Українські Медичні Вісті

Т. 14 • № 3–4 (92–93) • 2022 НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у Києві, відновлено 1997 р.

ЗАСНОВНИК
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
у Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВІДУВАЧ РЕДАКЦІЇ
Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ
Базилевич Андрій Ярославович
(Львів, Україна)
Богомолець Ольга Вадимівна
(Київ, Україна)
Волосовець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Кехайов Андрей Веселинов
(Софія, Болгарія)
Князевич Василь Михайлович
(Київ, Україна)
Корпан Микола Миколайович
(Відень, Австрія)
Кравченко Володимир Григорович
(Полтава, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)
Мойсеєнко Валентина Олексіївна
(Київ, Україна)
Степаненко Віктор Іванович
(Київ, Україна)
Татарчук Тетяна Феофанівна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА
Батрух Андрій
(Євер, Німеччина)
Величко Валентина Іванівна
(Одеса, Україна)
Вієвський Анатолій Миколайович
(Київ, Україна)
Гаврилюк Сергій Олегович
(Київ, Україна)
Карабаєв Даніель Таїрович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїлович
(Одеса, Україна)
Мушак Світлана Олександрівна
(Київ, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Сорока Іван Миколайович
(Київ, Україна)
Яніна Антоніна Миколаївна
(Київ, Україна)

ISSN 2709-4456 (Print)
ISSN 2709-6432 (Online)
www.umv.com.ua

Адреса редакції
01033, Київ, вул. Л.Толстого, 7
Тел.: +38 (067) 447 32 21
е-пошта: abazylevych@ukr.net

Підписано до друку
20.10.2022 р. Формат 60×84 1/8.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 200 пр.

Видруковано
СПД ФОП Марусич М.М.
м. Львів, пл. Князя Я. Осмомисла, 5/11
тел./факс: (032)261-51-31
e-mail: interprint-m@ukr.net

Цілковите або часткове розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу.

© ВУЛТ, 2022

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО УЧАСНИКАМ КОНГРЕСУ ПРЕЗИДЕНТА СФУЛТ 3
Проф. А. Базилевич

МАТЕРІАЛИ ХІХ КОНҐРЕСУ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) 27–29.10.2022, м. УЖГОРОД 4

УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ 4

ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ, ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ 7
ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ. ЛІЦЕНЗУВАННЯ, СЕРТИФІКАЦІЯ, АКРЕДИТАЦІЯ. БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І МЕДИЧНА ОСВІТА 7

ЗМІНИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 18
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І СПРОМОЖНІСТЬ ДО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ 18

РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ЛАНОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я 21

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД: ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ (БОЙОВА, ПОБУТОВА ТРАВМА), АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ 26

НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ 32
АКУШЕРСТВО ТА ҐІНЕКОЛОҐІЯ 32
ПЕДІАТРІЯ 56
КАРДІОЛОҐІЯ, РЕВМАТОЛОҐІЯ 57
ПУЛЬМОНОЛОҐІЯ, ФТИЗІАТРІЯ 67
ҐАСТРОЕНТЕРОЛОҐІЯ 73
НЕФРОЛОҐІЯ, УРОЛОҐІЯ 78
НЕВРОЛОҐІЯ, НЕЙРОХІРУРҐІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ 80
ІМУНОЛОҐІЯ, АЛЕРГОЛОҐІЯ 88
ОТОРИНОЛАРИНҐОЛОҐІЯ 90
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, СНІД, ВІРУСОЛОҐІЯ, ЕПІДЕМІОЛОҐІЯ 93
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОҐІЯ 96
ПСИХОЛОҐІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОҐІЯ, НАРКОЛОҐІЯ 97
ХІРУРҐІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОҐІЯ, ІМПЛАНТОЛОҐІЯ, КОСМЕТОЛОҐІЯ 100
ТРАВМАТОЛОҐІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ 109
ОНКОЛОҐІЯ. ГЕМАТОЛОҐІЯ 110
СТОМАТОЛОҐІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРҐІЯ 113
ФАРМАКОЛОҐІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОҐІЯ, ТОКСИКОЛОҐІЯ 122
СПОРТИВНА, ВІЙСЬКОВА, КОСМІЧНА МЕДИЦИНА 123
ГЕРОНТОЛОҐІЯ, ПРОФПАТОЛОҐІЯ 124
РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ ТА КУРОРТОЛОҐІЯ 127
САНОЛОГІЯ, ГІҐІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАҐНОСТИКА 130
АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОҐІЯ, ФІЗІОЛОҐІЯ, МІКРОБІОЛОҐІЯ 136
СУДОВА МЕДИЦИНА, ПАТАНАТОМІЯ, ПАТОГІСТОЛОҐІЯ 142
НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАҐНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ 143
ҐЕНЕТИКА, ДЕМОҐРАФІЯ 144

УПРАВЛІННЯ І ОРҐАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА 145

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОҐІЯ) 154
ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ 156

МАТЕРІАЛИ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОҐІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ 30.06.2022, м. КИЇВ 162

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО УЧАСНИКАМ КОНГРЕСУ ПРЕЗИДЕНТА СФУЛТ

ХІХ Конгрес СФУЛТ цього разу проходить в складних умовах воєнного протистояння ЗСУ та українського народу нічим не спровокованій російській агресії. Як ми бачимо всі українці, незалежно від того, де зараз знаходяться, об'єднались у цій боротьбі та демонструють неймовірну сміливість, жертовність і силу духу. Агресор, не розуміючи менталітет українців, сподівався знищити нашу державу за пару днів, але натомість зазнав в Україні повне фіаско, як у стратегічному військовому, так і в політичному відношенні. Побачивши свою нездатність перемогти ЗСУ на полі бою, російська армія підло розстрілює цивільне населення, нищить наші міста та села, не зупиняється ні перед чим. Вони варварським чином знищують цілі лікарні, поліклініки, машини швидкої допомоги та важливу інфраструктуру, вбивають лікарів і медиків під час виконання ними своїх професійних обов'язків. В результаті цього велика кількість українського населення залишається без медичної допомоги. Ми кваліфікуємо всі ці зухвалі та нелюдські дії російської влади, як геноцид проти українського народу.

В умовах, коли українські військові демонструють цілому світу свій героїзм та професіоналізм, ми, лікарі, відчуваємо особливу відповідальність у повсякденній праці на користь здоров'я наших воїнів та всіх українців. Сьогодні, в умовах війни, працю українських медиків можна також вважати героїчною. Українські лікарі надають медичну допомогу, проводять хірургічні втручання в операційних під повітряні нальоти і навіть під постійним бомбардуванням, бригади швидкої допомоги першими виїжджають на виклик до постраждалих будівель.

З перших днів війни українські медики та всі громадяни відчувають постійну підтримку наших колег зі всього світу. Нам допомагають і члени крайових організацій СФУЛТ, і лікарі багатьох країн, які об'єдналися з метою підтримки української держави, та й принципів демократії, незалежності і гуманізму. Вдячні всім безмежно! Ми дуже вдячні кожному з Вас за допомогу та підтримку українських лікарів і Українського народу у важкі для України часи.

Але є цікавий момент в історії СФУЛТ, який не можемо залишити поза увагою. 100 років з часу створення першого закордонного товариства українських лікарів – СПІЛКА УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ В ЧЕХОСЛОВАЧЧИНІ. 31 жовтня 1922 року відбулися організаційні збори СУЛ і 33 лікарі прийняли рішення про створення організації, яка мала на меті головні завдання: об'єднання українських лікарів у еміграції, допомога їм у професійному вдосконаленні, в науковій праці, культурно-просвітницькій діяльності та підтримка в громадській роботі. І це Спілці Українських Лікарів у Чехословаччині вдалося в повній мірі.

А ми продовжуємо творити історію СФУЛТ та всієї України.

Тому сердечно бажаю успіху роботі ХІХ Конгресу СФУЛТ!

Також бажаю нам швидше здобути омріяну перемогу та мирного неба над Україною на всі віки та всі покоління!!!

Разом до ПЕРЕМОГИ!

СЛАВА УКРАЇНІ!!!

Президент СФУЛТ, професор Львівського
національного медичного університету
імені Данила Галицького
Андрій БАЗИЛЕВИЧ

МАТЕРІАЛИ ХІХ КОНҐРЕСУ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) 27–29.10.2022, м. УЖГОРОД

УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

СПІЛКА УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ В ЧЕХОСЛОВАЧЧИНІ (до 100-річчя створення)

Базилевич А. Я.[1], Бобинець М. С.[2], Бойчак М. П.[3], Цибуля А. Л.[4]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Пряшів, Асоціація лікарів українців-русинів Словакії*
[3]*м. Київ, Українська військово-медична академія*
[4]*м. Прага, Українське лікарське товариство Чехії*

Перша спроба заснувати професійну лікарську спілку в Чехословаччині була в 1919 році в Празі. Але політичні баталії відсунули цю справу до 1922 року, коли кількість національно свідомих українських лікарів у Чехословаччині значно зросла. 31 жовтня 1922 року відбулися організаційні збори СПІЛКИ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ В ЧЕХОСЛОВАЧЧИНІ (СУЛЧ). Засновниками СУЛЧ були 33 лікаря. Першим на порядку денному стояло питання про ухвалення проекту статуту об'єднання, з яким виступив Борис Павлович Матюшенко [1].

Присутні схвалили його і висловили доповідачеві повну довіру щодо постановки справ у організації. Статут містив чотири головні завдання:

1) об'єднання українських лікарів у еміграції,
2) допомога їм у професійному вдосконаленні, в науковій праці,
3) культурно-просвітницькій діяльності
4) підтримка в громадській роботі.

Першим головою спілки на загальних зборах було обрано головного ініціатора її заснування професора Бориса Матюшенка (1883–1944), уродженця Києва, який мав за плечима чималий професійний і громадсько-політичний досвід. Вже з 1903 р. він був активним діячем Революційної української партії, з грудня 1905 – Української соціал-демократичної робітничої партії. З літа 1917 р. очолював Головну медично-санітарну управу при генеральному Секретаріаті Української Центральної Ради Української Народної Республіки. За періоду Української Держави — завідувач департаменту здоров'я міністерства здоров'я та опікування, у листопаді 1918 – лютому 1919 — міністр здоров'я та опікування Української Народної Республіки. У 1919 – квітні 1920 — голова дипломатичної місії УНР у Бельгії. У 1920–1921 рр. очолював Закордонне бюро Українського Червоного Хреста. З грудня 1921 р. викладав в Українському вільному університеті у Празі. Один з фундаторів Української господарської академії в Подебрадах (Чехословаччина), професор, доктор медицини Карлового університету у Празі [2]. Завдяки таланту й енергії доктора Б. П. Матюшенка українські лікарі в Празі з дозволу першого президента Чехословаччини Томаша Масарика створили СУЛЧ. Під керівництвом Бориса Матюшенка (який її очолював до 1935 року) спілка розгорнула надзвичайно широку і багатогранну діяльність. Активність СУЛЧ була настільки помітною, що нею почав цікавитися празький уряд, який на одному зі своїх засідань вирішив матеріально підтримати її. Співчутливо ставлячись до українського національно-визвольного руху, дбаючи про здоров'я нації, зокрема активізуючи боротьбу з такою недугою, як туберкульоз, Томаш Масарик з великою увагою сприйняв ідеї українців [1].

10 листопада 1922 року Статут СУЛЧ подали на затвердження урядові Чехословаччини і вже 10 грудня 1922 р. уряд Чехословаччини затвердив статут СУЛЧ.

Заступником спілки і скарбником було обрано доктора Івана Рихло, секретарем – доктора Антіна Гончаренка. Слід зазначити активну роль в заснуванні СУЛЧ видатного українського лікаря, суспільного діяча, Євмена Лукасевича (1871–1929). Євмен Лукасевич був одним з організаторів Українського Червоного Хреста, директором Департаменту охорони здоров'я УНР (1918). Наприкінці 1918 – на початку 1919 року очолював надзвичайну дипломатичну місію Української Держави (згодом — Української Народної Республіки) у Берні (Швейцарія), доклав чимало зусиль для визнання України країнами Антанти. У 1920-х роках — міністр закордонних справ Державного центру УНР на еміграції. Був редактором часопису «Українські медичні вісті» — першого на Наддніпрянській Україні періодичного медичного видання [3].

Також активно сприяв діяльності СУЛЧ ректор щойно організованого в Празі Українського вільного університету, першого вищого навчального закладу і наукової установи української еміграції за кордоном доктор С. Дністрянський. Він побував з візитом у Чехословацькому уряді й розмовляв з міністром Вацлавом Гірсою, який з дозволу президента Томаша Масарика згодився щомісяця асигнувати на стипендії українським лікарям 25 тисяч крон. Неодруженим призначали стипендію розміром у 1000 крон на місяць, одруженим – по 1500 крон і на дитину ще по 200. Президія СУЛЧ на нараді 31 грудня 1922 року ухвалила, що всі члени організації щомісяця мають вносити по 10 крон у касу СУЛЧ. Так поступово почав налагоджуватися матеріальний бік життя лікарів на чужині [1].

Незабаром СУЛЧ домоглася від уряду дозволу на переїзд до Чехословаччини ще десятьох кваліфікованих лікарів, інтернованих у Польщі та інших країнах. Оскільки кількість членів СУЛЧ зростала й тих, хто потребував матеріальної підтримки, ставало більше, довелося регулювати видачу стипендій. Від трьох місяців до року її отримували 9 чоловік, до двох – 6 лікарів, до трьох – троє, до чотирьох – один і до п'яти – шестеро. Всі, хто отримував матеріальну допомогу, виправдали цю турботу про них, працюючи в клініках асистентами, активно беручи участь у наукових з'їздах та нарадах [1].

Від 1923 по 1928 рік Спілка одержала з державного бюджету 672 000 чеських крон. З цієї суми окремі лікарі в Празі отримали стипендії для свого фахового удосконалення. Завдяки цій матеріальній допомозі посилилась і її науково-видавнича діяльність. В часі, коли в Україні не було жодного фахового медичного журналу, Спілка українських лікарів в Празі почала видавати «Український Медичний Вісник». Це було неперіодичне видання українською мовою. На його сторінках друкувались праці не тільки лікарів-емігрантів, але також праці деяких авторів з Києва, Львова, Чернівців. Журнал зазнав дуже високу оцінку з боку Світової організації лікарів. Але «Український Медичний Вісник» лікарі найбільше цінували за те, що він виходив рідною українською мовою. На його сторінках формувалась українська медична термінологія і було закладено фундамент до видання «Українського медичного словника» [1].

Певною підготовкою до такого видання був «Латинсько-український медичний словник» Мартирія Галипа (колишнього голови термінологічної комісії Міністерства охорони здоров'я Української держави), підготовлений до друку Борисом Матюшенком і Василем Наливайком (Прага, 1926). Більшість тиражу словника було вислано в радянську Україну, де голод по такому словнику був особливо відчутний [1].

Подолянин – Василь Наливайко (1886–1938), колишній військовий лікар Української Галицької Армії, був заступником голови Спілки та Б. Матюшенка. В Чехії, куди прибув у 1923 році, працював хірургом в чеських клініках. Видання науково-фахового «Українського медичного Вісника» за кордоном підштовхнуло медичні кола в Україні видавати вдома аналогічний медичний журнал. В 1925 році в Києві починають виходити «Українські Медичні Вісті», а у Львові було відновлено видання органу Українського лікарського товариства «Лікарський Вісник» [1].

Появу таких двох фахових часописів на українських землях лікарі на еміграції щиро привітали, але одночасно зробили велику помилку, прийнявши рішення про закриття свого «Вісника» який виходив в Празі від 1923 до 1925 року під редакцією згадуваного вже Б. Матюшенка. Закриття закордонного «Українського Медичного Вісника» вело за собою апатичні настрої серед лікарів-емігрантів, які до того часу були активними дописувачами журналу.

9 листопада 1922-го за схвалення всіх членів СУЛЧ першим її почесним членом обрали професора Карлового університету в Празі, вченого зі світовим іменем, українця за походженням Івана Горбачевського (1854–1942), в 1902–1903 рр. він був ректором Празького університету, в 1917–1918 рр. – очолив міністерство здоров'я Австрії. Був одним з ініціаторів створення Українського вільного університету у Відні й Празі, в 1923–1924 і 1931–1935 рр. очолював його [1].

16 січня 1923 р. за дорученням СУЛЧ Б. П. Матюшенко звернувся до керівництва Карлового університету в Празі з проханням надати дозвіл українським лікарям працювати в його клініках, що було втілено.

На початку 20-х років СУЛ в Чехословаччині була єдиною організацією українських лікарів у світі, що активно працювала. Одним із найважливіших напрямів діяльності СУЛЧ було надання можливості українцям, які емігрували до Чехословаччини, отримати медичну освіту. Наші співвітчизники вивчали медицину в Карловому університеті в Празі, де вони розпочинали і закінчували навчання, або продовжували свою освіту, почату в Українському (таємному) університеті у Львові, чи в інших вищих медичних закладах України [1].

Наприкінці 20-х та на початку 30-х років державна допомога українській еміграції з боку уряду Чехословаччини значно зменшилася. Це було зумовлене не лише економічною кризою, але й приходом до влади промосковських антиукраїнських сил. Це відбилося й на діяльності Спілки українських лікарів Чехословаччини, яка після припинення видання «Українського Лікарського Вісника» змушена була значно обмежити свою діяльність.

Як я згадував, зміна політичного клімату в Чехії вела до того, що чеські лікарські організації почали негативно ставитися до лікарів чужинецького походження і не лише не дбали про їхні інтереси, але часто навіть їм шкодили.

Не малу роль в цьому зіграв факт, що велика кількість чеської інтелігенції, в тому числі й лікарів, була русофільського спрямування і до лікарів-українців ставилась зневажливо.

СУЛЧ підтримував зв'язки з лікарями Західної та радянської України, та лікарями, які працювали за кордоном (США, Канади та інших країн). СУЛЧ взяла активну участь у збиранні засобів на спорудження у Львові госпіталю й клініки за назвою «Народна лічниця» важливої для безкоштовного лікування потребуючих.

Спілка українців у Чехословаччині була членом Всеслов'янського лікарського союзу. Спочатку це членство приносило їй реальну користь, бо керівництво цього найбільшого міжнародного об'єднання слов'янських лікарських організацій з порозумінням ставилося до національно-визвольних змагань закордонних українців.

Спілка українців у Чехословаччині була членом Всеслов'янського лікарського союзу. Спочатку це членство приносило їй реальну користь, бо керівництво цього найбільшого міжнародного об'єднання слов'янських лікарських організацій з порозумінням ставилося до національно-визвольних змагань закордонних українців.

У 1938 році СУЛЧ підтримала ініціативу Львівської лікарської громади щодо створення в Празі Музею визвольної боротьби України й почала збирати гроші на купівлю приміщення [1].

Виникнення Карпатської Української Держави й інші події кінця 1938 р. внесли значні зміни в житті СУЛЧ. Чимало її членів виявили бажання працювати в Карпатській Україні і переселилися туди. За повідомленням Уряду Карпатської України в 1939 році на її теренах ординували 132 лікарі, між ними 50 українців, 24 росіян, 10 чехів, 41 єврей і 7 інших національностей.

В 1939 р. із приблизно 150 лікарів української національності, що жили в Чехословаччині, 119 були членами СУЛЧ (з них три почесні: Іван Горбачевський, колишній ректор Карлового університету, Всеволод Гармашів – ректор українського високого педагогічного інституту ім. Драгоманова в Празі та Модест Левицький – лікар Української господарської академії в Подебрадах.

Останнім головою Спілки був М. Завальняк, обраний загальними зборами у вересні 1940 р. На жаль, в тому ж році німецька окупаційна влада Чехії припинила діяльність СУЛЧ. Проте багато членів Спілки, переїхавши в інші країни (США, Канаду, Німеччину, Австрію та інші), створювали там товариства українських лікарів та продовжували працювати на майбутнє України.

Список використаних джерел

1. Бойчак М. П., Лякіна Р. М. Українські лікарі за кордоном (Польща 1920–1924, Чехословаччина 1922–1940 рр.). Київ : Медінформ, 2009. 190 с.
2. Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. ; Інститут історії України НАН України. Київ : Наук. думка, 2009. Т. 6 : Ла — Мі. 784 с.
3. Ганіткевич Я. В. Євмен Лукасевич — український лікар, науковець-педіатр, громадсько-політичний діяч (до 130-річчя від дня народження). *Львівський медичний часопис*. 2002. № 2.

ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ, ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ. ЛІЦЕНЗУВАННЯ, СЕРТИФІКАЦІЯ, АКРЕДИТАЦІЯ. БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І МЕДИЧНА ОСВІТА

ЩО НЕ ТАК ІЗ ЗАКОНОПРОЕКТОМ ПРО САМОВРЯДУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ?

Базилевич А. Я.
Президент СФУЛТ
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Законопроект України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні», який мав би передбачати впровадження нової моделі самоврядування медичної та фармацевтичної діяльності та делегування певних функцій і повноважень медикам, є дуже необхідний для утвердження європейських та світових стандартів в Україні. Законопроект, запропонований МОЗ України 8.09.2022, викликав жваве обговорення в професійному середовищі. Багато організацій не вважають за можливе прийняти його в тій редакції, яка є. Тому що по відношенню до проваленого Верховною Радою проекту Закону про самоврядування медичних професій в Україні (2445-д від 03.07.2020) цей Законопроект, запропонований МОЗ України, змінив назву законопроекту і незначно змінив деякі положення, так щоб «пройти зауваження з корупційності». Адже комітет ВРУ з питань антикорупційної діяльності визнав, що законопроект 2445-д містить окремі положення, які створюють корупційні ризики. Також, законопроектом 2445-д не було визначено на законодавчому рівні прозорої процедури формування органів професійного самоврядування медичних професій і палат медичних професій. Як тоді можна говорити про відповідність світовій практиці та самій суті самоврядування?

Звичайно впровадження в Україні самоврядування в медицині є вкрай необхідним. Що ж **не відповідає** засадам та принципам стосовно істинного лікарського самоврядування, які запроваджені в світовій практиці, та історичному надбанню в розвитку лікарських товариств в Україні в запропонованому МОЗ законопроекті?

Запровадження розділення лікарів на три «палати»: **лікарів-спеціалістів, лікарів сімейної медицини та стоматологів** не є доречним. Те, що медсестри і фармацевти можуть мати власні, окремі професійні самоврядні організації – відповідає світовій практиці. Тоді як виокремлення окремої самоврядної організації у стоматологів зустрічається не у всіх країнах. А **відокремлення лікарів сімейної медицини від лікарів-спеціалістів немає в ЖОДНІЙ країні світу**!!!

а) По-перше, це є роз'єднанням лікарської спільноти.

б) Кожна «палата» має свій реєстр, і якщо лікар має дві спеціальності, він буде в двох реєстрах. Тоді держава буде рахувати не лікарів, а «крісла», які вони займають. Військовий час вже довів, що це є помилкою, коли не розумієш скільки в держави є потенціалу. Також на кожну палату йде окреме фінансування з внесків лікарі, що необґрунтовано збільшує видатки.

в) Не варто стоматологів сприймати, як зовсім інших лікарів, зараз нарешті, з огляду на досвід війни й лікування та реабілітації бойової/воєнної травми, визнано: стоматологи – такі ж лікарі-спеціалісти.

Сьогодні ж в госпіталях чи на передовій за одним операційним столом працює хірург судинний, травматолог, нейрохірург, ЛОР і лікар-стоматолог (щелепно-лицевий хірург) й на етапі реабілітації лікар-стоматолог нарівні з іншими спеціалістами відновлює стоматологічне здоров'я, яке одним із фундаментальних факторів загального здоров'я та довголіття. Тому, стоматологи, такі, як інші, і мають з колегами сідати за один стіл обговорення і прийняття рішень з професійних питань.

Наша позиція: професія – лікар, все решта – спеціалізації, які стосуються одного, спільного для всіх предмета – ЛЮДИНИ і її ЗДОРОВ'Я.

Але всередині ЄДИНА лікарська самоврядна організація МОЖЕ:

- складатись з трьох структур – федеративний устрій всередині самоврядної організації: лікарів-спеціалістів, лікарів первинної ланки і стоматологів,
- кожна з яких має власний інструментарій вирішення особливих і специфічних професійних питань самостійно і внутрішній устрій субкорпорації, що регулюється статутом.

Окремим важливим питання є **ЛІКАРСЬКА ЕТИКА** (етичний кодекс) одна, спільна (!) і органи, що розв'язують етичні конфлікти спільні. Інакше буде потрібен арбітр і ним невідворотно лишиться чиновник або суд. Тому що постає питання єдиної етики, адже маршрут пацієнта здебільшого пролягає через всі спеціальності.

Запропонований законопроект пропонує "багатоетичність" – кілька етичних кодексів. Те, що медсестри і фармацевти можуть мати і власні Етичні кодекси, як і власні самоврядні організації – це світовий досвід.

ТОМУ пропонується об'єднати лікарів-спеціалістів, лікарів сімейної медицини та стоматологів і створити єдину ЛІКАРСЬКУ самоврядну організацію.

До питання назви майбутньої самоврядної лікарської організації. Вважаємо що запропонована **назва «ПАЛАТА»** тягнеться з ворожої нам країни – росії, де «Национальная Медицинская Палата» є «самоврядною» і далеко не самостійною в своїй діяльності організацією. Не гідно нам зараз брати НАРАТИВИ НАШОГО ВОРОГА!

Пропонується повернутися до притаманної Україні назви – «**УКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО**" чи «УКРАЇНСЬКА ЛІКАРСЬКА СПІЛКА».

Історично Українське лікарське товариство – це назва організації, яка започаткувала в 1910 році у Львові історію українських лікарських товариств. Вже пізніше в Києві у 1917 році зорганізувалася Спілка українських лікарів. В 1977 році була створена СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ), щоб об'єднати українських лікарів, яких доля, а часом радянська система спонукала покинути Україну. А вже в 1990 році відновилася робота ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА (ВУЛТ), організації, яка взяла на себе бути продовжувачем традицій Українського лікарського товариства у Львові та Спілки українських лікарів. ВУЛТ, починаючи з 2005 року, пропонує запровадити лікарське самоврядування в Україні, яке має базуватися на європейських та світових традиціях

Звичайно назвою організації можна взяти, як **НАЦІОНАЛЬНА АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ** (за прикладом єдиної на зараз в Україні самоврядної організації «НАЦІОНАЛЬНА АСОЦІАЦІЯ АДВОКАТІВ УКРАЇНИ»! Правда Україна втратить свою історичну українську автентичність. Але сьогодні ми точно не можемо погодитися на проросійську «палату» з її прорабським нутром!!!

В законі має бути передбачено **регіоналізації структури** і функціонування організацій професійного самоврядування з делегуванням знизу догори. В кожному регіоні має бути свій відділ самоврядної організації!!!

А також в перехідних положеннях пропонується **непрозорий механізм** організації створення майбутніх самоврядних організацій.

Запропонований склад робочої групи з питань проведення установчих Загальних зборів представників медичних та фармацевтичних професій мав би складатися з:

- чотирьох представників від центрального органу виконавчої влади, (що нормально);
- п'яти представників від Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Верховної Ради України (незрозуміло чому комітет Верховної Ради маючи законодавчу місію має виконувати непритаманну йому функцію і брати безпосередню участь);
- десяти представників від громадських формувань професіоналів у галузі медицини та/або фармацевтики (і ще не відомий механізм яких з величезної кількості вибрати ПРОЗОРО, і хто буде вибирати).

Неврахування зазначених пропозицій створює небезпеку прийняття закону, який не відповідатиме усталеним світовим і європейським засадам професійного самоврядування. Тоді як

впровадження в Україні найбільш ефективних моделей самоврядування сприятиме високій фаховості працівників ОЗ та зможе покращити якість надання медичної допомоги пацієнтам.

РОЛЬ ПРОФЕСІЙНИХ САМОВРЯДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В ДОТРИМАННІ ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ НАДАВАЧАМИ ПОСЛУГ У ГАЛУЗІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Божук Б. С.
м. Київ, м. Одеса

Одним з основоположних принципів ефективної комунікації пацієнта і лікаря є беззаперечна довіра до останнього, іншими словами, ефективно лікувати пацієнта може лікар, заключення, призначення та втручання якого не викликають жодних сумнівів. Особливо важливим цей фактор є в терапевтичній взаємодії у сфері психічного здоров'я!

Однак дотепер досить несформованими і розмитими є основні етико-деонтологічні детермінанти, якими мають керуватися фахівці у сфері психічного здоров'я у своїй професійній діяльності, а ще більш «безконтурною» є можливість реагування на порушення професійних і етичних норм та методи впливу на їх порушників. Дана ситуація породжує суттєві зловживання на всіх рівнях системи охорони психічного здоров'я. Можна виокремити основні напрямки зловживань, на які можна ефективно вплинути при ефективному функціонуванні професійних самоврядних організацій:

- короткострокова навчальна підготовка в психологічному напрямку осіб без базової психологічної освіти з врученням відповідних "сертифікатів";
- знаходження на керівних і науково-педагогічних позиціях на факультетах та кафедрах психічного здоров'я в закладах вищої освіти осіб, які не відповідають напрямку даного факультету/кафедри та/або не мають практичних вмінь і навиків роботи зі споживачами послуг;
- підміна термінології та професійних компетенцій між різними категоріями надавачів послуг з психічного здоров'я;
- незаконне приписування собі спеціальностей, рівнів освіти, наукових ступенів та звань серед надавачів послуг в галузі психічного здоров'я;
- використання недоказових підходів до лікування психічних розладів і напрямків психотерапії;
- низька кваліфікація окремих надавачів послуг та відсутність ефективної перевірки її рівня, особливо серед психологів.

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ: СПЕЦИФІКА РЕАЛІЗАЦІЇ У ФОРС-МАЖОРНИХ ОБСТАВИНАХ

Вергун А. Р., Ягело С. П., Стечак Г. М., Вергун О. М., Кіт З. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Питання виявлення недоліків дистанційної форми навчання студентів медичного факультету у форс-мажорних умовах та її розвиток є дуже актуальними через неможливість використання в умовах пандемії та воєнного стану звичної форми навчання, орієнтованої переважно на педагога, внаслідок чого заклади вищої освіти змушені були запровадити правила та інструкції, які допомагали полегшенню сприйняття навчального матеріалу і були орієнтовані на здобувачів освіти. Часткове використання онлайн формату для студентів медичних факультетів і викладачів закладів вищої освіти було невід'ємною частиною освітнього процесу. Проте перехід повністю на дистанційне навчання передбачає певну відповідальність і нові обов'язки, які є складовими навчального процесу. Наслідком ситуації, що склалася, стало зростання загальної цікавості всіх верств населення до дистанційного навчання в період *пандемії* гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 та продовженого в умовах повномасштабної війни. Проте для клінічних дисциплін наявні певні особливості, що детермінують застосування методик і елементів симуляційного й індивідуалізованого проведення

занять для студентів медичних факультетів, лікарів-інтернів і курсантів факультету післядипломної освіти. Усі заклади освіти змушені були розробити спеціальні робочі програми, що мають свої особливості у форс-мажорних обставинах, з урахуванням нових, специфічних умов викладання та провести дослідження щодо готовності студентів перейти на новий формат навчання, а саме: наскільки добре вони забезпечені необхідним обладнанням для отримання знань дистанційно, чи мають досвід роботи з необхідними для такої форми викладання програмами і наскільки відчувають себе компетентними для онлайн навчання. Проблема загострилася з початком повномасштабного російського вторгнення, бойових дій на Сході України, бомбардуваннями, ракетними ударами, повітряними тривогами, кібератаками, що детермінують нестабільність інтернет-з'єднання та порушення звичайної мережевої Zoom-комунікації.

Мета роботи: дослідження специфіки реалізації дистанційної освіти під час *пандемії* та воєнного стану; порівняння традиційного дистанційного навчання з дистанційним навчанням у форс-мажорних умовах, виявлення головних детермінант успішної організації процесу онлайн навчання.

Матеріал і методи. При виявленні різниці між традиційним дистанційним навчанням і дистанційним навчанням у форс-мажорних умовах застосовувався порівняльний педагогічний аналіз. Нами проаналізовано 318 навчальних презентацій, 2185 клінічних, інтраопераційних фото- та відеоматеріалів, що створені на теоретичних і клінічних кафедрах факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Через неможливість повністю синхронізувати існуючі онлайн курси з робочою програмою, терміновістю переходу від традиційної форми навчання чи часткового дистанційного навчання до дистанційної освіти як єдиної форми подання інформації, якість таких ресурсів не завжди відповідала базовим стандартам та очікуваним результатам. Логічний метод використовувався при створенні інструкцій та оптимізації засобів навчання і викладання.

Результати дослідження. На основі дослідження особливостей дистанційної форми навчання, впровадженої в період пандемії та продовженої в умовах воєнного стану, нами стверджено позитивні аспекти адекватного візуального представлення інформації у презентаціях клінічних лекцій. Вивчені результати опитування щодо ставлення здобувачів освіти та науково-педагогічних працівників до дистанційної форми навчання для виявлення недоліків такої освіти та розробки і впровадження відповідних інтернет-ресурсів на основі методів та засобів, що можуть використовуватися в онлайн навчанні для підвищення рівня успішності студентів. До епідемії коронавірусу дистанційне навчання використовувалось як допоміжний ресурс до традиційної форми навчання, що допомагав інтегрувати новітні технології в освітній процес. Дистанційна освіта під час епідемії COVID-19 була єдиним інструментом навчального процесу в усіх країнах світу.

Незважаючи на те, що в багатьох країнах відбувались природні та техногенні катастрофи, їхні наслідки не мали такого масштабу, як зміни, котрі спричинила коронавірусна хвороба. Учасникам освітнього процесу треба було терміново шукати нові засоби передачі інформації, організації навчання та системи оцінювання, не маючи для цього достатньо знань, навичок і ресурсів. Ці зміни розглядались як короткотривалі, що дозволять підтримати всі сторони процесу навчання до виходу з періоду вимушеної ізоляції. Проведений аналіз наукових праць, метою яких було порівняння особливостей традиційного дистанційного навчання з дистанційним навчанням в умовах пандемії, дозволив нам виділити основні аспекти, що впливають на якість освіти і рівень успішності та мають бути враховані при розробці нових навчальних програм і навчальних планів, зокрема для дистанційної форми навчання, впровадженої в період пандемії та продовженої в умовах воєнного стану.

У Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького для проведення дистанційного навчання, впровадженого в період пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 та продовженого в умовах воєнного стану, детермінованого збройною агресією, на морфологічних і клінічних кафедрах медичних факультетів наявні цифрові мікрорепозитарії, архіви презентацій, створені у форматах .ppt та .pptx пакетами ліцензованого програмного забезпечення MicrosoftOffice та LibreOffice. Такими презентаціями супроводжується 77,3 % лекційного матеріалу для студентів 1–3-го курсів, 83 % – для студентів 4–5-го курсів та 83,8 % – для студентів 6-го курсу і лікарів-інтернів. Також 70,2 % навчального матеріалу продубльовані на «хмарних сховищах» з метою резервного копіювання. Представлений інтраопераційний та інтраперев'язочний навчальний фото- та відеоматеріал крім даних, загальноприйнятих для опису клінічних спостережень, включає статистичні дані, результати лабораторного, інструментального, морфологічного досліджень, субтитри, голосові коментарі оперуючого хірурга та/або особи, що здійснює обстеження і голосові коментарі

викладача. Останні оптимізують проведення лекції, уніфікують представлення клінічного матеріалу, покращують його засвоєння студентами. Презентації для студентів 4–5-го курсів включають тематичну фото- та відеозйомку клінічних спостережень, результатів лабораторних та інструментальних досліджень; для студентів 6-го курсу і лікарів-інтернів – інтраопераційну фото- та відеозйомку, як з використанням вмонтованих відеореєстраторів, так і з представленням інтраопераційно відзнятих вручну фото, відеоматеріалів, – під раціональними кутами огляду операційного поля (без застосування методик оптичного збільшення, з адекватним зовнішнім підсвічуванням операційного поля, на «широкому куті» об'єктиву, з низьким рівнем ISO), а також колажі результатів різних етапів комплексного лікування. Також у презентаціях наявні діаграми з порівнянням ефективності різних методів і способів комплексного лікування, дані емпіричного, порівняльного та статистичного аналізу, які детермінують візуальне сприйняття інформації і вироблення у студента/слухача раціонального творчого підходу щодо індивідуалізації діагностичної та лікувальної тактики у межах загальноприйнятих клінічних протоколів. Значну увагу приділяємо оформленню підсумків та їх представленню після кожного структурно-логічного блоку навчального матеріалу; аналізу результатів проведеного лікування, віддалених наслідків операційних втручань, якості життя осіб, результатів реобстеження, наявності ускладнень і рецидивів.

Проведений аналіз та порівняння особливостей традиційного дистанційного навчання з дистанційним навчанням у форс-мажорних умовах дозволив виділити основні аспекти, що впливають на якість освіти та рівень успішності й мають бути враховані при розробці нових навчальних програм і навчальних планів, зокрема для дистанційної форми навчання, впровадженої в період пандемії та продовженої в умовах воєнного стану, а саме: інтернаціоналізація вищої освіти у світовому вимірі, що характеризується тенденцією збільшення англомовних програм навчання в неангломовних країнах. Якщо раніше мова була перешкодою для студентської мобільності, то сьогодні введення англомовних навчальних програм та продубльованих англійською мовою навчальних ресурсів у більшості світових університетів значно посилює привабливість ринків освітніх послуг в окремих країнах Європи та Азії; цифрова трансформація викладання та навчання передбачає перетворення у цифровий формат усіх навчально-методичних матеріалів, створення на їх основі загальнодоступних баз знань, максимальну трансформацію освітнього процесу в глобальну мережу, використання для організації навчання мобільних і хмарних технологій, застосування для управління навчальним процесом інтелектуальних систем, широке впровадження відкритих навчальних курсів. Незважаючи на велику кількість недоліків дистанційної форми навчання (соціальні аспекти впливу дистанційного навчання, негативне ставлення певної кількості здобувачів освіти і педагогів до дистанційної форми отримання знань, як такої, що робить неможливим отримання життєво необхідних навичок суспільного спілкування і може негативно вплинути на розвиток особистості тощо), є деякі педагоги, здобувачі й студенти, які вважають, що онлайн навчання спрощує отримання необхідної інформації і надає деякі додаткові можливості для всіх учасників освітнього процесу. Практика показує, що за таких умов через свою специфічність особливої уваги потребує й інклюзивна освіта. Якщо раніше питаннями впровадження новітніх технологій у навчальний процес здобувачів займалась невелика кількість фахівців певних міністерств і відомств, то після змін у системі освіти, детермінованих епідемією та військовим вторгненням, це питання набуло більших масштабів і зараз йому приділяється особлива увага науковців. Спеціальні заклади освіти в умовах воєнного стану можуть надавати психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги з використанням дистанційних технологій.

Висновки. Рекомендації щодо організації освітнього процесу в форс-мажорних умовах, зокрема при наявності військової агресії, є спрямовані здебільшого на теоретичну складову навчання і вимагають подальшого обговорення та розвитку для створення, впровадження і вдосконалення спеціальних методів та ресурсів, які будуть скеровані на ефективну передачу навчальної інформації. Якщо розглядати соціальні аспекти впливу дистанційного навчання, можна говорити про негативне ставлення певної кількості здобувачів освіти і педагогів до дистанційної форми отримання знань. Деякі учасники освітнього процесу вважають, що така форма навчання робить неможливим отримання життєво необхідних навичок суспільного спілкування та може негативно вплинути на розвиток особистості як складової суспільства. Впровадження дистанційного навчання для усіх закладів освіти в Україні та у світі, як єдиної форми навчання, стало новим досвідом з використанням новітніх технологій та повною зміною структури навчання на усіх рівнях. Під час проведення таких занять, педагоги повинні враховувати потенційні можливості та індивідуальні потреби кожної людини, що потребує значних доопрацювань, вдосконалення технічної і методологічної бази навчального процесу, зокрема клінічних та

морфологічних даних, для створення високого рівня подання та отримання знань, які є фундаментальними для вищої медичної освіти нашої країни.

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ОРГАНІЗМ У КОНТЕКСТІ ГУМАНІСТИЧНОЇ ТА ЕТИЧНОЇ (ЕКОЛОГІЧНОЇ) ТРАНСФОРМАЦІЇ

Гордієнко О. В.
м. Київ, Комісія з питань етики НУОЗ ім. П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; Українська асоціація з біоетики (УАБ)

Проблема запровадження професійного медичного самоврядування (вкрай актуальна для медичної спільноти України) вже багато років поспіль стоїть на порядку денному ВУЛТ. Проте напрацьовані експертною спільнотою професійних медичних об'єднань пропозиції і проекти Закону України про професійне лікарське самоврядування так і не були прийняті до уваги урядом. Натомість, влада вкотре виносить на розгляд вже відкинутий раніше депутатським корпусом проект «Закону України про самоврядування медичних професій» і намагається його прийняти якнайшвидше (в контексті вимог для вступу до ЄС). По формі цей закон ніби-то технологічно і юридично вірний. А от по суті…, змістовна його частина явно не відповідає реальним потребам медичної спільноти і не може сприяти якісному забезпеченню лікувальних процесів. А річ у тому, що в цьому законі явно грубо порушується баланс інтересів головних стейкхолдерів. Вірніше, медична спільнота взагалі не є «активним гравцем» (позбавлена суб'єктності – будь-яких прав впливу, як на формування соціально-економічної політики на всіх щаблях системної організації, так і на реальне забезпечення реалізації професійних і соціальних прав медичних працівників та пацієнтів). Тобто, реального САМО-врядування в запропонованому проекті закону про самоврядування немає!

А що ж є?? Є досконала (та, що веде до скону) технологія штучного створення ще однієї репресивної бюрократичної надбудови (на додаток до вже існуючої НСЗУ) над головами медиків, яка має обслуговувати виключно інтереси адміністративно-фінансової диктатури, остаточно закріпачуючи і позбавляючи будь-якої ініціативи медиків, за допомогою ІТ-мережі МІС. При чому медики ж мають усю цю чужорідну надбудову утримувати власним коштом!! Зверніть увагу! В цьому законі фактично не вживається навіть слово ЛІКАР!!! Воно незабаром стане лексичним рудиментом! Натомість в кожному реченні «надавачі медичних та фармацевтичних послуг» – технічний персонал – Функція !!! ЛЮДИНА системі не потрібна! Потрібна армія слухняних біороботів! (добре, що хоч на запчастини поки не розбиратимуть, хоча колись може дійти й до цього).

Спотворюється сама МІСІЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ і МІСІЯ ЛІКАРЯ!!! МІСІЯ СЛУЖІННЯ!! – забезпечення зцілення людини, відновлення здорової популяції та розвитку людського потенціалу країни!! Вона замінюється на Технологію створення конвейєра заробітчанства на хворобах на всіх щаблях системної організації (що неминуче потягне за собою популяційну деградацію). Ймовірно, цей закон – остання крапка перед остаточним «затягуванням зашморгу», що завершить собою остаточне згвалтування української медицини, штучно створеною (горезвісною Супрун і Ко), бюрократично-олігархічною потворою (НСЗУ). Ми не повинні тупо наслідувати та штучно насаджувати неприйнятні – неприродні для нашої реальної ситуації чужі проекти і шаблони. Ми цілком спроможні створити власні стратегії й проекти, які органічно підходять саме для наших сучасних реалій і будуть схвалені та підтримані і медичною спільнотою, і населенням. І вони вже значною мірою розроблені й запропоновані в експертних колах медичного середовища. Звести їх в єдину – цілісну систему, дотримуючись принципу екології медичного простору – актуальне завдання нашого сьогодення.

Наголошую! Запропонований урядом законопроект є технологічно і юридично вірним, і може ефективно працювати у багатих країнах з розвиненою економікою та відносно здоровим і заможним населенням. Але не в умовах реалій (соціальних, економічних, інфраструктурних) сучасної України, яка, знекровлена пандемією, війною та корупційними схемами, вже зараз перебуває в стані наростаючої гуманітарної кризи та економічного занепаду. На тривалу допомогу західних партнерів не варто розраховувати, адже незабаром зростаюча світова економічна криза змусить їх дбати про порятунок своїх народів і впровадження режиму жорсткої економії ресурсів для утримання стабільності

За останні три роки знекровлена і згвалтована насильницькими реформами, українська медицина пройшла болючий досвід і гартування (спочатку пандемією-сіндемією COVID-19, а тепер ще й жахливою війною), напрацьовуючи спроможність до зростання внутрішньо-системної

опірності і пошуку можливостей відновлення функціональної спроможності та ресурсності. Час узагальнити набутий досвід і побачити новітні перспективи системного реформування, починаючи з ПОВЕРНЕННЯ МІСІЇ ЗЦІЛЕННЯ – ПОВНОЦІННОГО ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я – І ЛІКАРЮ, І МЕДИЧНІЙ СИСТЕМІ.

Війна навчила країну оперативному реагуванню на швидку зміну оперативної обстановки на місцях, мобілізації ресурсів, активізації та інтеграції регіональної взаємодії та державного управління, акумуляції соціальних інвестицій та волонтерського руху. Така чітка і злагоджена взаємодія необхідна не лише для перемоги, але й тривалий час після неї, для найшвидшого відновлення та оптимізації інфраструктури і необхідного функціоналу. Медичної системи це стосується у першу чергу, адже потреба у медичній допомозі (як за обсягом, так і за складністю втручань) ймовірно виросте в рази, тоді як платоспроможність населення істотно зменшиться. Тому соціальний сектор, як у інфраструктурній організації, так і у функціоналі медичної системи має бути не просто задекларованим, але й відповідним чином організованим, забезпеченим. Тому професійне лікарське самоврядування дедалі більшою мірою ставатиме необхідним чинником оптимізації інфраструктурної організації та функціональної регуляції. Але воно має бути значно більш суб'єктним і дієздатним, зі значно більшим функціоналом і повноваженнями, а значить і відповідним – законодавчо закріпленим, представництвом в інфраструктурній ієрархії (висхідній вертикалі професійного самоврядування з відкритими налагодженими соціальними ліфтами).

Зауважу одразу, що висхідна – самоврядна управлінська вертикаль в жодному разі не має бути інструментом конфронтації і протидії низхідній адміністративній вертикалі! Це компліментарна – доповнююча інфраструктурна складова, яка має забезпечити відсутній у існуючій організаційній структурі функціонал, зокрема: забезпечення якісного функціонування системи та паритетної взаємодії стеукхолдерів; гуманітарна безпека та екологія компліментарної взаємодії; соціально- економічний гомеостаз структури – системи; стимулювання особистісного і соціального розвитку – соціальні ліфти; спільного формування корпоративної культури – культури організаційного добробуту. Фактично це – «мобільний зв'язок» (сполучна тканина та нові нейронні зв'язки), гуманітарна безпека (імунна та регенеративна та репродуктивна система) організації. Фактично, має актуалізуватись трансформація непрацюючої функції профспілок і етичних комісій у повноцінну функцію HR (Human Relations) та HS (Human Security). У бізнесових колах вважається, що саме від якісної реалізації цієї функції на 80 % залежить ефективність роботи компанії, адже саме вона формує і ефективне залучення кожного працівника, середовище якісної взаємодії, і корпоративну культуру організації в цілому. Ці функції можуть реалізуватись саме у системі самоврядування, як внутрішній контроль та опірність організацій. Такої ж трансформації у розвитку самоврядування і реалізації професійної і соціальної відповідальності мають, напевно, зазнати і профільні медичні асоціації, дорастаючи від громадських представницьких (репрезентативних) об'єднань до повноцінних професійних корпорацій (ВАТ) з повним спектром корпоративної інфраструктури та функціоналу і систематизацією алгоритмів співпраці з ОТГ та системою регіонального та місцевого самоврядування. Отже, регіональні представники органів лікарського самоврядування мають повноважно входити до складу органів регіонального та місцевого самоврядування, аби на регіональному рівні забезпечувати якісне функціювання медичних установ.

