферобіон, який окрім протівірусної дії, має антиоксидантні властивості завдяки вмісту у ньому вітамінів С та Е. **Метою** нашого дослідження було визначення ефективності застосування рекомбінантного α -2 β -інтерферону у дітей, хворих на вірусіндуковану БА. **Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 66 дітей віком від 5 до 15 років з вірусіндукованим фенотипом персистуючої БА легкого та середнього ступеня тяжкості. З метою вивчення ефективності рекомбінантного α -2 β -інтерферону (лаферобіону) обстежені діти були розподілені на 2 групи: основну групу склали 36 дітей, яким окрім базисної терапії, призначали лаферобіон, в групу порівняння ввійшли 30 дітей, які

отримували лише базисну та симптоматичну терапію. Контрольну групу склали 20 здорових дітей, які не хворіли на гострі інфекційні захворювання протягом останніх 2 місяців і не мали хронічної патології. Хворі у сформованих групах не відрізнялись за віком, статтю та ступенем тяжкості БА. У всіх дітей визначали показники системного імунітету та вміст цитокінів ІЛ-1, ІЛ-4, TNF- α та IFN- γ . **Результати дослідження.** Проведені дослідження показали, що імунологічний статус у дітей з БА в періоді нападу характеризується дизімуноглобулінемією, зниження показників клітинного імунітету та дисбалансом цитокінового статусу. Встановлено, що під впливом рекомбінантного IFN- α -2 β рівень імуноглобуліну Е (IgE) знижувався в 2,2 рази, а концентрація IgA підвищувалась в 1,7 рази, в той час як у дітей групи порівняння рівень загального IgE знижувався лише в 1,2 рази, вміст IgA підвищувався в 1,2 рази. У дітей з БА, які отримували рекомбінантний IFN- α -2 β , відмічено підвищення загального числа Т-лімфоцитів (CD3+) та субпопуляції CD4+ в 1,5 рази. Імунорегуляторний індекс (CD4/CD8) під впливом лікування підвищувався вдвічі, тоді як у дітей, які отримували лише базисну терапію він майже не змінювався. Доведено також, що під впливом інтерферонотерапії спостерігається тенденція до нормалізації вмісту цитокінів в крові: суттєво знижується вміст ІЛ-1 ($98,61 \pm 6,89$ пг/мл) в порівнянні з показником до лікування ($163,72 \pm 13,44$ пг/мл; $P < 0,001$), концентрація ІЛ-4 знижувалась в 1,7 рази, TNF- α - в 2,2 рази в порівнянні з показниками до лікування. Найбільше змінювався під впливом лаферобіону вміст IFN- γ : він підвищувався в 2,7 рази в порівнянні з показником до лікування, тоді як у дітей, які отримували лише базисну терапію, його рівень підвищувався лише в 1,6 рази.

Висновок. Застосування рекомбінантного α -2b-IFN при вірусіндукованому фенотипі БА сприяє модуляції імунної відповіді по клітинному і гуморальному типам та корекції дисбалансу цитокінового статусу. Під впливом застосування лаферобіону в супозиторіях знижується частота ГРІ та нападів БА, препарат є безпечним, добре переноситься хворими і не призводить до розвитку побічних ефектів. Його використання є перспективним в якості одного із заходів профілактики нападів БА у дітей, які часто хворіють на ГРІ.

Для нотаток

Підписано до друку 10.04.2019 р. Формат 60 × 84 ¹/₁₆. Папір офсетний.
Гарнітура *UkrainianSchoolBook*. Умовн. друк. арк. 5,5
Замовний. Замовлення №10.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
76018. м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного
реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.