Підсумовуючи, зазначу, що у будь-якому проекті – законі про стратегію розвитку національної медичної системи, або про професійне лікарське самоврядування, про соціально-економічну політику в медичній сфері має неодмінно бути цілий окремий розділ: «ГУМАНІТАРНА БЕЗПЕКА ТА РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ», в якому була б чітка візуалізація медичної системи, як цілісного – живого організму з відповідною конституцією (організаційною структурою) і повноцінним соціально-економічним гомеостазом, в якому саме ЛЮДИНА (лікар – пацієнт) займає ключове місце і є головною цінністю Держави (як це закарбовано у нашій Конституції). В цьому розділі має бути прописана вся гуманітарна політика професійного самоврядування (основи якої наведені вище) та її інфрастректурне і комунікативне забезпечення.

В законі ж про ПРОФЕСІЙНЕ ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ саме ЛІКАР – ФАХІВЕЦЬ має бути ключовою фігурою системного реформування – тим камертоном, що забезпечує чистоту звучання МЕДИЧНОГО ОРКЕСТРУ, який створює НАЦІОНАЛЬНУ СИМФОНІЮ ЗДОРОВ'Я – ЗДОРОВОГО СОЦІАЛЬНОГО КЛІМАТУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ДЕРЖАВИ.

Адже саме ЛІКАР є найбільш професійно, соціально, інтелектуально та світоглядно підготовленою ОДИНИЦЕЮ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ і будь-якої медичної структури.

Додам також, що в національній системі підготовки лікарів дозрів соціальний попит на підготовку фахівців як з медичного права, з економіки медичних закладів (яка матиме свою специфіку в системі самоврядування), так і короткі цикли ТУ «Менеджмент професійного медичного самоврядування», розробку якого можна здійснити в експертному колі ВУЛТ та УМЕС.

Колеги! Нам випала честь жити в історичну добу, коли вся наша країна виборює СВОЄ ПРАВО НА ЖИТТЯ І НА СВОЄ ГІДНЕ – НАЙКРАЩЕ МАЙБУТНЕ! Це право виборює й медична спільнота України, відповідальним представником якої від початку свого існування послідовно виступає ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО. Зараз ми вкотре організовано виступаємо за втілення в життя нашої провідної ідеології – ІДЕОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ і маємо запропонувати державі і суспільству найсучасніший – найперспективніший (соціально-орієнтований) проект системного реформування, який розширить обрії бачення гідного майбутнього системної еволюції та визначить шляхи й алгоритми його досягнення.

Нагадаю відомий філософський вислів: «НЕМАЄ НІЧОГО СИЛЬНІШОГО ЗА ІДЕЮ, ЧАС ЯКОЇ НАСТАВ!». ЧАС ПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ НАСТАВ!!!

І нам, шановне товариство, випала честь і щастя бути його провідниками.

СЛАВА УКРАЇНІ!!! РАЗОМ ДО ПЕРЕМОГИ!!!

ВІД ІМІТАЦІЇ ДО ЗМІШАНОЇ РЕАЛЬНОСТІ - ЕВОЛЮЦІЯ ОВОЛОДІННЯ НАВИЧКАМИ В УРОЛОГІЇ

Зайцев В. І., Смандич В. С., Кушнір С. В.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Оволодіння навичками в хірургічних спеціальностях завжди було проблемою, яку по-різному вирішували протягом розвитку медицини. Ще відносно недавно основою було навчання учня у майстра, яке за останні 100 років трансформувалось у чітко врегульовану систему багаторівневої освіти. Незважаючи на це, навіть тепер для досягнення відповідної майстерності уролог повинен пройти велику кількість годин хірургічної підготовки на тренажері та в реальній операційній.

Підготовка лікарів, які вміють робити хірургічні втручання, почалась ще в середні віки. Але тоді поняття хірург ще не існувало і цю функцію виконували як звичайні лікарі, так і перукарі чи навіть кати. Звичайним варіантом навчання до XIX ст. було стажування у майстра. Його тривалість і початковий вік учня варіювали, проте типове стажування в середині XVI ст. тривало п’ять–сім років і починалося приблизно у віці 12 або 13 років. Зрозуміло, ніяких офіційних регулювань не було, як не було й прямого контакту учня з пацієнтом. Воно закінчувалось коли майстер вважав учня достатньо готовим. Далі, за бажанням, можна було продовжити навчання, однак це не було обов’язковим для початку самостійної практики. У даній моделі студент вчиться хірургії через пряме спостереження, а потім імітує дії кваліфікованого наставника, як щодо операцій, так і щодо пацієнтів [1]. Віками ця модель стажування залишалася стандартом хірургічної освіти без якихось особливих вимог чи регуляції.

Більшість сьогоднішніх лікарів вчились за моделлю Халстеда, яка була запроваджена на початку XIX ст. William S. Halsted був першим керівником відділення хірургії Госпіталю Джона Хопкінса. Після двох років стажування в Європі він створив нову модель навчання хірургів шляхом симбіозу і вдосконалення отриманого досвіду. Він вперше сформулював вимоги до навчання хірургів та його етапність. Тоді ж був утворений American College of Surgeons (1913), який був першою установою, яка регулювала навчання хірургів.

Принципи хірургічної підготовки Халстеда:

1. Резидент повинен мати інтенсивні й повторювані можливості для догляду за пацієнтами під наглядом кваліфікованого вчителя.

2. Резидент повинен розуміти наукові основи хірургічного захворювання.

3. Резидент повинен набути навичок лікування пацієнтів і виконання операцій з поступовим підвищенням їх складності, власної відповідальності та незалежності.

Саме ця модель була основою освіти протягом майже 100 років. Натепер відбувається поступова її трансформація і методи симуляційної медицини відіграють надзвичайно важливу роль у підвищенні ефективності навчального процесу. Симуляція (моделювання) виникла як ефективне рішення подолання обмежень в хірургічній підготовці. Визнано, що більша частка хірургічних ускладнень виникає під час початкової кривої навчання хірурга. Моделювання

виводить цю криву навчання з операційного театру та полегшує навчання в безпечному середовищі без тиску, зосереджуючись на безпеці пацієнтів, адже час в операційній є занадто цінним, щоб використовувати його для набуття базових технічних навичок хірурга [2]. Симуляція також забезпечує більшу гнучкість тренувань у зручний час без використання операційної.

За останні кілька десятиліть спостерігається значне збільшення кількості малоінвазивних урологічних процедур. Оскільки складні операції часто мають тривалі криві навчання, викликає певне занепокоєння те, що операційний довід резидента може бути недостатнім за рахунок обмеженої кількості годин в операційній. Наприклад, крива навчання радикальної простатектомії сягає приблизно 250 процедур. Для PCNL крива навчання – 45–60 випадків для компетентності, але для майстерного виконання операції необхідно до 115 випадків [3, 4]. Крім того, триває дискусія про те, чи безпечно та етично навчатись на реальних пацієнтах. Саме тому в урології, як і в хірургії загалом, симуляційні методики займають все більше місце в навчанні лікарів.

Приміром, Brehmer і Swartz виявили, що тренування на тренажері для уретерокопії значно покращили якість її виконання в реальній практиці. Schout et al. [4] показали, що слухачі, які тренувались цистоскопії на URO-Mentor VR, на реальних пацієнтів виконували її значно краще, ніж ті, хто не проходив такого тренування. Існують також докази доцільності використання моделювання в якості розігріву перед складними операціями в лапароскопічній хірургії.

Важливо розуміти, що тільки імітаційних тренувань недостатньо, щоб резиденти могли самостійно виконувати такі складні операції після закінчення навчання. Моделювання повинно доповнювати головні компоненти навчальних програм в урології та допомагати швидше прогресувати при оволодінні певними навичками.

Вперше повнорозмірні симулятори тіла людини розроблені Денсоном і Авраамсоном з Університету Південної Каліфорнії в кінці 1960-х років. Ця модель була відома як «Sim One» і використовувалася для тренувань з ендотрахеальної інтубації та анестезії. За десятиліття з того часу симулятори стали значно складнішими та різноманітнішими.

Натепер в урології використовуються ендоскопічні, лапароскопічні та роботизовані платформи. Фундаментальним принципом для сучасних парадигм хірургічної підготовки є розкладання складних оперативних завдань на окремі компонентні навички. Резиденти повинні навчатися на симуляторах, допоки їхня підготовка не буде відповідати встановленим критеріям, і тільки потім їм дозволяється брати участь у виконанні операцій. Дотримання компетентності, а не затрачений час, стає стандартом хірургічної підготовки.

Резиденти можуть почати з простих симуляторів низької точності, щоб зрозуміти основні хірургічні навички, перш ніж перейти до більш складного моделювання. Сучасні симулятори високої точності (ВТ), такі як Uro-Scopic Trainer (Limbs and Things, Великобританія), складаються з фізичних манекенів і дозволяють тренуватися за допомогою стандартних операційних інструментів.

Інші симулятори ВТ, такі як URO-Mentor™ (Simbionix, США), імітують хірургічні процедури через взаємодію з комп'ютерними інтерфейсами. З'явилося також багато симуляторів ТУРП, як Uro Trainer (Карл Шторц, Німеччина), яка пропонує модулі від 55 до 90 г. На жаль, симулятори ВТ достатньо коштовні – LapMentor (US $ 60–100,000) and LapSim (US $ 55,000) [5, 6].

Цікаво, що було показано, що якщо моделювання загалом покращує ендурологічні навички, не було значної різниці між групами, які тренувалися на симуляторі низької точності, який коштував € 14 в порівнянні з моделлю ВТ вартістю € 2600.

Симуляція вже включена у навчання хірургів у багатьох країнах. У США хірургічна резиденція складається з 60 місяців навчання. Щонайменше 54 місяці присвячені клінічній підготовці, 42 з яких – різним циклам. Резиденти реєструють свої операції та маніпуляції в системі ACGME. Кожен повинен за час навчання зареєструвати 750 основних операцій, при цьому принаймні 150 за останній рік. Приміром, кожен резидент-хірург повинен виконати не менше 35 ендоскопій і 50 колоноскопій до завершення навчання. При цьому в стандартну програму вже включені блоки симуляційного навчання – приміром, Fundamentals of Laparoscopic Surgery (FLS) Program є обов'язковим для первинної сертифікації з 2010 р. Для роботизованої хірургії розроблено Глобальну оціночну шкалу роботизованих навичок (GEARS), яка оцінює 6 доменів (сприйняття глибини, бімануальну спритність, ефективність, автономність, чутливість та роботизоване управління) [1].

Європейська базова лапароскопічна програма урологічних навичок European Basic Laparoscopic Urological Skills (E-BLUS) викладається по всьому континенту. Подібні курси моделювання були розроблені і в Азії. У Великобританії прийнято централізовану програму підготовки урологів на основі моделювання під назвою SIMULATE, в яку включено як технічні, так і нетехнічні навички, а програма Urology Bootcamp на основі моделювання є обов'язковою частиною навчання.

Крім того, останніми роками все більш стає очевидним, що для позитивного результату лікування пацієнта в урології технічні хірургічні навички повинні доповнюватися так званими нетехнічними навичками (soft skills) – такими як робота в команді та адекватне спілкування, а також швидке прийняття рішень. Погані нетехнічні навички є дуже поширеним фактором, що сприяє хірургічним помилкам. Нетехнічні навички можуть бути вдосконалені шляхом моделювання в макетних операційних залах за участю всіх членів операційної команди – хірургів, анестезіологів, медсестер та навіть немедичного персоналу. Цікаво, що нетехнічні навички не обов'язково корелюють з досвідом лікаря.

Розвиток симуляційних технологій невпинно продовжується. Симулятори на основі віртуальної реальності (VR) будуть прогресувати і доповнені розширеною реальністю (AR) та змішаною реальністю (MR).

VR дозволяє виконувати процедури в межах реалістичної анатомії з різними варіантами та появою ускладнень (як загальних, так і кровотечі). Крім того, ці тренажери дають зворотний зв'язок як під час, так і після процедури. Інший метод – VR навчання за складними сценаріями з використанням КТ або МРТ конкретного пацієнта, які завантажуються у сценарій. Часто при цьому залучається штучний інтелект, який здатний працювати з великими обсягами даних. Для створення VR все частіше використовується дисплей VR, що надягається на голову. Вони використовуються як для зображення, так і для передачі даних під час маніпуляції, хоча до їх широкого використання є багато питань.

Висновки. Таким чином, симуляційні технології стали невід'ємною частиною навчання резидентів. Тренажери, станції навчання навичкам та анімаційні моделі дають можливості резидентам оволодіти головними принципами роботи з інструментами, ознайомитись із потенційними ускладненнями без ризику для пацієнта та без стресу. В нинішніх умовах обмеженого робочого часу та зосередження уваги на безпеці пацієнтів, симуляційне навчання повинно бути обов'язковим елементом навчальної програми хірургів.

Список використаних джерел

1. 100 years of surgical education: The past, present, and future / H. V. Polavarapu, A. N. Kulaylat, S. Sun, O. Hamed. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 2013. Vol. 98, no. 7. P. 22–27.
2. Preece R. The current role of simulation in urological training. *Cent. Eur. J. Urol*. 2015. Vol. 68, no. 2. P. 207–211. doi:10.5173/ceju.2015.522.
3. Lamé G, Dixon-Woods M. Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*. 2020. Vol. 6. P. 87–94.
4. Kozan A. A., Chan L. H., Biyani C. S. Current status of simulation training in urology: A non-systematic review. *Res. Rep. Urol*. 2020. Vol. 12. P. 111–128. doi:10.2147/RRU.S237808
5. Berridge C., Sunjay J., Chandra B. Current and future simulation in urological surgery training. *Trends in Urology & Men's Health*. 2019. Vol. 10. P. 16-18. doi: 10.1002/tre.693.
6. Canalichio KL, Berrondo C, Lendvay TS. Simulation training in urology: State of the art and future directions. *Adv. Med. Educ. Pract.* 2020. Vol. 11. P. 391–396. https://doi.org/10.2147/AMEP.S198941.

НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ РЯТУВАЛЬНИКІВ У МЕДИЧНОМУ СИМУЛЯЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ ДЕРЖАВНОЇ ВИЩОЇ ШКОЛИ В САНОКУ

Савка Я.

м. Санок, Польща, Державна вища школа ім. Яна Ґродка в Саноку

З метою підвищення рівня освіти медичних рятувальників та медичних сестер у Державній вищій школі ім. Яна Ґродка у Саноку у 2021 році відкрито Медичний симуляційний центр (МСЦ). Висока популярність медичних професій в країні і в регіоні змусила керівництво школи адаптува242

тися до місцевих потреб і пріоритетів. Фінансові витрати на будівництво та оснащення МСЦ вимагали співпраці з міською, повітовою, воєводською та міністерською владою. Навчання студентів у МСЦ стало більш реалістичним, з великою кількістю практичних занять на симуляторах різної вірності. Після першого навчального року в нових сучасних умовах ми бачимо високу ефективність підготовки середнього медичного персоналу на випускних державних іспитах у Медичному інституті Вищої школи. Зміст лекцій та практичних занять регулярно оновлюється відповідно до результатів наукових досліджень і відображає останні тенденції розвитку невідкладної медичної допомоги. Викладачі, практикуючі лікарі з науковими ступенями та магістри-медичні рятувальники, які працюють у бригадах швидкої медичної допомоги,

докладають максимум зусиль, щоб навчальні матеріали були сучасними, доступними, стимулювали студентів до самостійної та командної роботи, а також водночас спираючись на міцні основи невідкладної медицини. Унікальна формула 3-річної програми навчання рятувальників у МСЦ розширює медичні знання студентів та формує у майбутніх рятувальників почуття впевненості в собі. Завдяки інтеграції змісту мультимедійних лекцій з практичними заняттями на фантомах і симуляторах різної вірності у Медичному симуляційному центрі підвищуються стандарти якості навчання та підготовки до професії медичного рятувальника.

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ». УЧОРА. СЬОГОДНІ. ЗАВТРА

Смірнов С. М.[1], Вівсяник О. М.[2], Гришина О. С.[1], Лукаш Ю. М.[1]
[1]*м. Рівне, Державний заклад «Луганський державний медичний університет»*
[2]*м. Рівне, Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації*

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», починаючи з 1956 року пройшов довгий шлях, щоб стати одним із закладів якісної медичної освіти. Відтоді університет – один з провідних закладів вищої освіти України, що протягом десятиліть готує фахівців медичної галузі, які виконують свої професійні обов'язки в закладах охорони здоров'я України й закордону. Університет надає акредитовані освітні послуги вітчизняним та іноземним студентам, здійснюючи підготовку магістрів медицини, стоматології, педіатрії та фармації.

Луганський державний медичний університет – двічі переміщений університет. Уперше університет мусив виїхати 2014 року з Луганська до Рубіжного, де фактично довелося все починати «з нуля». Університету вдалося заново створити потужну матеріально-технічну базу з сучасним симуляційним центром. Студенти мали можливість на базах закладів охорони здоров'я закріплювати набуті знання, мали кращий в області гуртожиток та Центр дозвілля. 2022 року приміщення університету в Рубіжному зруйновані, майно втрачене.

Релокувавшися в Рівне, університет знову почав «з нуля». За півроку вдалося чимало. За підтримки місцевих органів державного управління університет має навчальний корпус і гуртожиток, завдяки сприянню обласного управління охорони здоров'я – клінічні бази. Незабаром почне роботу спільний з обласною клінічною лікарнею симуляційний центр. Університет накопичує оснащення; веде міжнародну діяльність.

Збережений контингент, проведена вступна кампанія, підтримка партнерів, уже досягнуті результати й очевидний потенціал закладу – об'єктивні підстави для реалізації найамбітніших планів.

ЗМІНИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І СПРОМОЖНІСТЬ ДО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ

«ІНФОДЕМІЯ» ЯК ЗНАЧУЩА ДЕТЕРМІНАНТА ПАНДЕМІЇ COVID-19

Вівсяник О. М.
м. Рівне, Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення

Вже на початку пандемії COVID-19 Всесвітня організація охорони здоров'я акцентувала увагу на суспільному впливі «інфодемії» або надлишкової інформації – частково точної, частково – ні, яка поширюється разом з пандемією COVID-19. У всьому світі ця наростаюча інфодемія збивала з пантелику не тільки населення, а й, певною мірою, професійне середовище щодо того, які дії слід розробляти та впроваджувати, щоб захистити громадян від спалаху цієї хвороби.

Слід відмітити, що коли в Україні почалася вакцинація проти COVID-19, саме дезінформація, як складова інфодемії, про вакцини стала одним із факторів низького охоплення щепленнями дорослого населення. На 2 травня 2022 року повністю щеплено 34,3 % населення, при середньому показнику у світі 59,8 %. Це дуже низький показник з урахуванням того, що Україна, при всіх складнощах, була забезпечена вакцинами, в т.ч. мРНК, щеплення проводились безоплатно, в країні по всіх регіонах було розгорнуто та діяло достатня кількість пунктів щеплень та мобільних бригад з вакцинації. Відомі публічні особи підтримали вакцинацію особистим прикладом, як і Президент України.

Щоб запобігти інфодемії і сьогодні, і у майбутньому, необхідно приділити особливу увагу:

- підвищенню наочності заснованих на фактичних даних знань, що генеруються закладами охорони здоров'я та академічними колами;
- виявленню можливих джерел неправдивої інформації.

ЧИ УСУНЕ ВИКЛИКИ ТА ЗАГРОЗИ СЬОГОДЕННЯ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНІТАРНОГО ТА ЕПІДЕМІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКОН УКРАЇНИ № 4142 «ПРО СИСТЕМУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»?

Гущук І. В.
м. Острог, НДЦ «Екології людини та охорони громадського здоров'я» Національного університету «Острозька академія»

Наразі ситуація, що склалася в нашій державі, нові виклики особливо пандемія COVID-19 та військова російська агресія проти України показали значущість та важливість функціонування ефективної вітчизняної системи охорони громадського здоров'я (СОГЗ). При цьому виконання вимог Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» в умовах реорганізації і подальшої ліквідації контрольно-наглядової інституції держави – Держсанепідслужби України, і передачі її функцій у різні відомства, багаторічний мораторій на перевірки санітарного законодавства на об'єктах підприємницької діяльності, прогнозовано призвів до погіршення і упущень у державному контролі та нагляді за дотриманням санітарного законодавства щодо безпечності середовища життєдіяльності людини.

На сьогодні, надзвичайно важливим є створення нової структури з функцією підтримки СОГЗ шляхом організації взаємодії всіх зацікавлених сторін, виконання державного замовлення на оцінку стану громадського здоров'я та виконання основних оперативних функцій, розробки пропозицій заходів і проектів управлінських рішень.

Частково, ідеї побудови нової СОГЗ, як системи державних правил та процедур управління детермінантами здоров'я людей на індивідуальному та популяційному рівнях розвинуті у прийнятому 06.09.2022. Законі України «Про систему громадського здоров'я». Однак слід

зауважити, що ризики та певні нормативно-правові колізії, які виникли при прийнятті вказаного закону, потребують якнайшвидшого професійного обговорення та вирішення під час підготовки підзаконних актів щодо його реалізації.

ВИКЛИКИ ПІД ЧАС РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гущук Р. І., Олексюк Н. Є., Седляр Н. В., Редзель Г. П., Надейко А. М.
м. Острог, Націальний університет "Острозька академія"

Системи охорони здоров'я є не тільки одними із найскладніших систем у сфері соціально-економічного розвитку країн, а й своєрідним індикатором розвитку кожної держави, які, в свою чергу, періодично повинні переглядати власні політики щодо досягнення найвищого рівня здоровя та санітарно-епідемічного благополуччя населення. Як і в багатьох інших країнах, здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних факторів як старіння населення, швидка урбанізація, поширення шкідливих звичок, нездорового способу життя та глобальних екологічних криз. Наразі пандемія COVID-19 і, безперечно, військова агресія з боку росії ще більш негативно вплинули як на стан здоров'я населення, так і на виклики для національної системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України, з моменту набуття незалежності, перманентно перебуває в стадії постійної реформи першими кроками якої було формування нормативно-правової бази: Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя» та ін. Указом Президента від 7 грудня 2000 року було схвалено «Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України». Надалі реформа СОЗ як пріоритетне завдання передбачалась у «Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр.». Після Революції Гідності у 2014 році медична професійна спільнота згуртувалась для напрацювання проектів необхідних нормативно-правововых актів (Концепції, Стратегії, Програми реалізації) з реформування національної системи охорони здоров'я України. В період з травня по листопад 2014 року відповідні проекти Концепції та Стратегії були розроблені та представлені до обговорення. Однак слід зауважити, що до цього часу вони не були прийняті. Натомість, у жовтні 2021 року на обговорення було винесено нову редакцію «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року».

Безперечно, розвиток і удосконалення системи медичного обслуговування в Україні, як і у світі загалом, є важливою складовою системи охорони здоров'я, проте не варто забувати про профілактичну складову. На наше переконання, повноцінна, логічно завершена реформа системи охорони здоров'я неможлива без визначення ролі та функцій вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я, яка сьогодні також перебуває у стадії становлення.

CHALLENGES TO THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN UKRAINE DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC AND RUSSIAN AGGRESSION

Detsyk O. Z
Ivano-Frankivsk, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Aim: to analyze the challenges to the Public Health System in Ukraine due to the COVID-19 pandemic and russian aggression.

Materials and Methods. It was studied the normative and legal basis of the Public Health System (PHS) of Ukraine.

Results. The formation of the PHS in Ukraine took place in several stages: 1) creation of the State Sanitary and Epidemiological Service with monitoring and inspection functions (2010); 2) its liquidation and joining the State Service for Food Safety and Consumer Protection (2012), creation of Laboratory Centers on the basis of former Sanitary-Epidemiological Stations; 3) adoption of the Concept of Public Health System Development as a decentralized model (2016); 4) adoption of the Law of Ukraine "On the Public Health System" (2022). However, the COVID-19 pandemic prompted the creation of a mixed model of the PHS and the restoration the institution of State sanitary doctors of administrative territories for rapid response to emergency situations. Centers for Disease Control and Prevention were created on the basis of Laboratory Centers, which made it possible to improve surveillance and monitoring of COVID-19 incidence rates and vaccination coverage. With the beginning

of the full-scale Russian-Ukrainian war, the PHS of Ukraine faces new challenges due to the appearance of a significant number of refugees, threats of epidemics, radiation, chemical or bacteriological attacks.

Conclusion. In Ukraine, during the years of independence, a modern Public Health System was created, which is currently being tested in war conditions.

РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ЛАНОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ТРАНСФОРМАЦІЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ – БОЛЮЧИЙ ДОСВІД ТА ГУМАНІСТИЧНА – САМОВРЯДНА ПЕРСПЕКТИВА

Гордієнко О. В.
м. Київ, Комісія з питань етики НУОЗ ім. П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; Українська асоціація з біоетики (УАБ).

Історія системної та інфраструктурної трансформації (трансмутації) української стоматології повною мірою відображає еволюційні процеси в українській медицині і країні в цілому. Свідком і живою учасницею цих подій я є вже понад 40 років (підтверджуючи вищу лікарську категорію п'ять разів – і вона є діючою). Більше того, склалось так, що саме стоматологія кожного разу мусила ставати в авангарді усіх цих перетворень, аби вижити і мати змогу надавати людям необхідну допомогу. Вона ж була і є провідником та популяризатором на теренах України передових наукових та технологічних інновацій.

Я ж хочу торкнутись лише наслідків організаційних і соціальних зламів останніх років, які грубо порушили природну еволюцію та соціально-економічний гомеостаз національної медичної системи в бік тотальної технологізації та бюрократизації медичних процесів на користь закріплення адміністративно-фінансової диктатури (інтересів медичного бізнесу та адміністративного апарату). Це грубо порушило екологію економічних і соціальних процесів: спотворило базову інфраструктуру (методично знищуючи все, що не може приносити прибутку), зруйнувало і без того слабкі канали забезпечення соціального сектору медичної системи, унеможливлюючи доступ значної частини населення до необхідної медичної допомоги. Я вже не кажу про профілактику, адже *головним джерелом живлення системи стали саме хворі люди!! І це є протиприродним і аморальним, запускаючи руйнівні механізми популяційної й соціальної деградації.* Фінансові потоки на всіх рівнях системної організації були переорієнтовані на обслуговування олігархічних схем, започаткованих ще за доби правління Януковича (**штучним створенням КНП – початком руйнації регіональної медичної інфраструктури),** і закінчуючи нововведеннями останніх років послідовниками інтервенційних стратегій Супрун. Наголошую!! *Інтервенція економічна та інфраструктурна розпочались значно раніше інтервенції військової,* напередодні якої вітчизняна медицина вже пройшла період інфраструктурного напіврозпаду (та моральної деградації), пришвидшеної частковим паралічем медичної системи ковідної доби.

Саме на початку пандемії (сіндемії) COVID-19 була насильницьки впроваджена *реформа вторинної ланки медичної системи, яка* ***інституційно знищила первинну ланку стоматологічної допомоги (стоматологічні відділення)*** *– єдину в медичній системі, соціально орієнтовану та інфраструктурно прив'язану до первинної – поліклінічної ланки, службу надання базового рівня стоматологічної допомоги та профілактики.* Її переформатували інфраструктурно та функціонально (усунувши посади завідувачів відділень, гранично скоротивши персонал соціального сектору до 1-2 одиниць надання невідкладної медичної допомоги та приєднавши найбільш кваліфікований і затребуваний персонал до новостворених – поліфункціональних "Центрів платних послуг" (та одразу почали затягувати зашморг нав'язаними з гори фінансовими планами). Причому матеріально-технічне забезпечення лікувального процесу, критично важливе у стоматологічній практиці, навіть не передбачалось. Було покладено на самих лікарів. Колективні договори були відсутні. Стоматологів використовували всліпу для забезпечення *первинної ланки фінансового потоку (зауважу!! НЕ фінансового обігу!* Адже формування **відповідного** матеріально-технічного забезпечення стоматологічної практики за цим не послідувало. Кинуті крихти не покривали реальних витрат). Зрозуміло, що все це було зумовлено не прорахунками на місцях, а **критичним браком фінансування,** більшість якого примусово спрямовувалось на боротьбу з пандемією. Ця історія на практиці продемонструвала **принципову невідповідність запровадженої – жорсткої – моделі системної організації реальним умовам.** Проте напівзруйнована система вижила, адаптуючись до нових адміністративних вимог. **Війна стала новим викликом і новим іспитом на зрілість**, мобілізувавши весь наявний людський та організаційний ресурс. Бойові дії, колосальна руйнація, жахливі людські втрати, окупація,

вимушена міграція населення. Проте вся *країна мобілізувалась і мусила вчитись оперативно реагувати на мінливу ситуацію.* Ми побачили, як активно включились провідні діячі СФУЛТу–ВУЛТу, НЛРУ, АСУ – всіх профільних медичних асоціацій в організацію волонтерської допомоги з інших країн за каналами зв'язків з міжнародними медичними організаціями. Яку *колосальну роль вони відіграли в мобілізації лікарської спільноти, професійній, освітній, організаційній та моральній підтримці лікарів у важку добу. Вони все більше стають осередками живого суспільного діалогу про проблеми і перспективи* організації та провадження медичної практики, доводячи до кожного медика оперативну ситуацію і нові можливості. Вони, як і в мирні часи, активно створюють атмосферу довіри, партнерства і взаємної допомоги в медичному середовищі, відчуття єдиної професійної родини, необхідної для збереження системної цілісності. Проте **їм бракує реальної суб'єктності, закріпленої в інфраструктурному і правовому полі системної організації,** для *реального забезпечення того необхідного функціоналу, який не забезпечує існуючий адміністративний устрій* (перш за все – HR функції: участь в організації матеріально-технічного забезпечення, необхідного для якісного провадження медичної практики; соціального захисту і гуманітарної безпеки; розвитку людського потенціалу та формування нової корпоративної культури – культури соціального партнерства та організаційного добробуту). Саме **рівноправне – відповідальне партнерство адміністративної (низхідної) та самоврядної (висхідної) вертикалі системної організації у тісній співпраці з ОТГ та місцевою владою – НОВИЙ СУСПІЛЬНИЙ ДОГОВІР може стати першим кроком на шляху до системного зцілення:** інфраструктурної та функціональної гармонізації і створення КУЛЬТУРИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ТА СИСТЕМНОГО ДОБРОБУТУ. І це має бути відображене в **Законі України про професійне лікарське самоврядування**. Чому саме лікарське!! Тому**, що саме ЛІКАР є найбільш професійно, інтелектуально, соціально та світоглядно підготовленою функціональною одиницею медичної системи.** Його не треба штучно інкорпорувати в систему! Він вже органічно вписаний в медичну інфраструктуру, **виконуючи в ній головну – стратегічну функцію – зцілення людини.** Система ж професійного лікарського самоврядування покликана створювати сприятливі умови як для професійного, так і для соціального зростання і повноцінної особистісної самореалізації медичних працівників у самій медичній системі, створюючи соціальні ліфти для найбільш креативних і ефективних. Комфортно працювати і розвиватись у системі має бути кожному працівнику! Кожен має постійно відчувати піклування і дружнє – товариське плече рідного колективу. Саме так має виховуватись справжня відповідальність за спільну справу і за гідне майбутнє! Зауважу!! **В жодному разі членство у самоврядній медичній організації не має бути примусовим!** ЦЕ – не кара, а ЧЕСТЬ! – ВИСОКА ЧЕСТЬ БУТИ ЧЛЕНОМ ПРОФЕСІЙНОЇ РОДИНИ!!! І членські внески мають бути – не здирництвом! А добровільною – усвідомленою особистою інвестицією у спільний розвиток!! І кожен повинен чітко розуміти, куди й на що підуть його гроші, і яким соціальним бонусом вони повернуться до нього!! Саме так має проявлятись **колективна відповідальність (Системи** – Спільноти – Організації – Колективу) **перед кожною ЛЮДИНОЮ!!. Саме ЛЮДИНА має бути у центрі усіх організаційних і соціальних технологій (і по Законом, і по Моралі і по Справедливості)!** Всі технології мають налаштовуватись на реальні інтереси людини, як на СОЦІАЛЬНИЙ КАМЕРТОН!!!

Яким чином все це можна реалізувати на практиці? І яким чином має бути організоване професійне лікарське самоврядування, аби стати дієвим – повноцінним і самодостатнім – ПАРТНЕРОМ ДЕРЖАВИ у ГУМАНІСТИЧНІЙ ТРАНСФОРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ??

Перш за все, у відповідному законі мають бути чітко прописані:

1) **візуалізація медичної системи, як живого і активно діючого соціального організму,** зі своєю місією, та відповідною до неї Конституцією: анатомією (організаційною структурою); фізіологією (соціально-економічним гомеостазом); соціальна місія, статус і повноваження професійного лікарського самоврядування;

2) ієрархія органів професійного самоврядування, починаючи від Рад медичних колективів (РМК або МР), аж до Вищої Медичної Ради (ВМР) має складатись у *чітку висхідну АРХІТЕКТУРУ (самоврядну вертикаль соціальних ліфтів) у повній відповідності з АРХІТЕКТУРОЮ адміністративної вертикалі (доповнюючи і підсилюючи її компліментарно* – інфраструктурно та функціонально);

3) **зробити медичну систему більш гнучкою і мобільною, сфокусувавши основні – вузлові «центри управління» на регіональному рівні для безпосередньої взаємодії з ОТГ та ОМС** (органами місцевого самоврядування). Для цього *управлінський блок КНП* (разом зі включеним до його складу очільником МР – медичної ради) має увійти до організаційної

структури ОМС самодостатнім органом – Районним сектором ОЗ (центром – вузлом забезпечення, організації та координації діяльності медичного сектору регіону – району);

3-а) *Медичні підрозділи вторинної ланки (стоматологічні відділення* в тому числі), функціонуючі на базі поліклінічної інфраструктури районного підпорядкування (зараз Філії КНП), доцільніше було б *кооптувати на підсилення ЦПМСД* (в одних будівлях, з якими вони працюють) в якості *відносно автономних самоорганізаційних підрозділів на кшталт ТОВ, на договірних засадах* (що повністю відповідатиме сутності, прийнятої WMA 19.05.2019 р. декларації про універсальну доступність для населення первинної медичної допомоги, яка може бути підсилена профільною медичною допомогою). Умови та алгоритм такої співпраці мають консенсусно узгоджуватися й закріплюватися у Колективних угодах.

Первинна ланка стоматологічної допомоги – як центр профілактики і надання базового рівня стоматологічної допомоги повинна знов отримати право на життя, але вже в іншому самоврядному форматі (юридично закріпленому у колективних угодах). АСУ може розробити і запропонувати оптимальний алгоритм організації таких підрозділів та форму колективної угоди для них відповідно до всіх правових вимог. Ми всі маємо вчитись співпрацювати в іншому форматі – у форматі соціального партнерства і взаємодії на спільний результат. Він відкриває більші перспективи, але й вимагає відповідного рівня суспільної свідомості та відповідальності. Війна нас виштовхнула в інший простір, в якому відбувається масштабування мислення і масштабування системної та інфраструктурної організації. Особистісне і системне дозрівання – це перехід з аморфного стану до чіткої і зрозумілої організації та інтегрованої взаємодії. Це вихід з туману суспільних непорозумінь і народження прозріння та яснобачення, коли хаос спонтанно складається у чітку й зрозумілу картинку, а потім – захоплюючу дух панораму, яка відкриває кожному нові можливості.

Саме в цьому й **полягає справжній сенс професійного – лікарського самоврядування, у відкритті перед медичною спільнотою країни нових можливостей, нових змістів і справжніх сенсів – відкриття нових перспектив професійного і суспільного розвитку.** Кожен медик розуміє, як за принципом компліментарності організується подвійний ланцюжок ДНК (першооснова всієї органічної еволюції, від утворення клітин, сполучної тканини, нервової системи, кровообігу, органів і систем), від нього бере початок вся система опірності, регенерації та репродукції. Принцип компліментарності лежить в основі збереження-відновлення цілісності та регенеративної спроможності. Адже лише після формування подвійного ланцюжка ДНК структура спроможна більш компактно і правильно скластись, утворюючи вторинні й третинні структури. Так і надскладна – **розбалансована медична система** (будь-яка соціальна система, в якій одночасно співпрацюють, як молоді – активно еволюціонуючі, так і старі – деградуючі структури різного масштабу, темпу розвитку та функціональної спроможності), може бути доволі **швидко приведена в компактний – мобілізований, активно реагуючий на соціальні умови й потреби стан за допомогою** актуалізації в інфраструктурному устрої та функціоналі неактивованої – латентної ланки – **Професійного медичного самоврядування, яке забезпечить повноцінне відновлення системної цілісності, функціональності та динамічного розвитку.**

Виходячи з актуальних потреб сьогодення, новий Закон України про професійне медичне самоврядування повинен не ув’язнювати лікаря в лабіринті недосконалої медичної системи в якості безправної – безхребетної функції, а орієнтуючись на бажані еволюційні перспективи гармонійного системного розвитку і майбутнього процвітання, створювати організаційні, правові та соціально-економічні передумови для виховання мотивованих, свідомих, креативних та відповідальних СПІВТВОРЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ’Я ТА СТВОРЕННЯ ЗДОРОВОГО СОЦІАЛЬНОГО КЛІМАТУ В ДЕРЖАВІ!!

ВУЛТ, НЛРУ, УМЕС, АЛПМД, АСУ ТА ПРОФІЛЬНІ МЕДИЧНІ АСОЦІАЦІЇ вже виступають в авангарді самоорганізаційних та інтегративних процесів, сповідуючи ідеологію гуманізму, милосердя, зцілення та природної – безпечної (забезпеченої) еволюції із застосуванням найпрогресивніших організаційних, правових та соціально-економічних механізмів системної регуляції, створюючи НОВІТНЮ КУЛЬТУРУ ДЕРЖАВНО-САМОВРЯДНОЇ ВЗАЄМОДІЇ – КУЛЬТУРУ СПІВТВОРЧОСТІ, ДОБРОБУТУ І ПРОЦВІТАННЯ.

ЦЕ Є НАШ СПІЛЬНИЙ ВНЕСОК В ОСТАТОЧНУ ПЕРЕМОГУ МИРУ І СОЦІАЛЬНОГО ДОБРОБУТУ ТА ГУМАНІСТИЧНОЇ ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ І ВСІЄЇ ЛЮДСЬКОЇ ЦИВІЛІЗАЦІЇ.

НАША СПІЛЬНА МІСІЯ – ЗЦІЛЕННЯ та ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ’Я!

БУДЬМО ЗДОРОВІ!!!

ПРОПОНУЮ: До будь якого варіанту Закону України про професійне лікарське самоврядування обов’язково додавати розділ: «Екологія медичного простору. Гуманітарна безпека

та розвиток людського потенціалу», в якому має бути чітко, концептуально прописана ідеологія, соціально-економічна політика професійного лікарського самоврядування та узагальнений алгоритм її реалізації.

МЕДИЦИНА В ІТАЛІЇ – ЩО МИ МОЖЕМО ВЗЯТИ ДЛЯ СЕБЕ?

Чубучна І. І.
м. Львів, Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького

Рідко де можна знайти країну, громадяни якої задоволені своєю системою охорони здоров'я. Це стосується й Італії, основними проблемами є забюрократизованість, зростання витрат і довгі черги на медичну допомогу, хоча за даними рейтингу Світової організації торгівлі (СОТ) національна система охорони здоров'я Італії посідає друге місце.

З 1978 року, після проведення масштабної реформи, яка об'єднала розрізнених надавачів медичних послуг, що призводило до нерівності між громадянами в їх доступі, в Італії існує єдина структура національної служби охорони здоров'я Servizio Sanitario Nazionale (SSN), де здоров'я громадянина розглядається як державний інтерес, на сторожі якого власне й стоїть SSN. І всі громадяни, зареєстровані в цій системі, мають право на отримання оптимальної допомоги, незалежно від свого соціального стану та доходів.

Таким чином мала би бути створена ефективна уніфікована система медичної допомоги, яка охоплювала б усе населення, незалежно від розміру відрахувань конкретного громадянина в державну скарбницю, що забезпечувало б універсальний доступ до уніфікованої допомоги по всій країні.

На сьогодні завдяки SSN надається недороге або безкоштовне медичне обслуговування для всіх резидентів країни, членів їхніх сімей, студентів університетів і приїжджих осіб (в т. ч. і з країн Євросоюзу), а також швидка допомога для всіх приїжджих, незалежно від громадянства.

Проте за час функціонування цієї системи виникли нові проблеми в результаті бюрократизації, до якої схильна уся система управління в Італії, недосконалості управління і зростанням витрат. Часті зміни влади та нестабільність політичної ситуації негативно впливають і на охорону здоров'я. Нерівномірність регіонів (багата Північ і бідний Південь) теж не дозволяють усунути різницю в медичній допомозі в регіонах.

З 1998 року охорона здоров'я стала федеральною, тобто регіони відповідають за управління та організацію медичної допомоги, проте це порушило принцип уніфікованості медичної допомоги в різних регіонах. З 2001 року держава й регіони розподілили відповідальність за охорону здоров'я: держава визначає основний пакет медичної допомоги, єдиний для всієї країни, а регіони повинні організувати і управляти системою охорони здоров'я.

В Італії існують як державні лікарні, так і приватні, причому SSN може укласти з ними угоду і фінансувати лікування пацієнтів.

Сімейний лікар обирається зареєстрованими за місцем проживання пацієнтами зі списку лікарів, який надає місцеве медичне об'єднання. В його обов'язки входять консультації в амбулаторії або візити додому, скерування до вузьких спеціалістів і на обстеження, призначення лікування (виписування рецептів), планова госпіталізація та допомога медсестри чи доглядальниці (за потребою). Лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та педіатри є незалежними підрядниками SSN. Прийом ведеться у позалікарняних підрозділах або власних кабінетах (офісах), ***в обов'язковому порядку укладаючи контракт з місцевим медичним об'єднанням.*** Оплата праці здійснюється за кількістю пацієнтів – 1500 для сімейного лікаря і 800 – для педіатра. Також оплата може бути збільшена за рахунок ведення хворого з хронічною патологією і премій за раціональне витрачання коштів.

Кожен лікар зобов'язаний бути членом свого регіонального відділення Загальної медичної ради і включений до спеціального каталогу. Вона стежить за дотриманням професійної етики і може застосувати дисциплінарні стягнення. Вона також впливає й на розмір гонорарів за послуги фахівців у конкретному регіоні, тобто знову ж багата Північ матиме вищі гонорари за ту ж роботу, ніж бідний Південь. Окрім того існують ще й різні профспілкові організації, які представляють інтереси медиків.

SSN також розробляє позитивний і негативний (з недоведеною ефективністю) списки ліків у Національному формулярі, визнаючи, які медикаменти надаються SSN безкоштовно, а які повинні оплачуватися пацієнтом.

Фінансування на охорону здоров'я відбувається через податок на прибуток і заробітну плату державних службовців плюс регіональний прибутковий податок, який стягується на національному рівні, але 90 % повертається в бюджет регіону.

46 % з нього йде на фінансування стаціонарів. Стільки ж припадає на фінансування первинної ланки. Рівень фінансування громадського здоров'я залишається сталим на рівні 3,6 %, який все ж має тенденцію до зниження. Зростання видатків на первинну допомогу призводить до здорожчання медичних послуг і зростання цін на медикаменти.

Послуги громадської охорони здоров'я надаються локальними медичними підприємствами (azienda sanitaria locale), які є відповідальними за послуги в галузі профілактики захворювань і формування здорового способу життя, безпеки продуктів харчування, запобігання виробничим травмам та професійним захворюванням.

Запис до вузького спеціаліста, за скеруванням від сімейного лікаря, здійснюється безпосередньо до центральної електронної системи запису (centrounico di prenotazione – CUP), які можуть розміщуватися як окремо, так і при амбулаторіях. Також запис можна здійснити з дому за телефоном або у аптеці.

Таким чином, децентралізація лікарень і локальних медичних підприємств підвищила відповідальність регіональних урядів за надання медичної допомоги. Водночас запровадження єдиних гарантованих на державному рівні пакетів медичних послуг, які надаються усім громадянам країни, єдина система профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, система вакцинації, роблять акцент на здоров'ї населення. Запровадження профілактичних програм з формування здорового способу життя в Італії розпочинається вже з молодших класів школи, де дітей привчають, що правильне харчування та рух – це не забаганка, а обов'язок людини, якщо вона хоче прожити довгі роки життя, а не хворіти у літньому віці.

Італія є, мабуть, однією з «найстаріших» країн в Європі, як показала нам ковідна пандемія. Причин для великого відсотку населення у віці 80+ є багато у цій країні. Але однією з них є високі витрати на охорону здоров'я і соціальну опіку осіб похилого віку, які насправді є не видатками, а інвестиціями, оскільки вони приносять користь як літнім людям, так і суспільству загалом. Інвестиції в здоров'я осіб похилого віку дають можливість свободи жити їм таким життям, якого попередні покоління навіть не могли собі уявити.

Здорове ефективне старіння дозволить наступному поколінню мати ресурси, щоб молоде покоління могло дбати про себе, а не витрачати всі ресурси на підтримку життя людей старшого віку.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД: ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ (БОЙОВА, ПОБУТОВА ТРАВМА), АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

ТЕРЕНКУР В КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ

Базилевич А. Я.[1], Войтила А.[2], Дужий Д. І.[3]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,*
[2]*м. Каліш, Калішська Академія імені Президента Станіслава Войцехівського, Польща*
[3]*м. Дрогобич,' Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка*

Вступ. Ходьба, як лікувальний метод для функціонального відновлення використовується при багатьох захворюваннях. В 1845 році швейцарський лікар Хартвиг своїм пацієнтам радив прогулянки вздовж моря, так і в гористій місцевості. Професор Вербер з 1862 року активно рекомендував ходьбу стежками гірських курортів Німеччини і Швейцарії. Термін «Теренкур» (від французького «*terrain»* — місцевість і німецького «*Kur*» — лікування) був запропонований німецьким лікарем Максом Ертель у 1885 році (особливо при серцево-судинних хворобах, патології органів дихання та ожирінні).

У сучасній вітчизняній і зарубіжній літературі недостатньо висвітлені потенційні можливості теренкурів в реабілітації пацієнтів, а наявні наукові роботи мають фрагментарний характер.

У сучасній лікувально-профілактичній медицині не використовується велика кількість оздоровчих методів лікувальної фізкультури, і теренкур — один з них.

У зв'язку зі зростаючим інтересом людей до власного здоров'я, продовження та підвищення якості життя, дозована ходьба на теренкурі, як ефективний і безпечний метод зміцнення здоров'я знову привертає увагу.

Мета дослідження: розробка та організація оздоровчих стежок (теренкурів) для реалізації програми реабілітації пост COVID- 19 пацієнтів.

Матеріал і методи. Комплексний аналіз і узагальнення даних наукової літератури за проблемою дослідження з подальшою систематизацією та описом результатів пошукової роботи. Для вимірювання та створення стежок: для вимірювання пройденого шляху використовувався GPS навігатор програми Windy maps, картографічні дані якої базуються на основі даних Open street map, для вимірювання перепадів висот використовувалась програма Altimeter.

Результати. Теренкур (ходьба по гористій місцевості) – комплексне поняття, в основу якого покладено науково обґрунтовану методику лікувальної ходьби, посилену додатковими терапевтичними ефектами впливу місцевості, такими як клімат, ландшафт, аерофітовплив та ін. Теренкур – дозовані піші сходження (дозуються дистанцією, часом та рельєфними перепадами ландшафту); метод реабілітації пацієнтів із кардіореспіраторними та захворюваннями іншої етіології.

Варто зазначити, що теренкур може призначатись практично всім, але це, все одно, не виняток. До цієї категорії потрапляють люди, які негативно реагують навіть на найменше навантаження. Люди по-різному реагують на тренування фізичної витривалості. Це пов'язано з унікальним станом здоров'я або наявністю порушень, які унеможливлюють фізичну активність. Повний перелік факторів, які можуть вплинути на реакцію організму людини на аеробні вправи: стать, вік, генетика, сприйнятливість до тренувань і низька толерантність до тренувань є основними детермінантами [1].

Вивчення ефекту від повсякденної рухової активності у поєднанні з певними кліматоландшафтними характеристиками дозволили сформувати науково-методичну основу і обґрунтувати застосування цих фізичних навантажень для профілактики та лікування низки захворювань. Перші публікації про теренкур та його лікувальне застосування датовані кінцем XIX століття і належать відомому лікарю Максу Ертель (M. Oertel), хоча й раніше лікарі відзначали сприятливий вплив дозованих піших прогулянок у пацієнтів із ССЗ [2].

Лікувальний ефект при використанні методики теренкуру є багатогранним. В процесі ходьби посилюється робота скелетної мускулатури, тренується серцево-судинна система, за

рахунок посилення глибини дихання, що супроводжується прискоренням метаболічних процесів. При швидкості руху 60 кроків за хвилину на відстань 3 км відбувається збільшення швидкості перебігу метаболічних реакцій у 1,5 раза. Ходьба підвищує мозкову функцію, знижує нервову напругу, покращує психоемоційний стан. Під час прогулянок людина, вдихаючи повітря, насолоджується спогляданням природної краси, під час якого відбувається тренування виконавчих структур (головний і спинний мозок, вегетативна нервова система) [3,4].

Терапевтична ефективність теренкуру була неодноразово продемонстрована в комплексному лікуванні ССЗ, патологій з боку м'язово-скелетної, нервової дихальної, травної систем [5, 6].

Також на пізніших стадіях реабілітації та підготованим пацієнтам рекомендується «скандинавська» ходьба (СХ). Її призначення для непідготованих пацієнтів потрібно робити обережно. Вона сама є значно більшим навантаженням, ніж звикла ходьба. Проте використання паличок доцільно пацієнтам з порушенням балансу.

Дослідження зарубіжних авторів підтверджують позитивний вплив тренувань СХ на нормалізацію артеріального тиску, підвищення максимального споживання кисню і толерантності до фізичних навантажень, а також збільшення дихального коефіцієнта й витрати калорій порівняно з ходьбою в прискореному темпі або при бігових тренуваннях. СХ крім традиційної ходи включає використання додаткового інвентаря у вигляді скандинавських палиць. Завдяки ним відбувається активне залучення в роботу м'язів верхнього плечового поясу і тулуба, що забезпечує залучення на занятті більшої кількості м'язів і дозволяє тренуватися в необхідній пульсовій зоні при меншому темпі ходьби [7].

Скандинавська ходьба активно використовується з метою профілактики різних патологій, у тому числі в кардіореабілітації. Правильна біомеханіка кроку і техніка ходьби задіюють більшість м'язів тіла, завдяки чому відбувається рефлекторний вплив на організм і нейротрофічні процеси в міокарді, що в поєднанні з позасерцевими механізмами впливу на фізичне навантаження забезпечує високу ефективність СХ за рахунок збільшення резерву серцево-судинної системи: збільшення ударного і серцевого викиду, підвищення фізичної працездатності, толерантності до фізичних навантажень, максимального споживання кисню, зменшення частоти серцевих скорочень, нормалізації артеріального тиску [7, 8].

В даний час з'явилася тенденція організації «маршрутів здоров'я» в міських умовах. Нами розроблена програма реабілітації післяковідних хворих на основі методу скандинавської ходьби по оздоровчих маршрутах (теренкурах) м. Львова.

В другій половині 2021 року нами було розроблено методологію організації теренкурів та запропоновано систему з 26 стежок, які прокладені у парках, рівномірно розташованих в різних частинах міста. Це перша в світі система теренкурів у НЕкурортному (НЕрекреаційному) місті і розрахована на місцевих жителів та туристів міста. Організаційно-методичну роботу та підготовчу роботу проводили команда викладачі різних університетів та практикуючих лікарів і реабілітологів.

В процесі створення ми поділили маршрути за рівнем складності на три види: 1) Легкий маршрут – від 500 метрів до 1500, з незначними рельєфними змінами, практично без перепадів висот; 2) Середній маршрут – від 1500 до 2500 метрів, частота і перепад рельєфних нерівностей збільшується, включаються ділянки зі змінним темпом ходьби; 3) Складний маршрут – від 2500 метрів до 5000 метрів, значні рельєфні зміни, багато ділянок зі змінним темпом ходьби.

Динамічна система стежок здоров'я (теренкурів) – складається із 26 оздоровчих маршрутів від 3 до 8 в кожному з 5 парків. Обладнані 45 інформаційними стендами на початку і проміжних точках маршрутів, вони містять карту, інформацію про оздоровчу та скандинавську ходьбу, коротку історію теренкурів, місця активного дозвілля, прилеглої території, загальну карту міста, де позначені парки з наявними теренкурними маршрутами. Стенди містять рекомендації для відвідувачів парків про теренкур і скандинавську ходьбу та QR коди, відсканувавши які можна отримати більш розширену інформацію. Стежки ознаковані стовпцями з позначенням напрямку та віддалі, пройденої від початку кожного маршруту (з кроком 100–200 метрів. Розроблено уніфіковану систему нумерації всіх стежок, де перша цифра нумерації означає рівень складності маршруту, а друга, відповідно, порядковий номер в окремому парку. Наприклад, **№ 11** (532 м), **№ 12** (544 м) – легкі, **№ 21** (1,7 км), **№ 22** (1,7 км) – середні.

Інформація про створену систему теренкурів у парковій зоні міста була представлена на конференціях, конгресах і симпозіумах лікарям сімейної практики, кардіологам, лікарям ФРМ. Розроблені та будуть надруковані буклети для лікарів з детальною інформацією і рекомендаціями стосовно використання стежок здоров'я. Для самих пацієнтів та охочих бути здоровими підготовані невеликі брошури з картою маршрутів і короткими настановами.

Сімейний лікар, кардіолог чи фізичний терапевт можуть вибрати та призначити навантаження, визначити який маршрут (кілометраж) має проходити пацієнт, та в якому саме темпі. За необхідності, попередньо проводяться відповідні функціональні тести або функціональні дослідження (велоергометрія, тредміл-тест чи 6-хвилинний тест ходьби, бажано з використанням шкали Борга).

Висновки. В ході аналізу даних наукової літератури було встановлено, що в комплексній системі кардіореабілітації пацієнтів чільне місце посідають аеробні фізичні тренування. Теренкур можна розглядати як доступний і безпечний метод первинної та вторинної профілактики серцево-судинної патології і реабілітації. Впровадження даного методу в індустріальних містах не вимагає великих фінансових затрат та може сприяти залученню пацієнтів до оздоровлення Нами були розроблені схеми 26 оздоровчих маршрутів на території парків м. Львова та їх ознакування для оздоровлення і реабілітації кардіологічних та інших хворих. Визначено місця для 150 знаків (стовпців) по маршрутах стежок, що містять інформацію про тип (кольором), номер стежки, напрямок руху, відстань від старту. Визначено кількість таких стовпців – для окремого парку та всіх загалом.

Список використаних джерел

1. Уілмор Д. Фізіологія спорту і рухової активності. Київ : Оліпм. літ., 1997. 475 с.
2. Oertel M. J. Über Terrain-Kurorte. Zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen, 2 Aufl. Leipzig, 1904.
3. Основные сведения о COVID-19. [Сайт]. URL: https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronaviruse-disease-covid-19
4. Киршин Г. И. Течение и исходы ХНЗЛ у лиц молодого возраста и пути улучшения диспансеризации больных : автореф. дис. … канд. мед. наук. Л., 1985. 16 с.
5. Воробьева И. И. Двигательный режим и лечебная физкультура в пульмонологии. М. : Медицина, 2000. 64 с.
6. Бадалов Н. Г., Барашков Г. Н., Персиянова-Дуброва А. Л. Терренкуры и физическая тренировка ходьбой. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016. Т. 15, № 6. С. 317–322. doi: htpp://dx.doi.org/10.18821/1681-3456-2016-15-6-317-322.
7. Bullo V. Nordic walking can be incorporated in the exercise prescription to increase aerobic capacity, strength, and quality of life for elderly: a systematic review and meta-analysis. *Rejuvenation research.* 2018. Vol. 21, no. 2. P. 141–161.
8. Метод «скандинавської ходьби» в реабілітації хворих на інфаркт міокарда / О. О. Князюк та ін. *Здоров'я. Медична екологія. Наука.* 2014. Т. 56, № 2. С. 83–86.

МЕТОД ІНТЕГРАТИВНОЇ СОМНОТЕРАПІЇ. МЕДИЦИНА МАЙБУТНЬОГО

Волошина О. Є.

м. Львів, ГО «Інституту Розладів Сну та Психотравматичних Розладів», «Центр Сомнотерапії Оксани Волошиної»

Порушення сну вважають серйозним захворюванням. Симптоми безсоння спостерігають у 33–50 % осіб дорослого віку, причому вони супроводжуються різними специфічними скаргами та порушеннями. Існує велика кількість новітніх досліджень, що засвідчують негативні наслідки неякісного сну для здоров'я людини. Дослідження науковців доводять, що короткотривалі недосипання спричиняють одні захворювання, а хронічні, довготривалі – інші хронічні і системні захворювання. До прикладу, відомо, що у студентів які готувались до іспитів і не спали одну чи дві доби, на третю добу з'являться симптоми застуди. Лише завдяки сну активізуються ті мозкові структури, які визначають імунітет. Часто під час різних захворювань, гострих інфекційних захворювань, тривожних станів, емоційного вигорання, виснаження, людина стає надто сонливою і потребує більше сну. Пов'язують це зі збільшенням концентрації інтерлейкінів в крові, оскільки імунна система перебуває в повній мобілізації. Відсутність ознак сонливості під час гострих інфекційних захворювань означає, що організм з хворобою не бореться. Значення сну для імунітету надважливе. Сон – це частина захисної стратегії організму. Діяльність імунної системи сприяє підвищенню сонливості людини, водночас під час сну її імунна система зміцнюється. Отже, позбавлення сну може спричинити втрату здоров'я, знесилення, втрату стійкості до хвороб. Безсоння чи недостатня кількість сну є вагомим чинником ризику виникнення серцево-судинних захворювань, гіпертонії, діабету, ожиріння, когнітивних порушень, погіршення пам'яті, може спричинити розвиток артеріальної гіпертензії, інфаркту міокарда та хронічної серцевої

недостатності. Учені вважають, що інсомнія може спровокувати розвиток цукрового діабету 2-го типу. Також відомо, що зниження тривалості сну (менше 6 годин на добу) є одним із чинників ризику розвитку ожиріння і може спричинити когнітивні порушення та зростання рівня смертності (Yaffle et al., 2014). Окрім того, результати досліджень свідчать про негативний вплив інсомнії на розвиток нейродегенеративних захворювань, деменції (Osorio et al., 2011). Зокрема, вчені вказують на двосторонній характер дії безсоння і розвиток патологій головного мозку. Отримані дані доводять, що люди, які страждають на безсоння, мають підвищений ризик виникнення клінічної депресії (відносний ризик – 2,1), що може спричинити передчасний вихід на пенсію (Paunio et al., 2015). Також підтверджений зв'язок між безсонням та суїцидальними думками, суїцидальними спробами і випадками самогубства (Malik et al., 2014; Pigeon et al., 2012). Епідеміологічні дослідження засвідчують, що безсоння є одним із чинників ризику тимчасової втрати працездатності і підвищення частоти нещасних випадків на виробництві (Laugsand et al., 2014; Sivertsen et al., 2019). Дорожньо-транспортні пригоди часто є наслідком безсоння (Léger et al., 2014). Розлади сну можуть спровокувати захворювання головного мозку та стати причиною хронічних хвороб. Отже, сон для здоров'я та життя людини надзвичайно важливий, адже під час сну відновлюються абсолютно всі системи організму, функції організму тощо. За результатами досліджень ізраїльських вчених під час сну відновлюються молекули ДНК. Досліджуючи людей, позбавлених кількох годин сну, вдалося довести зниження у них реакцій імунної системи.

Важливим розділом медицини і нейробіології, який присвячено дослідженням сну, розладам сну, їх лікуванню та впливу на здоров'я людини, де головним методом діагностики є полісомнографія, вважають **сомнологію.** Сьогодні наука сомнологія не вирішує усіх проблем, пов'язаних з розладами сну. Крім того, відомо, що лікування розладів сну не має суто медичного підходу – це трансдіагностичний підхід. Люди мало обізнані з важливістю та психогігієною сну, маючи при цьому проблеми зі сном. У жовтні 2020 року нами виконано невелике дослідження серед осіб чоловічої та жіночої статі віком від 14 до 44 років, під час якого опитано 151 особу (Волошина О.Є., 2020). Дані опитування засвідчують: 13,9 % опитуваних дотримуються режиму сну; 24,5 % – не дотримуються режиму сну; 58,3 % відповіли, що трапляється по-різному; 3,3 % опитуваних відповіли, що нічого не знають про режим сну. Результати опитування ілюструють, що люди здебільшого мають проблеми зі сном після пережитого стресу. Зокрема, 39,1% опитуваних відповіли, що мають проблеми зі сном внаслідок пережитого стресу; 24,5 % не мають проблем зі сном; 35,8 % сказали, що іноді так і 0,6 % зазначили, що таке трапляється зрідка.

У людей, які працюють у нічні години чи зміни, тривалість життя менша. Відповідно як вирішення проблем у лікуванні порушень сну та з метою міждисциплінарного підходу до цієї проблеми у червні 2019 року нами запропоновано новий напрям **«с**омнотерапія**»,** який активно розвивається у медицині та психології і має на меті вирішувати ті проблеми у лікуванні порушень сну, які на сьогодні не вдається вирішити «сомнології». Якщо психолог чи лікар не є сомнотерапевтом, то йому буде важко зануритись у проблему. Тож у рамках нового напряму сомнотерапії, започатковано міжнародну сертифікатну освітню програму «Сон. Стрес. Психологічна травма» за новою спеціалізацією для лікарів та психологів «сомнотерапевт», створено алгоритм співпраці та ведення (маршрут) клієнта/пацієнта. За цим алгоритмом лікар і психолог-сомнотерапевт проводять спільну першу консультацію (клінічне інтерв'ю, збір анамнезу життя та захворювання), створюють синтезу, скеровують на додаткові обстеження за потреби, встановлюють медичний, психіатричний і психологічний діагноз і, зрештою обирають терапію. Запропоновано протокол первинної інтервенції для лікування розладів сну, метод інтегрованої сомнотерапії, методики та техніки для діагностики спостереження (крива зцілення), саморегуляції і відновлення, щоденник сну в трансдіагностичному підході (авт. Оксана Волошина), (рис. 1, рис. 2). Алгоритм співпраці, психологічне навчання, нові методи, підходи, техніки, методики саморегуляції та самодіагностики, щоденник сну в трансдіагностичному підході в межах напряму сомнотерапія, є інтеграцією психології в медицину та медициною майбутнього.

Перспективою наших подальших досліджень є підготовка та розробка відповідної освітньої програми методу інтеграційної сомнотерапії (МІС) з метою підготовки фахівців, які в межах власних компетенцій зможуть застосовувати та досліджувати метод у своїй практиці з клієнтами/пацієнтами, що страждають на посттравматичні розлади сну та кошмари після пережитих психотравматичних життєвих подій, медичних травм та стресу.

Метод інтегрованої сомнотерапії (МІС) (автор методу психолог, сомнотерапевт Оксана Волошина). МІС є одним з тих, який ми пропонуємо та рекомендуємо для вибору терапій, як основний метод допомоги з невідкладної психології, з різними видами порушень сну, посттравматичними кошмарами, захворюваннями, болем, тривожними та депресивними станами, нічними та денними панічними атаками. Відомо, що людина приходить в цей світ початково

запрограмованою на здоров'я, тож людський організм має природню здатність відновлюватись і зцілюватись самостійно. Як згадувалось вище, саме під час сну відбувається регуляція та відновлення всіх систем та функцій організму. Метод інтегрованої сомнотерапії (МІС) полягає в спостереженні, самоспостереженні, діагностиці та дослідженні природніх процесів діяльності організму людини (на розумовому, ментальному та тілесному рівнях), в описі цих процесів, власній інтерпретації, асистуванні та моделюванні за допомогою уяви, образів та відповідного інструментарію за використання дихальних технік в особливому стані зміненої свідомості клієнта/пацієнта, близького до сну, коли тіло знерухомлене, свідомість частково відключена і залишається лише рух очима. Метою методу є зцілення за допомогою регуляції, саморегуляції та відновлення усіх процесів і функцій організму у природний для людини спосіб.

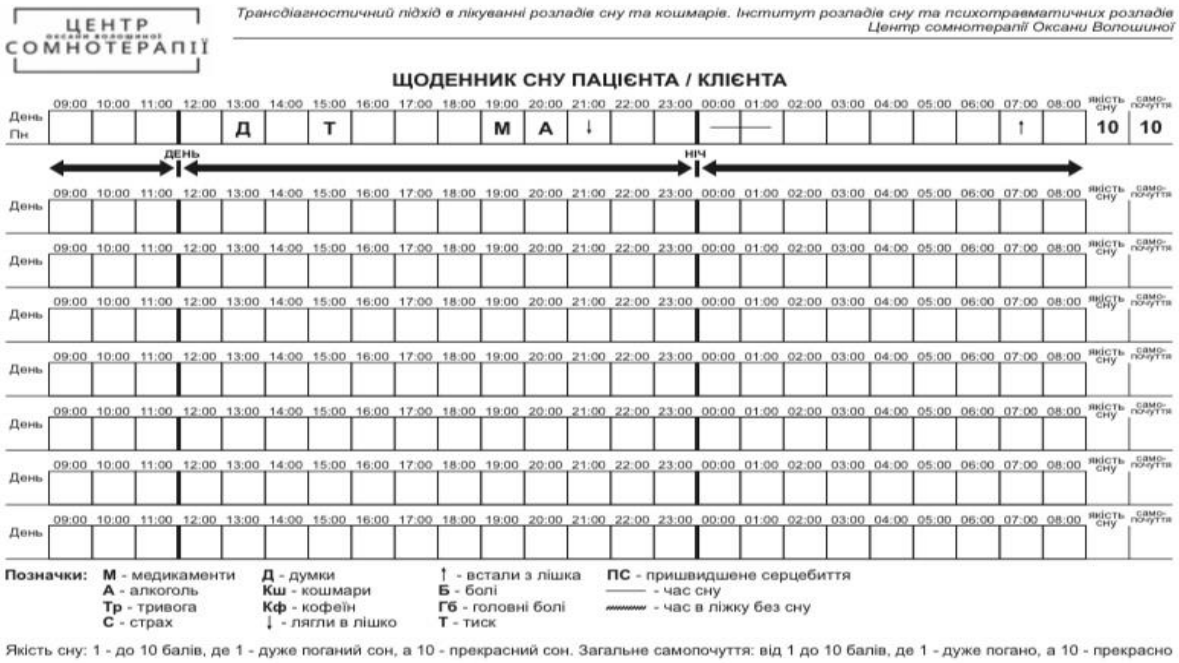


Рис. 1 (бланк щоденника сну, с. 1. Авт. О. Волошина)

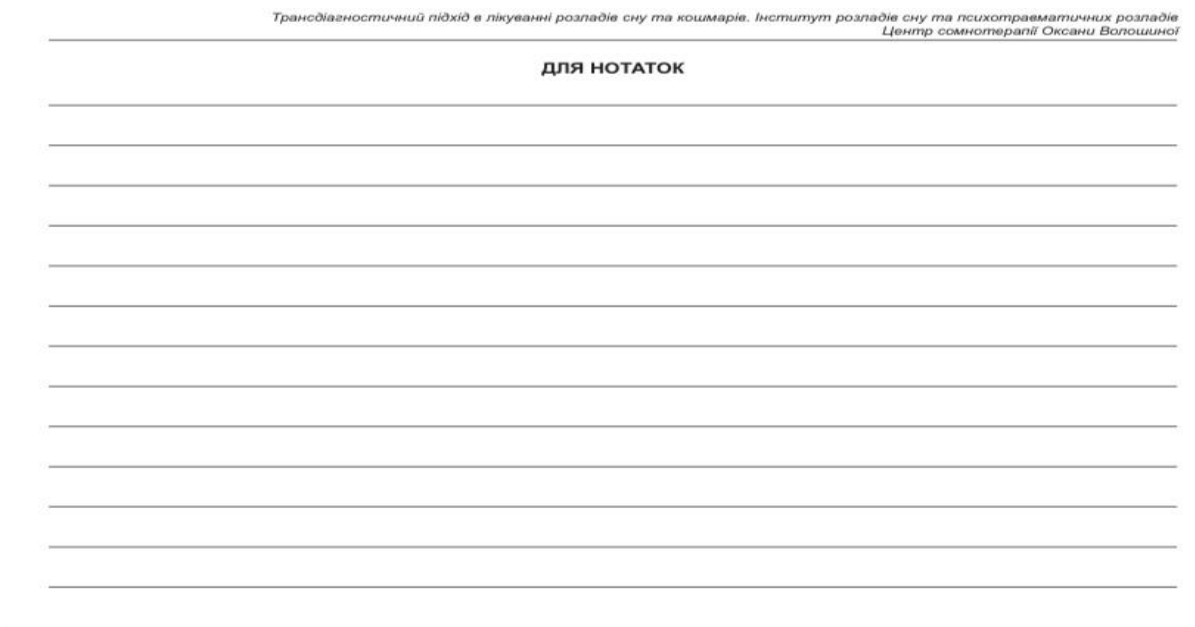


Рис. 2 (бланк щоденника сну, с. 2. Авт. О. Волошина)

Список використаних джерел

1. Волошина О. Є., Жигайло Н. І. Психотерапія порушень сну: трансдіагностичний підхід. *Наукові записки. Серія «Психологія»*. 2021. Вип. 13.
2. Model-based simulations of weekday and weekend sleep times self-reported by larks and owls / A. A. Putilov, E. G. Verevkin, O. G. Donskaya et al. *Biological Rhythm Research*. Vol. 51, no. 5. P. 709–726. doi: 10.1080/09291016.2018.1558735.
3. Mislocalisation of TDP-43 to the cytoplasm causes cortical hyperexcitability and reduced excitatory neurotransmission in the motor cortex / M. S. Dyer, L. A. Reale, K. E. Lewis et al. *J. Neurochem.* 2021. Vol. 157, no. 4. P. 1300–1315. doi: 10.1111/jnc.15214.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders: DSM-5 Task Force. 5th ed. American Psychiatric Publishing *Inc.*, 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
5. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020. Vol. 288. P. 112954.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОСЛУГИ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ В КОНТЕКСТІ МКФ

Гдиря О.[1,2], Міщук Т.[1], Глухоцька М.[1,2], Кирик О.[1]
[1] *м. Львів, Львівський міський реабілітаційний центр «Джерело»*
[2] *м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Програма раннього втручання для дітей з порушенням розвитку створена відповідно до основних принципів Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ). Робота за принципами МКФ складається з опису основних складових життя дитини, до яких належать:

- функції та будова організму;
- діяльнісний (пов'язаний із завданнями та діями дитини);
- участь (залучення дитини до життєвої ситуації);
- фактори зовнішнього середовища та особистісні фактори.

Фактори середовища включають фізичне та соціальне середовище, де діти живуть, проводять час і розвиваються; стосунки та ставлення. Факторами, які можуть вплинути на розвиток дитини, є сім'я, іграшки (в тому числі адаптовані), адаптоване обладнання, альтернативні засоби спілкування, сімейні та громадські стосунки (майданчик, дошкільний заклад тощо), наявність освітніх, медичних, соціальних послуг, правові аспекти / політичні рішення.

Мета дослідження: проаналізувати на підставі МКФ, вплив відвідування спеціалістів відділення раннього втручання природного середовища розвитку дитини (дім, дошкільний заклад тощо) на якість послуг раннього втручання.

Матеріали та методи. У дослідженні проаналізовано інформацію про фактори зовнішнього середовища (бар'єри та сприятливі фактори) при заповненні функціонального профілю дитини за МКФ у 30 дітей, які отримують раннє втручання у відділенні раннього втручання.

Також проведено аналіз результатів опитування 5 спеціалістів групи раннього втручання щодо впливу нової форми роботи (візити в оточення дитини), результатів їхньої професійної діяльності (оцінка розвитку дитини, тактика та прийняття рішень).

Результати. У результаті дослідження встановлено, що відвідування спеціалістами природного оточення дитини суттєво впливає на:

1) об'єктивність опису навичок дитини в повсякденному житті (її діяльності та участі) при оцінці її можливостей;

2) виявлення чинників навколишнього середовища та оцінювання їх як бар'єри чи чинники для покращення функціонування дитини у звичному середовищі;

3) вибір ефективних стратегій (включаючи модифікацію і адаптацію фізичного та соціального середовища) для досягнення цілей на рівні активності та участі дитини.

Висновки

1. Застосування принципів МКФ в організації послуг «Раннє втручання» для дітей з інвалідністю передбачає оцінку активності та участі дитини в природних повсякденних ситуаціях.

2. Нова форма роботи спеціалістів раннього втручання, через відвідування середовища розвитку дитини з об'єктивним вивченням існуючих бар'єрів чи факторів для покращення функціонування дитини.

3. Використання МКФ в оцінці функціонування дитини в природних умовах допомагає вибрати ефективні стратегії досягнення цілей на рівні діяльності та участі дитини.

НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

АКУШЕРСТВО ТА ҐІНЕКОЛОҐІЯ

УДК 616.147.16-07:618.3-06

КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН ПАХОВИХ КАНАЛІВ ЯК ОДНА З ФОРМ НЕСАФЕНОВОГО ПЕРВИННОГО ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Антонюк-Кисіль В. М.[1,2], Дзюбановський І. Я.[2], Єнікеєва В. М.[1], Лічнер С. І.[1],
Липний В. М.[1], Тимощук Ж. М.[1], Хоружа Н. М.[1]
[1]*м. Рівне, Комунальний заклад «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради*
[2]*м. Тернопіль, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України*
[3]*м. Рівне, Луганський медичний університет*

Окремою формою хронічного захворювання вен (ХЗВ), з якою зустрічаються акушери-гінекологи, хірурги і судинні хірурги на етапах ведення вагітних, є первинне варикозне разширення вен пахових каналів (ПВРВПК) – несафеновий варикоз. Дана патологія мало вивчена, маловідома й існує як акушерська проблема для акушерів-гінекологів, як судинна – для судинних хірургів, як хірургічна проблема – для хірургів і клінічна і косметична – для пацієнток.

Мета дослідження: вивчити частоту і форми ПВРВПК під час вагітності.

Матеріали та методи. На базі комунального закладу «Рівненський обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради за період з 2013 року по перше півріччя 2022 року під спостереженням знаходилося 1367 вагітних з первинним хронічним захворюванням вен басейну сафенових і несафенових вен (згідно з класифікацією CEAP від 2002 р.). У 285 (20,8 %) з них діагностовано одну з форм несафенового варикозу – ПВРВПК: в ізольованій формі – у 129 (45,3 %) пацієнток, у 156 (54,7 %) вагітних він поєднувався з первинним ХЗВ нижніх кінцівок. У всіх вагітних для діагностування венозної патології та вивчення венозної гемодинаміки у венах нижніх кінцівок, басейну клубових вен, пахових каналів, дослідження джерел, що формують ПВРВПК, використали другий рівень діагностики, згідно з рекомендаціями Українського Консенсусу щодо лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок від 2005 р., що поєднував дані анамнезу, клінічного обстеження і дуплексного ангіосканування. У всіх пацієнток ультразвукове дослідження (УЗД) проводили в положенні лежачи і стоячи (ортостазі) з виконанням проби Вальсальви і критеріїв D. A. McKenna зі співавт. (2008).

Результати. Поміж 285 (20,8 %) вагітних із ПВРВПК у 129 (45,3 %) пацієнток діагностовано ізольовану форму; у 28 (21,7 %) – варикозне розширення вен знаходилось в межах пахового каналу, а у 101 (78,3 %) вагітної поширилось через зовнішнє пахове кільце на зовнішні статеві органи, промежину і нижні кінцівки. У 156 (54,7 %) вагітних різні форми ПВРВПК поєднувались з первинним ХЗВ нижніх кінцівок басейну сафенових вен.

Встановили, що серед 285 пацієнток джерелами формування ПВРВПК, за даними дуплексного ангіосканування, у 141 (49,7 %) переважали рефлюкси з вен маткових сплетень, у 73 (25,61 %) – переважно з вен яєчників, у 42 (14,73 %) вагітних – переважно з вен матки + яєчників, у 18 (6,32 %) – переважно з вен матки + яєчників + кремастерної вени. Не вдалося чітко визначити джерело у 11 (3,86 %) пацієнток.

У 285 (100 %) пацієнток з ізольованою формою ПВРВПК патологія прогресувала впродовж всієї вагітності і під час наступних вагітностей, не прогресувала між вагітностями. В той же час у всіх 156 вагітних з поєднаною формою захворювання, відмічено прогресування первинного ХЗВ басейну сафенових вен як в період вагітності, так і між вагітностями.

Висновки. Використання другого рівня діагностики під час вагітності, що поєднував дані анамнезу, клінічного обстеження і дуплексного ангіосканування апаратом LANWIND MIRROR II з лінійним датчиком частотою 8–10 MHZ, критерії D.A. McKenna і співавт. (2008) в положенні лежачи і стоячи (ортостазі) з проведенням проби Вальсальви у 100 % є безпечним, як для матері, так і плоду, та стовідсотковим діагностуванням різних форм даної патології.

За даними дуплексного ангіосканування, ПВРВПК зустрічається у 20,23 % серед вагітних з ПХЗВ. У 45,3 % діагностовано в ізольованій формі, а найчастіше у 54,7 % в поєднанні з ПХЗВ нижніх кінцівок.

Джерелами формування ПВРВПК переважно були рефлюкси з венозних сплетень матки – у 49,7 % вагітних, яєчників – у 25,61 % пацієнток.

CLINIC AND DIAGNOSTICS OF INGUINAL CANALS PRIMARY VARICOSE VEINS AS ONE OF THE FORMS OF NON-SAPHENOUS PRIMARY CHRONIC VENOUS DISEASE DURING PREGNANCY

Antoniuk-Kysil V. M.[1,2], Dzubanovskyi I. Ya.[2], Yenikeieva V. M.[1], Lichner S. I.[1], Lypnyi V. M.[1], Tymoshchuk Zh. M.[1], Horuzha N. M.[1]

Rivne Regional Perinatal Center Rivne Regional Council Municipal Institution
Ternopil State I. Ya Horbachevskyi Medical University, Ministry of Health of Ukraine

A distinct form of chronic venous disease (CVD) which meet the obstetrician-gynecologists, surgeons and vascular surgeons on the stages of pregnancy management is the primary varicose veins of the inguinal canals named non-saphenous varicose veins. This pathology is little studied and little known but there is a rather big obstetric problem for obstetricians-gynecologists, vascular surgeons, and as a surgical problem for surgeons and clinical and cosmetic for patients.

Purpose of research. To study the primary varicose veins of the inguinal canals frequency and forms, as well as development dynamics during pregnancy.

Materials and methods. Based on Rivne Regional Perinatal Center Rivne Regional Council Municipal Institution for the period from 2013 to 2019, the observation of 1,367 pregnant women with primary chronic venous disease pool of saphenous and non-saphenous veins (according to the CEAP classification as of 2002). In 285 (20.8 %) of them, one of the forms of non-saphenous varicose vein the primary varicose veins of the inguinal canals was diagnosed: in isolated form 129 (45.3 %) patients, in 156 (54.7 %) pregnant women combined with lower extremities' primary chronic vein disease. All pregnant women for the diagnosis of venous pathology and the venous hemodynamics study in the lower extremities veins, the iliac veins pool, inguinal canals, a study of the sources, forming the primary varicose veins of the inguinal canals, used the second diagnostic level, under the guidance of Ukrainian Consensus on the treatment of lower extremities' varicose veins as of 2005 which included the anamnesis data, clinical examination and duplex angioscanning. For all patients, ultrasound examination was performed in the supine standing position (orthostasis) with Valsalva maneuvre using Mc Kenna D. A. and co-authors criteria (2008).

Results. Among 285 (20.8 %) pregnant women with the primary varicose veins of the inguinal canals, 129 (45.3 %) patients were diagnosed with an isolated form; 28 (21.7 %) had varicose veins within the inguinal canal, and 101 (78.3 %)of the pregnant women spread through the outer inguinal ring to the external genitals, perineum, and lower limbs. 156 (54.7 %) pregnant women in the primary varicose veins of the inguinal canals different forms combined with primary CVD of the lower extremities saphenous veins pool.

Found that among 285 patients with the primary varicose veins of the inguinal canals sources on duplex angioscanning in 141 (49.7 %) was dominated by reflux from the uterine plexus veins, 73 (25,61 %) mainly from the ovaries veins, 42 (14.73 %) of pregnant women primarily from the veins of the uterus + ovaries, 18 (6.32 %) mainly from the veins of the uterus + ovaries + cremasteric vein, failed to clearly identify the source for 11 (3.86 %) patients.

This pathology progressed throughout pregnancy and during subsequent pregnancies for 285 (100 %) patients. The primary varicose veins of the inguinal canals isolated form did not progress between pregnancies. At that time all the 156 pregnant women with the concomitant disease, marked by the progression of primary CVD pool of saphenous veins during pregnancy and between pregnancies.

Conclusion. The use of the second level diagnosis during pregnancy which combined the data of anamnesis, clinical examination and LANWIND MIRROR 2 duplex angioscanning apparatus with 8-10 MHZ linear sensor frequency, McKenna D.A. and co-authors criteria (2008) in the supine and standing (orthostasis) with the Valsalva maneuvre in 100 % is safe for both mother and fetus.

The use of the inguinal canals venous pathology's second level diagnosis among the pregnant women gave one hundred percent diagnosis of this pathology's various forms.

On duplex angioscanning the primary varicose veins of the inguinal canals found in 20.23 % among pregnant women with primary chronic vein disease to 45.3 % in isolated form, but more often in 54.7 % in combination with lower extremities' primary chronic vein disease. Sources of the primary varicose veins of the inguinal canals' formation were mostly uterus venous plexuses' reflux in 49.7 % of pregnant women, the ovaries in 25.61 % of the patients.

Keywords*:* *McKenna D. A. and co-authors criteria (2008), duplex angioscanning, non-saphenous varicose veins, inguinal canal varicose veins.*

Первинне хронічне захворювання вен (ПХЗВ згідно з класифікацією CEAP 2017) належить до числа «переважно жіночих патологій», для виникнення яких вагітність є істотним чинником ризику через негативні впливи фізіологічних змін в організмі жінки, властивих суто вагітності [1–3].

Дана патологія виникає вперше у 50–96 % жінок під час вагітності, прогресуючи в період між вагітностями і під час наступних вагітностей [4, 5].

Асоціація ПХЗВ і вагітності зазвичай характеризується швидким початком і зростанням симптомів з терміном гестації, а також частковим їх регресом після пологів [6–9].

Згідно з даними офіційної статистики МОЗ в Україні поширеність всіх форм венозних ускладнень у вагітних протягом останніх 10 років становить 27,0–28,5 : 1000, в 2009 р. – 28,1 [10].

Окремою формою нетипового, несистемного прояву ПХЗВ, з якою зустрічаються акушери-гінекологи, хірурги і судинні хірурги на етапах ведення вагітних, є первинне варикозне розширення вен пахових каналів – несафеновий варикоз. Дана патологія, не дивлячись на сучасні досягнення медичної науки мало вивчена і маловідома для практичних лікарів, внаслідок чого трапляються діагностичні помилки, що призводить до вибору невірної тактики лікування вагітних [11–13]. Зустрічається вона як у формі одностороннього, так і двостороннього ураження. Як правило, ця патологія маніфестується у другій половині вагітності і лише під час вагітності та при наступних вагітностях. Прогресує протягом всієї вагітності, не прогресує між вагітностями [14]. Поширена вона переважно серед жінок, які часто народжують – «хвороба з жіночим обличчям» [15].

Несафеновий варикоз зустрічається у 7–10 % пацієнток. Частота ПВРВПК становить 10–20 % позасистемного нетипового варикозу [16–18]. Савельєв В. С. (1998) зазначає, що зазначені форми зустрічаються частіше, ніж це прийнято вважати [19].

ПВРВПК зустрічається як в ізольованій формі, перебуваючи в межах пахових каналів, так і поширюється через зовнішнє пахове кільце в ділянку зовнішніх статевих органів, на нижні кінцівки, промежину, а також в поєднанні з ПХЗВ басейну сафенових вен. Формується за рахунок рефлюксу крові з тазових вен, який поширюється у 50–65 % спостережень на поверхневу венозну систему нижніх кінцівок, у 4–30 % вагітних – у вени вульви і промежини. Дуже рідко діагностується у невагітних [6, 7, 20–28].

У 2–10 % жінок венозні зміни залишаються і після пологів [21, 27–32].

Для розуміння сутності й різноманіття даної патології, що розвивається при вагітності, необхідні знання анатомії та фізіології венозного повернення від вагітної матки [3, 19, 28].

Вагітність – тимчасовий природний динамічний фізіологічний багатофакторний стан жінки, що розвивається на тлі сформованого індивідуального жіночого організму. Під час вагітності відбуваються зміни як у всьому організмі жінки, так і локальні, які взаємопов'язані між собою та впливають на венозну гемодинаміку у венах таза і на розвиток рефлюксу в них.

Один із загальних природних факторів цього процесу – зміна гормонального фону, зниження загального периферичного опору, збільшення об'єму циркулюючої крові. Обсяг циркулюючої крові при одноплідній вагітності збільшується на 30–50 %, при багатоплідній – на 45–70 %. Зменшення загального периферичного опору до 30 % відбувається за рахунок утворення маточного кола кровообігу з його низьким опором. Паралельно збільшується обсяг судинного русла матки, плаценти і молочних залоз завдяки судинорозширювальній дії естрогену і прогестерону на судини цих органів. Серед вагітних жінок з ПХЗВ має місце гіпервиробництво прогестерону. Залежнос від терміну вагітності відбувається збільшення до 250 разів, що призводить до зниження тонусу венозної стінки за рахунок його судинорозширювальної дії. Як результат, на 60 % збільшується ємність тазових вен за рахунок підвищеної їхньої розтяжності до 150 % від норми, що може спричинити неспроможність венозних клапанів [33, 34]. M. Lenckovic і співавт. [35] відзначили, що середня концентрація прогестерону у вагітної жінки з патологічним розширенням вен– значно вища, ніж у контрольній групі без видимих змін венозної мережі: (159,9 ± 15,8) нмоль/л і (40,4 ± 1,6) нмоль/л, відповідно.

У вагітних венозна циркуляція крові по тазових венах значно відрізняється від невагітних через безліч локальних факторів, що впливають на венозну гемодинаміку малого таза. Деякі з них: зростання тиску в черевній порожнині за рахунок постійно зростаючої матки (маса матки в цей час збільшується з 50–70 г до 1 кг), фізіологічного тазового повнокрів'я, величина якого змінюється в бік збільшення і взаємопов'язана з терміном вагітності, кількістю плодів на тлі індивідуальних особливостей ембріонального розвитку артеріальної та венозної систем таза кожної жінки. У міру збільшення терміну вагітності матковий кровотік має тенденцію до збільшення в 10–60 разів і більше від нормального. Якщо кровотік у матці невагітної жінки становить 10–20 мл/хв, то на 10-му тижні вагітності він збільшується до 50 мл/хв, на 30-му тижні – до 190 мл/хв, і перед самими пологами він становить 700–800 мл/хв [28].

Збільшена маса матки викликає її позиційні зміни, що веде до розтягування яєчникових вен і механічного стискання маткою судин малого таза з подальшим венозним застоєм в них [34, 40]. Виникає періодична екстравазальна позиційна компресія вагітною маткою початкового відділу нижньої порожнистої вени, проксимальних відділів загальних клубових вен, що викликає венозну гіпертензію в дистальних відділах системи клубових вен за рахунок перевантаження їх кров'ю. Запускається механізм механотрансдукції і, як наслідок, пошкоджується сполучнотканинний каркас стінки вен, сприяючи їхньому розширенню, формується відносна клапанна недостатність і рефлюкс крові з високою концентрацією гормонів плаценти в дистальні відділи вен басейну клубових вен і нижніх кінцівок [6, 7, 36, 37].

Наболотний О.І. зі співавт. [38] відзначили, що через компресію клубових вен вагітною маткою у 48 % несафеновий варикоз переважає на лівій нижній кінцівці.

Однією з локальних причин нерівномірного навантаження кров'ю вен малого таза, що впливає на виникнення в них рефлюксу, є локалізація плаценти в порожнині матки [6, 7, 37, 40]. Так, при розташуванні плаценти в ділянці дна або у верхніх відділах матки відтік крові від плаценти рівномірно розподіляється в яєчникові вени, які впадають в нижню порожнисту вену, вени широкої зв'язки матки і маткові вени. При низькій плацентації відтік крові відбувається нерівномірно, переважно в загальну клубову вену через систему внутрішніх клубових вен на боці розташування плаценти. Приплив крові до стінок матки в місці локалізації плаценти значно збільшений, що веде до зростання венозного відтоку, локальної гіперволемії і гіпертензії в системі клубових вен на боці розташування плаценти, і як наслідок – рефлюкс крові у вени нижніх кінцівок і у вени широкої зв'язки матки. Величина його залежить від наростання об'єму венозного повнокрів'я. Методом УЗД було підтверджено, що локалізація плаценти на передній або задньобічній поверхні верхнього або середнього відділу матки сприяє утворенню безлічі венозних судин кровотоку, який у кілька разів вищий, ніж в інших відділах матки і спрямований в клубові вени відповідної сторони [41].

Новіков Б.Н. [42] зазначив, що при розташуванні плаценти у правих відділах матки варикозне розширення вен спостерігається, як правило, на правій нозі, а при розташуванні плаценти зліва варикоз проявляється на обох кінцівках.

При порушеннях венозного руху крові у проксимальних відділах загальних клубових вен, дистальному відділі нижньої порожнистої вени за рахунок екстравазальної тимчасової компресії вагітною маткою, відтік крові відбувається в обхід зазначених сегментів венозної системи завдяки колатеральним системам [44].

Це заплутана й не цілком систематизована мережа вен, які перетинаються, з'єднуються між собою, формують сплетення, зосереджуються навколо матки. Більшість шляхів колатерального відтоку складається з безклапанних судин, які анастомозують між венозними колекторами, пропускна здатність їх може змінюватися в широких межах, завдяки чому така колатеральна система вступає в дію негайно і кровотік здійснюється в потрібному напрямку як прямими колатеральними системами на боці порушення відтоку крові, так і перехресними (анастомози з судинами протилежного боку) [43]. Їхня клапанна недостатність призводить до рефлюксу крові із зони гіпертензії, що виникла в венозних сплетеннях малого тазу, через систему вен пахових каналів і промежини. Венозна гемодинаміка в системі вен пахових каналів і промежини є надзвичайно динамічною, складною і проблемною для її вивчення, особливо під час вагітності, та водночас важливою для розуміння цієї проблеми. Ця дуже щільна венозна сітка розташована як шунт в стегново-клубово-нижньопорожнистій системі. Недостатність або повна відсутність венозних клапанів у цій системі дозволяє двонаправлений кровотік. Особливістю цієї венозної системи є її здатність адаптуватись до певних умов, зокрема при вагітності [29]. Згідно з нормальною анатомією в паховому каналі жінок знаходиться кругла зв'язка матки (lig. teres uteri), nn. ilioinguinalis, v., a. spermaticus ext.

За даними дослідження Д. Н. Лубоцький [45] відмітив у паховому каналі жінок наявність v. cremacter, яка дренує кров від круглої зв'язки матки і статевих губ у v. epigastrica inf. Її наявність зазначив також McKenna і співавт. [47] при сонографії у жінок з клінічними проявами варикозного розширення вен в ділянці зовнішніх статевих органів, у яких варикозні вузли розташовані в шкірних покривах у формі дрібних виступаючих дилатацій округлої форми, покритих тонкою шкірою – варикозні «перлини» як результат рефлюксу з системи зовнішньої клубової вени через систему v. epigastrica inf. – v. cremaster [44, 46, 47].

Кірпатовський І.Д. [48] відмітив наявність так званої «вени-анастомозу» (v. cremasterica), яка анастомозує між plexus pampiniformis з v. epigastrica int. гілкою початкового відділу зовнішньої клубової вени в якості потужної анастомотичної венозної дуги між pl. pampiniformis і системою зовнішньої клубової вени. Анастомози між гілками внутрішньої клубової вени (v. obturatorica) і гілками зовнішньої клубової вени (v. epigastryca int.) відмічені в роботах Г.Ф. Іванова [49]. Тому виникнення патологічного рефлюксу із системи клубових вен у ці гілки, які не часто виявляються в жінок і проявляються здебільшого під час вагітності, призводить до формування їх варикозного розширення.

В роботі E. Balian і співавт. [29] відмічено, що вени круглої зв'язки з'єднують з одного боку матково-яєчникову систему, а з іншого – поверхневу епігастральну вену або зовнішню клубову вену, або обидві [29]. Pl. uterovaginalis з'єднується через анастомози тазових сплетень, власне через вени круглої зв'язки з венами передньої черевної стінки.

Як варіант D.R. Reisfield [50] розглядає формування варикозного розширення вен пахового каналу за рахунок поширення рефлюксу крові із зовнішньої клубової вени у нижню епігастральну вену, далі у v. cremaster, яка пов'язана з венами, що дренують круглу зв'язку матки і паховий канал.

Також є зв'язок із зовнішніми сороміцькими венами та іншими притоками великої підшкірної вени з гроновидними сплетеннями, продовженням якої є яєчникова вена. Крім того, зовнішня сороміцька вена утворює анастомози з глибокими венами системи внутрішньої клубової вени (внутрішньою сороміцькою і замикальною венами [51].

Здійснюється природний зв'язок колатеральних венозних систем матки (внутрішньотазовий колатеральний кровотік) з позатазовим венозним колатеральним кровотоком через природні отвори в передній черевній стінці (пахові канали) і тазового дна (канал внутрішньої сороміцької вени – канал Алькокка) з венозними системами басейну сафенових вен нижніх кінцівок, в ділянці зовнішніх статевих органів і передній черевній стінці проявляється тільки під час вагітності [52].

Поза вагітністю при ультразвуковій ангіографії очевидного зв'язку вульварних і внутрішньотазових вен не виявлено в жодному з випадків. У деяких хворих при УЗАС виявлено анастомозування вульварних вен з пригирловими притоками великої підшкірної вени [53–55].

Для діагностування даної патології під час вагітності існує обмежений комплекс досліджень. Згідно з рекомендаціями Українського Консенсусу з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок (2005 р.) для вагітних рекомендовано використовувати другий рівень діагностики – комплекс, що складається з двох складових: інтерпретація клінічних симптомів захворювання в поєднанні з дуплексним скануванням [63].

З появою ультразвукової діагностики на сучасному етапі стало можливим вивчити джерело формування варикозного розширення вен пахових каналів під час вагітності, підійти до вирішення багатьох питань діагностики та диференціальної діагностики цієї актуальної і значущої для вагітних проблеми [12, 14, 47, 56–62]. Даний метод є неінвазивним, не спричиняє явних ятрогенних ускладнень з боку вагітної і плоду. За показаннями може бути використаний неодноразово.

Згідно з літературними даними щодо ультразвукової ангіографії, ПВРВПК може формуватися за рахунок рефлюксу крові з вен навколоматкового простору, яєчників, поширюючись венами круглої зв'язки матки та/або по v. cremaster з v. epigastrica гілки v. hypogastrica ext. [47, 56]. При кольоровій допплерівській ультрасонографії пахових каналів відзначали наявність скупчення, що складається з численних змієподібних анаехогенних трубчастих каналів з явищами гіперваскуляризації, в яких є мінімальний кровотік при обстеженні в спокійному стані, що збільшується у венах та викликає їх розширення під час проведення проби Вальсальви. Крім того, відзначаються зміни форм венозних скупчень у паховому каналі під час обстеження на спині і у вертикальному положенні. Їх наявність у кишечнику, або лімфатичних вузлів не виявляли [56, 59, 62].

Деякі автори описують у своїх роботах УЗД-картину варикозного розширення пахових каналів, як виражене венозне скупчення розширених дренажних вен схожих «на сумку з хробаками», «мішок з хробаками» [11, 59, 62].

McKenna D.A. і співавт. [47] запропонували УЗД-критерії, за якими можна запідозрити варикозне розширення вен пахового каналу: множинні розширені вени проходять паховий канал і простежуються до нижньої епігастральної вени, і/або від вен навколоматкового простору, відсутність кишечника або лімфатичних вузлів.

Ультрасонографія дає можливість чіткої диференціальної діагностики між варикозним розширенням вен пахових каналів і паховою грижею, і уникнення непотрібного хірургічного втручання. Kusanovic J.P., McKenna D.A. [47, 64] та інші автори звертають увагу хірургів на те, що варикозне розширення вен пахових каналів (круглої зв'язки матки) може симулювати пахову грижу і призводити до необгрунтованих оперативних втручань під час вагітності.

ПХЗВ і його прояви у вигляді варикозної хвороби нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів посилюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду і ведуть до зростання материнської захворюваності та смертності. Розроблення і впровадження в акушерську практику сучасних методів діагностики, лікування варикозної хвороби та профілактика ускладнень у вагітних, породіль є актуальною проблемою [65].

ХЗВ залишається невирішеною проблемою, як і його виникнення та лікування. «…Оскільки варикозне захворювання під час вагітності має явну схильність до прогресування, його слід лікувати. Метою лікування є поліпшення або, принаймні, запобігання подальшому погіршенню флебодинаміки…» [66].

Не дивлячись на численні і багатоцентрові дослідження, сьогодні відсутній єдиний методологічний підхід до питання профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з варикозною хворобою [6, 7, 9, 36, 39]. Частота первинного несафенового варикозного розширення вен і його зв'язок з ХЗВ в інших венозних басейнах вимагають більш глибокого вивчення даної проблеми і пошуку шляхів її вирішення у вагітних.

Мета дослідження: вивчити частоту, форми ПВРВПК, джерела формування, динаміку розвитку захворювання під час вагітності.

Матеріал и методи

На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з початку 2013 р. по 2019 р. включно спостерігались, лікувались і народжували 16 993 пацієнток. З них 840 (4,94 %) мали первинне хронічне захворювання вен басейну сафенових вен $C2_S$-4s, Ep, As, p, Pr (клінічний клас за класифікацією CEAP), і у 285 (1,7 %) вагітних діагностовано одну з форм несафенового варикозу – первинне варикозне розширення вен пахових каналів (ПВРВПК). Серед вагітних з ПВРВПК у 129 (45,3 %) пацієнток діагностовано ізольовану форму, у 156(54,7 %) ПВРВПК поєднувалось з первинним хронічним захворюванням вен (ПХЗВ) нижніх кінцівок. Серед ізольованої форми ПВРВПК у 28 (21,7 %) варикозне розширення вен знаходилось у межах пахового каналу, а у 101 (78,3 %) вагітної поширилось через зовнішнє пахове кільце на зовнішні статеві органи, промежину і нижні кінцівки.

Для досягнення поставленої мети використали другий рівень діагностики – поєднання даних анамнезу, клінічних критеріїв і дуплексного ангіосканування (рекомендації Українського Консенсусу щодо лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок, 2005 р.). Клінічні критерії: наявність пухлиноподібних утворів в ділянці пахових каналів, біль, варикозні конгломерати в ділянці зовнішніх статевих органів та на нижніх кінцівках. Для вивчення венозної гемодинаміки в нижніх кінцівках, венах тазу, джерел формування ПВРВПК використали дуплексне ангіосканування, яке проводили упродовж вагітності (в першому, другому, третьому триместрах). Цей метод дослідження не є інвазивним, він відносно безпечний для вагітної, плоду, і може виконуватись неодноразово за наявності показань. Всі дослідження пацієнткам проводили з використанням апарату LANWIND MIRROR II з лінійним датчиком частотою 8–10 MHZ в положенні лежачи і стоячи (ортостазі) з проведенням проби Вальсальви та критеріїв McKenna D.A. і співавт. (2008). Для безпечного проведення (запобігання аортокавальному синдрому, синдрому нижньої порожнистої вени) у 78 % вагітних дослідження виконувалось в положенні лежачи на лівому боці під кутом в 30 градусів. Дуплексне ангіосканування виконувалось переважно (87 % обстежених) у другій половині дня, коли були найбільш виражені клінічні симптоми гемодинамічних порушень у венозній системі (відчуття важкості в нижніх кінцівках, болі в пахових каналах, набряки, парестезії в ділянці зовнішніх статевих органів).

Анамнестично вивчали, під час якої з вагітностей виникла дана патологія, динаміку розвитку ПВРВПК залежно від триместру вагітності (першого, другого і третього), та кількості вагітностей. Для цього виділили три групи пацієнток з одноплідною вагітністю: перша група із

234 (82,1 %) вагітних, у яких згідно з анамнезом патологія пахових каналів сформувалась під час попередніх вагітностей; друга група – із 51 (17,9 %) пацієнтки, у яких вперше під час вагітності виникла клініка ПВРВПК; третя група – контрольна – із 50 вагітних, у яких не було клінічних ознак ПХЗВ на початку вагітності.

В дослідження не були включені вагітні з вторинною формою хронічного захворювання вен, з вродженими ангіодисплазіями нижніх кінцівок, промежини і тазу.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 234 вагітних 1-ї групи з ПВРВПК згідно з анамнезом дана патологія виникла у 92 (39,3 %) – після першої вагітності, прогресувала при наступних вагітностях, у 142 (88,46 %) клініка з'явилась після 4-5 пологів. У 133 (56,8 %) пацієнток ПВРВПК знаходилось в межах пахового каналу: однобічне – 103 (77,4 %), двобічне – 30 (22,6 %).

У 101 (43,2 %) вагітної з ПВРВПК варикозні вени з пахових каналів поширювались за їхні межі через зовнішнє пахове кільце після третьої вагітності: в ділянку зовнішніх статевих органів у 65 (64,4 %) обстежених, у формі флебектазії в підшкірній клітковині в паху і у верхній третині стегна – 12 (11,9 %) пацієнток, на всі сегменти нижніх кінцівок – 14 (13,9 %) вагітних, варикозне розширення вен в ділянці зовнішніх статевих органів + нижні кінцівки + промежина у 10 (9,9 %) пацієнток.

Особливістю формування варикозного розширення в ділянці нижніх кінцівок, паху за рахунок несафенових вен з пахових каналів є те, що вони розташовуються в просторі між поверхневою фасцією і шкірними покривами при інтактній системі сафенових вен.

У 41 (17,52 %) пацієнтки після четвертої вагітності діагностовано поєднання ПВРВПК, яке поширювалось за межі зовнішнього пахового кільця з первинним сафеновим варикозом басейну великої і/або малої підшкірних вен; у 20 (48,8 %) пацієнток в ділянці зовнішніх статевих органів (за рахунок розширення v. pudend ext. – гілки великої підшкірної вени), у 21 (51,2 %) вагітної – в ділянці нижніх кінцівок.

Всіх 234 вагітних першої групи турбували болі різної інтенсивності в паховій ділянці, зовнішніх статевих органах, промежині і по ходу варикозно розширених вен нижніх кінцівок залежно від фізичних навантажень, триместру вагітності. Найбільше біль дошкуляв переважно в другій половині дня. Виникав при помірних фізичних навантаженнях (ходьба, догляд за дітьми, приготування їжі), фізіологічних відправленнях (сечовипускання, акт дефекації), знижувався, але не зникав після ночі чи денного відпочинку. Мав тенденцію до наростання, досягав інтенсивності в третьому триместрі, що призводило у 23,5 % пацієнток до періодичного приймання знеболювальних.

Пухлиноподібні випинання при огляді пахових каналів у 92 (39,3 %) пацієнток локалізувались в межах пахового каналу, а у 142 (60,7 %) – поширювались за його межі через зовнішнє пахове кільце. Утворення м'яко-еластичної консистенції, спадає при пальпації, збільшується при натужуванні, «не бурчить», не вправляється в черевну порожнину, не розширені зовнішні пахові кільця. Пухлиноподібний утвір змінював форму і об'єм залежно від положення тіла (лежачи, стоячи).

Набряк у 27 пацієнток локалізувався в ділянці м'яких тканин пахових ділянок, зовнішніх статевих органів у 110 пацієнток, у 96 пацієнток – промежини та нижніх кінцівок. У 148 пацієнток набряк наростав впродовж дня. Величина його залежала і від триместру вагітності. Менш вираженим був в першому триместрі вагітності і більш виражений в третьому, що викликало значний дискомфорт в ділянках зовнішніх статевих органів, промежини та нижніх кінцівках. Варикозні конгломерати пахових каналів, зовнішніх статевих органів промежини та нижніх кінцівок клінічно мають тенденцію до збільшення в діаметрі та поширення залежно від триместру вагітності і кількості вагітностей. Найбільш виразними є в третьому триместрі. Найчастіше прогресування ПВРВПК відмічено у 201 (85,9 %) із 234 пацієнток з другого триместру вагітності, з прогресом і в третьому триместрі.

При ультразвуковій ангіографії спираючись на критерії, запропоновані McKenna D.A. і співавт. (2008) серед 234 обстежених у 193 (82,5 %) пацієнток діагностовано різні форми ізольованого ПВРВПК, і у 41 (17,5 %) вагітної – поєднання сафенового і несафенового ХЗВ. При дослідженні пахових каналів відмічено варикозне їх розширення у формі «варикозних канатів», які формуються з окремих венозних стволів, що переплітаються. Їхній діаметр залежав від кількості пологів, триместру вагітності та діаметру вен, що його формують. Серед групи з 27 (11,5 %) вагітних (кількість вагітностей більше 2), у яких після першої вагітності вперше проявилась маніфестація захворювання при наступній вагітності, в першому триместрі діаметр «венозного канату» становив (10,1 ± 0,5) мм при діаметрі вен що його формують у 2 мм, в другому триместрі – (12,3 ± 0,2) мм при діаметрі вен, що його формують у 3 мм, в третьому – (15,2 ± 0,7) мм при

діаметрі вен, що його формують у 3,5 мм. Кровотік у них в стані спокою був мінімальним, зростав після проведення проби Вальсальви. Серед другої групи з 207 (88,5 %) вагітних, які мали від 2 до 4 вагітностей, в першому триместрі діаметр «варикозних канатів» становив (12 ± 0,3) мм, діаметр вен, що його формують у 3 мм; в другому – (15,2 ± 0,2) мм при діаметрі вен, що його формують у 4 мм; в третьому – (20,2 ± 0,3) мм із діаметром вен, що його формують у 4,5 мм зі значним кровотоком в них і в стані спокою. Серед вагітних у яких було більше 6 вагітностей (максимальна кількість вагітностей яка спостерігалась – 12) діаметр вен, що формували «варикозний канат» становив більше (20,1 ± 0,5) мм.

Серед 234 пацієнток 1-ї групи джерелами формування варикозного розширення вен пахових каналів за даними дуплексного ангіосканування у 98 (41,9 %) були переважно вени матки, у 84 (35,9 %) – переважно вени яєчників, у 32 (13,7 %) – переважно вени матки + яєчників, у 8 (3,4 %) – переважно вени матки + яєчників + кремастерна вена. У 12 (5,1 %) пацієнток їх не вдалося чітко визначити.

У другій групі із 51 вагітної, у яких вперше маніфестувались клінічні прояви ПВРВПК: у 32 (62,7 %) пацієнток – під час першої вагітності, у 11 (21,6 %) – після другої, і у 8 (15,7 %) – після третьої і більше. Всіх вагітних турбували болі різної інтенсивності в паховій ділянці, зовнішніх статевих органах, промежині і по ходу варикозно розширених вен нижніх кінцівок переважно в другій половині дня. Біль виникав при помірних фізичних навантаженнях (ходьба, догляд за дітьми, приготування їжі), фізіологічних відправленнях (сечовипускання, акт дефекації), що призвело у 28,5 % пацієнток до періодичного приймання знеболювальних. Інтенсивність болю залежала від триместру вагітності. Біль зменшувався, але не зникав після нічного чи денного відпочинку.

При огляді пахових ділянок відмічено наявність пухлиноподібного утворення, схожого на пахову грижу. Величина пухлиноподібного утворення в пахових каналах змінює свою величину під час натужування, фізичного навантаження та положення тіла, триместру вагітності, на що звертають увагу всі вагітні. Його величина залежала, за даними ультразвукової ангіографії, від діаметру «варикозного канату», що знаходився в паховому каналі, який у свою чергу залежав від діаметру вен, що його формують. Діаметр «варикозного канату» в першому триместрі становила (8,1 ± 0,4) мм, при діаметрі вен, що його формують у 2,3 мм; в другому – (10,1 ± 0,3) мм при діаметрі вен, що його формують у 3 мм; в третьому – (13,1 ± 0,5) мм при діаметрі окремих вен у 3,5 мм, який діагностовано у 21 (41,2 %) пацієнтки. Величина утворення в них незначна, майже непомітна в стані спокою. Проявляється при фізичних навантаженнях, натужуванні. У 30 (58,2 %) пацієнток діаметр «варикозних канатів» становив у першому триместрі (11,1 ± 0,2) мм; у другому – (12,0 ± 0,4) мм, у третьому – (15,2 ± 0,1) мм і більше. У цих пацієнток пухлиноподібне утворення випинається над шкірними покривами пахової ділянки в стані спокою.

Набряк м'яких тканин локалізувався в області пахових ділянок, зовнішніх статевих органів, промежини та нижніх кінцівок, і наростав впродовж дня. Величина його залежала від триместру вагітності. Він був менш вираженим в першому триместрі вагітності і найбільш вираженим у третьому триместрі, що викликало значний дискомфорт в ділянках зовнішніх статевих органів і промежини при виношуванні вагітності.

Варикозні конгломерати пахових каналів, зовнішніх статевих органів промежини та нижніх кінцівок мають тенденцію до збільшення в діаметрі і до поширення. Найбільш виражена тенденція – в третьому триместрі. У всіх пацієнток з ПВРВПК захворювання прогресувало впродовж всієї вагітності, найчастіше – в другому триместрі вагітності, прогресування тривало і у третьому триместрі. Спираючись на УЗД-критерії, запропоновані D.A. McKenna і співавт. (2008) серед 51 обстеженої у 39 (76,5 %) пацієнток діагностовано різні форми ізольованого ПВРВПК і у 12 (23,5 %) – поєднання ПВРВПК і ХЗВ басейну великої підшкірної вени (сафенового і несафенового ПХЗВ). Серед 39 пацієнток з ізольованим ПВРВПК у 21 (53,8 %) патологія вен знаходилась в межах пахового каналу. Однобічний характер ураження – у 27 (69,2 %), двобічний – у 12 (30,8 %). У 12 (78,3 %) вагітних ПВРВПК поширювалось за межі пахового каналу через зовнішнє пахове кільце: в ділянку зовнішніх статевих органів – у 5 обстежених, у формі флебектазії в підшкірній клітковині в ділянці паху і в верхній третині стегна – у 7.

Джерелами формування варикозного розширення вен пахових каналів за даними дуплексного ангіосканування були: у 19 (37,3 %) переважно вени матки, у 9 (17,6 %) – переважно вени яєчників, у 10 (19,6 %) – переважно вени матки + яєчників, у 5 (9,8 %) – переважно вени матки + яєчників + кремастерної вени, у 8 (15,7 %) – не вдалося чітко визначити джерела формування ПВРВПК.

На що звернув увагу судинний хірург, працюючи з вагітними, у яких були різні форми проявів патології ПВРВПК: тільки 128 (44,9 %) із 285 пацієнток 1-ї та 2-ї груп акцентували увагу

на наявність проблем із варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, пахових каналів і промежини. В основному скаржились на наявність варикозного розширення вен на нижніх кінцівках. Вагітні це пояснювали своєю скромністю. Також тільки 12,5 % вагітних звертали увагу на косметичні проблеми цієї патології, пов'язані з деформацією зовнішніх статевих органів (статеві губи, клітор) за рахунок варикозних конгломератів, які залишаються у всіх обстежених після вагітності. Тому дана проблема потребує подальшого вирішення.

В третій контрольній групі вагітних із 50 пацієнток без ознак ПХЗВ в басейні сафенових і несафенових вен відмічено, що на протязі вагітності з'явились ознаки флебопатії нижніх кінцівок: у 43 пацієнток – важкість в нижніх кінцівках, у 23 – періодичні нічні судоми в м'язах гомілок, 47 – набряк м'яких тканин стоп. Всі вищевказані симптоми зменшувались після нічного і/або денного відпочинку. За даними дуплексного ангіосканування патології венозної гемодинаміки у венах нижніх кінцівок і тазу не виявлено.

Таким чином, наведені результати дослідження 286 вагітних засвідчили стовідсоткову надійність другого рівня діагностики в поєднанні з критеріями D.A. McKenna зі співавт. (2008) для виявлення ПВРВПК, його частоти, форм. Прослідкували динаміку прогресування даної патології серед пацієнток залежно від триместру вагітності при 100 % безпечності для вагітної і плоду. Широке впровадження в заклади медицини знань серед акушерів-гінекологів, судинних хірургів, хірургів, які контактують з вагітними під час амбулаторного і/або стаціонарного спостереження, про форми ПВРВПК, дає можливість для зменшення числа діагностичних помилок і адекватної тактики лікування.

Висновки

Використання другого рівня діагностики, який використовували під час вагітності, що поєднував дані анамнезу, клінічного обстеження і дуплексного ангіосканування з критеріями D.A. McKenna і співавт. (2008) в положенні лежачи і стоячи (ортостазі), з проведенням проби Вальсальви є у 100 % безпечним як для матері, так і плоду.

Використання другого рівня при діагностуванні венозної патології пахових каналів у вагітних сприяло 100 % діагностуванню різних форм даної патології і джерел формування ПВРВПК у 84,3 % серед вагітних, у яких вперше виникла клініка різних форм патології вен пахових каналів, і у 94,9 % у пацієнток з тривалим анамнезом даної патології.

За даними дуплексного сканування різні форми ПВРВПК зустрічаються у 20,23 % серед вагітних з ПХЗВ – у 45,3 % в ізольованій формі, а найчастіше – у 54,7 % – в поєднанні з ПХЗВ.

Джерелами формування ПВРВПК переважно були рефлюкси з венозних сплетень матки – у 49,7 % вагітних, яєчників – у 25,61 % пацієнток.

Широке впровадження і використання у вагітних з різними формами ПВРВПК другого рівня діагностики ХЗВ в поєднанні з критеріями, запропонованими D.A. McKenna і співавт. (2008), в акушерських і перинатальних закладах різних рівнів, спостереження в амбулаторних і стаціонарних умовах, дає можливість зменшення числа діагностичних і лікувальних помилок серед вагітних з цією патологією.

Важливим є доведення знань про форми ПВРВПК до відома акушерів-гінекологів, судинних хірургів, хірургів, які контактують з вагітними під час амбулаторного і/або стаціонарного спостереження за ними, для своєчасного виявлення патології, яка зустрічається у 20,23 % вагітних з ПХЗВ.

Список використаних джерел

1. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса ; пер. с англ. М. : Практика, 1999. 704с.
2. Сенчук А. Я., Венцковський Б. М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. К. : МАККОМ, 2003. 359 с.
3. Флебология / под ред. В. С. Савельева. М. : Медицина, 2001,-664 с.
4. Epidemiology of chronic venous disease / L. Robertson, L. Robertson, C. Evans, F. G. Fowker. *Phlebology.* 2008. Vol. 23. P. 103–111.
5. Blomgren L. Varicose veins. Aspects on Diagnosis and Surgical Treatment. *Acta Univers Upsal*. 2005. Vol. 53. P. 71.
6. Омарова Х. М. Плацента и ее состояние при варикозной болезни у многорожавших. *Акушерство и гинекология.* 2009. № 5. С. 10–12.
7. Омарова Х. М. Варикозное расширение вен половых органов– лечение хронической венозной недостаточности и профилактика тромбофлебетических осложнений во время беременности. *Проблемы репрод*. 2007. Т. 23, № 4. С. 85–89.
8. Жарких А. В., Сюсюка В. Г.,Барковский Д. Е. Патогенетическое обоснование осложнений гестации у беременных с варикозной болезнью. *Репродуктивное здоровье женщины*. 2005. № 2. С. 69–72.
9. Мамедалиева Н. М., Рева Р. М. Профилактика и лечение варикозной болезни и ее осложнений в акушерстве. *Здоровье женщины*. 2013. № 4. С. 75–76.
10. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2009 рік. / гол. ред. З. М. Митник. Київ : МОЗ України, 2010. 211 с.

11. A diagnostic dilemma:round ligament varicosities in pregnancy / C. Chi, A. Taylor, N. Munjuluri, R. A. Abdul-Kadir. *Acta Obstet. Gyneco.l Scand*. 2005. Vol. 84. P. 1126–1127
12. Ultrasaund diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernias in pregnancy / S. A. Pilkington, M. Rees, O. Jones, I. Green. *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. 2004. Vol. 86. P. 400–401
13. Guillem P., Bounoua F., Duval G. Round ligament varicosities mimicking ingunal hernia. A diagnostic challenge during pregnancy. *Acta Chir. Belg*. 2001. Vol. 101. P. 310–311
14. Bilaterral round ligament varicosities mimicking inguinal hernia during pregnancy / F. F. Ijpma, K. M. Boddeus, H. H. de Haan, D. van Geldere. *Hernia*. 2009. Vol. 13. P. 85–88
15. Каралкин А. В., Альбицкий А. В., Кузнецов А. Н. Патогенез и диагностика венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему(лекция). *Терапевтический архив*. 2004. № 10. С. 63–68.
16. Embolization of incompetent pelvic veins for the treatment of recurrent varicose veins in lower limbs and pelvic congestion syndrome / L. Meneses, M. Fava, P. Diez et al. Cardiovasc Intervent Radiol. 2013. Vol. 36 (1). P. 128–132. doi: 10.1007/s00270-012-0389-x.
17. Nonsaphenous superficial vein reflux / N. Labropoulos, J. Tiongson, L. Pryor et al. *J. Vasc. Surg*. 2001. Vol. 34(5). P. 872–877. doi: 10.1067/mva.2001.118813.
18. Embolisation of symptomatic pelvic veins in women presenting with non-saphenous varicose veins of pelvic origin-three-year follow-up / D. Creton, L. Hennequin, F. Kohler, F. A. Allaert. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2007. Vol. 34 (1). P. 112–117. doi: 10.1016/j.ejvs.2007.01.005.
19. Савельев В. С. Настоящее и будущее флебологии в России. *Флеболимфология*. 1998. № 9. С. 4–6.
20. Богачев В. Ю. Варикозная болезнь вен малого таза. *Consilium Medicum*. 2006. № 1. Р. 20–23.
21. Кириенко А. И., Богачев В. Ю., Прокубовский В. И. Варикозная болезнь вен малого таза. *Флебология* / под ред. В. С. Савельева. М., 2001. С. 574–585.
22. Клинические и гемодинамические особенности варикозного расширения вен вульвы и промежности во время и вне беременности / Ю. Т. Цуканов, В. В. Василевич, А. Ю. Цуканов, И. Ф. Корниенко. *Флебология*. 2008. № 4. Р. 27–32.
23. Kim A. S., Greyling L. A., Dvis L. S. Vulvar varicosities:a review. *Dermatol. Surg*. 2017. Vol. 43(3). P. 351–356.https://doi.org/10.1097/dss.00001008.
24. Pelvic venous insufficiency. Imaging diagnosis, treatment approaches and therapeutic issues / M. G. Knuttinen, K. Xie, A. Jani et al. *AJR. Am. J. Roentgenol*. 2015. Vol. 204(2). P. 448–458. doi: 10/2214/air.14.12709.
25. Koo S., Fan C. M. Pelvic congestion syndrome and pelvic varicosities. *Tech. Vasc. Interv. Radiol.* 2014. Vol. 17(2). P. 90–95. doi: 10.1053/j.tvir.2014.02.005.
26. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women : systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness / Champaneria, L. Shah, J. Moss et al. *Health Technol. Assess.* 2016. Vol. 20 R. (5). P. 1–108. doi: 10.3310/hta20050.
27. Hobbs J. T. Varicose veins arising from the pelvis due to ovarian vein incompetence. *Int. J. Clin. Pract*. 2005. Vol. 59. P. 1195–1203.
28. Pelviperineal venous insufficiency and varicose veins of the lower limbs / E. Balian, J.-L. Lasry, G. Coppe et al. *Phlebolymphology*. 2008. Vol. 15(1). P. 17–26.
29. Цуканов Ю. Т., Василевич В. В., Цуканов А. Ю. Хирургическое лечение париетальной формы варикозной болезни малого таза из мини- и микродоступов. Эндоскоп. хир. 2005. № 3. С. 26–30.
30. Варикозное расширение вен малого таза у женщин как одно из проялений дисплазии соеденительной ткани / И. Ю. Ильина, Ю. Э. Доброхотова, И. Т. Тимченко, А. А. Грудкин. Рос. Вестн. Акуш.-гин. 2009. № 2. С. 39–42.
31. Серов В. Н., Жаров Е. В. Современные принципы диагностики и лечения хронической венозной недостаточности у беременных. М., 2007. 24 с.
32. Мозес В. Г. Диагностика и лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин с симптомом хронических тазовых болей. *Боль*. 2006. № 1. С. 14–17.
33. Берган Дж. Дж. Хроническая венозная недостаточность. *Ангиол. и сосуд. хир*. 1995. № 3. С. 57–59.
34. Perry C. P. Current concepts of pelvic congestion and chronic pelvic pain. *JSLS*. 2001. Vol. 5(2). P. 105–110.
35. Effect of progesterone and pregnancy on the development of varicose vein / M. Lenkovic, L. Cabrijan, F. Gruber et al. *Acta Dermatovenerol. Croat*. 2009. Vol. 17(4). P. 263–267.
36. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок та дисплазія сполучної тканини у вагітних як фактор ризику виникнення перинатальних та акушерських ускладнень / Ю. П. Вдовиченко, А. В. Бойчук, А. Ю. Франчук, О. М. Іщак. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2012. № 4. Р. 91–94.
37. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание пятое, переработанное и дополненное. М. : Триада-Х, 2011. 896 с.
38. Хирургическое лечение несафенового варикозного расширения вен нижних конечностей у женщин с синдромом тазового полнокровия / О. И. Наболотный, Ю. М. Гупало, Е. Е. Швед, В. Г. Гурьянов. *Новости хирургии*. 2018. Т. 26, № 6. С. 669–675. doi: 10.18484/2305-0047.2018.6.669.
39. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis and clinical mamagement / D. Phillips, A. R. Deipolyi, R. L. Hesketh et al. *J. Vasc. Interv. Radiol*. 2014. Vol. 25(5). P. 725–733. doi: 10.1016/j.jvir.2014.01.030.
40. Комплексна терапія гестаційної варикозної хвороби / В. О. Бенюк, В. І. Медведь, С. Д. Коваль та ін. Здоровье женщины. 2011. № 6. С. 2–14.
41. Газдиева З. М. Варикозная болезнь при беременности : автореф. дис. … канд. мед. наук. 1999.
42. Новиков Б. Н. Варикозная болезнь нижних конечностей и беременность. *РМЖ*. 2011. Т. 19, № 11. С. 1–3.
43. Mavor G. E., Galloway J. M. D. Collaterals of the deep venous circulation of the lower limb. *Surg. Gynec. Obstet*. 1967. Vol. 125. P. 561.
44. Савельев В. С., Думпе Э. П. Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. М. : Медицина, 1972. 440 с.
45. Лубоцкий Д. Н. Основы топографической анатомии. М. : Медгиз, 1953.
46. Ramelet A.-A., Kern P., Perrin M. Les varices et telangiectasies. Le Quotidien Du Medecin Masson Paris 2003. 288p.
47. Round ligament varices. Sonographic appearace in pregnancy / D. A. McKenna, J. T. Carter, L. Poder et al. *Ultrasound Obstet.Gynecol*. 2008. Vol. 31. P. 355–357.
48. Кирпатовский И. Д. Очерки по хирургической андрологии. М. : Изд-во УДН, 1989. 125 с.

49. Иванов Г. В. Основы нормальной анатомии человека. В 2 т. М. : Медгиз, 1949.
50. Reisfield D. R. Varicosities in veins of the inguinal canal during pregnancy. *J. Med. Soc.* 1962. Vol. 59. P. 24–26.
51. Sodhi M .S., Dodd H. Venous anatomy of the sapheno-femoral area. *Brit. J. Surg*. 1967. Vol. 54. P. 154.
52. Franceschi C., Balanini A. Points de luite pelviens visceraus et varices des membres interieus. *Phlebologie.* 2004. Vol. 57. P. 37–42.
53. Возможности локальной флебэктомии в коррекции пельвио-перинеального венозного рефлюкса / С. Г. Гаврилов, Д. А. Сон, И. С. Лебедев и др. Ангиология и сосудистая хирургия. 2018. Т 24, № 3. С. 86–89.
54. Флебосклерозирующее лечение вульварного варикоза / С. Г. Гаврилов, И. А. Золотухин, Е. П. Москаленко, О. О. Турищева. Флебология. 2016. № 10(1). С. 50–53. doi: 10.17116/flebo201610150-53.
55. Изолированные хирургические вмешательства на подкожных венах при варикозной болезни вен таза / С. Г. Гаврилов, А. В. Каралкин, В. Е. Васильев и др. Флебология. 2012. № 6(2). С. 9–13.
56. Ryu K. H., Yoon J.-H. Ultrasonographic diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernia: report of two cases with literature review. *Ultrasonography*. 2014. Vol. 33(3). P. 216–221. doi: 10.14366/usg.14006.
57. Nguyen Q. H., Gruenewald S. M. Doppler sonography in the diagnosis of round ligament varicosities during pregnancy. *J. Clin. Ultrasoud.* 2008. Vol. 36. P. 177–179.
58. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernia in pregnancy / D. K. Lee, S. W. Bae, H. Moon, Y. K. Kim. J Korean Surg. Soc. 2011. Vol. 80. P. 437–439.
59. Uzum M., Akkann K., Coskun B. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernias in pregnancy: importance of coor Doppler sonography. *Diagn. Interv. Radiol*. 2010. Vol. 16. P. 150–152.
60. Varices of the round ligament mimicking: an inguinal hernia. An important differential diagnosis during pregnancy / B. M. Dent, A. Al Samaraee, P. E. Coyne et al. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2010. Vol. 92. P. w10-w11.
61. Round ligament varicosities: a rare cause of groin swelling in pregnancy / A. V. Polat, R. Aydin, A. K. Polat et al. Abdom Imaging. 2013. Vol. 38. P. 1178–1181.
62. Sonography of various cystic masses of the female groin / S. N. Oh, S. E. Jung, S. E. Rha et al. *J. Ultrasound Med*. 2007. Vol. 26. C. 1735–1742.
63. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Київ, 2005.
64. Cervical varix as a cause of vaginal bleeding during pregnancy-Prenatal diagnosis by color Doppler ultrasound. J. P. Kusanovic, E. Soto et al. *J. Ultrasound Med.* 2006. Vol. 25(4). P. 545–549.
65. Принципи профілактики тромботичних ускладнень варикозної хвороби у вагітних / В. К. Ліхачов, Т. Ю. Ляховська, Л. М. Добровольська та ін. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2014. 1/2;33/34. С. 218–220.
66. Медведь В. И., Бенюк В. А., Коваль С. Д. Венозные осложнения у беременных. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2010. № 7. С. 29–33.

CURRENT PROBLEMS OF THE PATHOGENETIC TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES AND SEPSIS

Bulavenko O. V., Ostapiuk L. R., Rud V. O.
Vinnytsia, M.I. Pyrohov Vinnytsia National Medical University

The prevention, diagnostics and treatment of purulent-inflammatory diseases and sepsis constitute the very actual problems in the obstetric practice. After all, in the process of pre-gravid preparation, the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period, there are a lot of provoking and specific factors that can cause a negative impact on patients at each of these stages. It should be especially noted that in this case doctors bear a double responsibility: for the life and health of the woman and the newborn child. At the same time, the problem of preserving the reproductive health of a woman and her newborn child is extremely important. The issue of preserving a woman's reproductive health is extremely important, as the health of future generations will depend significantly on it. Among the main causes of maternal mortality are postpartum hemorrhage, preeclampsia and purulent-septic complications [1]. Obstetric sepsis is included in the list of the main causes of maternal mortality not only in the low-income countries. In high-income countries there is a significant increase in operative activity in obstetrics, which contributes to the increased frequency of postpartum purulent-inflammatory diseases and sepsis. Also, in these countries there is the problem of the increasing frequency of obesity and diabetes, including among pregnant women. The patients with diabetes are the risk group for the occurrence of postpartum purulent-septic complications, including postpartum endometritis (PE).

In this regard, the understanding of the pathogenesis at the molecular level is fundamentally important for the formation of the strategy for the management of patients with various diseases. At the same time, information about the mechanisms of the origin and course of purulent-septic complications is fundamentally important for finding effective ways of their diagnosis, prevention and treatment. In diseases accompanied by endogenous intoxication (EI), part of the albumin molecules in the blood of patients is blocked by toxins. As a result, two types of albumin molecules are present in their blood: normal (concentration X) and blocked by toxins (pathological) (concentration 1-X). Pathological albumin molecules lose their ability to perform their main functions, namely transport and detoxification. This allowed us to understand the processes of the origin and course of sepsis in the patients' bodies until their recovery. We have proposed the modified concept of the diagnostic and therapeutic approach to the

purulent-inflammatory diseases and sepsis. It consists in the installation of X_O – extremely minimal concentration of normal albumin in the blood of patients with sepsis. In the case of $X > X_O$, albumin molecules eliminate toxins in the patient's body. In the case of $X \leq X_O$, pro-inflammatory biomarkers (TNF-α, IL-1β and IL-6), which cause SIRS, are produced. At the same time, C-reactive protein (CRP) also appears, the synthesis of which is activated in the liver with the help of IL-6 [2]. The importance of CARS (compensatory anti-inflammatory response syndrome), which follows naturally the hyperinflammatory phase, was also emphasized. A number of biomarkers appear between SIRS and CARS. Their studies in dynamics could also provide the important information about the nature of changes of these markers in critically ill patients. In the case of presence of EI in the body HSA eliminates toxins, increasing the number of pathological albumin molecules.

Over the last twenty years, the diagnostic value of the method of fluorescence spectroscopy (MFS) was demonstrated in the study of fluorescence spectra (FS) of blood serum (BS) in clinical practice for the patients with purulent-inflammatory diseases and sepsis [3, 4]. The main characteristics that are used in the framework of MFS are the intensity of fluorescence $I_F(X)$ and the position of the maximum of the fluorescence band $\lambda_{max}(X)$ of the blood serum (BS) of patients, which are functions of the concentration of native albumin molecules and are expressed through the corresponding characteristics of native and "pathological" albumin molecules. Fig. 1 presents the results of research into the dynamics of the fluorescence spectra (FS) of the blood serum (BS) of a patient with a severe course of PE. The corresponding results for the patient with sepsis are also depicted in the same figure for comparison. This woman with PE had the complicated somatic and gynecological history and a long dry period. In the postpartum period, anemia, proteinuria, 3rd-degree vaginal cleanliness, expansion of uterine cavity according to ultrasound data were detected. So, she had risk factors for PE. In this patient, within the framework of MFS, a significant decrease of fluorescence intensity to 0.35 r.u. and a noticeable long-wavelength shift of the fluorescence band were detected (Fig. 1, curve 6.1). She underwent manual vacuum aspiration (MVA) of the walls of the uterine cavity. After this procedure and antibacterial and uterotonic therapy, the patient's condition improved. The choice of the optimal time for MVA was the very important moment. After the correction of the treatment, in the next experiment, a noticeable increase in the I_F of the BS of this patient was recorded up to 0.61 r.u. and the long-wavelength shift of the fluorescence band was leveled off. After that, the patient was discharged from the hospital in the satisfactory condition.

Otherwise, it is quite possible to reach a septic state. Let's illustrate in Fig. 1a another, more unfavorable, treatment scenario for the mentioned patient. Without correction of medical tactics (February 14), her condition could, in principle, worsen (Fig. 2, curve 6.2) with a further possible transition to a septic state (curve 3′), as in the person with sepsis presented in this Figure. In this case, MVA should be performed, antibacterial and anti-inflammatory treatment should be prescribed. Infusing 20 % solution of donor albumin (100–150 ml) should be prescribed every other day until the recovery. At the same time, the patient's state of health should be monitored within the framework of the MFS, as well as the correction of the treatment process. The treatment process of this patient was successfully completed (Fig. 2, curves 6.3–6.5). If on February 17, monitoring of the state of health and correction of the treatment process had not been carried out within the framework of the MFS, her health could have deteriorated significantly and there could have been no chance of recovery. Without the use of MFS, it would be difficult to treat successfully patients with similar and more severe complications of diseases.

If the possibility of monitoring the condition of patients within the framework of the MFS is not available, it is necessary to monitor their state of health, to prescribe infusions of solutions of donor albumin in the case of deterioration and to carry out etiotropic and symptomatic treatment. However, in this case, we cannot guarantee a successful end of the treatment process.

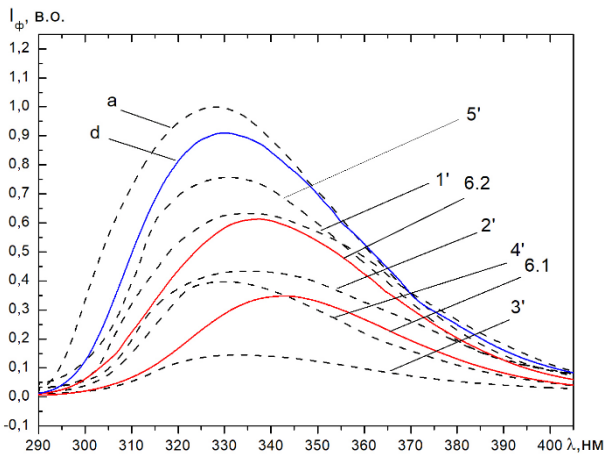


Fig. 1. Fluorescence spectra of blood serum of the woman with postpartum endometritis in dynamics (6.1 – 14.02.2015; 6.2 – 17.02.2015), a woman with uncomplicated course of the postpartum period (2), the person with sepsis (1′, 2′, 3′, 4′, 5′) and 20 % donor albumin (a) (λ^{ex} = 280 nm).

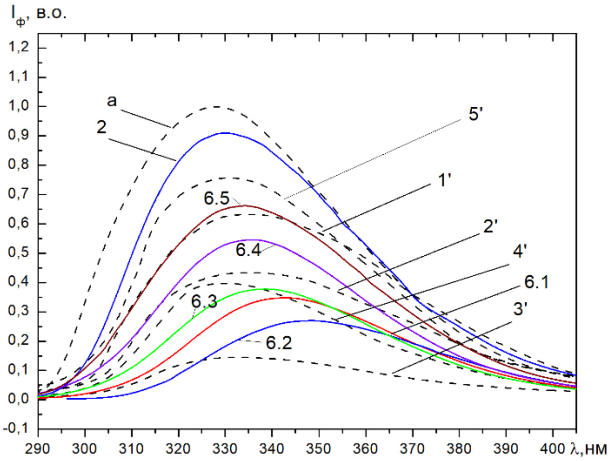


Fig. 2. Fluorescence spectra of blood serum of the women with postpartum endometritis in dynamics (6.1 – 14.02.2015; 6.2 – 17.02.2015, 6.3 – 20.02.2015, 6.4 – 22.02.2015, 6.5 – 25.02.2015), woman with uncomplicated course of the postpartum period (2), a person with sepsis (1′, 2′, 3′, 4′, 5′) and 20 % donor albumin (a) (λ^{ex} = 280 nm).

Conclusions. The significant improvement of the results of diagnostic of purulent-inflammatory diseases and sepsis is still the fundamental problem of medical science. Unfortunately, the most modern diagnostic methods are representative against the background of already manifesting manifestations of pathological processes. Basic research during the last decades has demonstrated that MFS was the most versatile method of biological spectroscopy. High sensitivity, accuracy, simplicity of fluorescent characteristics attract special interest to the fluorescent analysis as an important method of modern, and especially early diagnosis of purulent-septic complications.

Special attention within the framework of the MFS was paid to the study of spectral-fluorescence characteristics of BS of pregnant women and patients with postpartum purulent-inflammatory diseases. At the same time, in order to overcome EI in patients with a severe course of the disease, the effectiveness of the treatment of infusions with solutions of donor albumin was proven. An important condition for the effectiveness of the treatment process is constant monitoring within the framework of the MFS until its completion. A modern approach for diagnostic and effective control of treatment within the framework of MFS and biomarkers using infusions of donor albumin solutions is proposed.

References

1. Problems and challenges to women's reproductive health in the 21th century / O. Bulavenko, L. Ostapiuk, V.Rud et al. *Acta Scientific Women's Health Special Issue*. 2021. Spec. Iss. 3. P. 70–87. doi: 10.31080/ASWH.2021.SI.03.0012.
2. Faix J. D. Biomarkers of sepsis. *Crit. Rev. Clin. Lab. Sci*. 2013. Vol. 50, no. 1. P. 23–26. doi: 10.3109/10408363.2013.764490.
3. A prognostic model of the development of postpartum purulent-inflammatory diseases / O. Bulavenko, L. Ostapiuk, A. Voloshinovskii et al. *International Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 11, no. 2. P. 32–42. doi: 10.4236/ijcm.2020.112004.
4. Ostapiuk L. The Pathogenetic Concept of the Diagnostic-Treatment Approach for Patients with Purulent-Septic Complications. *International Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 13, no. 1. P. 1–21. https://doi: 10.4236/ijcm.2022.131001.

ФІБРОЗНО-КІСТОЗНА МАСТОПАТІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: ДИСФУНКЦІЯ ЯЙНИКІВ

Галишич Н. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У сучасних умовах дисгормональні порушення в підлітковому віці у дівчаток обтяжені репродуктивним анамнезом, запальними змінами органів малого тазу, супутніми соматичними захворюваннями, що й стає причиною дисфункції яйників (ДЯ) серед жінок репродуктивного віку.

Метою роботи було підвищення ефективності діагностики і лікування ДЯ в поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ) молочних залоз на основі вивчення клініко-ехографічних та ендокринологічних особливостей. Проведено обстеження 153 жінок з ДЯ в поєднанні з ДФКМ молочних залоз. Патологія щитоподібної залози була діагностована у 11,8 % пацієнток, у 20,3 % спостерігалася лейоміома матки, у 17,6 % – ендометріоз, у 23,1 % – поліпи ендометрія. Залежно від результатів обстеження, пацієнткам проведено корекцію гормональних порушень. Виражений клінічний ефект від гормональної терапії спостерігався при ДФКМ з переважанням залозистого компонента дифузної мастопатії, ефективність лікування за клінічними критеріями у цій групі склала 88,6 %. Серед 37 жінок з ДФКМ з переважанням кістозного компонента у 27 (73,0 %) при пальпації молочних залоз відмічене клінічне покращення, при ДФКМ змішаного типу покращення виявлене у 37 (71,3 %). При ДФКМ з переважанням фіброзного компонента ефективність лікування була найнижчою – лише у 15 (52,0 %) пацієнток були позитивні зміни. Отже, у 113 (73,9 %) жінок з дифузною формою фіброзно-кістозної мастопатії через 6 місяців від початку індивідуально підібраної гормональної терапії виявлена позитивна ультразвукова динаміка. Рецидив захворювання за даними УЗД констатовано через 12 місяців у 14 (12,4 %) пацієнток.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРЕГРАВІДАРНУ ПІДГОТОВКУ У ЖІНОК З РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ В АНАМНЕЗІ

Гвоздецька Г. С., Геник Н. І., Жукуляк О. М.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

В умовах сьогодення частота ранніх гестозів спостерігається у 60–80 % вагітних, а необхідність у стаціонарному лікуванні досягає 12–17,8 % вагітних. За даними досліджень, у 55,8 % вагітних із проявами раннього гестозу виражені порушення функції гепато-біліарної системи, порушення імунної системи і прояви ранніх гестозів спостерігаються втричі частіше. Відомо, що для підтримки нормального функціонування печінки та імунної системи важливу роль відіграє вітамін D. Зв'язок між метаболізмом вітаміну D і розвитком ранніх гестозів вивчений недостатньо, тому, зважаючи на вищевказане, дослідження даної проблеми є актуальним.

Мета дослідження: оцінка ефективності розробленої комплексної прегравідарної підготовки жінок із блюванням вагітних в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 100 жінок з ранніми гестозами в анамнезі, які звернулись до жіночої консультації з метою планування наступної вагітності. До контрольної групи віднесено 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та пологів в анамнезі. Всім жінкам як основної, так і контрольної груп проводилось дослідження вмісту вітаміну D в сироватці крові. Жінки основної групи були розподілені на дві підгрупи: група А – 50 жінок, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи на прегравідарному етапі протягом 3 місяців до настання вагітності та в першому триместрі вагітності (по 2000 ОД на добу препарату вітаміну D перорально та вітамінно-мінеральний комплекс по 1 таблетці зранку); група Б – 50 жінок , які не отримували прегравідарної підготовки. Статистичний аналіз результатів досліджень проводився шляхом застосування методів варіаційної статистики за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0.Різниця між величинами, які порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. На початку дослідження вихідний рівень вмісту 25 (OH)D в сироватці крові у жінок із ранніми гестозами в анамнезі склав 25,9 нг/мл у групі А, 25,91 нг/мл – у групі Б та 28,0 нг/мл – у жінок контрольної групи.

Тільки у 18,0 % жінок із основної групи визначається достатній рівень вітаміну D, тоді як у жінок контрольної групи достатній рівень спостерігається у 63,3 % ($p < 0,05$). Аналіз частоти виявлення недостатності або дефіциту вітаміну D показав, що кількість пацієнток основної групи з недостатністю та дефіцитом вітаміну D значно переважає над кількістю з нормальним рівнем вітаміну D.

Під час вивчення ефективності лікувально-профілактичних заходів щодо вмісту вітаміну D протягом двох місяців встановлено позитивний ефект у жінок із групи А в порівнянні з групою Б. Після застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів достатній рівень вітаміну D спостерігали у 54,0 % жінок основної групи порівняно з 20 % у жінок порівнюваної групи (групи Б). Недостатність вітаміну D спостерігалася у 28 % пацієнток групи А у порівнянні з вихідним рівнем 38 %, а дефіцит – у 18 % пацієнток групи А порівняно з вихідним рівнем 44 % ($p < 0,05$). Через 3 місяці застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів рівень вмісту 25 (OH)D в сироватці крові у жінок склав 28,8 нг/мл у групі А та 25,84 нг/мл – у групі Б. Вагітність наступила у 48 жінок досліджуваної групи, що становить

96 % та у 40 жінок (80 %) групи порівняння. Прояви блювання вагітних спостерігалися тільки у 10 жінок групи А, що становить 20,8 %, а у групі порівняння – 25 жінок (62,5 %).У жінок із основної групи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, а у жінок із групи порівняння – блювання тяжкого ступеня.

Висновки

1. При застосуванні лікувально-профілактичного комплексу прегравідарної підготовки препаратом Аквадетрим 2000 Од на добу перорально та вітамінно-мінерального комплексу «Елевіт пронаталь» зменшується кількість випадків недостатності та дефіциту вітаміну D ($p < 0,05$), що позитивно впливає в подальшому на перебіг вагітності.

2. При застосуванні запропонованої нами прегравідарної підготовки відсоток настання вагітності був достовірно вищим – 96 % проти 80 % ($p < 0,05$).

3. Аналіз перебігу I триместру вагітності показав у пацієнток групи А достовірно нижчу частоту проявів раннього гестозу (у 3 рази; $p < 0,05$), що відповідає клінічно значущому ефекту запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

КОРЕКЦІЇ НЕКОМПЕТЕНТНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Корсак В. В., Пацкань І. І.
м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Частота некомпетентності шийки матки (НШМ) серед усіх вагітних жінок становить 1,8 % і є актуальною проблемою акушерства.

Мета: виявити особливості перебігу вагітності та родів відповідно до методу корекції НШМ і використаного шовного матеріалу.

Матеріали та методи. Проведено серкляж 25 вагітним з використанням плетеної нитки (перша група), у інших 25 жінок використана мононитка (друга група), крім того 25 вагітним введено акушерський розвантажувальний песарій (третя група).

Результати. Пацієнтки після серкляжу частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності та передчасного розриву плодового міхура, ніж після ведення песарію ($p < 0,05$). Пацієнтки після серкляжу плетеною ниткою частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності, бактеріального вагінозу, кольпіту, багатоводдя, передчасного розриву плодового міхура, ніж після мононіткового шва ($p < 0,05$). У першій групі своєчасні роди наступили 76,1 % жінок, передчасні роди мали місце у 17,5 % вагітних, самовільні аборти – у 6,4 % вагітних. У другій групі відповідно 79,6 % вагітних розроджено своєчасно, 15 % передчасно і в 5,4 % випадків вагітність закінчилася самовільним абортом ($p < 0,05$).

В третій групі своєчасні роди наступили у 91,3 % вагітних, передчасні роди мали місце у 6,5 % вагітних, самовільні аборти у 2,2 % вагітних, відмінності були достовірними стосовно першої і другої груп обстежених жінок ($p < 0,05$).

Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 33,4 % вагітних першої групи, у 29,2 % вагітних другої групи ($p > 0,05$) та у 15,7 % вагітних третьої групи ($p < 0,05$ відповідно до першої та другої груп).

Висновки. Метод корекції НШМ і шовний матеріал суттєво не впливають на терміни розродження. При використанні акушерського розвантажувального песарію розродження частіше проводиться через природні родові шляхи, при серкляжі – шляхом кесаревого розтину.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИХ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ЖІНОК ПІЗНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЮ

Макагонов І. О.[1], Вергун А. Р.[1], Кітик В. В.[2], Вергун О. М.[1], Мощинська О. М.[2],
Марко О. Г.[2], Унятицька О. Ю.[2], Служала Н. І.[3], Литвинчук М. М.[2], Заремба О. О.[4], Доценко Н. О.[3]
[1] *м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «4 міська лікарня»*
[3]*м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 1», відокремлений підрозділ «Львівська міська лікарня швидкої медичної допомоги»*
[4]*м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «1 міська лікарня імені князя Лева»*

Вступ. Гіперпластичні процеси ендометрію є морфофункціональним патологічним станом слизової оболонки матки, який характеризується дифузним або вогнищевим розростанням (проліферацією) залозистих та/або стромальних структур з переважним ураженням у функціональному або базальному шарі. Значна розповсюдженість, високий ризик, особливо атипових форм, детермінує клінічний інтерес щодо розвитку раку ендометрію, який у загальній структурі онкозахворюваності жінок у пізньому репродуктивному періоді складає 20 % від усіх пухлин репродуктивної системи, чим викликає підвищену увагу до цієї проблеми науковців і практичних лікарів різних спеціальностей: гінекологів, морфологів, онкологів, лікарів ультразвукової діагностики. Частота злоякісної трансформації визначається насамперед особливостями захворювання, його тривалістю, супутньою соматичною патологією пацієнток (цукровий діабет, метаболічний синдром, тяжка артеріальна гіпертензія). При цьому необхідно відмітити високу схильність до прогредієнтного та рецидивуючого перебігу даної патології. Захворювання є однією з причин втрати репродуктивної функції і порушення менструального циклу. У старшому репродуктивному віці відбуваються зміни центральної регуляції репродуктивної функції, які призводять до порушення лютеїнової фази менструального циклу та ановуляції. Згідно з сучасними науковими даними, однією з основних патологічних ланок розвитку гіперплазії ендометрію є генетична схильність у деяких жінок до патологічного утворення нових судин у слизовій оболонці порожнини матки і порушення запрограмованої загибелі клітин, яка відбувається в нормі впродовж менструального циклу. Відсутність яскраво вираженої клінічної картини ускладнює своєчасну діагностику і відповідно призначення адекватного лікування; у 10–30 % випадків відзначають асимптомний перебіг захворювання. Не викликає сумніву, що «золотим стандартом» диференційної діагностики патологічних станів ендометрію є фракційне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і стінок порожнини матки або прицільна біопсія під контролем гістероскопії з подальшим гістологічним дослідженням вишкрібів або біоптату, яке дозволяє визначити характер морфоструктурних змін. За даними різних дослідників специфічність виявлення гіперпластичних процесів ендометрію за допомогою ультразвукової діагностики коливається у широких межах від 67,7 % до 92,2 %, тоді як гістологічна верифікація даної патології наближається до 100 %. У цьому контексті залишається актуальним висвітлення ролі та місця неінвазивних методик, у першу чергу комплексної ультрасонографії, для отримання максимальної інформації про стан ендометрію з метою виявлення його початкових патологічних змін на ранньому етапі обстеження.

Мета роботи: на підставі аналізу даних сучасної наукової літератури та власних спостережень оцінити інформативність обстеження жінок пізнього репродуктивного віку щодо гіперпластичних процесів ендометрію за допомогою комплексної ультрасонографії у порівнянні з результатами патоморфологічних досліджень.

Матеріал та методи

Проаналізовано 184 медичні карти пацієнток пізнього репродуктивного віку, обстежених у гінекологічних відділеннях м. Львова відповідно до наказу № 869 від 05.05.2021 МОЗ України без порушення норм біоетики. Хворим проведена комплексна ультрасонографія на апаратах з технологією 3D/4D стану порожнини матки та біопсія або лікувально-діагностичне вишкрібання ендометрію. Оцінка ультразвукових параметрів проводилась згідно з критеріями IETA. Ультразвукове сканування починали на 5-7-й день менструального циклу (рання проліферативна фаза менструального циклу) з абдомінального огляду (через передню черевну стінку за методикою наповнення сечового міхура) за допомогою конвексного датчика частотою 3,5 МГц. Оцінювали

анатомо-топографічні особливості матки і яєчників, їх розміри і ехоструктуру. Проводили обстеження суміжних органів і прилеглих тканин, нирок. Продовжували дослідження за допомогою об'ємного трансвагінального трансдюсера (6–12 МГц), який дає можливість отримати обсяг даних, що включають весь ендометрій, у тому числі ділянку трубних кутів, де найчастіше локалізуються поліпи ендометрію, а також визначити від якої стінки «виходить» поліп, що важливо для планування гістерорезектоскопічних операцій. Обстеження, крім ехографії, включало кольорове допплерівське картування, імпульсно-хвильову допплерометрію судин матки та еластографію. Енергетичне картування – це монокольорове картування, показники якого не залежать від напрямку та швидкості, а визначаються інтенсивністю потоку крові, що дозволяє під будь-яким кутом візуалізувати дрібніші судини, забезпечуючи детальну оцінку матки. Для оцінки кровотоку в дрібних судинах використовували індекс резистентності та індекс пульсації. Індекс резистентності – це співвідношення різниці між максимальною швидкістю систоли і кінцевою швидкістю діастоли до максимальної швидкості систоли, а індекс пульсації розраховують як відношення аналогічної різниці, але вже до середньої швидкості кровотоку. Морфологічне дослідження проводили шляхом аналізу біоптатів або вишкрібів ендометрію, отриманих на 21–24-й день менструального циклу. Отримані дані були статистично опрацьовані загальноприйнятими методами.

Результати дослідження

Ендометрій на ехограмі при гіперплазії мав підвищену акустичну щільність, гетерогенну структуру з наявністю ехопозитивних та ехонегативних включень, відсутністю лінії змикання слизової оболонки матки, характерна тришаровість ендометрію у проліферативну фазу менструального циклу частково або повністю втрачалась. М-ехо нерідко овоїдної форми, потовщене у передньозадньому розмірі, не відповідало фазі менструального циклу, при цьому відмічався акустичний ефект посилення потовщеного ендометрію. Наявність у пацієнток деформації порожнини матки, до прикладу, за рахунок субмукозного міоматозного вузла, знижувала проведення точної діагностики на 30 %. Ультразвукова структура при атиповій гіперплазії була більш щільною і однорідною порівняно з неатиповою. При неатиповій гіперплазії ендометрію частіше відмічалась неоднорідна структура ендометрію нерідко з переважанням дрібних анехогенних включень. Поліпи при ультрасонографії візуалізувалися у вигляді овальних або округлих утворень, що мали однорідну підвищену або середню ехоструктуру, чіткі та рівні контури. Розбіжності з патологоанатомічним діагнозом виникали при залозистих поліпах ендометрію, які часто не призводили до значного його потовщення і за ехогенною структурою були близькі до навколишнього ендометрію. За допомогою програми Virtual Organ Computeraided AnaLysis визначали індекс васкуляризації (vascularization index – VI), що демонструє насиченість тканини судинами, визначається у відсотках, індекс кровотоку (flowindex – FI) – середню інтенсивність кровотоку в заданій швидкості та визначається цілим числом від 0 до 100 та співвідношення васкуляризація–кровоток (VFI), що характеризує як васкуляризацію, так і кровоток та визначається цілим числом. У 48 % жінок пізнього репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрію на 5-7-й день менструального циклу візуалізувався кровоток у спіральних артеріях. При цьому спостерігалися низькі швидкісні показники кровотоку (максимальна швидкість кровотоку 7,2 см/с), індекс резистентності становив $0{,}55 \pm 0{,}03$. При поліпах різної гістологічної структури у 54 % субвибірки визначалися поодинокі артерії, швидкісні показники та індекс резистентності у яких не відрізнявся від аналогічних при гіперплазії ендометрію. У пацієнток з неатиповими гіперплазіями ендометрію спостерігалося гетерогенне насичення судинами периферійної зони гіперплазії. Загалом, у пацієнток з неатиповими гіперплазіями ендометрію констатувалося зниження швидкісних характеристик при незначному збільшенні індекса резистентності. У той же час, у 38,9 % пацієнток з атиповими гіперплазіями ендометрію спостерігався інтенсивний кровообіг у центральних зонах гіперплазії, що свідчило про підвищену васкуляризацію, яка характеризувалася середніми показниками резистентності маткових судин, – достовірно при атипових гіперплазіях відбувалося зниження індексу резистентності в середньому на 41,1 % ($p \leq 0{,}05$) порівняно з групою неатипової гіперплазії. Згідно з отриманими нами результатами у пацієнток з неатиповими гіперплазіями ендометрію спостерігалося гетерогенне насичення судинами периферійної зони гіперплазії. Аналізуючи дані, отримані під час сканування, констатовано, що поліпи візуалізувались у трубних кутах у 33 % випадків, в ділянці дна матки – у 31 % у середніх та верхніх відділах стінок матки – у 36 %. Діаметр поліпів був від 1 до 3,6 см, у 9 % діагностовано множинні поліпи ендометрію. У випадках гіперплазії ендометрію без тенденції до атипових дегенеративних змін еластографічний індекс становив 3-4, а картування було синьо-зелено-червоним. Для атипової гіперплазії ендометрію еластографічний індекс знижувався до 1-2 і характерним було синє картування.

Ендометрій при гіперплазії візуалізувався неоднорідної (іноді з анехогенними включеннями) структури, іноді М-ехо овоїдної форми, зовнішній контур чіткий та рівний, при цьому відмічався акустичний ефект посилення сигналу. Наявність у пацієнток деформації порожнини матки (субмукозного міоматозного вузла) знижувала проведення точної діагностики на 25–30 %. На підставі даних патоморфологічного дослідження діагностовано наступні види гіперплазії ендометрію: гіперплазія ендометрію, обмежена поліпом ендометрію – 31,5 %, гіперплазія ендометрію без атипії – 34,8 %, гіперплазія ендометрію з атипією – 33,7 % вибірки.

Висновки

Дослідженням стверджено, що при атипових формах гіперплазії ендометрію спостерігається зниження індексу резистентності судин в середньому на 41,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з неатиповими варіантами. Результати дослідження та дані літератури свідчать, що зниження індексу резистентності можна вважати важливим критерієм вірогідності гіперпластичних процесів ендомерія з атипією, тобто малігнізації. Еластографія, як додатковий метод, дозволяє з високою вірогідністю діагностувати гіперплазію ендометрію, що було підтверджено морфологічними дослідженнями.

ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЛИ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Міцода Р., Міцода К.-М.

м. Ужгород, ДВНЗ УжНУ, Факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства

Не дивлячись на досягнення медицини, вірусні гепатити є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності.

Мета: простежити перебіг гестаційного процесу у жінок з перенесеним гепатитом А під час вагітності і ранній неонатальний період їхніх новонароджених з метою прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріали та методи. Проведено аналіз перебігу 50 вагітностей, пологів, післяродових періодів у жінок, які страждали на гепатит А під час вагітності, і 100 вагітностей, родів та післяродових періодів у жінок без соматичної патології. Статистичне оброблення результатів спостереження проведено за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для оцінки достовірності отриманих даних використано t-критерій Стьюдента в модифікації Н.М. Амосова та співавторів і кореляційний аналіз. Критичний рівень значущості 5 %. Групи є однорідними за віком, соціальним станом, певною мірою за спеціальністю, проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

Результати. Згідно з обрахунками, прогнозованими ускладненнями для даних жінок є: респіраторні інфекції протягом вагітності (2,84), пієлонефрит під час гестації (2,36), швидкі пологи (2,36) та раннє злиття навколоплідних вод (2,16).

Висновки. Жінки, які страждали на вірусний гепатит А протягом вагітності частіше страждають від екстрагенітальної патології, а їхні пологи достовірно частіше є швидкими і супроводжуються раннім злиттям навколоплідних вод.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Михайлик-Пішак Л. В., Пішак В. Д.

м. Івано-Франківськ. Комунальне некомерційне підприємство «Івано-Франківський обласний перинатальний центр Івано-Франківської обласної ради»

Розвиток прееклампсії складає значну частку в структурі материнської і перинатальної захворюваності та смертності у жінок високого ризику. Відбір в групу ризику щодо розвитку прееклампсії проводився серед жінок високого ризику, за ознакою зниження кровоплину в маткових артеріях в 11–13 (+6 днів) тижнів вагітності.

Метою дослідження було призначення ранньої профілактики розвитку прееклампсії.

Було обстежено 10 здорових вагітних та 30 вагітних групи ризику щодо виникнення прееклампсії. Збирали загальний і репродуктивний анамнез, проводили об'єктивне клінічне та лабораторне обстеження. Визначали показники: середній пульсаційний індекс вище 95-го процентилю та ранню діастолічну виїмку систолічного компоненту. Аналізували перебіг даної вагітності, перебіг і результати пологів, їх ускладнення, стан плодів та новонароджених.

Результати дослідження такі: зниження кровоплину в маткових артеріях і наявність ранньої діастолічної виїмки у жінок високого перинатального ризику може розцінюватися як маркер розвитку прееклампсії. Під час другого ультразвукового скринінгу в 18–20 (+6 днів) тижнів вагітності ці ознаки є інформативною та прогностичною ознакою високого ризику виникнення прееклампсії. У вагітних, які погодились на проведення ранньої профілактики прееклампсії, порівняно з групою жінок, що від такої профілактики відмовились, рідше виникали ускладнення вагітності (прееклампсія, затримка розвитку плода, дистрес плода і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасні пологи) та пологів (передчасне відходження навколоплідних вод було в 2,6 раза рідше, слабкість пологової діяльності – в 1,8 раза, акушерські кровотечі – в 2,8 раза, асфіксія новонароджених виникла в 2,9 раза рідше, не народжувались глибоко недоношені діти з екстремально низькою вагою, а перинатальна смертність мала місце в 1,8 раза рідше).

ULTRASOUND PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA IN HIGH-RISK PREGNANTS

Mykhailyk-Pishak L. V., Pishak V. D.
Ivano-Frankivsk, Communal non-profit enterprise "Ivano-Frankivsk Regional Perinatal Center of the Ivano-Frankivsk Regional Council"

The development of preeclampsia is a significant part of the structure of maternal and perinatal morbidity and mortality in high-risk women. The selection into the risk group for the development of preeclampsia was carried out among high-risk women, based on the sign of a decrease in blood flow in the uterine arteries at 11–13 (+6 days) weeks of pregnancy. The purpose of the study was to prescribe early prevention of the development of preeclampsia. 10 healthy pregnant women and 30 pregnant women at risk of preeclampsia were examined. A general and reproductive history was collected, an objective clinical and laboratory examination was performed. Indicators were determined: average pulsation index above the 95th percentile and early diastolic notch of the systolic component. The course of this pregnancy, the course and results of childbirth, their complications, the condition of fetuses and newborns were analyzed. The results of the study are as follows: a decrease in blood flow in the uterine arteries and the presence of an early diastolic notch in women at high perinatal risk can be considered as a marker of the development of preeclampsia. During the second ultrasound screening at 18–20 (+6 days) weeks of pregnancy, these signs are an informative and prognostic sign of a high risk of preeclampsia. Pregnant women who agreed to early prevention of preeclampsia compared to the group of women who refused such prevention had fewer complications of pregnancy (preeclampsia, delayed fetal development, fetal distress and premature detachment of a normally located placenta, premature birth) and childbirth (premature separation of the amniotic sac). waters were 2.6 times less frequent, labor weakness – 1.8 times, obstetric bleeding – 2.8 times, asphyxia of newborns occurred 2.9 times less often, profoundly premature babies with extremely low birth weight were not born, and perinatal mortality occurred 1.8 times less often).

СТАН ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТУ У ЖІНОК З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ

Приймак О. О.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Частота бактеріального вагінозу (БВ) є досить варіабельною та коливається від 30,0 % до 80,0 %, у більшої половини пацієнтів перебіг його безсимптомний. Особливе значення мають місцевий імунітет та його порушення, оскільки врахування оцінки рівня локальних маркерів імунного захисту призводить до підвищення ефективності терапії.

Мета дослідження: встановити характер імунологічних порушень параметрів місцевого захисту у жінок репродуктивного віку БВ.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження стану локального імунітету у 60 пацієнток із БВ. Контрольну групу склали 30 пацієнток з нормоценозом слизової піхви. Оцінювали вміст лактоферину та лізоциму, рівні ряду цитокінів (IL-1β, IL-4, TNF-α та IFN–γ) у секреті цервікального слизу та імуноглобулінів класів А, М та G у піхвових виділеннях імуноферментним методом.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено зниження рівня концентрації лактоферину у жінок із БВ у 3,8 раза, лізоциму у 2 рази ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. При оцінці імуноглобулінів виявлена депресія синтезу рівня IgA у 4,1 раза та IgG у 1,6 раза і зростання концентрації IgM у 3,4 раза, та, як наслідок, – відхилення співвідношення IgG/IgA у 2,8 раза ($p < 0,05$). Оцінка рівня концентрації маркерів цитокінового ряду продемонструвала підвищення прозапальної активності, зокрема зниження рівня IL-1β (у 1,7 раза проти даних контролю, $p < 0,05$) та підвищення рівня локальної продукції TNF-α, як позитивного регулятора запальної реакції (у 3,8 раза проти даних контролю ($p < 0,05$). Низькі показники рівня IFN-γ (у 1,9 раза проти даних контрольної групи, $p < 0,05$), а також зниження рівня протизапального цитокіну IL-4 (у 2,5 раза проти даних контролю, $p < 0,05$) демонструють депресію процесів інтерфероногенезу, знижені можливості для елімінації збудників і дисбаланс цитокінового статусу.

Висновок

Отримані результати демонструють виражені порушення локальних імунних реакцій у пацієнток з БВ та недостатню активацію місцевих захисних факторів імунної системи, обумовлені дисбалансом продукції цитокінів, що сприяє тривалій хронізації інфекційного ураження та високій імовірності рецидивів.

ВПЛИВ ГІСТЕРЕКТОМІЇ ВАГІНАЛЬНИМ І АБДОМІНАЛЬНИМ ДОСТУПОМ НА РОЗВИТОК НЕЙРОВЕГЕТАТИВНИХ І ВАЗОМОТОРНИХ СИМПТОМІВ

Прощенко О. М., Венцківська І. Б., Вітовський Я. М.
м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології № 1, Україна

В тезах викладено дані про розвиток нейровегетативних і вазомоторних симптомів в пізньому післяопераційному періоді після проведення гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією з приводу міоми у 160 жінок, середній вік яких склав (47,2 ± 2,1) років, прооперованих вагінальним і абдомінальним доступами. Проведено динамічне обстеження оцінки параметрів якості життя, шкали модифікованого менопаузального індексу, УЗД величини і структури яєчників, рівня ФСГ через 12 і 36 міс. після гістеректомії. Встановлено: у половини спостережень без статистично значущих відмінностей від доступу виконання гістеректомії гормональний дисбаланс верифікують до 36 місяців моніторингу, клінічні прояви гіпоестрогенного стану відмічають у кожної третьої пацієнтки, при цьому вагомим є вік виконання оперативного втручання. А перші нейровегетативні і вазомоторні прояви фіксували вже через 1 рік із відповідним збільшенням концентрації ФСГ. Отже, гістеректомія з приводу міоми, на жаль, не в повній мірі усуває проблеми зі здоров'ям та якістю життя жінки, демонструючи нейроендокринні та вегетосудинні порушення внаслідок дефіциту естрогену, навіть зі збереженням яєчників, що вимагає ретельного моніторингу післяопераційного періоду та своєчасної корекції проявів.

Ключові слова: гістеректомія, опортуністична сальпінгектомія, нейровегетативний, вазомоторний симптом.

THE INFLUENCE OF HYSTERECTOMY THROUGH VAGINAL AND ABDOMINAL ACCESS ON THE DEVELOPMENT OF NEUROVEGETATIVE AND VASOMOTOR SYMPTOMS

Proshchenko O., Ventskivska I., Vitovsky Y.
Kyiv, Bogomolets National Medical University

The abstracts present data on the development of neurovegetative and vasomotor symptoms in the late postoperative period after hysterectomy with opportunistic salpingectomy for myoma in 160 women, whose average age was (47.2 ± 2.1) years, operated on through vaginal and abdominal approaches. A dynamic survey was conducted to assess quality of life parameters, the scale of the modified menopausal index, ultrasound of the size and structure of the ovaries, FSH level in 12 and 36 months after hysterectomy. It was established in half of the observations without statistically significant differences from access to hysterectomy, hormonal imbalance is verified up to 36 months of monitoring, clinical manifestations of a hypoestrogenic state are noted in every third patient, while the age of surgical intervention is important. And the first neurovegetative and vasomotor manifestations were recorded after 1 year with a corresponding increase in FSH concentration. Therefore, hysterectomy for fibroids, unfortunately, does not completely eliminate problems with a woman's health and quality of life, demonstrating neuroendocrine and vegetative-vascular disorders due to estrogen deficiency, even with preservation of the ovaries, which requires careful monitoring of the postoperative period and timely correction of manifestations.

Key words: hysterectomy, opportunistic salpingectomy, neurovegetative, vasomotor symptom.

У структурі оперативних гінекологічних втручань гістеректомія з приводу міоми займає провідне місце у жінок репродуктивного та перименопаузального віку, складаючи частку близько 35 % [1]. За даними світових фахових джерел, третина жінок до 60 років у США перенесли гістеректомію, у Німеччині до 18 % пацієнток репродуктивного віку зазнали даного оперативного втручання [2, 3]. Це оперативне оздоровлення здійснюється в період розквіту професійної діяльності жінки, реалізації її життєвих планів в сім'ї й суспільстві. Отже актуальності набирає задача нівелювати, чи принаймні зменшити вплив гістеректомії на аспекти якості життя таких пацієнток, що обумовлює доцільність пошуку предикторів віддалених післяопераційних наслідків.

Мета дослідження – дослідити вплив гістеректомії з приводу міоми матки з опортуністичною сальпінгектомією вагінальним і абдомінальним доступом на розвиток нейровегетативних та вазомоторних симптомів у пізньому післяопераційному періоді в жінок у віці менопаузального переходу.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведене комплексне клініко-лабораторне спостереження за 160 жінками після гістеректомії з опортуністичною сальпінгектомією з приводу міоми матки – 90 пацієнток, у яких була виконана вагінальна гістеректомія з трубами, як класична, так і асоційована з лапароскопією, та 70 пацієнток, де була виконана абдомінальна гістеректомія з трубами, середній вік (47,2 ± 2,1) років. У контрольну групу увійшли 50 жінок з безсимптомною міомою та збереженою менструальною функцією репродуктивного віку (45,7 ± 1,3) років. Діагностична програма включала опрацювання анкет-опитувальників MOS SF-36 оцінки якість життя, шкали модифікованого менопаузального індексу, оцінку гормонального гомеостазу за вмістом у сироватці крові рівня ФСГ, методом імуноферментного аналізу, УЗД структури, величини яєчників. Обробка отриманих даних проведена з використанням пакету програм Statsoft STATISTICA. Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки (M), її дисперсії і помилки середньої (m). Статистичну значущість різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою критерію Манна–Уїтні. Усі питання щодо можливості проведення цих досліджень були узгоджені з комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця протокол № 140 від 21.12.2020 р., дослідження виконувалось з аналізом медичної документації перед оперативним оздоровленням ретроспективно, всі пацієнтки дали добровільну згоду на обстеження, проведення анкетування. Дослідження ґрунтуються на етичних стандартах відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої Медичної Асоціації

Результати дослідження

При аналізі оцінки якості життя з урахуванням доступу гістеректомії через 12 місяців після операції за допомогою опитувальників MOS SF-36 і в I, і в II групах встановлено покращення

показників фізичної складової здоров'я у жінок обох досліджуваних груп – фізичне функціонування й рольове фізичне функціонування – 151,4 бала у I групі та 126,7 бала – у II групі, що було майже вдвічі вищим порівняно з даними до операції – 72,4 бала й зіставним з показниками контрольної групи – 156,1 бал. Ці дані, очевидно, обумовлені нівелюванням клінічних проявів міоми матки – зниженням больового синдрому та крововтрати. Але водночас фіксуються зниження таких параметрів як життєздатність – 52,1 бала у I групі та 60,2 бала – у II групі, порівняно з даними контрольної групи – 78,2 бала, й соціальне функціонування – 60,1 бала у I групі та 70,2 бала – у II групі, порівняно з даними контрольної групи – 81,1 бала. Це може зумовлюватися як психологічною адаптацією до життя після операції з видалення матки, адже це сприймається як зміна жіночної самоідентифікації, так і фіксацією перших проявів менопаузального переходу. Так, у вагомої частки пацієнток, відповідно до даних опитувальників, реєстрували перші прояви нейровегетативних і вазомоторних симптомів – у 33 (36,67 %) спостереженнях у I групі та у 34 (48,57 %) – у II групі, що було статистично значуще вищим порівняно з даними контролю у 11 (22,00 %; $p < 0,05$), які асоціюються з гіпоестрогенним станом. Хоча ультразвукове дослідження через місяць після гістеректомії, дозволило виявити зростання об'єму яєчників приблизно у 2,25 раза поряд зі зниженням кровотоку у яєчниковій артерії, а також зниженням ехогенності яєчників. Відомо про три типи кровопостачання яєчників: у 51 % випадків з маткової та яєчникової артерій, у 38 % – переважно за рахунок маткової артерії, у 11 % – з яєчникової артерії. Отже, очевидно, що гістеректомія з опортуністичною сальпінгектомією впливають на повноцінність кровопостачання яєчників за рахунок пересічення власної зв'язки яєчника і маткової труби, а величина цього впливу буде залежати від типу їхнього кровопостачання. Як наслідок – розвиток ішемії з перебудовою судинної архітектоніки зі зниженням стероїдогенезу, овуляторного резерву і структурною зміною тканини гонад [4, 5]. При динамічному ультразвуковому дослідженні величини і структури яєчників через 12 і 36 місяців після операції встановлено зменшення об'єму яєчникової тканини в обох досліджуваних групах: $(3,28 \pm 0,02)$ см^3 та $(3,18 \pm 0,03)$ см^3 відповідно у першій групі хворих, $(2,94 \pm 1,01)$ см^3 та $(3,02 \pm 0,03)$ см^3 відповідно – у другій групі, порівняно з об'ємом яєчників у контролі $(5,42 \pm 0,03)$ см^3 та $(5,88 \pm 0,04)$ см^3. Слід зазначити, що у половини спостережень без статистично значущих відмінностей від доступу виконання гістеректомії прояви гіпоестрогенії верифікують до 36 місяців моніторингу. При цьому важливим фактором є вік пацієнток, яким виконано оперативне втручання, нейроендокринні, вегетосудинні порушення і спектр клінічних проявів психосоматичного характеру розвиваються у більшому відсотку та значно раніше у жінок пізнього репродуктивного віку. До 12 місяців післяопераційного періоду спостерігалася тенденція до зростання рівня ФСГ у 2,2 раза проти даних контролю ($p < 0,05$) зі збереженням такої з часом – середні значення ФСГ в I групі – $(19,62 \pm 1,24)$ мМО/мл, II групі – $(20,18 \pm 1,42)$ мМО/мл, контрольній групі – $(10,06 \pm 2,12)$ мМО/мл, середні значення ФСГ через 3 роки в I групі – $(25,12 \pm 2,10)$ мМО/мл, II групі – $(30,13 \pm 2,14)$ мМО/мл, контрольній групі – $(12,76 \pm 3,12)$ мМО/мл.

Отримані результати аналізу клінічних проявів вказують на поліморфізм симптомів. Найчастіше пацієнтки відзначали порушення якості, графіку і тривалості сну – 33 (36,67 %) у I групі та 34 (48,57 %) – у II групі, лабільність АТ, головні болі, відчуття серцебиття – 28 (31,11 %) у I групі та 20 (28,57 %) – у II; контрольна група – 7 (14,00 %). Прояви змін периферичного судинного русла, такі як еритема/блідість були у 25 (27,78 %) пацієнток I групи та 24 (34,28 %) – II; контрольна група – 7 (14,00 %), похолодання та акроціаноз кінцівок у 25 (27,78 %) пацієнток I групи та 24 (34,28 %) – II; контрольна група – 7 (14,00 %). Порівнюючи з даними міжнародних досліджень встановлено подібну тенденцію, в першу чергу це стосується диссомнії.

При анкетуванні виявлено такі порушення, як проблеми із засипанням, «розірваний» сон, збереження відчуття втоми після пробудження принаймні тричі на тиждень протягом останніх 2 тижнів. За результатами звіту Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) рання перименопауза також пов'язана зі значущими порушеннями сну, а застосування гормональної терапії не захищало жінок у постменопаузі від порушення сну. Вазомоторні симптоми, гіпоестрогенемія і підвищення рівня ФСГ асоціюються з порушеннями сну [6]. Цікавим є дослідження асоціації сну у віці 40–65 років з наслідками для серцево-судинної системи. У допоміжному дослідженні SWAN Sleep жінки з метаболічним синдромом мали меншу ефективність сну та більші показники апное порівняно з тими, хто не його мав [7]. Жінки з розладами дихання уві сні мали підвищені запальні та коагуляційні біомаркери [8]. Відкладений час сну порівняно з дотриманням звичайного часу сну був пов'язаний з підвищеною резистентністю до інсуліну, але не зі зміною ІМТ з часом [9]. Отже, диссомнія є додатковим фактором ризику маніфестації серцево-судинних ризиків, відповідно потребує підвищеної уваги й

корекції в реабілітаційній програмі. Серед 67 обстежених нами жінок порушення сну мали місце у 42 (62,68 %) жінок, які мали ті чи інші предиктори метаболічного синдрому.

За результатами проведених досліджень встановлено появу вазомоторних симптомів («припливи», нічна пітливість) – у 32 (35,55 %) та 27 (38,57 %) спостереженнях відповідно через 12 місяців після проведеної гістеректомії з приводу міоми матки. Такі скарги є найбільш частими в період перименопаузи, за даними одного з найбільших лонгітудинальних досліджень менопаузального переходу (SWAN). До 80 % жінок віку мають скарги на припливи в перехідний менопаузальний період і вони можуть тривати більше 8 років [10]. Низький рівень освіти, паління, депресія, тривога асоціювалися з більшою частотою вазомоторних симптомів. Депресія і тривожність також були пов'язані з більшою чутливістю до проблеми вазомоторних проявів, незалежно від їхньої частоти [11]. За нашими результатами встановлено поєднання вазомоторних і психоемоційних проявів. Причому останні з'являлися раніше. Розвиток вазомоторних проявів пов'язують з гормональними змінами: низьким рівнем естрадіолу і високою концентрацією фолікулостимулюючого гормону [12]. Це твердження відповідає й отриманим нами результатам щодо підвищення рівня ФСГ і появи вазомоторних симптомів. Крім того, ожиріння є фактором ризику вазомоторних порушень на початку перехідного менопаузального періоду А поява вазомоторних симптомів у період ранньої менопаузи асоціюється з ендотеліальною дисфункцією, отже є предиктором підвищеного серцево-судинного ризику. А менопауза визнана Американською кардіологічною асоціацією фактором підвищеного ризику серцево-судинних захворювань, що дає підстави до початку терапії статинами в оновлених рекомендаціях щодо контролю рівня холестерину в крові 2018 року [14].

Отже, гістеректомія з приводу міоми, на жаль, не в повній мірі усуває проблеми зі здоров'ям та якістю життя жінки, демонструючи яскраву картину патологічних станів, обумовлених нейроендокринними і вегетосудинними порушеннями внаслідок дефіциту гормонів, навіть зі збереженням яєчників, що вимагає ретельного моніторингу післяопераційного періоду та своєчасної корекції проявів. Таким чином, у половини спостережень без статистично значущих відмінностей від методики виконання гістеректомії гормональний дисбаланс верифікують до 36 місяців моніторингу, клінічні прояви гіпоестрогенного стану відмічають у кожної третьої пацієнтки, при цьому вагомим є вік виконання оперативного втручання.

Висновки

Гістеректомія з приводу міоми матки у віддаленому післяопераційному періоді обумовила покращення показників фізичної складової здоров'я у жінок обох досліджуваних груп. Гістеректомія з опортуністичною сальпінгектомією незалежно від доступу є фактором ризику гіпоестрогенії у віддаленому післяопераційному періоді з формуванням основних патогенетичних аспектів менопаузального синдрому – появою нейровегетативних і вазомоторних симптомів. Отримані результати зберігають доцільність визначення ранніх діагностичних предикторів та розробки програми реабілітаційних заходів, спрямованих на відтермінування маніфестації або зменшення клінічних проявів і покращення параметрів якості життя у цієї когорти пацієнтів

Перспективою подальшого дослідження є формування груп ризику на доопераційному етапі, виходячи з вищеописаних даних, розроблення і оптимізація алгоритму, спрямованого на покращення параметрів якості життя у цієї когорти пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Современная классификация лейомиом матки / В. А. Заболотнов, А. Н. Рыбалка, В. Й. Шатила, Н. В. Косолапова. *Здоровье женщины*. 2015. № 1(97). С. 70–73.
2. Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England / H. Fernandez, M. Farrugia, S. E. Jones et al. *Minim. Invasive Gynecol.* 2009. Vol. 16, no. 1. P. 40–46. doi: 10.1016/j.jmig.2008.09.581.
3. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000–2004 / M. K. Whiteman, S. D. Hillis, D. J. Jamieson et al. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2008. Vol. 198, no. 1. P. 34.e1–7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.05.039.
4. Effect of total abdominal hysterectomy on ovarian blood supply in women of reproductive age / E. A. P. Nahás, A. Pontes, J. Nahas-Neto et al. *J. Ultrasound. Med*. 2005. Vol. 24, P. 169–174.
5. Липчанська Г. М., Квашенко В. П., Голуб'ятников І. В. Особливості гемодинаміки яєчників після гістеректомії у жінок репродуктивного віку. *Вісн. Харківського нац. ун-ту*. 2006. № 720. С. 102–106.
6. Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi-ethnic community sample of women / H. M. Kravitz, X. Zhao, J. T. Bromberger et al. *Sleep*. 2008. Vol. 31, no. 7. P. 979–990.
7. Sleep is associated with the metabolic syndrome in a multi-ethnic cohort of midlife women: the SWAN Sleep Study / M. H. Hall, M. L. Okun, M. Sowers et al. *Sleep*. 2012. Vol. 35, no. 6. P. 783–790. doi: 10.5665/sleep.1874.

8. Are inflammatory and coagulation biomarkers related to sleep characteristics in mid-life women?: Study of women's health across the Nation sleep study / KA Matthews, H Zheng, HM Kravitz et al. *Sleep*. 2010. Vol. 33, no. 12. P. 1649–1655. doi: 10.1093/sleep/33.12.1649.
9. Bedtime variability and metabolic health in midlife women: The SWAN Sleep Study / BJ Taylor, KA Matthews, BP Hasler et al. *Sleep*. 2016. Vol. 39, no. 2. P. 457–465. doi: 10.5665/sleep.5464.
10. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation / E. B. Gold, A. Colvin, N. Avis et al. *Am. J. Public Health*. 2006. Vol. 96, no. 7. P. 1226–1235. doi: 10.2105/AJPH.2005.066936.
11. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? Menopause / R. C. Thurston, J. T. Bromberger, H. Joffe et al. 2008. Vol. 15, no. 5. P. 841–847. doi: 10.1097/gme.0b013e318168f09b.
12. The relationship of longitudinal change in reproductive hormones and vasomotor symptoms during the menopausal transition / J. F. Jr. Randolph, M. Sowers, I. Bondarenko et al. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2005. Vol. 90, no. 11. P. 6106–6112. doi: 10.1210/jc.2005-1374.
13. Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women: the study of women's health across the nation / R. C. Thurston, M. R. Sowers, Y. Chang et al. *Am. J. Epidemiol*. 2008. Vol. 167, no. 1. P. 78–85. doi: 10.1093/aje/kwm244.
14. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines / S. M. Grundy, N. J. Stone, A. L. Bailey et al. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2019. Vol. 73, no. 24. P. 3168–3209. doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.002.

ПЕДІАТРІЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУБЛІНГВАЛЬНОЇ АЛЕРГЕНСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Прохорова М. П., Криворук І. М.
м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Безумовною перевагою в патогенетичній терапії алергічного риніту і бронхіальної астми (БА) є алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ). За сучасними даними, АСІТ обумовлює два різних, можливо, послідовних механізми – генерацію Т-регуляторних клітин (T-regs) і переключення імунної відповіді з Th2 на Th1.

Мета: оцінити ефективність сублінгвальної алергенспецифічної імунотерапії сублінгвальними алергенами кліщів домашнього пилу та пилковими (суміш рання та пізня весняна трав та осіння) компанії «Інмунотек» (Іспанія) сублінгвальний спрей «Оралтек». Під нашим спостереженням було 65 дітей з БА у віці від 4 до 16 років із них: 20 хворих з БА з легким інтермітуючим перебігом (БАІНП), 12 дітей із сезонним алергічним ринітом (САР); 22 пацієнти з БА з легким персистуючим перебігом (БАЛПП), у 10 дітей – цілорічний алергічний риніт (ЦАР); 23 обстежених з БА із середньотяжким персистуючим перебігом (БАСТПП), у 12 хворих – ЦАР.

Після проведеного лікування у хворих з БАІНП та САР у 87,3 % відмічено відмінний ефект, у 10,5 % – хороший ефект, у 2,2 % – задовільний. У пацієнтів з ЦАР та БАЛПП відмінний ефект спостерігався у 85,7 %, у 11,3 % – хороший, у 3 % – задовільний. У обстежених дітей із ЦАР та БАСТПП у 84,5 % відмічено відмінний ефект, у 12,4 % – хороший, у 3,1 % – задовільний.

Таким чином, висока лікувальна ефективність і хороший профіль безпеки сублінгвальної алергенспецифічної імунотерапії алергенами кліщів домашнього пилу та пилковими обгрунтовують широке використання цього методу в клінічній алергологічній практиці з метою проведення лікування пацієнтів в домашніх умовах, що дозволяє скоротити число візитів пацієнтів до лікаря.

СТРЕСОВЕ ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Синкіна А. А., Нікітіна І. М.
м. Суми, Сумський державний університет

Останні десятиліття світ не знав такої жорстокої війни, яка триває в Україні, а стрес, що її супроводжує, вже перейшов з категорії гострого у хронічний. Його наслідки для здоров'я, у тому числі репродуктивного, важко передбачити. Особливо це стосується підлітків, які є найбільш вразливими до стресу через функціональні особливості гормонального статусу. Дослідження фізичного та психічного стану підлітків, постраждалих від військових дій та результатів впливу тривалого стресу на розвиток порушень репродуктивної функції, може допомогти у їх своєчасній діагностиці та профілактиці, що дозволить зберегти репродуктивний потенціал молодого покоління.

Мета дослідження: дослідити особливості порушень менструального циклу у дівчат-підлітків на тлі надмірного стресу для розробки науково обґрунтованого комплексу заходів їх корекції.

Матеріали та методи. Обстежено 120 дівчат віком 9–18 років, що знаходилися у зоні бойових дій чи стали вимушеними переселенцями. Методи обстеження включали збір анамнезу, оцінку психоемоційного стану, антропометрію, лабораторні та інструментальні дослідження.

Результати. Виявлено, що частота порушень менструального циклу у обстежуваних склала 65,8 % (n = 79). Серед порушень МЦ: дисменорея – 45,6 % (n = 36), надмірна менструація – 27,8 % (n = 22), вторинна аменорея – 26,6 % (n = 21). Зміну харчової поведінку за останні декілька місяців відмітили 71,7 % (n = 86) обстежуваних. Майже половина з цих дітей відповідали критеріям метаболічного синдрому – 45,3 % (n = 39).

Висновки. Своєчасне виявлення та адекватна корекція психоемоційних і метаболічних порушень у дівчаток підліткового віку в умовах стресу сприяють профілактиці розладів менструальної та репродуктивної функції.

КАРДІОЛОҐІЯ, РЕВМАТОЛОҐІЯ

КАРДІОПРОТЕКТИВНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДАМ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бєлінський М. В.[1,2], Середюк Н. М.[1], Василишин-Бєлінська А. Я.[3]
[1]*м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет*
[2]*м. Івано-Франківськ, Медичний центр «ФРАНКОМЕД»*
[3]*КНМП «Рогатинська центральна районна лікарня»*

Гострий інфаркт міокарду (ГІМ) є одним з головних винуватців смерті пацієнтів із хворобами системи кровообігу. Разом з тим, у пацієнтів з ГІМ, коморбідних по цукровому діабету (ЦД) 2 типу, реваскуляризація менш ефективна. Кардіопротективна терапія є важливою складовою комплексного лікування пацієнтів з ГІМ та ЦД 2 типу, проте її ефективність з використанням кверцетину та адвокарду недостатньо вивчена.

Мета: встановити ефективність кардіопротективної терапії з використанням кверцетину та адвокарду в лікуванні реваскуляризованих пацієнтів з ГІМ, коморбідних по ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Досліджувані хворі поділені на дві групи по 30 пацієнтів, перша з яких отримувала додатково до стандартної терапії обох захворювань кверцетин (курс 5 днів) та адвокард (курс 3 тижні); пацієнти другої групи (контроль) отримували лише стандартну терапію. Ефективність оцінювали за допомогою ультразвукових, електрокардіографічних і біохімічних показників.

Результати. Ми отримали такі результати: динаміка глобальної скоротливості міокарду (GLS) – з (14,21 ± 3,19) % до (21,75 ± 1,82) % vs з (14,17 ± 1,79) % до (16,51 ± 2,57) % ($p < 0,05$); ФВ ЛШ – з (48,51 ± 10,88) % до (51,52 ± 8,11) % vs з (45,26 ± 14,15) % до (46,01 ± 8,10) % ($p < 0,05$); відсотка резолюції сегмента ST – (77,07 ± 10,62) % vs (54,85 ± 8,52) % ($p < 0,05$); рівень фібронектину – з (1,91 ± 0,12) нг/мл до (1,10 ± 0,11) нг/мл vs з (1,91 ± 0,07) до (2,58 ± 0,14) нг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Кардіопротектори кверцетин та адвокард є ефективними засобами посткондиціювання і посилення антиішемічних та цитопротекторних ефектів стандартної терапії у пацієнтів з ГІМ в поєднанні з ЦД 2 типу.

ОСТЕОПОРОЗ ТА ОСТЕОПЕНІЯ В ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Дубецька Г. С., Дубецька-Грабоус І. С.
[1]*м. Київ, ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова» НАМН України*
[2]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Відомо, що при деяких захворюваннях, зокрема, гіпертонічній хворобі, метаболічному синдромі, патології нирок у пацієнтів виявляють гіперурикемію, і сечова кислота, як кінцевий продукт метаболізму пуринів в організмі людини, розглядається як фактор ризику їх розвитку. Проте деякі наукові дослідження підтверджують позитивний вплив гіперурикемії на метаболічні процеси в кістковій тканині.

Мета: вивчити показники мінеральної щільності кісткової тканини в жінок у постменопаузальному періоді з різним рівнем сечової кислоти у сироватці крові та визначити частоту розвитку у них остеопорозу і остеопенії.

Матеріали і методи. Обстежено 412 жінок у постменопаузальному періоді, які знаходились на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». Було виділено 4 групи пацієнтів залежно від рівня сечової кислоти у сироватці крові за квартильним розподілом: Q1 = < 235 мкмоль/л; Q2 = 235–281 мкмоль/л; Q3 = 282–329 мкмоль/л; Q4 = > 329 мкмоль/л. Рівень сечової кислоти в сироватці крові визначали за допомогою уриказно-пероксидазного методу. Оцінку мінеральної щільності кісткової тканини всього скелету, поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки, променевої кістки проводили методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії за допомогою приладу «Prodigy». Статистичну обробку даних виконували у програмі «Statistica 7.0».

Результати. Частота остеопорозу в жінок у постменопаузальному періоді з гіперурикемією нижча порівняно з жінками з нормоурикемією (відповідно 23 % та 28 % – на рівні поперекового відділу хребта й 17 % та 21 % – на рівні шийки стегнової кістки). Остеопенію виявили у 49 % жінок з гіперурикемією та 53 % жінок з нормоурикемією на рівні шийки стегнової кістки. Мінеральна щільність кісткової тканини була вірогідно вищою в жінок у постменопаузальному періоді з найвищими показниками рівня сечової кислоти: на рівні шийки стегнової кістки, трохантера та ультрадистального відділу кісток передпліччя між Q1 та Q4 квартильними групами ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що частота остеопорозу та остеопенії в жінок у постменопаузальному періоді з гіперурикемією нижча порівняно з жінками з нормоурикемією. Виявлено, що в жінок у постменопаузальному періоді з найвищим рівнем сечової кислоти були найвищі показники мінеральної щільності кісткової тканини, що підтверджує позитивний вплив гіперурикемії на метаболічні процеси в кістковій тканині.

СУЧАСНІ БІОМАРКЕРИ ФІБРОЗУ МІОКАРДУ В ДІАГНОСТИЦІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кулаєць Н. М., Кулаєць В. М.
м. Івано-Франківськ, ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Актуальність проблеми хронічної серцевої недостатності (ХСН) для лікарів багатьох країн залишається важливою та обумовлена значущими економічними втратами і високим рівнем смертності. Мета лікування пацієнта з ХСН – покращення якості та тривалості життя, зниження смертності від ускладнень. Специфічні біомаркери (натрійуретичні пептиди, розчинний ST2 рецептор, копептин, галектин-3) стали незамінними інструментами для діагностики, прогнозування та моніторингу різних серцево-судинних захворювань (ССЗ). У клінічній практиці представлено ряд біомаркерів, які довели свою ефективність (натрійуретичні пептиди, розчинний ST2 рецептор, копептин, галектин-3). Визначення концентрації в крові натрійуретичних гормонів (пептидів, НП) – сімейство пептидів, що включає в себе передсердний натрійуретичний пептид (ANP), мозковий натрійуретичний пептид (BNP), а також пізніше ідентифікований С-тип – натрійуретичний пептид (CNP). Натрійуретичні пептиди понад 15 років «доводили» свою значущість і нарешті їх визначення є невід'ємною складовою діагностичного процесу для пацієнтів з серцевою недостатністю, як при гострій, так і при хронічній серцевій недостатності. Важливу роль в біології міокарду при СН відіграє біомаркер ST2 – новітній маркер, який використовується в першу чергу для прогнозування і стратифікації ризику розвитку СН, випереджаючи значущість натрійуретичних пептидів (НП, NT-proBNP). ST2 використовується при прогнозуванні несприятливих наслідків і смерті пацієнтів з підтвердженим діагнозом СН, а також дає можливість прогнозувати розвиток ССЗ в майбутньому в популяції в цілому. Фізіологічна роль ST2 полягає в тому, що він діє як кардіопротектор (зворотній процес ремоделювання та гіпертрофії) та здійснює імунну відповідь на запалення. З урахуванням цього, високий рівень розчинного sST2 асоціюється з прогресуванням фіброзу міокарду, гіпертрофії міокарду, несприятливим ремоделюванням серця та серцево-судинними наслідками. Отже, на сьогодні ми маємо загальновизнані біомаркери, що входять в рекомендації з ведення хворих з СН (BNP і NT-proBNP) та «молоді» біомаркери, що продовжують доводити свою цінність (sST2). Вони можуть і повинні застосовуватися сімейними лікарями та кардіологами в рутинній клінічній практиці, адже вчасне підтвердження СН та прогнозування перебігу дасть можливість скоротити затрати на лікування та запобігти ускладненням СН.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ

Кульбаба Н. В., Мергель Т. В., Юсипчук У. В.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

У перші години інфаркту міокарда (ІМ) головною метою лікувальних заходів є відновлення прохідності коронарної артерії, що досягається проведенням стентування чи аорто-коронарного шунтування (АКШ). Саме післяінфарктне ремоделювання є ключовим моментом прогресування серцевої недостатності (СН).

Мета дослідження: оцінка впливу реперфузії міокарда шляхом АКШ на показники ехокардіоскопії міокарда у хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 97 осіб із СН та постінфарктним кардіосклерозом. Пацієнтів розподілили на дві групи. До 1-ї групи увійшли 53 пацієнти із СН, які перенесли ІМ з проведеним АКШ. Другу групу склали 44 хворих із СН, які перенесли ІМ з проведеним стентуванням. 10 практично здорових осіб склали групу контролю норми.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовано показники гемодинаміки міокарда лівого шлуночка (ЛШ) залежно від проведеної реперфузії в гострий період ІМ. У хворих із СН після перенесеного ІМ з проведеним стентуванням спостерігали вірогідне збільшення КДР і КСР ЛШ порівняно з аналогічними показниками у здорових осіб (5,36 ± 0,28) см ($p < 0,001$) і (3,38 ± 0,15) см ($p < 0,05$) та у хворих із проведеним АКШ (4,93 ± 0,16) см ($p < 0,01$) і (3,22 ± 0,24) см ($p > 0,05$), відповідно. Таку ж тенденцію спостерігали і щодо КДО та КСО ЛШ. У хворих із проведеним АКШ середнє значення ІММЛШ дорівнювало (100,1 ± 1,5) г/м^2 ($p < 0,001$). У хворих із СН після перенесеного ІМ встановлено вірогідне зниження ФВ у двох досліджуваних групах. Однак значніше зниження ФВ було у пацієнтів із проведеним стентуванням – (53,15 ± 3,31) % проти (62,4 ± 2,65) % – у практично здорових ($p < 0,05$).

Висновок. Доведено, що у хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом з проведеним стентуванням у гострий період ІМ структурно-функціональні зміни серця характеризуються вірогідно більшим КДО, КСО та ІММЛШ.

ВИЯВЛЕННЯ ПРЕДИКТОРІВ ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ КАРДІОВЕРСІЇ

Павлик Н. С., Жарінов О. Й., Децик О. Б., Черняга-Ройко У. П., Сороківський М. С.
м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради "Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр", Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Існуючі узгоджені рекомендації не містять чітких предикторів переходу фібриляції передсердь (ФП) в постійну форму після відновлення синусового ритму (СР).

Мета дослідження – вивчення предикторів переходу ФП в постійну форму у пацієнтів із персистентною ФП після відновлення СР.

Матеріал і методи дослідження. До проспективного одноцентрового дослідження включили 120 послідовно госпіталізованих пацієнтів із персистентною ФП, яким було здійснено успішну кардіоверсію. В ранньому періоді після кардіоверсії усім пацієнтам проводили реєстрацію 12-канальної електрокардіограми (ЕКГ), холтерівське моніторування ЕКГ та подальшу планову дистанційну реєстрацію ЕКГ протягом тижня з використанням ЕКГ-моніторів подій, а також після 9-місячного періоду спостереження. Вихідні демографічні та клініко-функціональні особливості і супутні хвороби порівнювали у групах пацієнтів з (n = 15) і без (n = 105) переходу ФП в постійну форму.

Результати. Пацієнти з переходом ФП в постійну форму мали більш виражені вихідні ознаки серцевої недостатності ($p = 0,067$). У них була нижча частота серцевих скорочень (ЧСС) ($p = 0,0253$) після відновлення синусового ритму та більша тривалість інтервалу QT ($p = 0,0009$) за даними 12-канальної ЕКГ та анамнезу аритмії ($p = 0,0339$). У цих пацієнтів в ранньому періоді частіше фіксували ранні рецидиви ФП ($p = 0,0077$). При проведенні холтерівського ЕКГ-моніторингу в ранньому періоді після відновлення синусового ритму в пацієнтів, у яких надалі

сформувалася постійна форма ФП, нижчими були мінімальна (p = 0,003), середньодобова (p = 0,003) і вищою – максимальна (p = 0,06) ЧСС, частіше реєструвалися передсердна екстрасистолія (p = 0,03) та передсердні пари (p = 0,04) порівняно з пацієнтами зі збереженим СР. За результатами дистанційної реєстрації ЕКГ за час госпіталізації у цих хворих достовірно частіше фіксувались безсимптомні пароксизми ФП (p = 0,00001), ранні рецидиви (p = 0,003) ФП і шлуночкова екстрасистолія (p = 0,02). При порівнянні параметрів ехокардіографічного обстеження у пацієнтів з формуванням постійної форми аритмії зафіксували більший діаметр лівого передсердя (p = 0,0217) і нижчу фракцію викиду лівого шлуночка (p = 0,0053). Аналіз фонового лікування показав, що пацієнти з постійною формою ФП достовірно рідше отримували нітрати (p = 0,0765), сартани (p = 0,0637) та антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (p = 0,0019).

Висновки. Перехід ФП в постійну форму протягом 9-місячного періоду спостереження після кардіоверсії було зареєстровано у 12,5 % пацієнтів. Групи пацієнтів з і без переходу ФП в постійну форму мали суттєві відмінності щодо частоти виникнення ранніх рецидивів аритмії, показника середньої ЧСС на СР, а також наявності передсердних екстрасистол після відновлення ритму.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Полянська О. С., Тащук В. К., Гречко С. І.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Правильно проведена діагностика гострого коронарного синдрому (ГКС) дає можливість провести адекватне медикаментозне лікування, за необхідності – інвазивне втручання, і розпочати ранню реабілітацію пацієнтів на гострому та підгострому етапах реабілітації.

Метою дослідження є оптимізація ефективності реабілітаційних послуг у хворих на ГКС шляхом використання мультидисциплінарної команди (МДК).

Досліджено 210 хворих віком від 38 до 65 років, середній вік яких склав (51,2 ± 2,7) років, у яких діагностовано ГКС без патологічного зубця Q. Пацієнтам з тяжкою стенокардією, клінічним профілем високого ризику, а також при виявленні зони ішемії > 10 % міокарда проводилась інвазивна коронароангіографія незалежно від попередніх досліджень та лікування. Пацієнти з ГКС без патологічного зубця Q після інтервенційного втручання оглядались спеціалістами МДК із встановленням реабілітаційного діагнозу, визначенням реабілітаційного прогнозу, складанням індивідуальної програми реабілітації. До складу МДК входили лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, при потребі – психолог, дієтолог.

Відновлення порушених функцій починалось в гострому періоді хвороби і на наступний день після інвазивного втручання пацієнти могли сидіти по 10–15 хв. Пацієнтів з інфарктом міокарда вели за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми із застосуванням лікувальної гімнастики № 1 та № 2. Більшість пацієнтів виписувались зі стаціонару до 12–14-го дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі. В подальшому застосовувався режим напівліжковий та вільний із застосуванням лікувальної гімнастики № 3 та № 4. Розроблена реабілітаційна програма дала можливість суттєво знизити частоту виникнення життєво небезпечних ускладнень і покращити якість життя пацієнтів.

ДИНАМІКА ФАКТОРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ КАНДЕСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ДЕКОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ

Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Мета роботи: оцінка впливу блокатора рецепторів ангіотензину-II (БРА-II) кандесартану порівняно з інгібітором ангіотензинперетворювального фермента (АПФ) еналаприлом на динаміку факторів ендотеліальної дисфункції у хворих на декомпенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС).

Матеріал та методи. Обстежено 74 хворих (11 – жінки, 63 – чоловіки) на декомпенсоване ХЛС з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II А ст., середній вік – (62,8 ± 3,7) років. Хворі були були розподілені на дві клінічні групи залежно від застосованого фармакотерапевтичного

комплексу. Основну групу склали 39 хворих, в яких на тлі базової терапії застосовували БРА-ІІ кандесартан (Кандесар, "RANBAXY", Індія-США-Канада). Отримані результати порівнювали з такими у контрольній групі з 35 хворих, в яких на тлі базової терапії застосовували інгібітор АПФ еналаприл (Енап, "KRKA", Словенія). Досліджувані препарати еналаприл та кандесартан призначали методом титрування, відповідно від 2,5 до 10 мг/добу та від 4 до 32 мг/добу, оптимізувавши дозу індивідуально для кожного пацієнта під контролем гемодинамічних показників. Групу референтних показників склали 27 здорових осіб, віком (28,4 ± 2,9) років. Проводили визначення концентрації у крові ендотеліну-1 (ЕТ-1) ["Peninsula Laboratories", USA] та васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) ["Cytimmune", USA] на початку дослідження і через 6 місяців лікування.

Результати досліджень. Встановлено, що на стадії декомпенсації ХЛС відбувається суттєве порушення вазорегуляції, яке супроводжується зростанням у крові рівнів ЕТ-1 та VEGF. Так, у хворих основної групи відмічалось підвищення концентрації ЕТ-1 до (5,65 ± 0,39) пг/мл, а VEGF – до (33,40 ± 2,59) пг/мл, проти – відповідно (5,29 ± 0,34) пг/мл та (31,23 ± 3,14) пг/мл у контрольній групі, з урахуванням значень ЕТ-1 (1,18 ± 0,23) пг/мл і VEGF (7,95 ± 1,38) пг/мл у здорових осіб. Застосування кандесартану на тлі базової терапії виявляло кращий позитивний ефект, ніж терапія еналаприлом. Зокрема, через 6 місяців у хворих основної групи відбувалось зниження рівнів в крові ЕТ-1 з (5,65 ± 0,39) пг/мл до (3,42 ± 0,75) пг/мл, що склало 39,5 % та VEGF з (33,40 ± 2,59) пг/мл до (22,97 ± 2,83) пг/мл, тобто на 31,8 % ($p < 0,001$). У контрольній групі хворих реєструвалась менш яскрава динаміка зі зниженням ЕТ-1 з (5,29 ± 0,34) пг/мл до (3,91 ± 0,56) пг/мл, тобто на 26,1 % ($p < 0,01$) та VEGF з (31,23 ± 3,14) пг/мл до (24,52 ± 2,65) пг/мл, тобто на 21,4 % ($p < 0,01$).

Висновки. Застосування БРА-ІІ кандесартану упродовж 6 місяців на тлі базової терапії сприяє суттєвому зменшенню рівнів факторів ендотеліальної дисфункції (ЕТ-1, VEGF), що підвищує ефективність лікування хворих на декомпенсоване ХЛС.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ В РЕАЛЬНІЙ КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Середюк Н. М.[1,2,3], Царук О. Я.[1,3], Середюк М. В.[1], Бєлінський М. В.[1,4]
[1]*м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет*
[2]*Івано-Франківський Обласний кардіологічний центр*
[3]*м. Івано-Франківськ, Клінічний медичний центр «Доктор Царук»*
[4]*м. Івано-Франківськ, Клінічний медичний центр «ФранкоМед»*

Ультразвукове дослідження легень (Lung UltraSound – LUS) є поширеним, доступним, практично-орієнтованим методом диференційної діагностики інтерстиційного синдрому, альвеолярних консолідацій і плевральних випотів кардіогенного та некардіогенного (пульмо-, нефрогенного чи інфекційного-COVID-19) походження (Коваленко В. М. та ін., 2018; Фещенко Ю. І. та ін., 2021), а також способом оцінки ефективності невідкладної та планової фармакотерапії. LUS на сьогодні вважається більш досконалим методом, ніж рентгенографія органів грудної клітки (ОГК), для візуалізації кардіогенного набряку легень (інтерстиційного та інтерстиційно-альвеолярного синдромів) і рівняється з комп'ютерною томографією ОГК (Lichtenstein D. et al., 1993; 2011).

Мета: з'ясувати діагностичну значимість УЗ-дослідження легень при невідкладній допомозі та в амбулаторній і госпітальній практиці лікування кардіологічних пацієнтів.

Матеріал та методи. Згідно з BLUE- та національним LUS-протоколом і «Рекомендаціями щодо УЗД легень в медицині внутрішніх хвороб. Частина перша» (Сафонова О. М. та ін., 2021; Buda N. et al., 2020) проведено 229 УЗ-досліджень серця та легень у пацієнтів з кардіоваскулярними захворюваннями (гострі та хронічні коронарні синдроми, постковідні міо-, перикардити, серцева недостатність).

Результати. Виокремлені характерні УЗ-ознаки ураження легень, серед яких найбільш поширеними виявилися В-лінії (помірний і виражений інтерстиційний синдроми, ознака «білої легені»), плевральні випоти та альвеолярні консолідації, аеробронхограма, рідше – симптоми відсутності «ковзання» легень, фрагментації плевральної лінії, наявності «точки» легень, «штрих-коду». У постковідних пацієнтів УЗ-дослідження дає можливість виявляти процеси посилення фіброзоутворення (пневмо- та плеврофіброз, перикардіофіброз). Хороші результати отримані при використанні LUS-критеріїв для контролю ефективності діуретиків та дегідратаційної терапії.

Висновки

1. Ультразвукове дослідження легень доцільне для диференційної діагностики причин задишки, тахікардії, набрякового синдрому, плевральних і перикардіальних випотів, гепатомегалії.

2. Кількість В-ліній LUS добре корелює з тяжкістю серцевої недостатності у пацієнтів з гострими коронарними синдромами і може слугувати доповненням до критеріїв Forrester, Killip-Kimball щодо діагностики класу гострої серцевої недостатності при госпіталізації таких пацієнтів.

3. LUS-критерії доцільні для оцінки ефективності діуретиків.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, УСКЛАДНЕНОЇ ПНЕВМОНІЄЮ, У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Скакун О. З., Середюк Н. М., Федоров С. В., Вербовська О. С.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

За даними ВООЗ, у світі зафіксовано понад 600 млн випадків коронавірусної хвороби COVID-19 та понад 6,4 млн летальних випадків, асоційованих з цією недугою. Артеріальна гіпертензія асоціюється з вдвічі вищим ризиком тяжкого перебігу та летального наслідку.

Мета. Встановити фактори ризику тяжкого/вкрай тяжкого перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Обстежено 106 невакцинованих пацієнтів, госпіталізованих з приводу коронавірусної хвороби COVID-19.

Результати. У 46 (43,4 %) пацієнтів діагностовано тяжкий перебіг, у 13 (12,3 %) – вкрай тяжкий перебіг коронавірусної хвороби COVID-19. Індекс маси тіла (ІМТ) у пацієнтів з тяжким перебігом (30,4 [26,4–34,1] кг/м^2) був вищим, ніж у пацієнтів з перебігом середньої тяжкості (25,3 [23,5–29,1] кг/м^2) ($p < 0,001$). Пацієнти з тяжким перебігом частіше хворіли на цукровий діабет (40,7 %), ніж пацієнти з середньотяжким перебігом (21,3 %; $p = 0,04$). ШОЕ на момент госпіталізації була вищою у пацієнтів з тяжким перебігом (37,5 [24,0–46,5] мм/год), ніж у пацієнтів із середньотяжким перебігом (28,0 [14,0–34,5] мм/год; $p = 0,004$). Також феритин на момент госпіталізації був вищим у пацієнтів з тяжким перебігом (430,5 [177,0–733,0] нг/мл), ніж у пацієнтів з середньотяжким перебігом (315,5 [169,0–396,0] нг/мл; $p = 0,03$).

Висновок. Факторами ризику тяжкого перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 є наявність цукрового діабету, підвищений індекс маси тіла, високі показники ШОЕ і феритину.

КЛІНІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Совтус В. І., Середюк Н. М., Вакалюк І. П.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Функціональне відновлення хворих після гострого коронарного синдрому (ГКС) є важливим не лише медичним, але й соціальним чинником перебігу ішемічної хвороби серця. З метою визначення клініко-прогностичних пріоритетів у менеджменті хворих з хронічною серцевою недостаністю (ХСН) після ГКС проведено обстеження 120 хворих з перенесеним ГКС, які були розподілені відповідно на групи залежно від наявності залізодефіциту, а також з урахуванням тактики ведення ГКС, зокрема, виконання чи невиконання стентування інфарктзалежних коронарних судин. Хворих включали у дослідження через 1 міс. поспіль ГКС. Оцінювали клінічні ознаки ішемічної хвороби серця та ХСН, показники функціональних навантажувальних тестів, динаміку толерантності до фізичних навантажень, показники ехокардіографії, анкетування на предмет якості життя. Аналізували показники рівня в крові заліза, феритину, насиченості трансферину залізом, фібронектину, тропонінів.

Встановлено, що за наявності залізодефіциту при ХСН група хворих, що перенесли ГКС і були стентовані, характеризувалась менш численними клінічними ознака захворювання на тлі сприятливого відновлення і вищою толерантністю до фізичних навантажень в поєднанні з відносно адекватною реакцією серцево-судинної системи, як за показниками артеріального тиску, так і частоти серцевих скорочень. Найбільш несприятливий перебіг формування постінфактного

періоду відмічено у нестентованих хворих з дилатаціє лівого шлуночка, швидким прогресування ХСН, порушеннями ритму і провідності, а також за умов вираженого залізодефіциту і, особливо, анемічного синдрому. Саме в останній групі хворих толерантність до фізичних навантажень була найнижчою з найнижчими показниками якості життя. Цій групі хворих властиві напади стенокардії на тлі навантажувальних тестів і у спокої, найнижчі показники 6-хвилинного тесту та суттєве зменшення коронарного резерву під час велоергометрії. Таким чином, менеджмент хворих після ГКС повинен включати оцінку наявності залізодефіциту як одного з важливих чинників відновного періоду, що обумовлює фізичну працездатність хворих і суттєво впливає на якість життя.

РОЛЬ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ

Тащук В. К., Нестеровська Р. А., Полянська О. С.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

З метою обґрунтування значення лейкоцитарних індексів у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI), підкреслюючи їх важливість у прийнятті клінічних рішень, **проаналізовані** результати обстеження 20 пацієнтів зі STEMI, яким було проведено успішне реперфузійне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ). Усім пацієнтам проводили забір крові в день надходження до стаціонару та на 10-й день перебування у стаціонарі; на підставі отриманих даних, підраховані значення 12 гематологічних індексів. **Встановлено,** що в групі пацієнтів зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) спостерігали більш суттєве зниження: співвідношення нейтрофілів/лімфоцитів (NLR > 2,83 – незалежний предиктор несприятливих серцево-судинних подій (ССП)), індексу системного імунного запалення (SII > 580,86 × 10^9/л – прогноз великих ССП) і подібного до SII сукупного індексу системного запалення (AISI); індексу системної реакції запалення (SIRI > 1,02 – корелює з прогресуванням гострого коронарного синдрому); співвідношення тромбоцитів/гемоглобіну (PHR ≥ 1,69 – предиктор тривалої смертності). Виявили підвищення індексів лімфоцитів/еозинофілів (балансу гіперчутливості негайного та сповільненого типу) і лейкоцитів/ШОЕ (інтоксикація/автоімунність) за збереженої ФВ ЛШ та спостерігали більш позитивну динаміку зростання співвідношення лімфоцитів/моноцитів (LMR < 4,8 – незалежний фактор ризику) та індексу адаптації (ІА = Лі/С) з визначенням типу адаптаційної реакції за зниженої ФВ ЛШ. NLR у групі несприятливого розподілу (NLR > 2,83) супроводжується: зниженням фактору фон Віллебранда, вазопресину, натрійуретичного пептиду. І навпаки – в групі сприятливого розподілу (NLR < 2,83): більше зниження альдостерону. Отже, оцінка лейкоцитарних індексів дозволить здійснити контроль та оптимізацію лікування.

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ В КАРДІОЛОГІЇ – МОЖЛИВОСТІ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ

Тащук В. К., Маліневська-Білійчук О. В., Іванчук П. Р.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Серцево-судинні захворювання є провідною причиною смерті та одним з факторів інвалідизації по всьому світу, а гострий коронарний синдром (ГКС) – основна причина лідерства. Вирішальним чинником результату ГКС вважають час початку лікування, а інтерпретація ЕКГ за використання штучного інтелекту – перспективна технологічна інновація у відділенні невідкладної допомоги та додатковий діагностичний інструмент. За допомогою власного програмного забезпечення «Smart-ECG» встановлені основні детермінанти ГКС без елевації ST (NSTEMI) - показник відношення максимальних швидкостей (ВМШ) над зоною ушкодження за NSTEMI знижується, що підтверджує характерну тенденцію змін ВМШ за гострої ішемії та відображає загальноприйнятий концепт – суттєві зміни параметрів першої похідної ЕКГ за патології – швидкісні параметри знижуються за інфаркту міокарда. Показник ВМШ над зоною, протилежною до зони ураження, за NSTEMI знижується порівняно з нормою, проте значно менше, що ймовірно, пояснює гемодинамічний перерозподіл за інфаркту міокарда та залучення до скорочення неураженої стінки як компенсаторного агента. Зниження ВМШ в 1-й день за STEMI та

NSTEMI практично однакові незважаючи на тяжкість ураження стінок серця – можливо, показник ВМШ обумовлює гіршу криву виживання до 19 років спостереження за NSTEMI. Характерним є збільшення показника ВМШ в групі NSTEMI на 10-й день, що відображає часткове відновлення ішемізованого міокарда. Отже, програму "Smart-ECG" можна рекомендувати доповнити в діагностику та реабілітацію хворих на ГКС для розширення диференційних, діагностичних та прогностичних можливостей.

СУЧАСНІ МЕДИКАМЕНТОЗНІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРУРИКЕМІЇ ТА ПОДАГРИ. РОЛЬ «ВИШНЕВОЇ» ДІЄТИ

Чопей І. В., Гряділь Т. І., Чубірко К. І.
м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Подагра – це системне метаболічне тофусне захворювання, що розвивається в зв'язку із запаленням у місці відкладення кристалів моноурату натрію у осіб з гіперурикемією, обумовленою зовнішньосередовищними і/або генетичними чинниками.

При подагрі розрізняють 4 стадії: безсимптомна гіперурикемія – підвищення сироваткового рівня сечової кислоти без клінічних проявів подагри, гостра фаза – гостре запалення суглобів, спричинене відкладенням кристалів уратів, інтермітуюча подагра – інтервали між гострими нападами подагри, прогресуюча подагра – стадія тофусної подагри та її ускладнень у зв'язку з неконтрольованою гіперурикемією.

Причиною гіперурикемії у 10 % випадків є порушення дієти, мієлопроліферативні захворювання, хіміотерапія, генетичні зміни, тощо, а у 90 % випадків – зниження виведення сечової кислоти.

Безсимптомне збільшення рівня сечової кислоти мають 5–18 % популяції, з них тільки у 5–20 % розвивається подагра. Показниками гіперурикемії для жінок є 360 мкг/л, а для чоловіків – 420 мкг/л.

На сьогодні до уратзнижувальної терапії відносять: а) інгібітори ксантиноксидази: аллопуринол, фебуксостат, б) урикозуретики: пробенецид, бензбромарон, сульфінпіразон, в) урикази: пеглотиказа (пегільована уриказа), расбуриказа (рекомбінантна уриказа).

В останні роки в багатьох країнах світу в протоколи лікування гіперурикемії та подагри вводять вживання вишні та черешні близько 150–200 г у свіжому чи консервованому вигляді.

Вишні знижують рівні сечової кислоти шляхом підвищення екскреції з сечею та мають високий рівень антоціанів, які є корисними для здоров'я.

В даній публікації аналізується 5 хворих на подагру (1-ша група), в яких була клінічно значуща гостра атака цього захворювання та 5 хворих із гіперурикемією (2-га група), які протягом 1 року не вживали уратзнижувальні препарати і були на звичайній дієті, вживали алкоголь у помірних кількостях, не більше 3 доз на тиждень (1 доза – 0,5 л пива або 250 мл вина, або 50 мл етилового спирту). Щоденно вони вживали близько 150 г свіжих або заморожених вишень протягом 12 місяців.

Отримані результати: протягом року у жодного з пацієнтів не зафіксовано гострого приступу подагри, а рівень сечової кислоти у першої групи після лікування становив (215,5 ± 27,5) мкг/л, проти (432,0 ± 42,6) мкг/л. У пацієнтів із гіперурикемією отримано аналогічні результати. До лікування показники сечової кислоти становили (495,5 ± 36,6) мкг/л, проти (418,0 ± 12,9) мкг/л. Таким чином «вишнева дієта» може бути допоміжним методом лікування як у пацієнтів із гіперурикемією, так і у хворих на подагру.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АЛКОГОЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Юзич І. А., Галькевич М. П.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Алкогольна кардіоміопатія – одна із вторинних дилатаційних кардіоміопатій, що виникає внаслідок токсичного впливу етанолу на міокард впродовж тривалого часу.

Пацієнт Ю., 68 років, звернувся зі скаргами на задишку, що посилюється при фізичному навантаженні та в горизонтальному положенні, серцебиття, набряки нижніх кінцівок, виражену загальну слабкість. В анамнезі – хворіє 13 років, коли почав періодично відмічати задишку та загальну слабкість, проте вважав це результатом поганої фізичної форми, почав відвідувати спортзал. Через 6 міс. стан значно погіршився, після чого звернувся за медичною допомогою. Встановлено діагноз «Ішемічна хвороба серця. Післяінфарктний кардіосклероз. Серцева

недостатність ІІА зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка» (фракція викиду, ФВ = 30 %). Систематично не лікувався. Зловживав міцним алкоголем (> 500 мл/7 д) впродовж останніх 25 років, до того – слабоалкогольні напої (пиво) 500–1000 мл/д. Об'єктивно: набряки нижніх кінцівок, розширення меж серця, ознаки застою у малому колі кровообігу. На ЕКГ: фібриляція передсердь з ЧСС=104–132', знижений вольтаж, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. За даними ЕхоКГ – дилатація усіх камер серця, муральний тромб у порожнині лівого шлуночка і зниження ФВ до 10 %. Пацієнту була проведена коронарографія, за даними якої ураження коронарних судин було відсутнє.

В результаті пацієнту був виставлений діагноз: Алкогольна кардіоміопатія. Фібриляція передсердь, постійна форма, тахісистолічний варіант. Серцева недостатність ІІБ зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, ІІІ ФК за NYHA.

Отже, для встановлення вірного діагнозу важливе значення має детальний збір анамнезу, обстеження коронарних судин для диференційного діагнозу з ішемічною хворобою серця.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Ягенський А. В., Павелко М. М., Оштук Я. М.
м. Луцьк, КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади»

Контроль артеріальної гіпертензії (АГ) є основою вторинної профілактики після інфаркту (ІМ), а дані щодо його ефективності у віддалений період після ІМ є досить обмеженими.

Мета: виявлення чинників, що впливають на якість контролю АГ у віддалений період після ІМ.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження були включені 265 пацієнтів після ІМ [вік (65,0 ± 9,8) років; 68,3 % чоловіки]. Час від ІМ до включення в дослідження склав (2,3 ± 1,9) років. Оцінку якості вторинної профілактики проводили шляхом анкетування, вимірювання антропометричних показників, АТ і ЧСС. Обстеження проводили в домашніх умовах.

Результати. АГ була виявлена у 69,1 % пацієнтів. Лише у 26,3% пацієнтів із АГ АТ був у межах цільових значень. Чинниками, що асоціювались із досягненням цільових значень АТ, були вік до 60 років (ВШ – 1,35; p = 0,02), візит до лікаря протягом останніх 6 місяців (ВШ – 1,82; p = 0,002), регулярне самостійне вимірювання АТ (ВШ – 1,63; p = 0,01). 13,3 % пацієнтів із АГ після ІМ не приймали антигіпертензивних препаратів, 60,4 % пацієнтів із АГ лікувались, але не досягали цільових значень АТ. Пацієнти, які не приймали антигіпертензивних препаратів були старшими, рідше знаходились під спостереженням лікаря, рідше вимірювали АТ та мали гірші знання щодо лікування після ІМ. Пацієнти з АГ, які отримували лікування, але не досягали цільових значень АТ, приймали подібну кількість антигіпертензивних препаратів, як і пацієнти з контрольованою АГ – в середньому 2,1 ± 1,0 та 2,1 ± 0,9 препаратів відповідно. При цьому 29,3 % пацієнтів групи неефективно лікованої АГ отримували монотерапію.

Висновки. Контроль АГ у віддалений період після ІМ знаходиться на неналежному рівні. Частково це зумовлено недостатньо активною тактикою лікарів. Необхідні активні зусилля для покращення ситуації.

ГАСТРОПАТІЇ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ярема Н. З.
м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Медико-соціальне значення ревматичних хвороб обумовлено не лише їх широким розповсюдженням, але й труднощами в діагностиці та лікуванні. Більшість із тих, хто страждає на ревматичні хвороби, вживають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Водночас відомо, що найчастішим ускладненням терапії НПЗП є розвиток так званих гастропатій.

Метою дослідження слугувало вивчення розвитку гастропатій у хворих на ревматичні хвороби, які знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділі № 2 Тернопільської міської лікарні № 2.

Нами проаналізовано лікування 45 хворих на ревматичні хвороби, середній вік пацієнтів склав 46,4 року, тривалість хвороби від 2 до 16 років. Усі пацієнти отримували НПЗП, переважно неселективної дії, перед їх призначенням оцінювали ризик розвитку гастропатій (клініко-

ендоскопічний контроль). Усіх хворих було розподілено на 2 групи. Хворі 1-ї групи (20 осіб) за відсутності проявів гастропатій інгібіторів протонної помпи не отримували. Хворим 2-ї групи (25 осіб) призначали в комплексній терапії інгібітори протонної помпи (група омепразолу), тривалість терапії склала від 2 до 4 тижнів. Більшість хворих 1-ї групи (14 осіб) через 5–7 днів терапії мали клінічні прояви НПЗП-гастропатій: печія, неприємні відчуття в епігастрії, відригування кислим, інколи спостерігались нудота і блювання. Виразок і кровотеч у цієї групи хворих не було. Серед пацієнтів 2-ї групи лише у 3 спостерігались незначні прояви гастропатій, які ліквідувались на 3-4-й день після зниження дози НПЗП або заміни препарату.

Це підтвердило високу ефективність використання НПЗП у комплексній терапії з антисекреторними засобами для лікування хворих на ревматичні хвороби. Однак режим дозування і тривалість призначення антисекреторних засобів потребують подальшого вивчення і спостереження за такими пацієнтами. Саме це й забезпечить, на наш погляд, профілактику розвитку гастропатій у хворих на ревматичні хвороби, які часто змушені тривало отримувати лікування НПЗП.

ПОСТКОВІДНИЙ МІОКАРДИТ КОМОРБІДНИЙ ІЗ ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Прийма С. О.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський Національний Медичний Університет

Вступ. Міокардит – це запальне захворювання міокарду, діагноз якого підтверджується гістологічними, імунологічними, імуногістохімічними методами, МРТ серця і визначенням високочутливого тропоніну І [1]. У значної частини пацієнтів, які одужали від коронавірусної хвороби, утримуються ознаки запального ураження міокарда – long term effects of COVID-19 [2–5].

Клінічний випадок. Пацієнт Є., 53 роки, 22.04.2022 р. госпіталізований зі скаргами на задишку з явищами нічного апное, неритмічне серцебиття, виражену загальну слабість. На ЕКГ виявлено тріпотіння передсердь із проведенням на шлуночки у співвідношенні 2 : 1 з ЧСШ 136/хв. Коронавірусну хворобу переніс у лютому 2021 р., тричі вакцинований. Титр антитіл класу IgG – 557,8 BAU/ml. МРТ міокарда з гадолінієм: гіпокінезія двох базальних сегментів; в режимі PSIR – раннє і відтерміноване інтрамуральне накопичення гадолінію у базальному сегменті та чотирьох середніх сегментах. Встановлений діагноз хронічного дифузного міокардиту, тяжкого перебігу, асоційованого з коронавірусним захворюванням COVID-19. Лікування: метилпреднізолон загальним курсом 6 місяців. Повторно госпіталізований, проведено радіочастотну катетерну абляцію (РКА) додаткового шляху з антероградним проведенням (04.05.2022 р.). Короткочасне відновлення синусового ритму (7 днів).

Висновок. У представленому випадку діагностований міокардит за клінічними ознаками та результатами МРТ в межах 14 місяців після перенесеного COVID-19. Тріпотіння передсердь обумовлене наявними додатковими провідними шляхами, виявленими у пацієнта при електрофізіологічному дослідженні, та РКА, яка виявилась неефективною, очевидно у зв’язку з активним міокардитом.

Список використаних джерел

1. Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики та лікування міокардиту / В. М. Коваленко, О. Г. Несукай, С. В. Чернюх та ін. Український ревматологічний журнал. 2021. № 3. С. 1–17. doi: 10.32471/rheumatology.2707-6970.85.16392.
2. Long COVID: Long-term effects of COVID-19 / T. Chung, A. K. Morrow, A. Parker et al. URL: https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/covid-long-haulers-long-term-effects-of-covid19.
3. Kirkwood M. Myocarditis risk significantly higher after COVID-19 infection vs after a COVID-19 vaccine. URL: https://newsroom.heart.org/news/myocarditis-risk-significantly-higher-after-covid-19-infection-vs-after-a-covid-19-vaccine.
4. COVID-19 myocarditis and prospective heart failure burden URL: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14779072.2021.1844005.
5. Gilotra N. A. Myocarditis. URL: https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/myocarditis.

ПУЛЬМОНОЛОҐІЯ, ФТИЗІАТРІЯ

ДИНАМІКА РІВНІВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1β ПРИ ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Зубань А. Б., Островський М. М., Мельник-Шеремета О. П., Макойда І. Я.,
Молодовець О. Б., Савеліхіна І. О.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Інтерлейкін-1β (ІЛ-1β) є прозапальним цитокіном, який одним із перших включається до захисної реакції при дії патогенних факторів і є головним медіатором розвитку локальної та системної запальних відповідей при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ).

Метою даного дослідження є вивчення і оцінка рівнів спонтанної продукції ІЛ-1β моноцитами периферійної крові при ХОЗЛ I–IV ступенів бронхіальної обструкції (БО) за класифікацією GOLD.

Динаміку продукції ІЛ-1β вивчали у 63 пацієнтів із ХОЗЛ. I група складалася з 17 хворих із ХОЗЛ з I ступенем БО; II група – 18 пацієнтів із II ступенем БО; III група – 16 хворих із III ступенем БО; IV група – 12 хворих із ХОЗЛ з IV ступенем БО. Контрольну групу склали 16 практично здорових осіб (ПЗО). Рівень ІЛ-1β визначали методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus".

Результати. Встановлено значне підвищення рівнів ІЛ-1β у хворих на ХОЗЛ. Так, продукція ІЛ-1β моноцитами крові у хворих на ХОЗЛ з I ступенем БО за GOLD у 1,93 раза ($p < 0,05$) перевищує рівні у ПЗО; при ХОЗЛ з II ступенем БО за GOLD – у 2,29 раза ($p < 0,01$); при ХОЗЛ з III ступенем БО за GOLD – у 2,54 раза ($p < 0,01$), при ХОЗЛ з IV ступенем БО за GOLD – у 2,39 раза ($p < 0,05$). При цьому максимальні значення ІЛ-1β – (142,78±11,29) пг/10^6 клітин фіксувалися при ХОЗЛ із III ступенем БО.

Висновки. Вміст ІЛ-1β у пацієнтів із ХОЗЛ збільшується з наростанням ступеня тяжкості бронхіальної обструкції. Деяке зниження вмісту ІЛ-1β при ХОЗЛ із IV ступенем БО ймовірно є виснаженням здатності до синтезу цього цитокіну при термінальній фазі патологічного процесу.

ДИНАМІКА ВМІСТУ Zn У БІОЛОГІЧНИХ СЕРЕДОВИЩАХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ РІЗНИХ СТАДІЙ

Зубань А. Б.
м. Івано-Франківськ, Україна, Івано-Франківський державний медичний університет

Дисбаланс у системі обміну мікроелементів як складова цілої низки перебігу біохімічних та імунологічних процесів посідає чільне місце в генерації та прогресуванні патологічного процесу при ХОЗЛ. Проте на сьогодні роль порушення мікроелементного гомеостазу при ХОЗЛ є недостатньо з'ясованою (Шкала Л.В., 2002; Юрина Т.М., 2002).

Метою дослідження є вивчення динаміки вмісту Zn у сироватці крові та бронхоальвеолярному вмісті при ХОЗЛ різних стадій.

Динаміку вмісту Zn вивчали у 150 осіб із ХОЗЛ різних стадій: 40 пацієнтів із I стадією, 40 – із II стадією, 40 – із III стадією і 30 хворих із IV стадією патології. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Визначення вмісту Zn проводили атомно-абсорбційним методом на атомно-абсорбційному спектрометрі "С-115 ПК".

Результати. Наростання тяжкості ХОЗЛ достовірно супроводжується збільшенням дефіциту Zn в сироватці крові, вміст якого при I стадії є в 1,54 раза ($p < 0,05$), при II – в 1,59 раза ($p < 0,01$), при III та IV стадіях – в 1,69 ($p < 0,01$) та 1,91 раза ($p < 0,001$) нижчим рівня у групі контролю. В бронхоальвеолярному вмісті рівень Zn перевищував показники у ПЗО в 1,53 раза ($p < 0,01$) при I стадії, в 1,66 раза ($p < 0,01$) при II стадії, в 1,77 раза ($p < 0,05$) при III стадії та в 1,92 раза ($p < 0,05$) при IV стадії ХОЗЛ.

Висновки. Наростання тяжкості ХОЗЛ супроводжується дисбалансом мікроелементного гомеостаю, що проявляється достовірним зменшенням вмісту Zn в сироватці крові хворих та збільшенням втрат Zn через трахеобронхіальне дерево, що призводить до поглиблення порушень обміну мікроелементів і є часткою хибного кола прогресування недуги.

МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА НЕБЕЗПЕКА ТА СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА

Костик О. П., Сахелашвілі-Біль О. І., Сахелашвілі М. І., Піскур З. І., Чуловська У. Б.,
Старічек Г. В., Пурська М. Б., Луцишин Т. В.
м. Львів, Національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр

Збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз в Україні становить епідеміологічну небезпеку та вимагає вчасної діагностики для підвищення ефективності лікування.

Метою роботи було визначення мутацій *M. tuberculosis*, пов'язаних з резистентністю до антимікобактеріальних препаратів з використання молекулярно-генетичного методу лінійного зонд-аналізу Hain Lifesciences (Geno-Typ MTBDRplus) у Львівській області.

Впродовж 2017–2021 рр. проведено дослідження штамів *M. tuberculosis*, виділених у хворих з новими випадками та рецидивами туберкульозу, які знаходилися на лікуванні, для визначення медикаментозної чутливості до антимікобактеріальних препаратів I, II ряду та ін'єкційних за допомогою набору для гібридизації Geno-Typ MTBDRsl. При визначенні медикаментозної стійкості штамів *M. tuberculosis* до рифампіцину виявлено високий відсоток збігів результатів до гена rpoB. Мутації, які асоційовані з резистентністю до ізоніазиду, найчастіше зустрічалися в гені katG, до фторхінолонів – з геном gyrA і gyrB, до ін'єкційних препаратів – з геном rrs, а до канаміцину – з геном eis. Для нових випадків виявлення штамів, стійких до ізоніазиду (93,6 %) і рифампіцину (88,8 %) одночасно. В штамах *M. tuberculosis*, що мають стійкість до фторхінолонів, основні мутації виявлені частіше в генах gyrA, ніж gyrB. Мутації у двох генах rrs і eis, асоційованих з резистентністю до аміноглікозидів, виявлені лише в штамах *M. tuberculosis*, що мають стійкість до канаміцину. Виявлення генетичних мутацій, асоційованих з медикаментозною резистентністю штамів, підвищують ефективність діагностики до протестованих антимікобактеріальних препаратів.

ВПЛИВ БАЗОВОЇ БРОНХОДИЛЯТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОКРЕМІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ НЕОКОЛАГЕНЕЗУ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Кулинич-Міських М. О., Островський М. М., Міських В. А., Савеліхіна І. О., Варунків О. В., Швець К. В., Корж Г. З.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених численним аспектам хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і безсумнівні досягнення в діагностиці та лікуванні цієї складної гетерогенної хвороби, механізми її прогресування залишаються невирішеними.

Метою даного дослідження є оцінка динаміки колагену-IV в бронхоальвеолярному вмісті (БАВ) при лікуванні ХОЗЛ II ступеня бронхіальної обструкції з використанням препарату тіотропію броміду.

Вміст колагену-IV досліджували в БАВ 43 хворих у терміни до та в процесі 1, 2 та 6 місяців прийому препарату тіотропію броміду методом імуноферментного аналізу.

Вміст колагену-IV у БАВ на час госпіталізації у хворих, які отримували традиційне лікування (I група дослідження), становив (61,14 ± 1,28) нг/мл, що у 6,19 раза ($p < 0,05$) вище, ніж у групі практично здорових осіб. У динаміці лікування через 1 місяць прийому комплексного лікування фази загострення ХОЗЛ із включенням тіотропію броміду в якості базової терапії (II група дослідження) нами ідентифіковано зменшення в 1,41 раза порівняно з даними до лікування ($p < 0,05$) рівнів колагену IV в БАВ. Встановлено позитивні тенденції – зменшення на 79,4 % колагену-IV при використанні препарату тіотропію броміду впродовж 2 місяців (III група дослідження). Рівень колагену IV в БАВ зменшився у 2,23 раза ($p < 0,05$) порівняно з I групою дослідження.

Практично повну нормалізацію рівнів колагену IV в БАВ нами ідентифіковано лише впродовж 6-місячного прийому тіотропію броміду пацієнтами з ХОЗЛ II стадії (IV група дослідження), що слугує чіткою і якісною характеристикою дієвості та необхідності базової терапії ХОЗЛ.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АТИПОВИХ ПНЕВМОНІЙ ПРИ COVID-19

Невзгода А. А., Невзгода О. А.
м. Львів, Львівський приватний медичний інститут
м. Львів, Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Метою роботи була оптимізація ранньої діагностики та лікування атипових пневмоній при COVID-19 шляхом створення алгоритму дій.

Матеріали і методи. Клінічна частина роботи базується на результатах аналізу лікування 140 осіб з атиповими пневмоніями COVID-19. При лікуванні хворих ми використовували розроблений нами алгоритм діагностики та лікування.

Результати дослідження. В процесі дослідження перебігу захворювання COVID-19 у пацієнтів ми виявили і згрупували стани з тенденцією до аутоагресії, а саме диспротеїнемію, збільшення відсотку малих циркулюючих імунних комплексів, збільшення відсотку 0- та D-лімфоцитів, зниження комплементу в сироватці крові. При проведенні патоморфологічних досліджень у хворих з атиповими пневмоніями COVID-19 ми виявили зміни, як при системних васкулітах. На основі проведених досліджень ми розробили і впровадили в практику наступний алгоритм діагностики атипових пневмоній COVID-19 – полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР або PCR), імуноферментний аналіз (ІФА), комп'ютерна томографія легень (КТ), газовий аналіз крові, посів мокротиння на чутливість до антибіотиків(check-point: лейкоцити / епітеліальні клітини – > 40 / < 25).

У способі лікування пацієнтів з тяжкою формою Covid-19 залежної атипової пневмонії запропонована схема відповідно до етіології і патогенезу захворювання: внутрішньовенне введення 33 % етилового спирту, дом'язові ін'єкції дексаметазону та сульфокамфокаїну, бактеріостатичних антибіотиків (Зацеф або Ампісульбін), призначення противірусних препаратів широкого спектру дії – Неовір пероральний прийом статинів – сімвастатину. Спосіб здійснюють таким чином. Пацієнтам з тяжкою формою атипової пневмонії Covid-19 призначають 33 % етиловий спирт 150 мл внутрішньовенно краплинно двічі на день впродовж 7 днів. Дексаметазон 2,0 мл (8 мг) призначають дом'язово двічі на день впродовж 3 днів, відтак по 2,0 мл (4 мг) дом'язово щоденно протягом наступних 5 днів. Зацеф 1.0 г на 2 % лідокаїні 3,0 мл або Ампісульбін 1,0 г на 2 % лідокаїні 3,0 мл призначають двічі на день впродовж 7 днів. Неовір призначають по 250 мг – 2,0мл дом'язово 1 раз в день впродовж 10 днів. Сульфокамфокаїн призначають по 2,0 мл до м'язово через 12 год двічі на день впродовж 7–10 днів. Сімвастатин таблетовано призначають у подвійній дозі – 20 мг під час вечері 1 раз на день впродовж 14 днів.

Оцінюючи результати запропонованої схеми лікування, у пацієнтів основної групи було відзначено більш швидкий позитивний клінічний ефект, достовірну нормалізацію показників оксигемометрії, лейкограми, нормалізацію підвищеної температури тіла, зникнення задишки, зникнення больових відчуттів в грудній клітці, зникнення кашлю порівняно з пацієнтами контрольної групи. Запропонована схема носить етіотропний та патофізіологічний характер. Запропонований метод патентно захищений.

Висновки. По запропонованому методу лікування атипової пневмонії при COVID-19 проліковано 140 хворих. З них у 138 КТ та ПЛР підтверджене 100 % одужання. 2 хворих, на жаль, померли.

С-РЕАКТИВНИЙ БІЛОК ТА ІНТЕРЛЕЙКІН-2 ЯК МАРКЕРИ ГКС-РЕЗИСТЕНТНОГО САРКОЇДОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Савеліхіна І. О., Кулинич-Міськів М. О., Островський М. М., Варунків О. І., Швець К. В., Корж Г. З., Зубань А. Б.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Визначення активності запального процесу при саркоїдозі має важливе практичне значення, оскільки дає можливість практикуючому лікарю розробити індивідуальний прогноз для пацієнта, підібрати адекватну терапевтичну тактику та оцінити ефективність проведеного лікування.

Проведено обстеження 68 пацієнтів із саркоїдозом легень до моменту початку терапії та після проведеного тримісячного лікування. Група контролю складала 16 практично здорових осіб. Проводили комплекс загальноклінічних методів обстеження хворих на саркоїдоз, а також визначали рівні ІЛ-2 та С-реактивного білка (СРБ) у бронхоальвеолярному вмісті. Рівень ІЛ-2

досліджували методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus". Рівень СРБ визначали напівкількісним методом латекс-аглютинації.

В групі контролю рівень ІЛ-2 коливався в межах (75,46 ± 5,26) пг/л, СРБ – (1,61 ± 0,17) мг/л. У пацієнтів з активним саркоїдозом легень до початку лікування концентрація ІЛ-2 у бронхоальвеолярному вмісті становила (196,72 ± 8,13) пг/л, СРБ – (28,34 ± 2,45) мг/л. При повторному обстеженні через 3 місяці лікування пацієнтів було поділено на дві групи: успіх терапії (група I) та невдача лікування (група II). В I групі (n = 47) відмічалось достовірне зниження цих показників: СРБ – (10,27 ± 1,18) мг/л, ІЛ-2 – (94,57 ± 4,23) пг/л. У II групі зберігались високі концентрації маркерів запалення: ІЛ-2 – (208,48 ± 10,12) пг/л, СРБ – (31,86 ± 2,64) пг/л.

Виявлення закономірностей даних порушень на молекулярному рівні міжклітинної взаємодії при саркоїдозі легень дає змогу визначати дієвість і достатність призначеної терапії шляхом персоналізованої для кожного пацієнта оцінки активності запального процесу.

CT-IMAGE GUIDED TRANSTHORACIC NEEDLE BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF THE THORACIC TUMOURS

Choucair F.
Lviv, Ukraine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Premise of the study. We are assessing the importance of CT-image guided transthoracic needle biopsy of the lung, with its high sensitivity, specificity, and accuracy, that it is an important diagnostic tool in the detection of malignancies in the lungs and thoracic cage.

Materials and Methods. A retrospective analysis of 252 patients who underwent real-time computer tomography -guided transthoracic biopsy of thoracic lesions in the previous 5 years in the pulmonology department of Lviv Regional Pulmonary Clinic-Diagnostic center, was carried out. Cases were classified into the following diagnostic categories: malignant, benign and non-diagnostic (non-specific benign without evidence of malignancy and insufficient specimen).

Results. A conclusive diagnosis was obtained in the 252 procedures in which patients were diagnosed with malignancies, tubercolomas, local exudative pleuritis and fibrosis.

Conclusion. Transthoracic needle biopsy guided by computer tomography performed by pulmonologists, is a safe procedure with high diagnostic accuracy, were we achieved similar results to those previously obtained by radiologists.

COMPUTED TOMOGRAPHY-GUIDED TRANSTHORACIC NEEDLE BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANCIES

Choucair F.
Lviv, Ukraine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

The mystery of cancer is one of the most important problems in biology and medicine in modern times, and it’s a major problem which worries the civil society, with being the second leading explanation for death within the world. Appealing to my young scientists, lung malignancies is one of the significant problems in developing countries,due to different predisposing factors ,including tumor metastasis from different sites, i.e., cervix, git, lymph nodes etc.

Thanks to heaven reality has changed! Through the years, scientists and up- to-date medicine doctors and professors are still searching for the best exact technique of investigation for diagnosing the malignancy with the highest yield of accuracy and low incidence of wrong diagnosing.

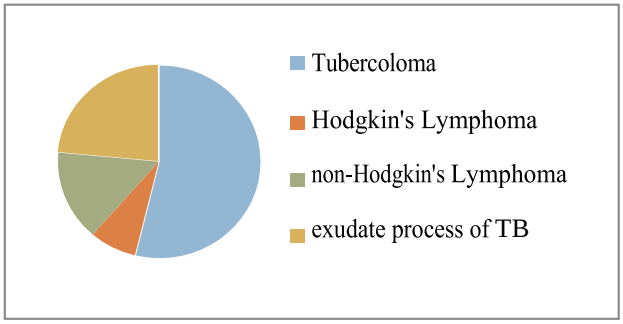
“Transthoracic needle biopsy” was that light which guided medical experts in the field of malignant tumor diagnosing, guided with the computer tomography competing other radiological imaging technique in the accuracy, efficacy and percent of complications.

Materials

Under a sterile conditions, and presence of radiologist, local anaesthesia is given a biopsy needle is passed to the target area guided by the CT image, an additional laser guidance system is added to the procedure of TTNB, which will facilitate and give an ideal trajectory angle for the needle through the pleura and skin.

And here in Lviv at the Physio- Pulmonary Regional Hospital - Diagnostic Center, a statistical study was conducted to 98 patients with the peripheral location of tumor formation. Malignant tumors was discovered in 80 patients, tuberculoma is diagnosed in 7 cases (7,1 %), non-Hodgkin’s

lymphadenoma – 2 (2 %), Hodgkin's lymphadenoma – 1 (1 %). Exudates processes of tuberculosis genesis in lungs was discovered in 3 patients (3,1 %). Percent of verification of diagnosis after the lead through of TTBKT – 88,8 %. In 5 cases TTBKT became complicated of pneumothorax, 2 patients there was haemoptysis.



Discussion

The most common complication found was pneumothorax, where patients went for chest tube drainage, in addition to other complications as small lesions, haemoptysis, and pulmonary haemorrhage which rarely occur.

According to statistics no significant difference was found between complications rates and gender, age, tumor volume, and localization. But both patients and procedure factors play a significant role in reducing the incidence and severity of occurrence especially for pneumothorax. Patients factors are those related to (position of the patient, absence of emphysema, lesion depth, and that for procedure are (experienced operators, number of pleural passes and biopsies plus needles trajectory angle and its gauge).

In some cases the results of TTNB is neither positive nor negative , in other words the biopsy don't provide adequate info to differentiate between malignant or benign tumors which will affect the final diagnosis and its accuracy. For that obtaining more than one tissue cores will improve the molecular testing (i.e. EGFR mutation / ALK translocation / ROS1 rearrangement) and will optimize patient's treatment.

In this article, shedding the light on the difference between Ultra-sound & Computed-Tomography in the guidance of the TTNB is quiet important. US is a small machine in which it can be moved to the patient's room , when being in a comfortable position , compared to the CT where patients with dyspnoea will not be able to tolerate prone or supine position. Both techniques have the same diagnostic yield, with fewer complications reported from the usage of US, but CT has an excellent spatial resolution, and the biopsy is feasible if pneumothorax occurred during the procedure.

Conclusion

The twentieth century has been no less inventive than previous centuries in proposing new theories and techniques for Diagnosing of thoracic lung malignancies, today TTNB guided by the CT image, is the most sensitive method which carries out specific well- diagnosed results, with high accuracy, efficacy and less complexity.

References

1. Zhu J, Wang X, Qu Y, Wen Z. CT-guided core needle biopsy of the lung in patients with primary malignancy suspected of lung metastasis: 5-year experience from a single institution. Diagn Interv Radiol 2021; 27:534-541
2. Computed tomography-guided transthoracic needle biopsy: Predictors for diagnostic failure and tissue adequacy for molecular testing / C. Y. Lin, C. C. Chang, C. Y. Chu et al. *Front. Med*. 2021. Vol. 8. P. 650381. DOI: 10.3389/fmed.2021.650381.
3. Dezube R. Transthoracic needle biopsy. MSD manual. Professional Version. Johns Hopkins University, 2021. URL: https://www.msdmanuals.com/professional/pulmonary-disorders/diagnostic-and-therapeutic-pulmonary-procedures/transthoracic-needle-biopsy.
4. International Journal of General Medicine. URL: https://www.dovepress.com/ by 195.72.144.227 (cited 15 Oct 2020).
5. Non-diagnostic Results of Percutaneous Transthoracic Needle Biopsy: A Meta-analysis / K. J. Chae, H. Hong, S. H. Yoon et al. *Sci. Rep*. 2019. Vol. 9. P. 12428 URL: https://doi.org/10.1038/s41598-019-48805-x.
6. CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsy using the additional laser guidance system by a pulmonologist with 2 years of experience in CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsy / Min-

Cheol Jeon, Ju Ock Kim, Sung Soo Jung et al. *Tuberc. Respir. Dis*. 2018. Vol. 81, no. 4. P. 330-338. doi: https://doi.org/10.4046/trd.2017.0123.

7. Computed tomography-guided transthoracic core needle biopsy of lung masses: Technique, complications and diagnostic yield rate / C. Şahin, O. Yılmaz, B. A. Üçpınar et al. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2020. Vo. 54, no. 1. P. 47–51. doi: 10.14744/SEMB.2019.46338.
8. Khosla R., McLean A. W., Smith J. A. Ultrasound-guided versus computed tomography-scan guided biopsy of pleural-based lung lesions. *Lung India*. 2016. Vol. 33. P. 487–492.

ҐАСТРОЕНТЕРОЛОҐІЯ

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З КИШКОВИМ ДИСБІОЗОМ НА ТЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

Воробець В. В., Дербак М. А., Гарапко Т. В.
м. Ужгород, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Мета: оцінити вплив терапії на якість життя (ЯЖ) та рівень тривожності у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) з кишковим дисбіозом на тлі неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Об'єкт і методи. Обстежено 84 хворих на ХГС, у яких оцінено ЯЖ за опитувальником Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36) та рівні реактивної і особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна. Залежно від призначеного лікування сформовано дві групи: 1-ша група (n = 40) – хворі, які отримували пробіотик, що містить LA-5 і BB-12 по 1 кап. × 3 рази на добу і 2-га група (n = 44) – LA-5 і BB-12 + УДХК по 500 мг на ніч протягом 1 місяця. Обробку отриманих результатів здійснювали шляхом розрахунку середніх значень і стандартних відхилень для кожної зі шкал опитувальника.

Результати та їх обговорення. У пацієнтів, які одержували пробіотик та УДХК, редукція психопатологічної симптоматики досягалася як через зниження тривожно-депресивних розладів, так і за рахунок зменшення виразності астенічних проявів. А у пацієнтів, які одержували тільки пробіотик – лише за рахунок зниження рівня астенічних проявів. Після лікування середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (РН) у хворих 1-ї групи збільшилися на (6 ± 0,2) балів, а у хворих 2-ї групи – на (8 ± 1,7) балів. Показник інтегрованого психічного компонента здоров'я (МН1) у хворих 1-ї групи виріс на (7 ± 4,1) балів, а у хворих 2-ї групи – на (11 ± 0,5) балів.

Висновок. При проведенні лікувальних заходів з приводу кишкового дисбіозу у хворих на ХГС на тлі НАЖХП, поєднання УДХК з пробіотиком, що містить LA-5 і BB-12, зменшує виразність депресії та тривоги за госпітальною шкалою і покращує якість життя цих хворих.

ВПЛИВ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ НА ПОКАЗНИКИ ТРАНСАМІНАЗ У ПАЦІЄНТІВ З КОВІД-ПНЕВМОНІЄЮ

Горбей А., Скляров Є. Я.
м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство Львівське територіальне медичне об'єднання багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги

Мета: вивчити вплив коронавірусної хвороби на показники трансаміназ у пацієнтів з ковід-пневмонією.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 40 пацієнтів, серед яких 16 чоловіків (40,0 %) і 24 жінки (60,0 %). Усі пацієнти підписали письмову згоду на проведення комплексного обстеження, згідно з принципами Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини. Пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у центрі терапії Комунального некомерційного підприємства «1 територіальне медичне об'єднання м. Львова». Наявність COVID-19 встановлювали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для виявлення РНК SARS-CoV-2 у досліджуваних зразках. Серед клінічних симптомів провідними були ознаки ураження нижніх дихальних шляхів з сухим кашлем, лихоманкою, задишкою. Також пацієнти відмічали прогресуючу слабкість, головний біль та міалгії.

Результати дослідження. Показники АЛТ коливалися від 7,5 Од/л до 126 Од/л , в середньому (45,15 ± 5,49) Од/л. Водночас, активність АСТ коливалася від 13 Од/л до 83 Од/л, в середньому (38,03 ± 3,43) Од/л. Крім того, виявлено, що у 21 пацієнта (52,5 %) із середньотяжким і тяжким перебігом COVID-19 були підвищені показники печінкових трансаміназ на момент госпіталізації в стаціонар. До того ж, у 15 осіб (37,5 %) спостерігалося підвищення активності АЛТ і АСТ в два-три рази порівняно з нормальними значеннями.

Висновки. Підвищення активності АЛТ і АСТ на момент госпіталізації в стаціонар виявили у 52,5 % пацієнтів з ковід-пневмонією, причому у 37,5 % пацієнтів ці показники були перевищені у 2–3 рази порівняно з нормою. Дані результати свідчать, що вірус SARS-CoV-2 має безпосередній ушкоджуючий вплив на печінку, тому своєчасне виявлення і лікування пацієнтів з COVID-19 згідно з сучасними рекомендаціями має вагоме значення для профілактики уражень печінки.

ДИНАМІКА СИРОВАТКОВИХ РІВНІВ АНГІОПОЕТИНУ-2 ТА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ (TGF-β1) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Дербак М. А., Лізанець Н. В., Блецкан М. М., Ганич О. Т., Машура Г. Ю., Краснова А. А.
м. Ужгород, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Мета: оцінити динаміку сироваткових рівнів ангіогпоетину-2 (Ang-2) та трансформуючого фактору росту - β1 (TGF-β1) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) із супутньою неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) після успішної DAAs.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 82 хворих на ХГС, із яких у 56 (68,3%) осіб діагностовано НАЖХП та підвищену масу тіла (ПМТ). Усім учасникам визначали кількість РНК HCV, Ang-2, TGF-β1, лептину, адипонектину. Ступінь фіброзу печінки діагностували неінвазивним методом ФіброМакс. Хворих було розподілено на групи: 1-ша група (n = 23) ХГС + ПМТ + стеатоз печінки, 2-га група (n = 33) – ХГС + ПМТ +неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), 3-тя група (n = 26) – ХГС + нормальна маса тіла (НМТ). Всі хворі 12 тижнів отримували DAAs.

Результати. Із 82 пацієнтів F_{3-4} мав 31 хворий, F_{1-2} – 25, F_{0-1} – 11, F_0 – 15 осіб. Прогресуючий фіброз печінки (F_{3-4}) та виразний стеатоз печінки S_{2-3} ($p < 0,05$) частіше був у хворих 2-ї групи (ХГС + НАСГ). Сироваткові рівні Ang-2 були вищими ($p < 0,05$) у хворих 2-ї групи з F_{3-4}, ніж у хворих із F_{0-2}. Рівні лептину у хворих 2-ї групи підвищено у 4,2 раза, а у хворих 1-ї групи – у 2,9 раза, порівняно з групою контролю. Через 24 тижні з моменту завершення успішної DAAs регрес фіброзу печінки зареєстровано у 54 хворих на ХГС. Частіше ($p < 0,001$) регрес фіброзу відбувався у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп з меншими його початковими стадіями, аніж у хворих 2-ї групи, та вищими ступенями фіброзу. Регрес фіброзу печінки супроводжувався зниженням рівня Ang-2. У хворих на ХГС з фіброзом $\leq F_{0-2}$ на тлі регресу фіброзу зареєстровано зниження TGF-β1.

Висновки. У хворих на ХГС + НАЖХП реєструються високі рівні Ang-2 та TGF-β1, які позитивно корелюють зі ступенем фіброзу печінки і достовірно знижуються після успішної DAAs у хворих з невисокими початковими стадіями фіброзу печінки та нормальною масою тіла.

УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СКРИНІНГ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ІННОВАЦІЙНИМ МЕТОДОМ ВИМІРЮВАННЯ КОЕФІЦІЄНТА ЗАТУХАННЯ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ЛАНКИ

Динник О. Б.[1], Жайворонок М. М. [2], Кобиляк Н. М. [3]
[1]*м. Київ, ТОВ Медичний центр «Інститут еластографії»*
[2]*м. Київ, Медичний центр ««Doctor Vera»*
[3]*м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Неалкогольна жирова хвороба печінки **(**НАЖХП) є одним із сучасних медичних викликів XXI сторіччя, вона набула рис пандемії і є одним із розповсюджених неінфекційних захворювань (НІЗ) – до 30 % дорослих. Вона має прихований перебіг, клінічні прояви мають дебют вже на стадії ускладнень: цирозу печінки, кардіоваскулярних та цереброваскулярних катастроф, цукрового діабету, хвороб нирок та онкології. Специфічних біохімічних тестів НАЖХП немає. Підступність НАЖХП вимагає розроблення концепції її ультразвукового (УЗ) скринінгу на первинній медичній ланці.

Мета роботи: запровадити концепцію скринінгу НАЖХП інноваційним методом УЗ стеатометрії, вимірювання коефіцієнта затухання (ВКЗ) в практику первинної медичної ланки.

Матеріали та методи. 7318 відвідувачам обох статей віком від 18 до 82 років було проведене УЗ дослідження печінки в В-режимі і стеатометрію – кількісне визначення ступеня стеатозу за допомогою ВКЗ (дБ/см), на приладі Soneus P7 (Ultrasign, Україна), конвексний датчик С1-5 МГц. Тренінг лікарів з опанування ВКЗ проводили впродовж 30–60 хвилин на стеатофантомі.

Результати. За допомогою УЗ дослідження у В-режимі стеатоз виявлено у 1317 осіб (18,0 %): легкого ступеня – у 302 (4,1 %), середнього – 893 (12,2 %), тяжкого – 122 (1,7 %). За даними ВКЗ у 1819 осіб виявлено стеатоз (24,8 %): легкий S1 – у 962 (13,1 %), середній S2 – 637 (8,7 %), тяжкий S3 – 220 (3,0 %). Виявлення ознак НАЖХП дозволило перейти до поглибленого обстеження пацієнтів сімейними лікарями для відповідної корекції способу життя за керівництвами European Association for the Study of the Liver (EASL).

Висновки

1. Технологія ВКЗ зарекомендувала себе більш чутливою порівняно з В-режимом УЗД до легких форм стеатозу печінки і може бути з успіхом використана для скринінгу НАЖХП.

2. ВКЗ може бути опанована лікарями первинної медичної ланки за одну годину і виконуватись швидко (1–3 хвилини) та ефективно для масового скринінгу НАЖХП.

СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ НИЗЬКОГО РІВНЯ ЯК ФАКТОР КОМОРБІДНОСТІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ

Носач О. В., Чумак А. А., Саркісова Е. О., Овсяннікова Л. М.
м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини» Національної академії медичних наук України»

Результати спостереження за станом здоров’я осіб, які зазнали дії факторів Чорнобильської аварії, свідчать, що особливістю патологічних процесів у цієї категорії хворих є їхня поліорганність на тлі різноманітних метаболічних змін, імунної дисфункції та ендотоксикозу. Опубліковані дані щодо достовірно вищої частоти у них поєднаної патології серцево-судинної і травної систем, а також захворювань печінки порівняно з неопроміненими пацієнтами.

Системне запалення низького рівня (systemic low-grade inflammation, SLGI) вважають одним із факторів, що сприяє прогресуванню серцево-судинних захворювань при їх сполучному перебігу з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП). Триває з’ясування патогенетичних механізмів, шляхом яких SLGI сприяє розвитку резистентності до інсуліну, дисліпідемії, атерогенезу, цукрового діабету 2 типу та гіпертонії у людей зі стеатозом печінки і неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння. При визначенні рівня високочутливого С-реактивного білка (hsCRP) в крові учасників ліквідації наслідків Чорнобильської аварії, які страждають на НАЖХП, нами встановлено наявність проявів SLGI і підвищення ризику розвитку ускладненої серцево-судинної патології у більшості хворих: у 32 % обстежених ризик було оцінено як високий, у 26 % – як помірний (середній).

Хоча залежність між метаболічними порушеннями в печінці та імунозапальними процесами вбачається очевидною, проте окреслення значення SLGI у прогресуванні патологічних станів при коморбідній соматичній патології у хворих з НАЖХП і його зв’язку з порушеннями системи травлення (зокрема при патології підшлункової залози та кишечника) обумовлюють актуальність проведення подальших досліджень.

ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРЕСУВАННЯ ТА ДЕГРАДАЦІЇ СТЕАТОЗНИХ ГРАНУЛ В ГЕПАТОЦИТАХ У ХВОРИХ ІЗ ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Радченко Т. М., Ковешніков О. В.
м. Харків, Харківський національний медичний університет
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Метою дослідження стало визначення електронно-мікроскопічних ознак прогресування стеатозу печінки та деградації ліпідних гранул в гепатоцитах у хворих на опіоїдну залежність (ОЗ) в різні стадії захворювання.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що для хворих на ОЗ з тривалістю ОЗ до 72 місяців та помірною толерантністю до опіоїдів [(6,9 ± 2,5) мл; від 2 до 16 мл] характерними були помірні відкладення ліпідних гранул (ЛГ) переважно в центролобулярній зоні печінкових часточок, висока активність процесів деградації ліпідних гранул в центролобулярній і перипортальній зонах, яка супроводжувалася посиленням бета-окислення жирних кислот у мітохондріях, збільшенням кількості ліпофагосом, посиленням секреції ЛГ в біліарні капіляри, простір Дісе, збільшенням ЛГ з ознаками деградації поверхневого шару.

У пацієнтів з тривалістю ОЗ до 72 місяців і високою толерантністю до опіоїдів [(34,2 ± 6,5) мл; від 15 до 67 мл] має місце прогресування стеатозу в гепатоцитах у центролобулярній та перипортальній зонах, зростання активності гладкої ендоплазматичної сітки, зменшення активності деградації ЛГ, суттєві морфологічні порушення в мітохондріях, зниження активності поверхневої деградації ЛГ на тлі збереженості ліпофагосом в цитоплазмі гепатоцитів.

У групі хворих з тривалою (понад 72 місяці) опійною інтоксикацією і високою толерантністю до опіоїдів [(43,6 ± 7,3) мл; від 15 – до 75 мл] в тканині печінки поряд з вираженим стеатозом, спостерігаються суттєві порушення механізмів деградації ЛГ, руйнування крист у мітохондріях, зменшується кількість ліпофагосом та ЛГ з ознаками поверхневої деградації.

ЗМІНИ РІВНЯ ВІЛЬНИХ АМІНОКИСЛОТ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ УРАЖЕННІ НИРОК У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯ, ІНФІКОВАНИХ COVID-19

Сірчак Є. С., Сабовчик К. В., Петричко О. І., Стрижак В. В., Коваль В. Ю.
м. Ужгород, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Особливої актуальності набуває дослідження можливих механізмів прогресування хронічних уражень печінки у пацієнтів з поліморбідною патологією, а також формування ускладнень з боку різних органів і систем в період пандемії COVID-19.

Мета дослідження: вивчити особливості зміни рівня вільних амінокислот сироватки крові (ВАСК) при ураженні нирок у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та ожиріння, інфікованих COVID-19.

Матеріали і методи дослідження. Комплексне обстеження хворих проведено на клінічній базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет». В наукове дослідження включено 58 хворих на НАЖХП зі збільшенням індексу маси тіла (ожиріння різної ступені вираженості) і порушенням вуглеводного обміну (цукровий діабет 2 типу), які проходили лікування у Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. А. Новака з жовтня 2020 р. по серпень 2022 р. і мали підтверджений діагноз COVID-19 пневмонії (позитивна полімеразно-ланцюгова реакція до РНК SARS-CoV-2 (ген RdRP SARS-CoV-2, ген E SARS-CoV-2), а також ураження легень у вигляді «матового скла» на комп'ютерній томограмі з максимальним відсотком ураження легеневої тканини до 65,0 %) і не потребували підключення хворих до апарату штучної вентиляції легень. У контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі.

Діагноз НАЖХП виставлено згідно з критеріями уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 06.11.2014 р. № 826) і клінічними рекомендаціями EASL–EASD–EASO щодо діагностики та лікування НАЖХП. Ступінь ураження печінки розраховано з використанням сурогатних маркерів фіброзу за допомогою онлайн-калькуляторів NAFLD fibrosis score, Fibrosis 4 calculator, а також фібротесту, а також результатів еластометрії печінки. Для дослідження функціонального стану нирок у обстежених пацієнтів розраховано швидкість клубочкової фільтрації з використанням показника креатиніну за допомогою формули Modification of Diet in Renal Disease та формули Cockroft—Gault, а також формули, в якій застосовували рівень цистатину С (Цис С) ($ШКФ_{ЦисС} = 94,652 \times Цис\ С^{-1,2478}$).

Кількісне визначення рівнів ВАСК проводили за методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії в ізократичному режимі елюювання з електрохімічним детектуванням (І. Н. Краснова та інші, 2000).

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалися за допомогою комп'ютерної програми Statistics for Windows v.10.0 (StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати досліджень. У обстежених хворих встановлено достовірне зменшення рівнів: триптофану – до (16,9 ± 0,6) нмоль/мл, при (55,4 ± 1,3) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$; тирозину – до (32,5 ± 0,8) нмоль/мл, при (62,7 ± 1,1) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$;

метіоніну – до (10,7 ± 0,3) нмоль/мл, при (25,8 ± 1,7) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$; лейцину – до (53,1 ± 1,4) нмоль/мл, при (122,5 ± 3,2) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$; аргініну – до (30,7 ± 1,3) нмоль/мл, при (92,5 ± 3,2) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$; орнітину – до (176,7 ± 3,0) нмоль/мл, при (245,0 ± 5,1) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,05$; аланіну – до (350,7 ± 4,5) нмоль/мл, при (416,3 ± 4,8) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,05$; а також зниження показників треоніну – до (133,6 ± 2,1) нмоль/мл, при (160,5 ± 4,3) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; серину – до (105,3 ± 2,2) нмоль/мл, при (118,6 ± 4,2) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; лізину – до (238,9 ± 3,6) нмоль/мл, при (268,6 ± 4,1) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$. Ці зміни супроводжувались достовірним збільшенням рівня проліну – до (266,9 ± 5,1) нмоль/мл при (148,3 ± 5,2) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,01$; цистеїну – до (227,8 ± 3,4) нмоль/мл, при (176,4 ± 3,7) нмоль/мл у контрольної групи, $p < 0,05$; а також показників глутаміну – до (566,0 ± 5,1) нмоль/мл, при (518,7 ± 5,9) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; аспарагіну – до (8,7 ± 0,5) нмоль/мл, при (8,3 ± 0,4) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; фенілаланіну – до (77,0 ± 2,6) нмоль/мл, при (85,3 ± 2,1) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; валіну – до (278,9 ± 4,8) нмоль/мл, при (215,9 ± 3,8) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$). Рівні гістидіну – до (86,0 ± 1,7) нмоль/мл, при (89,2 ± 0,8) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$; гліцину – до (270,8 ± 3,3) нмоль/мл, при (277,9 ± 2,8) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$); ізолейцину – до (107,4 ± 1,3) нмоль/мл, при (116,6 ± 2,0) нмоль/мл у контрольної групи, $p > 0,05$) не відрізнялись від показника контрольної групи.

Висновки. У хворих на НАЖХП та ожиріння при ураженні нирок на фоні інфікуванні COVID-19 встановлено зменшення рівня триптофану, тирозину, метіоніну, лейцину, аргініну, орнітину та аланіну, що супроводжувалось збільшенням показників проліну, цистеїну, глутаміну, аспарагіну, фенілаланіну, валіну у сироватці крові.

ВМІСТ ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Сіткар А. Д., Дербак М. А.
м. Ужгород, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Захворювання печінки, у тому числі хронічний гепатит С (ХГС), посідають важливу роль у клініці внутрішніх хвороб, внаслідок їх високої поширеності та полісистемності ускладнень при прогресуючому перебігу хвороби. Близько 1 % населення світу мають ХГС, для 15–30 % з яких існує ризик розвитку цирозу печінки. Порушення обміну речовин, зумовлене ХГС, включає і зміни в метаболізмі мікроелементів, зокрема цинку (Zn). Загалом дослідження показують, що при ХГС, внаслідок опосередкованої мітохондріальної дисфункції, прогресування фіброзу печінки та інших механізмів, виникає дефіцит Zn. З іншого боку, порушення гомеостазу Zn, пов'язане із окислювальним стресом і запаленням, може посилювати реплікацію вірусу та фіброз печінки і знижувати ефективність противірусної терапії.

Метою роботи було оцінити вміст Zn у сироватці крові та його зв'язок зі ступенем фіброзу печінки у хворих на ХГС.

Матеріали та методи. Обстежено 62 пацієнтів із верифікованим діагнозом ХГС, у яких визначали рівень Zn сироватки крові та ступінь фіброзу печінки за даними тесту FibroMax.

Результати. У 19 % пацієнтів рівень Zn був нижче норми. Частка пацієнтів без фіброзу становила 32 %, мінімальний фіброз мали 16 %, помірний фіброз – 40 %, прогресуючий фіброз – 8 %, тяжкий фіброз – 3 %. Встановлено помірний ступінь негативної кореляції між рівнем Zn і ступенем фіброзу ($\rho = –0,340$, $p = 0,007$). Середні рівні Zn сироватки були нижчими по мірі прогресування фіброзу печінки ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, існує зв'язок рівня Zn сироватки крові зі ступенем фіброзу печінки у хворих на ХГС, що вказує на перспективи подальших досліджень.

НЕФРОЛОҐІЯ, УРОЛОҐІЯ

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ НИРОК В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Мойсеєнко В. О., Красюк С. П., Зюзь Н. Ю.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Університетська клініка

Ультразвукова діагностика (УЗД) є незамінною в обстеженні пацієнтів з різними патологіями нирок, застосовується в якості скринінгової діагностики, дозволяє оцінити стан кровотоку (допплерографія судин нирок) та функціонування нирок. Обстежено 35 хворих, які звернулися зі скаргами: біль у попереку або в нижній частині живота (85 %); зміна кольору і складу сечі (35 %); утруднене сечовипускання (12 %); стійкі набряки (26 %); підвищений або знижений артеріальний тиск (44 %). При проведенні УЗД нирок виявлено: подвоєння нирок (8 %), опущення (12 %), зрощення нирок (2 %), порушення розвитку мискової системи (22 %), розширення верхніх сечових шляхів або їх закупорка (11 %). В анамнезі у пацієнтів: пієлонефрит (4 %), цистит (14 %), напади ниркової коліки (48 %), онкологічні захворювання (1 %); дифузні зміни паренхіми нирки (16 %); камені в нирках (64 %). УЗД надниркових залоз дає можливість виявити різні запальні процеси, гіперплазію надниркових залоз, кісти та інші новоутворення і надати оцінку кількості залишкової сечі при простатиті. УЗД нирок проводять перед лазерним дробленням каменів в нирках, сечоводах, сечовому міхурі та уретрі, видаленні каменів із сечовивідних шляхів, стентуванні сечоводів, пункційній нефростомії. УЗ-діагностика нирок не має протипоказань. Відносним обмеженням проведення дослідження може бути проведена напередодні фіброгастроскопія або колоноскопія (накопичення повітря може перешкоджати адекватному проведенню допплерографії судин нирки).

Таким чином, УЗ-діагностика нирок дозволяє виявити відхилення від норми на ранніх стадіях захворювання, провести моніторинг наданого лікування.

ACUTE PERITONITIS IS AN URGENT PROBLEM OF MODERN SURGERY

Moroz P. V.
Chernivtsi, Bukovinian State Medical University

Over the past decades, in connection with the active introduction of new technologies, methods of diagnosis and treatment of acute peritonitis (AP), in particular, the improvement of the technique of surgical interventions, the expansion of the possibilities of drug therapy, as well as the development of complex measures before and during surgical intervention and in the postoperative period, there is a positive trend in the results of the treatment of this pathology. However, the mortality due to AP remains high, varying, depending on the form and prevalence, from 16 to 80 % and has no significant downward trend. One of the reasons for the high mortality rate is the lack of in-depth knowledge of the pathogenesis of AP in connection with the incomplete elucidation of the mechanisms of the initiation of the inflammatory process, as well as the factors that support it, contribute to its progression and spread throughout the peritoneal cavity. This primarily concerns cytokines, especially interleukin 1β (IL-1β), which plays an important role in the regulation of various inflammatory mechanisms. The study of these factors, in our opinion, will make it possible not only to reliably diagnose the presence of peritonitis, but also to predict the nature of its course.

It is known that the activity of cytokines is genetically determined. Different versions of the modification of the IL-1β gene (-511C/T), which encodes its synthesis, lead to differences in the nature of the inflammatory process, changes in the parameters of nonspecific resistance and reactivity, which can contribute to the cascade progression of the mechanisms of damage to organs and structures, and disruption of homeostasis.

115 patients undergoing inpatient treatment for various forms of acute peritonitis, which complicated the course of various acute surgical diseases, were studied, and the IL-1β level and the IL-1β -511C/T gene polymorphism were determined.

The conducted studies show that an important mechanism of the development and progression of the inflammatory process in the peritoneal cavity is the excessive activity of IL-1β, the concentration of

which in the plasma of patients increases in proportion to the spread of the inflammatory process, it is the highest in CT and TT variants of the genotype, and in the SS variant - the lowest.

Thus, to predict the nature of the course of acute peritonitis, the progression of the inflammatory process in the peritoneal cavity in patients, it is advisable to determine variants of the IL-1β gene (-511C/T): with its CT-, TT- variants, an unfavorable course of peritonitis with the spread of process in the peritoneal cavity and apply preventive comprehensive prevention of the occurrence of complications.

МІКРОБНІ ЧИННИКИ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Секунда М. О., Корнійчук О. П., Конечний Ю. Т., Мацюра Р. Я.
м. Львів, КНП 1ТМО м. Львова ВП Лікарня Святого Миколая,
КНП ЛОР Львівський обласний клінічний перінатальний центр
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Інфекційними чинниками інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПНМД), є переважно опортуністичні мікроорганізми, що набули в умовах лікарняного закладу біологічних особливостей, пов'язаних з підвищеною вірулентністю, здатністю формувати біоплівки та резистентністю до протимікробних препаратів. Девайс-асоційовані ІПНМД зустрічаються у 13 разів частіше, ніж інші типи ІПНМД. У новонароджених дітей з країн, що розвиваються, частота ІПНМД у 20 разів вища, ніж у країнах з високим рівнем доходу громадян. Близько 80 % усіх катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів (ІСВШ) пов'язують з використанням постійного уретрального катетера. Частина таких пацієнтів має безсимптомну бактерієурію. Ризик виникнення ІСВШ зростає приблизно на 5 % на добу незалежно від тривалості перебування катетера. Серед патогенів переважають грамнегативні бактерії (перш за все *Escherichia coli*), кількісний рівень їхньої полірезистентності сягає 40,0 % ізолятів.

Проведено мікробіологічні дослідження клінічного матеріалу від 250 пацієнтів 4 лікарняних установ м. Львова з ІПНМД. ІСВШ, які можуть бути віднесені до шпитальних, посіли друге місце (34.1 %) після інфекцій дихальних шляхів, які зафіксовано у 36.6 % обстежених. Більшість випадків ІСВШ (52.9 %) були пов'язані з тривалістю використання сечового катетеру довше 7 днів. За результатами дослідження 125 зразків сечі пацієнтів відділень інтенсивної терапії встановлено домінування грамнегативної ланки мікроорганізмів (58,5 %), грампозитивні бактерії виділено відповідно у 41,5 % зразків. Серед ізолятів *E. coli*, яку виявлено у 52 зразках сечі (71,2 % від усієї грамнегативної мікробіоти) встановлено кількість резистентних штамів на рівні 81,0 % відносно до ципрофлоксацину, гентаміцину, піперациліну, тазобактаму; для *Pseudomonas aeruginosa* – 95,8 % були резистентні до фторхінолонів, 62,5 % – до карбапенемів, 92,0 % резистентні до цефалоспоринів. Виявлено штами псевдомонад, чутливі лише до колістину. Грампозитивна мікробіота була представлена *Staphylococcus epidermidis* (14,5 %), більшість яких продукували β-лактамази, та *Enterococcus spp.* (34,5 %). Ізоляти *Enterococcus faecalis* характеризувалися вираженою стійкістю до пеніцилінів (у тому числі до оксациліну), цефалоспоринів, фторхінолонів, а також еритроміцину та азитроміцину, кліндаміцину за збереженої чутливості до ванкоміцину та лінезоліду. *Staphylococcus aureus* виявлено лише в 5 пацієнтів (4,0 %), у тому числі 3 метицилінрезистентні штами. Ізольовано з сечі лише один штам дріжджоподібних грибів *Candida albicans*.

Підвищення рівня мікробіологічних підтверджень у діагностиці та моніторинг антибіотикорезистентності мікробних чинників є основою для інфекційного контролю як основного методу боротьби з ІПНМД. Застосування хромогенних диференційно-діагностичних середовищ CHROMID*ESBL CHROMID*OXA-48 (Biomerieux) для детекції β-лактамаз розширеного спектру дії, та карбапенемаз OXA-48 для виявлення збудників ІСВШ та рівня їхньої антибіотикорезистентності, а також скринінгові методи виявлення продукування карбапенемаз ентеробактеріями із застосуванням дисків меропенему та ертапенему дають змогу оптимізувати терміни призначення найбільш адекватної протимікробної терапії, запобігти розвитку катетер-асоційованих ІСВШ та їхніх ускладнень.

НЕВРОЛОҐІЯ, НЕЙРОХІРУРҐІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

МІГРЕНОЗНА АФАЗІЯ: ЧОМУ ВАШІ СЛОВА ПЛУТАЮТЬСЯ

Боженко Н. Л., Боженко М. І., Боженко І. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мігрень – це хронічне неврологічне захворювання, що характеризується нападами пульсуючого, часто одностороннього головного болю, який посилюється внаслідок фізичної активності і супроводжується фотофобією, фонофобією, нудотою, блюванням. Мігрень є третім за поширеністю захворюванням у світі (після карієсу зубів і головного болю напруги) з глобальною поширеністю в 14,7 %. Проблеми з мовою при мігрені можна віднести до аури мігрені. Лікарі називають цей симптом «транзиторною афазією», тимчасовим розладом спілкування, що характеризується труднощами пошуку слів. Люди з транзиторною афазією мають проблеми зі складанням слів, щоб говорити або писати, розуміти те, що говорять інші та розуміти прочитане. Коли вони намагаються говорити, слова виходять спотвореними та нерозбірливими. Спотворена мова може бути частиною фази аури мігрені для деяких людей. Симптоми аури виникають перед або під час фази головного болю мігрені. Труднощі з мовленням можуть бути симптомом будь-якого з трьох підтипів мігрені – мігрень з аурою, геміплегічна мігрень, мігрень зі стовбуровою аурою. Симптоми аури виникають перед або під час фази головного болю мігрені. Мігренозну афазію необхідно диференціювати з афазією при інших захворюваннях – ГПМК,ЧМТ та інших. Це невідкладний і важливий симптом, якщо він ще не був діагностований. Тому таких хворих треба вчасно діагностувати та лікувати.

Матеріали та методи. Проведена робота ґрунтується на даних ретроспективного аналізу пацієнтів з мігренню, які спостерігались в медичному центрі Дельта Мед у 2020–2022 роках.

Результати. На основі проаналізованих даних отримано наступні результати: мігренозна дизфазія спостерігалася у 7 пацієнтів з 53 , стать жінки/чоловіки 71 % / 29 %; вік – від 18 до 32 років. Консультація невролога проводилась у всіх пацієнтів; діагноз мігрені у пацієнтів виставлений згідно з критеріями Міжнародної класифікації головного болю (ICHD-3).

У 7 пацієнтів діагностовано мігрень з аурою(у 2 – геміплегічна мігрень, у 2 – мігрень зі стовбуровою аурою, у 3 – з афатичною). У всіх пацієнтів відзначалась дизфазія в період аури, проте у 2 пацієнтів нечіткість мови спостерігалась ще деякий час і на фоні болю. Інструментальне дослідження: МРТ проведено у всіх 7 пацієнтів. У 3 з них на МРТ виявлено вогнища гліозу. У неврологічному статусі вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Хворі відмічали, що труднощі з пошуком правильного слова були одним з найбільш страшних, бентежних і неприємних симптомів мігрені. Не кажучи вже про те, що це зазвичай супроводжується різким болем, нудотою, можливими симптомами зорової аури та безліччю інших виснажливих симптомів.

Висновки. Згідно з результатами проведеного дослідження мігренозна афазія з більшою частотою виникає у жінок, пацієнтів молодого віку (20–30 років). Мігренозна афазія проявляється специфічною клінічною симптоматикою, певною МРТ картиною, що служить важливим діагностичним критерієм у практиці лікаря. Труднощі з пошуком правильного слова можуть бути одним із найбільш страшних, бентежних і неприємних симптомів мігрені. У більшості випадків мігренозна афазія була скороминучою, проте її наявність потребує пильної уваги лікаря, особливо тривожним цей симптом є за наявності неврологічного дефіциту.

ДЕНДРИТНОКЛІТИННА ВАКЦИНА В ЛІКУВАННІ ГЛІОБЛАСТОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Главацький О. Я.[1], Храновська Н. М.[2], Горбач О. І.[2], Хмельницький Г. В.[1], Шуба І. М.[1], Земскова О. В.[1]
[1]*м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»*
[2]*м. Київ, Національний інститут раку Міністерства охорони здоров'я України*

Недостатня ефективність існуючих методів лікування найбільш злоякісних пухлин головного мозку – гліобластом є однією з актуальних проблем сучасної нейроонкології. Найменша виживаність спостерігається в категорії пацієнтів, які є нечутливими до дії

хіміотерапевтичного препарату темозоломід, як правило, у разі відсутності метилування промотеру гена *MGMT*.

Розробка методів біотерапії, спрямованих на корекцію специфічної імунної відповіді на пухлину за допомогою дендритноклітинних вакцин (ДК), є новим напрямком у можливому підвищенні ефективності лікування хворих на гліобластому.

Мета: проаналізувати попередні результати застосування ДК у лікуванні хворих на гліобластому.

Матеріали і методи. У дослідження включено 12 хворих на гліобластому з відсутністю метилування промотеру гена *MGMT*. Серед них чоловіків 5, жінок 7 (середній вік (51,8 ± 7,1) років). Імунотерапію на основі ДК призначали в ад'ювантному режимі, після основного лікування. Кількість ДК, «навантажених» лізатом пухлинних клітин на одне введення складала (3,0–10,0) × 10^6. ДК вводили внутрішньошкірно в ділянці лопатки в об'ємі 1 мл. Усім хворим проводили 6 ін'єкцій з періодичністю 1 раз на місяць з наступним контролем імунологічних показників. В якості біологічного матеріалу для імуномоніторингу було використано мононуклеарну фракцію лейкоцитів периферичної крові хворих, що отримувались на кожному етапі імунотерапії. ДК-аутовакцину застосовували 1 раз на місяць.

Результати. 11 (91,6 %) пацієнтів жили більше одного року, 8 хворих (66,7 %) – більше 1,5 року, 5 пацієнтів (41,7 %) більше 2 років, спостереження за ними триває.

Висновки. Застосування дендритноклітинної вакцини покращує результати лікування при гліобластомах у разі їх нечутливості до темозоломіду.

ПСИХОСОМАТИЧНІ СТАНИ ЛІКАРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Гребнєва О. П.
м. Кропивницький, Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету,
м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Війна в Україні стала без перебільшення найтяжчим випробуванням за всю історію її незалежного існування. Жахливі події, прямим свідком яких є сьогодні кожен українець, спричинили величезний стрес і, як наслідок, призвели до значного погіршення загального фізичного стану і психічного благополуччя населення. З початком війни також українські лікарі зіткнулися з цілою низкою нових проблем.

На фоні загального стресу, неможливості планування були й специфічні виклики: недостатність ліків, зміна кількості пацієнтів, відтік медичних кадрів за кордон та їх внутрішнє переміщення, відчутне зниження активності фармацевтичних компаній, зруйнована система поставок медикаментів до лікувальних закладів, відсутність життєво необхідних ліків для хронічних хворих. Значною мірою змінився пацієнтопотік за рахунок переселенців, з'явилася значна кількість пацієнтів, як цивільних, так і військових, з травмами/ураженнями, збільшилася кількість пацієнтів із запущеними станами як у терапевтичній, так і в хірургічній ланці.

Стреси воєнного часу з точки зору впливу на психічний і соматичний стан людини є руйнівним процесом, що виснажує механізми адаптації, зумовлює необхідність більш широкого погляду на прийняття клінічних рішень з урахуванням не лише корекції психоемоційного стану, а й з огляду на стан внутрішніх органів, імунітету тощо. Дане питання залишиться актуальним і після закінчення війни ще на довгі роки.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В УКРАЇНІ

Гук А. П.
м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. За даними ВООЗ щорічно у світі отримують ЧМТ понад 10 млн осіб, 250–300 тис. із цих випадків завершуються летально. В Україні частота ЧМТ щорічно становить у різних регіонах від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4–4,2) на 1000 населення. Щорічно в Україні від ЧМТ помирає 10–11 тис. громадян – смертність становить 2,4 випадку на 10 тис. населення (у США — 1,8–2,2).

Матеріали і методи. Проаналізовано стан надання медичної допомоги хворим з черепно-мозковою травмою в Україні за останні 20 років (1999–2019 рр.). Проведена експертна оцінка медичної документації 1536 пацієнтів з гострою ЧМТ у різних регіонах України у період 2008–2019 рр. до та після запровадження уніфікованих протоколів надання медичної допомоги при ЧМТ.

Результати. Завдяки впровадженню стандартів надання медичної допомоги, клінічних протоколів з позицій доказової медицини загальна летальність від ЧМТ в Україні знизилась в 1,3 раза (з 4,5 до 3,4 %), причому найбільше зниження загальної летальності відзначене протягом 2007–2012 рр. (у 2007 р. – 4,5 %, у 2008 р. – 4,4 %, у 2009 р. – 3,5 %, у 2012 р. – 3,4 %). За період 2007–2012 рр. досягнуто суттєве зменшення кількості загиблих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, що супроводжувались переважно тяжкою ЧМТ, у 2,2 раза (у 2007 р. – 11 290, у 2012 р. – 5 094).

Висновки. Результати лікування ЧМТ визначаються своєчасністю надання медичної допомоги на догоспітальному етапі та своєчасною шпиталізацією хворих у спеціалізовані відділення (нейрохірургічні, неврологічні).

1. Згідно з чинними уніфікованими протоколами надання медичної допомоги всі хворі з гострою ЧМТ, незалежно від її тяжкості, мають проходити обстеження в нейрохірургічних, як найкраще оснащених, стаціонарах.
2. Чинні уніфіковані протоколи надання медичної допомоги хворим з ЧМТ потребують чергового перегляду у 2022–2023 рр. із введенням критеріїв (індикаторів) якості.
3. Вивчення епідеміології ЧМТ є необхідною складовою оптимізації допомоги пацієнтам з ЧМТ і розробки заходів щодо первинної та вторинної профілактики травматичних уражень центральної нервової системи зі створенням загальнодержавного реєстру черепно-мозкової травми.

ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОМОНІТОРИНГУ ПРИ ВИДАЛЕННІ АКУСТИЧНИХ НЕВРИНОМ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гук А. П., Паламар О. І., Тесленко Д. С., Оконський Д. І., Усатов О. С., Давиденко Б. О.
м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України»

При тотальному видаленні акустичних неврином рецидив росту пухлини протягом одного року має місце у 8 % випадків. Рецидиви росту можуть бути пов’язаними як із залишками пухлини на лицевому та слуховому нервах, так і при залишках пухлини у внутрішньому слуховому проході. Проведення нейромоніторингу лицевого нерва запобігає виникненню його дисфункції, особливо при відкритті внутрішнього слухового проходу, оскільки забезпечує повний контроль над маніпуляціями у відповідній зоні.

Мета: поліпшити результати лікування хворих з акустичними невриномами шляхом запобігання дисфункції лицевого нерва за допомогою інтраопераційного нейромоніторингу.

Методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 19 хворих із невриномами слухового нерва, що поширюються у внутрішній слуховий прохід. Розміри пухлин: до 10 мм (2 хворих); від 11 до 20 мм (4 хворих); 21–30 мм (4 хворих); 31–40 мм (5 хворих); більше 40 мм (4 хворих). Операції: кістково-пластична трепанація черепа – 11 хворих; резекційна трепанація (з наступним закриттям трепанаційного вікна титановою пластиною та кістковою стружкою) – 3 хворих; Keyhole доступ – 6 хворих. Мікрохірургічне видалення пухлини– 13 випадків; ендоскопічне видалення – 6 випадків. Трепанація porus acousticus internus за допомогою пневмодрелі проведена у 13 випадках із використанням інтраопераційного мікроскопа та у 6 випадках з повним використанням ендоскопічної методики. Проводився інтраопераційний моніторинг лицевого нерва за допомогою апарату Nicolet Endeavor.

Результати. Пухлина з porus acusticus internus видалена у всіх випадках її поширення (100 %). Лицевий нерв анатомічно збережений у 19 хворих (100 %), функціонально лицевий нерв збережений у 17 (73,6%), (тут приведені дані з моменту раннього функціонального відновлення лицевого нерва (2–3 міс.), до пізнішого –12 міс.). Наростання парезу лицевого нерва (з 2–3 ст. до 3–4 ст. за Хаус-Бракманом) – у 2 хворих, що у віддаленому періоді (протягом 3 міс.) регресували до 2 ст. Поява парезу лицевого нерва – 3 хворих (4 ст.).

Висновки. Використання інтраопераційного моніторингу дозволяє запобігти та зменшити вірогідність дисфункції лицевого нерва при тотальних видаленнях акустичних неврином.

ВИКОРИСТАННЯ WAKE-UP АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ІНФІЛЬТРАТИВНИХ ГЛІОМ

Гук А. П., Паламар О. І., Тесленко Д. С., Оконський Д. І., Усатов О. С., Давиденко Б. О., Пилипенко М. М.
м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Основний етап лікування інфільтративних гліом головного мозку полягає у якомога радикальнішій їх резекції. При розташуванні пухлин у функціональних ділянках головного мозку їх радикальне видалення часто пов'язане з можливим ушкодженням і, як наслідок, підвищеним ризиком післяопераційного неврологічного дефіциту та інвалідизації пацієнтів. Можливість оборотного мовного контакту з пацієнтом, виконання ним інструкцій під час етапу видалення пухлин при використанні wake-up анестезії дозволяють хірургу локалізувати тканини, які можуть бути видалені з мінімальним ризиком розвитку неврологічних ускладнень в післяопераційному періоді.

Мета: поліпшити результати хірургічного лікування хворих з інфільтративними гліомами функціональних ділянок головного мозку шляхом запобігання розвитку неврологічного дефіциту за допомогою використання wake-up анестезії.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 10 хворих з гліомами лобно-скроневої локалізації у домінантній гемісфері (лівої у всіх випадках) – проекційно у зонах Брока та Верніке. Доопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх пацієнтів (п.) ≥ 60б. Об'єктивізація афатичних розладів у пацієнтів проводилася за допомогою MAST (Mississippi Aphasia Screening Test). Доопераційний неврологічний дефіцит: моторна афазія (60–80/100 б.) – 6 п., сенсорна афазія (70–75/100 б.) – 2 п., сенсо-амнестина афазія (70/100 б.) – 1 п., елементи сенсо-моторної афазії (60/100 б.) – 1 п., центральний правобічний геміпарез, м'язова сила до 3–4/5 б – 3 п. Всім пацієнтам було проведено мікрохірургічне видалення пухлин з використанням wake-up анестезії. Загальна анестезія забезпечувалася препаратами фентанілу, пропофолу та дексметамедину, регіонарна – комбінацією бупівокаїну з лідокаїном та додаванням адреналіну. Проводився моніторинг глибини анестезії за допомогою апарату BIS (Bispectral index)-моніторингу. Хворим встановлювалася ларингеальна маска, що видалялася після пробудження, та назофарингеальний повітровід. Інтраопераційно під час основного етапу (етапу видалення пухлини) здійснювався постійний мовний контакт з хворими, хворі виконували інструкції (потискання руки, рахунок від 1 до 10 і т. д.).

Результати. Радикальність видалення: тотальне видалення пухлини (в межах здорових тканин) – 4 п. (40 %); субтотальне (до 80–90 %) – 5 п. (50 %); часткове – 1 п. (10 %). Післяопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх п. ≥ 80–70 б. У 9 п. (90 %) наростання негативної неврологічної симптоматики не було, у 1 п. (10 %) – транзиторне наростання афатичної симптоматики – регрес протягом 3 тижнів після операції. Динаміка неврологічної симптоматики: повний регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (95–100 б. за MAST) – 3 п. (30 %), частковий регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (< 90 б. за MAST) – 6 п. (60 %), неврологічний дефіцит на доопераційному рівні – 1 п. (10 %), регрес геміпарезу та наростання м'язової сили до 4–5/5 б. протягом 2 тижнів після операції – 3 п.

Висновки. Використання wake-up анестезії при видаленні інфільтративних гліом функціональних ділянок головного мозку дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування шляхом досягнення максимально можливого об'єму резекції при мінімальному ушкодженні функціональних зон.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ 4–5 СТУПЕНЯ ЗА SPETZLER-MARTIN. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Нетлюх А. М., Цицик Г. Я., Сало В. М., Прокопенко Н. А., Суханов А. А.
м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «1 територіальне медичне об'єднання м. Львова», Відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Пантелеймона»

Артеріовенозна мальформація (АВМ) головного мозку – це складне вроджене судинне захворювання з приблизною щорічною частотою крововиливів 1–4 %, але, залежно від клінічних та анатомічних особливостей мальформації, таких як попередні епізоди кровотечі, глибоке розташування в мозку або стовбурі мозку, наявність виключно глибокого венозного дренажу, наявність аневризми (~7 % АВМ), ризик може бути від 1 % до 33 %. Мікрохірургія, як важливий

метод лікування АВМ, забезпечує негайний ефект і достовірно знижує ризик повторних крововиливів. Дослідження показують, що хороших результатів можна досягти за допомогою мікрохірургічної резекції у пацієнтів із АВМ I–II класу за Spetzler-Martin. Однак хірургічне лікування пацієнтів із АВМ IV–V класу є складним завданням. Вибір оптимального варіанту лікування для пацієнтів з АВМ залишається дискусійним питанням судинної нейрохірургії.

Клінічний випадок

17.08.2021 р. ургентно доставлений пацієнт К. 34 років, з діагнозом: внутрішньомозковий крововилив з проривом у шлуночкову систему на ґрунті розриву АВМ правої тім'яної частки.

З анамнезу: захворів гостро напередодні, коли з'явився сильний біль голови, блювання, запаморочення і виражена загальна слабість. Перед тим, протягом 2 тижнів, у пацієнта наростали прояви артеріального обкрадання.

У 2013 та 2014 роках було проведено церебральну ангіографію (ЦАГ) та ендоваскулярну емболізацію АВМ за допомогою рідкої системи для емболізації Onyx.

27.08.2021 р. проведено ЦАГ з метою уточнення діагнозу, деталізації розмірів та локалізації артеріовенозної мальформації. Виявлено АВМ, частково емболізовану, правих скроневої, тім'яної, потиличної часток, що кровопостачається п'ятьма аферентними судинами. Мішкоподібна аневризма одного з аферентів із правої задньої мозкової артерії (ЗМА), яка й стала причиною крововиливу. За шкалою Spetzler-Martin IV, за Buffalo 4–5 балів.

23.09.2021 р. проведено оперативне втручання: мікрохірургічне видалення АВМ правої тім'яно-потиличної локалізації. Тривалість операції: 11год 5хв. На етапі доступу, на поверхні мозку візуалізується дренуюча вена парасагітально діаметром 1,4 см. Виявлено аневризму аферента з ВББ, котру коагульовано та видалено у складі АВМ. Видалення АВМ супроводжувалось епізодами профузної кровотечі, застосовувалась технологія cell-saving. В останню чергу коагульовано та пересічено дренуючу вену. Ревізія ложа АВМ, розмір 3,5 × 4,5 × 6,5 см.

В післяопераційному періоді, пацієнту було проведено ряд контрольних томограм в нативному та ангіо-режимах, системну антибіотикотерапію та люмбальні пункції з метою контролю стерильності та аналізу ліквору.

За час перебування у стаціонарі загальний стан хворого поступово покращився, неврологічний дефіцит суттєво зменшився (на час виписки утримується бітемпоральна геміанопсія), пацієнт виписаний.

24.03.2022 р. проведено контрольну ЦАГ: АВМ тотально виключена з кровотоку.

Висновки

Великі артеріовенозні мальформації IV та V класу за Spetzler-Martin в багатьох випадках підлягають динамічному спостереженню, консервативному лікуванню або комплексу хірургічних етапів лікування із застосуванням ендоваскулярних, мікрохірургічних і радіохірургічних методик без досягнення радикального результату. Разом з цим, випадки розривів АВМ чи аневризм привідних артерій (аферентних судин) та декомпенсація стану у вигляді наростаючого неврологічного дефіциту, що зумовлює часткову інвалідизацію чи соціальні обмеження, підлягають хірургічному лікуванню, яке повинне бути комплексним, оскільки ендоваскулярна емболізація гігантських АВМ часто не забезпечує повного одужання, а лише відтерміновує появу нового або наростання існуючого дефіциту. В нашому випадку ендоваскулярна емболізація була необхідним етапом для зменшення ризиків інтраопераційних ускладнень під час мікрохірургічного втручання, що разом із застосуванням технології cell-saving дало змогу досягти радикального видалення АВМ і одужання пацієнта.

ВТОРИННО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ – ГРУПА ОСОБЛИВОЇ УВАГИ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Радченко Т. М.
м. Харків, Харківський національний медичний університет
м.Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вираженості тривожних розладів у первинно та вторинно внутрішньо переміщених осіб, які протягом останніх років були змушені змінювати своє місце проживання.

Група первинно переміщених пацієнтів (2014–2021 років) складала 238 хворих (7-а група) з них 145 жінок (60,9 %; 1-ша група), 93 чоловіки (39,1 %; 2-га група). Вторинно переміщені особи (n = 96; 8-ма група) включали 62 жінки (64,6 %; 3-тя група) та 34 чоловіки (35,4 %; 4-та група).

Група первинно переміщених осіб 2022 року (n = 52; 9-та група) включала 35 жінок (5-та група) та 17 чоловіків (6-та група).

Після першого переміщення на нове місце проживання спостерігалось зростання рівня тривожності, більшою мірою в групі жінок. Повторне вимушене переселення виявило досить цікаву картину: 34 обстежених відносно безпроблемно пережили цю подію, досить швидко адаптувалися на новому місці, працюють, хоча практично всі на певному етапі приймали або приймають зараз адаптогени, заспокійливі, снодійні засоби тощо. А ось інша група – 18 осіб досить складно пережили цю стресову подію, мають значні розлади психіки, перш за все афективної сфери, не можуть адаптуватися до нових умов, знайти своє місце в новому житті, звертаються за спеціалізованою медичною допомогою. Відбулася своєрідна поляризація повторних переселенців, причому, більш впевнено себе почувають особи з вищими, а найголовніше – стабільними доходами, з відносно оптимістичними соціальними перспективами, збереженим житлом тощо.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ ГОЛОВИ НАПРУГИ

Пулик О. Р., Гирявець М. В., Блага О. С.
м. Ужгород, ДВНЗ Ужгородський національний університет

Вступ. Біль голови напруги – одна із найчастіших форм первинного болю голови. Поширеність болю голови напруги в різних дослідженнях у загальній популяції становить від 30 % до 78 %. Біль голови напруги є також найпоширенішим типом хронічного рецидивуючого болю голови. Хронічним біль голови напруги вважається тоді, коли виникає 15 або більше днів на місяць протягом як мінімум 6 місяців. Лікування хронічного больового синдрому включає медикаментозні та немедикаментозні методи впливу. Серед немедикаментозних методів використовується метод магнітотерапії. Протизапальний та протинабрякові ефекти магнітного поля безперечно забезпечують знеболювальний ефект. Перевагою є також безпечність і доступність даного методу.

Мета: зменшення больового синдрому та підвищення якості життя у хворих з хронічним болем голови напруги шляхом використання магнітотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення неврології КНП «Ужгородська центральна міська клінічна лікарня» протягом трьох місяців 2022 року. Обстежено 84 хворих з хронічним болем голови напруги. Критеріями включення в дослідження були: пацієнти з хронічним болем голови напруги, згідно з критеріями постановки діагнозу Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3) бета-версії, вік від 18 років, відсутність на момент дослідження тяжких соматичних захворювань, інфекційних захворювань, захворювань шкіри та онкопатології.

У дослідженні взяли участь 84 хворих, жителів м. Ужгород. Середній вік хворих склав (44,1 ± 1,1) року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 42 хворих. Вік хворих в основній групі, яким до програмного лікування додатково використано метод магнітотерапії, склав (43,1 ± 0,6) року, а в контрольній групі – (44,2 ± 0,4) року. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ), шкала ВАШ для визначення болю, опитувальника MOS SF-36 – для оцінки якості життя.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS зі змінним магнітним полем низької частоти за програмою М2 Р2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета “Microsoft Exel 2010”.

Результати. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи на початку дослідження склав (7,2 ± 0,6) бала, контрольної – (7,4 ± 0,4) бала. Згідно з опитувальником MOS SF-36 за доменом «фізичне функціонування» на початку дослідження середній показник склав (48,1 ± 22,1) бала, за доменом «біль» (80,0 ± 3,1) бала, за доменом «загальне здоров’я» (30,9 ± 8,4) бала, «життєздатність» (56,9 ± 6,9) бала, «соціальне функціонування» (52,0 ± 16,4) бала, «емоційне функціонування» (17,3 ± 12,3) та «психічне здоров’я» – (60,9 ± 17,3) бала. По завершенні курсу лікування середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи склав (3,6 ± 0,6) бала, а контрольної – (4,4 ± 0,4) бала ($p < 0,05$). На тлі проведеного лікування спостерігалось достовірне покращення ($p < 0,05$) показників якості життя за доменами «фізичне функціонування», «емоційне функціонування» та «тілесний біль» між пацієнтами основної та контрольної груп.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що додаткове застосування магнітотерапії поряд з програмним лікуванням хронічного болю голови напруги у пацієнтів, вірогідно зменшує больовий синдром і покращує показники якості життя. Отриманий результат дозволяє рекомендувати метод загальної магнітотерапії до використання в комплексному лікування пацієнтів з хронічним болем голови напруги.

ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦЕНТРІВ З НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Фітькало О. С.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Аналіз досліджень проблеми. Складна ситуація в Україні (війна, криза, проблема внутрішніх переселенців) спричиняє збільшення кількості випадків, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами (алкоголізм, наркотична залежність). Незважаючи на значний арсенал засобів та методів протидії порушенням, пов'язаним із вживанням алкоголю та наркотиків, ефективність профілактичних заходів і лікування хворих із залежністю залишається достатньо низькою. Тому створення в сучасних реаліях в Україні ефективної системи реабілітаційних закладів у сфері відновлення здоров'я та працездатності осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є актуальною та дуже складною для суспільства проблемою. Створення і функціонування реабілітаційних центрів сучасного інноваційного спрямування - процес довготривалий і потребує розширення державних програм, активного залучення сучасних технологій та інвестицій в реабілітаційний процес, кваліфікованих фахівців різного профілю. Реалізація цих напрямів в Україні гальмується через перераховані чинники.

Сьогодні медична допомога, в основному, спрямована на усунення наслідків абстинентного синдрому, який виникає на фоні відміни прийому психоактивних речовин. Ефективність такої допомоги мінімальна, оскільки вона є лише тимчасовим заміщенням основної речовини препаратами, прописаними лікарем-наркологом. Однією з проблем такого підходу є хибна реакція пацієнта, який впевнений, що після проходження лікування може контролювати ситуацію з прийому кількості вживаних психоактивних речовин і припинити вживання в будь-який момент.

Методик та практик надання допомоги в цих закладах є велике розмаїття. Вони різняться тривалістю (короткострокові - від 2 годин при «кодуванні» та довгострокові - від 1 до 5 років у терапевтичній спільноті), ступенем професіоналізму (від сільських знахарів до нейрохірургів у великих медичних центрах), місцем реалізації (вдома у клієнта, в лікарні, в реабілітаційному центрі громадської організації чи у сільській комуні). Застосовують комбіновані підходи надання допомоги («детокс» + терапевтична спільнота» або «підшивка + «Програма 12 кроків» або будь-які інші комбінації).

Враховуючи жорстку централізованість, бюрократизм системи, більшість осіб, які мали досвід отримання такої реабілітаційної допомоги, надалі категорично відмовляються від лікування. Інша негативна сторона державних реабілітаційних центрів – недостатня розвиненість мережі, неузгодженість їхньої діяльності та брак правового регулювання, а також низька зарплатня спеціалістів, формалізм вимог до якості надання послуг, яка є причиною низького рівня мотивованості спеціалістів, що зі свого боку призводить до нестачі висококваліфікованих кадрів. Все це робить державну політику в сфері надання послуг залежним особам неефективною.

Водночас наявні сьогодні приватні реабілітаційні центри не мають затвердженої типової програми, стандарту регламентування порядку отримання послуг з використанням індивідуальних програм реабілітації. Саме тому всі ці центри потребують переосмислення сучасних підходів надання допомоги, спрямованої на координацію психічних і поведінкових розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, що сприятиме зміні руйнівної залежної поведінки, зниженню попиту на отримання речовин, реабілітації та ресоціалізації залежних осіб.

Програми надання довгострокової допомоги та реабілітації, орієнтованої на стійкий кінцевий результат - повернення до якісного, ефективного, повноцінного життя осіб, що звернулись по допомогу до реабілітаційних центрів, можливе лише з урахуванням всіх складових: нормативно-правових, організаційно-методологічних підходів, технічного і, особливо, кадрового забезпечення таких закладів.

На нашу думку, можливість переходу від процесу реабілітації до процесу адаптації залежить від того, наскільки виконуються завдання з реабілітації, що їх надає

мультидисциплінарна команда, тобто наскільки задовольняються базові потреби залежної особи (стабілізація фізіологічного стану, психоемоційна рівновага, задоволеність соціальним статусом і становищем в соціумі тощо).

Висновок. Отже, реабілітація узалежнених пацієнтів – процес довготривалий, який потребує реформування з використанням наявних ресурсів, активного залучення інноваційних технологій в реабілітаційний процес, розширення державних програм, поновлення стандартів і протоколів надання комплексної допомоги з мультидисциплінарним підходом до оцінки ризиків формування залежності та створення на основі цих вимог сучасних реабілітаційних центрів.

ІМУНОЛОҐІЯ, АЛЕРГОЛОҐІЯ

РЕАКЦІЯ АНТИТІЛ КЛАСУ IgG НА ІНФЕКЦІЮ SARS-CoV-2

Кузьмінов Б. П., Мажак К. Д., Ткач О. А., Щурко Г. В., Зарічна О. З.
м. Львів, Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Визначення рівня антитіл і тривалості імунної відповіді є основою для кращого розуміння захисних механізмів, патогенезу і прогностичних факторів COVID-19. Ці знання також важливі для розробки ефективних методів лікування та вакцинації.

Мета: оцінити рівень та динаміку антитіл класу IgG до нуклеокапсидного (NP) та «шипового» (S1) антигенів вірусу SARS-CoV-2, як маркера гуморальної відповіді.

У сироватці крові 297 пацієнтів: 20 здорових невакцинованих; 22 вакцинованих однією дозою вакцини, 25 – двома дозами, але які не хворіли на COVID-19, і у 230 осіб з підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2, з яких 60 не вакциновані, 48 вакциновані однією, 122 – двома дозами вакцини і обстежені в динаміці через 3, 6, 12 місяців, проведено визначення рівня антитіл IgG SARS-CoV-2.

У 63 % осіб з від'ємним тестом PLR в Real-Time і не вакцинованих виявлено існуючий гуморальний імунітет до SARS-CoV-2. Реактивні антитіла до SARS-CoV-2 виявлено у 98,5 % людей, не інфікованих SARS-CoV-2, а вакцинованих однією або двома дозами вакцин відповідно до інструкції. Гуморальна імунна відповідь різноманітна і помітна вже через 2–3 тижні після першої дози вакцини. Вищі рівні антитіл класу IgG спостерігались у пацієнтів, вакцинованих двома дозами вакцини навіть через 6 місяців.

Інфекція SARS-CoV-2 індукувала вищі рівні антитіл S-реактивного IgG SARS-CoV-2, які у 95 % реконвалесцентів зберігались протягом усього періоду спостереження. Рівень захисту значно підвищився після другої дози, причому підвищення було набагато більшим навіть через 6 місяців після вакцинації. У реконвалесцентів, вакцинованих однією дозою, в наступні місяці концентрація антитіл IgG поступово знижувалася, а у вакцинованих двома – зростала.

Розрізнення наявного імунітету та імунітету de novo має вирішальне значення для розуміння сприйнятливості та природного перебігу інфекції SARS-CoV-2.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАПАМІЦИНУ ТА МІНОЦИКЛІНУ У ПОПЕРЕДЖЕННІ НЕЙРОІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ У ЩУРІВ З ХІМІЧНИМ КІНДЛІНГОМ

Пошивак О. Б., Піняжко О. Р., Годлевський Л. С.
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького
м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Одним із провідних механізмів розвитку хронічної епілептичної активності є виникнення нейроімунного запалення, у формуванні якого беруть участь прозапальні цитокіни. Нейродегенеративні зміни, як маркер хронізації епілептогенезу, є результатом тривалих запальних змін у зоні первинних вогнищ епілептогенезу.

Метою роботи було вивчення нейродегенеративних змін у структурах мозку, а також імуногістохімічної експресії фактора некрозу пухлин α (TNF-α), ядерного фактора NF-κB в тканині дорсального гіпокампу у щурів з кіндлінговими судомами. Хронічну епілептичну активність відтворювали у статевозрілих щурів лінії Вістар шляхом тритижневого щодобового застосування пентиленотетразолу (ПТЗ) (Sigma Aldrich, USA) в дозі 35,0 мг/кг, внутрішньоочеревинно. Зазначені показники також досліджували у щурів, які отримували комбіноване лікування із застосуванням рапаміцину (Pfizer, USA) (1,0 мг/кг) та міноцикліну (Aurobindo Pharma, India) (30,0 мг/кг) протягом формування кіндлінгу. Число дегенеративно змінених нейронів підраховували на зрізах тканини мозку (6 мкм), фарбованих гематоксиліном та еозином. Імуногістохімічні дослідження проводили із застосуванням авідин-біотинпероксидазного методу. Встановлено, що число дегенеративно змінених нейронів в гіпокампі перевищувало показник у групі контролю в 5,37 раза ($p < 0,001$).

У щурів з ПТЗ-кіндлінгом експресія TNF-α перевищувала відповідний показник у групі контролю в 3,6 раза, ($p < 0,001$), а експресія NF-κB була вищою в 3,1 раза ($p < 0,001$). Вказані

показники не відрізнялись від таких у групі контролю за умови поєднаного використання рапаміцину та міноцикліну, тоді як окреме застосування препаратів не спричиняло достовірного впливу на показники нейродегенерації та вміст TNF-α і NF-κB.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У ПІДДОСЛІДНИХ ТВАРИН ЗІ ЗМОДЕЛЬОВАНИМ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ

Слободян Р. В., Огоновський Р. З., Мельничук Ю. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Інтерлейкін-6 належить до прозапальних цитокінів, які беруть безпосередню участь у регуляції запального процесу. Активне вивільнення ІЛ-6 слугує надійним і достовірним маркером активності запальних процесів в організмі. ІЛ-6 є потужним фактором стимуляції запалення, що проявляється зростанням його концентрації на початкових етапах патологічного процесу.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку концентрації інтерлейкіну-6 у плазмі крові піддослідних тварин із запальними процесами.

Результати. Отож, аналізуючи отримані дані, можна відмітити, що на третю добу експерименту концентрація інтерлейкіну-6 у плазмі крові значно перевищувала показник інтактних тварин [(7,8 ± 0,4) пг/мл], у яких був змодельований запальний процес [(26,4 ± 2,2) пг/мл].

Оцінюючи результати на сьому добу експерименту, відмічали, що в піддослідних тварин відбувалося зниження вмісту ІЛ-6 в порівнянні з показниками на третю добу – (17,4±1,9) пг/мл.

На 10-ту добу експерименту продовжували відмічати поступове зниження концентрації інтерлейкіну-6 у плазмі крові щурів – (10,3 ± 1,3) пг/мл.

Значення вмісту ІЛ-6 на 14-ту добу експерименту в усіх тварин було близьким до рівня інтактних тварин, який був прийнятий за норму – (8,6 ± 0,7) пг/мл.

Висновок. Отримані результати вказують на те, що найбільшою концентрація інтерлейкіну-6 є на третю добу запального процесу. Після цього на 7-му та 10-ту доби фіксується поступове зниження вмісту прозапального цитокіну по мірі затихання запального процесу. На 14-ту добу рівень ІЛ-6 стабілізується і наближається до норми.

ВИПАДОК ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19

Чубірко К. І., Гряділь Т. І., Чопей І. В.
м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вакцинація проти вірусу SARS-CoV-2 виявилася одним із основних заходів для зниження захворюваності та смертності, які спричиняє цей вірус.

Однак, після вакцинації проти COVID-19 у всьому світі з’явилися повідомлення про тромбоцитопенії та кровотечі. Нещодавно після вакцинації було повідомлено про рідкісний синдром тромбозу церебрального венозного синусу, який клінічно нагадує тромбоцитопенію, спричинену гепарином.

У цій публікації ми описуємо випадок, у якому через 14 днів після вакцинації першою бустерною дозою проти вірусу SARS-CoV-2 (Pfizer) розвинулася ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура. Раніше пацієнт отримав дві дози вакцини Pfizer. Крім того, у пацієнта були позитивні аутоантитіла анти-SSA/Ro60 та аутоантитіла IgG анти-GM1 та IgG анти-GM3. Клінічно хвороба проявлялася крововиливами на шкірі, особливо в місцях зовнішнього стиснення. Крім того турбувала загальна слабкість, а кількість тромбоцитів протягом 6 місяців коливалася від 70 до 90 в тисяч в 1 мкл. Морфологія еритроцитів та лейкоцитів залишалася нормальною, а кількість мегакаріоцитів у кістковому мозку не змінювалася. В катамнезі (спостереження більше 1 року) тромбоцитопенія залишається без змін та без явного прогресування.

Обговорення: незважаючи на те, що неможливо встановити чіткий причинно-наслідковий зв’язок між введенням бустерної вакцини проти SARS-CoV-2 та ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою, які розвинулися у пацієнта, неможливо й виключити таке ускладнення. Позитивний результат щодо аутоантитіл анти-SSA/Ro60, у випадках інфекції SARS-CoV-2 також свідчить про причинно-наслідковий зв’язок між вакцинацією та хворобою.

Цей випадок ні в якій мірі не зменшує ролі та значення щеплення проти COVID-19.

ОТОРИНОЛАРИНҐОЛОҐІЯ

ОРГАН СЛУХУ ПРИ COVID-19

Кіцера Ол. Ол.
м. Львів, Україна

COVID-19 супроводжується респіраторними симптомами з боку дихальних шляхів. До симптомів COVID-19 раніше відносили утруднення носового дихання, гіпосмію, біль в горлі. Становить інтерес вивчення впливу SARS-CoV-2 на орган слуху, адже наукових даних на сьогодні є мало. Коронавірус здатний проникати в нервову тканину і пошкоджувати нейрони, що веде до порушення функціонування органів чуття. Найпоширенішим наслідком є втрата нюху та смаку. Однак можливе також погіршення слуху і навіть глухота.

Пацієнти, що заразилися коронавірусом, можуть відчувати шум у вухах і в подальшому втратити слух. Навіть при безсимптомному перебігу хвороби, відзначено шкідливу дію вірусу на зовнішні волоскові клітини органу Корті. Однак, втрата нюху, смаку і слуху не є обов'язковими клінічними проявами коронавірусної інфекції.

Наше дослідження методом добровільного анкетування 690 хворих показало, що скарги на вушний шум пред'являли 10,1 % досліджених, а на зниження слуху – 3,8 %.

Аудіометричне дослідження проводилось хворим, які перенесли коронавірусну інфекцію, в період 1…4 місяці після видужання, і мали прояви з боку органу слуху: вушний шум, закладання вуха, зниження слуху.

Обстеження показало нормальні дані у 32 %, сенсоневральне однобічне чи двобічне зниження слуху – у 56 %, комбіноване зниження слуху – у 12 %. Зниження слуху за даними аудіометрії було в межах 25…50 дБ середньої величини порогів сприйняття.

При імпедансометрії тип тимпанограми А зареєстровано у 88 % пацієнтів, тип С – у 11 %, тип В – у 1 %. Однак дослідження барофункції слухової труби виявило її дисфункцію у 76 % випадків.

Отже, погіршення слуху та інші прояви патології вуха є досить частою знахідкою при COVID-19, як одне з ускладнень, а можливо, проявів цієї недуги. Необхідно продовжити дослідження з метою розробки правильної діагностично-лікувальної і профілактичної тактики.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ

Крук М. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Патологія носа та приносових пазух займає одне з провідних місць серед захворювань ЛОР-органів, актуальним є своєчасна та достовірна діагностика патологічних процесів. Одним з найбільш ґрунтовних і сучасних керівництв з діагностики гострої та хронічної патології носа та приносових пазух є EPOS (European Positon Paper on Rhinosinusits and Nasal Polyps) 2020 року. Лабораторні центри з новітнім обладнанням можуть допомогти в проведенні дообстежень.

Згідно EPOS 2020 гострі риносинусити поділяються на вірусні, поствірусні та бактерійні. Донедавна гострий вірусний риносинусит не потребував додаткової лабораторної діагностики, проте пандемія COVID-19 внесла свої корективи. За наказом МОЗ України, що періодично оновлюється, хворі з підозрою на COVID-19 або ознаками інших ГРВІ (перебіг яких, як правило, відбувається по типу гострого вірусного риносинуситу), мають проходити скринінгове обстеження на визначення антигену SARS-CoV-2 з використанням швидких тестів на визначення антигену SARS-CoV-2 або виявлення РНК SARS-CoV-2 з використанням методу ПЛР. Із додаткових обстежень хворих на COVID-19 важливим параметром є NLR (Neutrophil to lymphocyte ratio) для прогнозування і управління ризиками захворювання. У діагностиці гострого бактерійного риносинуситу однією з п'яти ймовірних ознак є підвищення ШОЕ та/або концентрації С-реактивного білка в сироватці крові. CRP (C-reactive protein) є одним із ранніх маркерів ураження тканин, при бактерійному процесі його значення можуть перевищувати 100 мг/л вже через 12–18 годин. До маркерів бактерійних інфекцій також відноситься прокальцитонін, що був рекомендований FDA (2016 р.) як для тяжких, так і для стабільних хворих з респіраторними інфекціями. Новим чутливим маркером запалення за даними A. Havelka зі співавт.

(2020) є сироватковий кальпротектин. Антибактерійним середником першої лінії при гострому бактерійному риносинуситі згідно з EPOS 2020 і також рекомендацій ВООЗ (21th WHO Model List of Essential Medicines, 2019) є амоксицилін. Проте бувають випадки, коли антибактерійні препарати треба підбирати індивідуально. Саме тут на допомогу може прийти бакпосів на автоматичному мікробіологічному аналізаторі, призначений для ідентифікації мікроорганізмів і визначення їхньої чутливості до антибіотиків.

Для окремих регіонів слід зважати на можливий розвиток гострих грибкових риносинуситів купального сезону, детально описаних проф. С.М. Пухліком. В таких випадках часом може знадобитися назоцитограма, або визначення антитіла до *Aspergillus terreus, A. niger, A. fumigatus, A. flavus* та ін. Гриби також є частою причиною первинних хронічних риносинуситів, як локальних, так і розповсюджених, викликаючи алергічні грибкові риносинусити і тяжкі грибкові інвазії. Для діагностики можна використати Beta-D-Glucan, який є тест-маркером інвазійних мікозів та Aspergillus антиген-тест.

Хронічний алергічний риносинусит або Central compartment allergic disease (EPOS 2020), потребує ранньої діагностики. Тут на допомогу можуть прийти тести Phadiatop та Phadiatop infant, що використовують чутливу методику ImmunoCAP та особливо актуальні для алергоскринінгу пацієнтів з періодичною блокадою носа. У пацієнтів з алергічною природою запалення рекомендується проводити точну молекулярну діагностику (WAO-ARIA-GA^{2}LEN, 2020) за методикою ALEX, що дозволяє визначити сенсибілізацію до 295 алергенних молекул та екстрактів алергенів.

Сучасні лабораторні методи дообстеження допомагають швидко й точно встановити діагноз, а також, проводити контроль ефективності застосованого лікування, що значно покращує якість життя пацієнтів.

VOICE IMPAIRMENT IN PEOPLE OF VOICE PROFESSIONS AFTER COVID-19

Moskalyk O., Semenyuk O.
Lviv, Ukraine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Post-COVID-19 syndrome (PCS) is considered a multisystem disease that sometimes occurs after a relatively mild course. The most common manifestation of PCS is fatigue, followed by respiratory disorders.

Materials and methods. 30 patients of 18–60 years old – people of voice professions, in the period from 01–09.2021 were examined. All patients complained about changes in the quality and endurance of the voice, which was reflected in their professional activities. The complex examination of patients included: detailed anamnesis, 70^0 rigid endoscope examination, videolaryngostroboscopy.

Results and discussion. Women predominated (63 %). Patients associated voice disorders with COVID-19. 87 % of patients had a mild course, 13 % – moderate. "Weakness" or hoarseness of the voice appeared during the illness in 30 % patients, after the illness – 70 % of patients, when they started work and increased the voice load. The inflammatory changes of a mucous membrane were not observed. The vocal folds in all cases were mobile, but there was a decrease of their tone, and incomplete closure during phonation. Asymmetry of movements of the right and left vocal folds during videolaryngostroboscopy was noted. 23 % of patients were diagnosed with hemorrhage in one of the vocal folds.

Conclusions. The voice professionals who complained of changes in voice quality and endurance after acute infectious disease COVID-19 were diagnosed with hypotonic dysphonia, and 23 % of them were diagnosed with hemorrhage in one of the vocal folds, which can be regarded as one of the manifestations of PCS.

COVID-19 AND HEARING PROBLEMS AMONG THE STUDENTS

Semenyuk O., Moskalyk O., Borji R.
Lviv, Ukraine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Aim: to determine if COVID-19 infection affects the auditory system and causes hearing problems among students.

Materials and Methods. Questionnaire based cross-sectional study during 14–28.04.2021. 11 questions and a hearing test sent to 450 students randomly. The questionnaire contained basic demographic questions, study details, COVID-19 anamnesis, hearing test online link.

Results. 201 students participated, 15 were excluded. There were students in Ukraine, Lebanon, France, Canada, India, Bahrain, USA, Netherlands, Romania, Italy.

Among the participants previously infected by COVID-19 (46), 18 (39.13 %) showed hearing problems: mild (17.4 %), moderate (19.6 %), severe (2.8 %) issues. Among the participants that were never infected (140), 23 (16.4 %) showed hearing problems: mild (10.7 %), moderate (5,7 %), none severe issues.

Most of the previously infected participants were infected from more than 2 months ago (40) and 17 (42.5 %) of them showed hearing problems. This may show that hearing loss may be a long term effect of COVID-19 infection. The value of student's t-test between the control group and the previously infected was calculated and it was 2.89, ($p < 0.05$) which shows that the difference between the 2 groups was statistically significant.

Conclusion. There was a significant difference found between percentage of participants previously infected by COVID-19 affected by hearing loss and percentage of the control group affected by hearing loss, showing that COVID-19 may cause damage to the hearing system. The effect of COVID-19 on hearing should be further investigated.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, СНІД, ВІРУСОЛОҐІЯ, ЕПІДЕМІОЛОҐІЯ

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Бойко В. І., Янків В. А., Брезицька Д. М.
м. Острог, Націальний університет "Острозька академія"

Натепер захворюваність на COVID-19 невпинно зростає. Питання лабораторної діагностики мають велике значення, особливо в тактиці лікування, потребі в госпіталізації.

Матеріали і методи. Дослідження проводились на базі Острозької багатопрофільної лікарні на гемоаналізаторі у пацієнтів з підтвердженою коронавірусною хворобою. При цьому використали такі методи: описовий, експериментальний, лабораторний, статистичний, аналітичний.

Результати. В ході експерименту було проаналізовано зразки венозної крові у 150 пацієнтів з COVID-19. При цьому у 80 % спостерігалася лімфопенія, зсув лейкоцитарної формули вліво, реактивні лімфоцити. З них у 30 % були виявлені реактивні лейкоцити, що мали включення в гранулоцитах. Нейтрофільні лейкоцити першими надходять до вогнища інтервенції збудників запалення. Вони перебувають у пристінковому шарі плазми крові, та здатні в будь-який момент залишити судину і транслокувати до осередку інфікування збудником. За сучасними даними, нейтрофіли розглядаються не тільки як ефекторні клітини. Вони мають регуляторний вплив на інші клітини крові, клітини епітелію і сполучної тканини, на ферментні системи плазми. Активовані нейтрофіли секретують разом з продуктами гранул широкий спектр цитокінів і можуть не тільки впливати на активність інших імунокомпетентних клітин, але й регулювати імунну відповідь.

Висновки. Дослідження показали, що зміни в лейкоцитарній формулі при COVID-19 визначають тяжкість її перебігу, а також прогноз і потребу в госпіталізації, коли ще немає специфічних досліджень. Крім того було виявлено в гранулоцитах реактивні зміни –включення, які потребують більш детального вивчення в перспективі.

ПРОТИВІРУСНА АКТИВНІСТЬ ТИМАЛІНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ КОРОНАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ

Козловський М. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ситуація з пандемією COVID-19 у світі до сьогодні залишається напруженою. Незважаючи на глобальну вакцинацію населення щодо цієї інфекції, захворюваність серед людей останнім часом з причини, значним чином, виникнення нових епідемічних штамів коронавірусу знову почала зростати. Невисока ефективність наявних протикоронавірусних препаратів зумовлює необхідність пошуку нових активних засобів боротьби з даною небезпечною інфекційною хворобою, в тому числі серед імуномодулюючих засобів, оскільки при COVID-19 великою мірою порушується функція Т-клітинного імунітету. З цією метою було проведено експериментальне дослідження впливу комерційного препарату тимусу тималіну на перебіг у лабораторних мишей коронавірусної інфекції, викликаної вірусом гепатиту мишей (штам Міщеріна), що за своїми специфічними характеристиками належить до тієї ж підгрупи коронавірусів (рід *Betacoronavirus*), до якої входить і збудник пандемії COVID-19 вірус SARS-CoV-2. Встановлено, що досліджуваний препарат при триразовому лікувально-профілактичному застосуванні викликав захист інфікованих мишей з високим ступенем достовірності ($p < 0{,}001$) на рівні 45,0–60,0 % порівняно з контролем. На виражену протикоронавірусну активність тималіну вказують і показники середньої тривалості життя піддослідних тварин – в межах 7,7–10,7 дня, що на 2,6–5,6 дня вище від аналогічного показника у контрольних тварин (5,1 дня). Отримані результати можуть слугувати підставою для проведення регламентованнх клінічних випробовувань з метою застосування даного лікарського засобу у клінічній практиці для профілактики і лікування коронавірусних інфекцій людей, в тому числі COVID-19.

АДГЕЗІЯ *CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE* ДО ЕРИТРОЦИТІВ ТА ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕХВОРІЛИ COVID 19

Мотика О. І., Мажак К. Д., Слесарчук О. М., Топорович О. І., Бончужна М. В.
м. Львів, Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Активізація бактеріальних інфекцій розглядається як один з можливих наслідків пандемії COVID-19. Першим етапом інфекційного процесу є адгезія збудника до клітин-мішеней людини. Проведено дослідження інтенсивності колонізації *C. diphtheriae* поверхні еритроцитів та клітин букального епітелію 20 неінфікованих та 20 осіб після перенесеного COVID-19. Використано 2 токсигенних та 2 нетоксигенних штами *C. diphtheriae*. Визначали фіксуючу активність клітин людини (відсоток бактеріальних тіл). Встановлено, що при однакових межах значень показників адгезії до клітин здорових осіб (від 20 до 90 %), колонізація токсигенними штамами відбувалась активніше (медіани вибірок – 44,2 % для нетоксигенних та 53,6 % – для токсигенних; $p < 0,05$). У осіб, які перехворіли на COVID-19, фіксуюча активність еритроцитів та епітеліоцитів була суттєво вищою: медіана вибірки значень показника адгезії нетоксигенних штамів становила 53,6 %. Ще вищою була адгезивність токсигенних *C. diphtheriae* до клітин реконвалесцентів: медіана вибірки становила 69,8 %, межі модального класу 51–60 % (для неінфікованих 41–50 %). Ранжування значень фіксуючої активності клітин щодо токсигенних коринебактерій починалось з класу 31–40 % (для здорових – з 21–30 %). Таким чином, колонізація збудником дифтерії клітин осіб, які перехворіли на COVID-19, відбувалась помітно інтенсивніше, ніж неінфікованих. Даний факт вказує на вищий ризик захворювання на дифтерію, особливо у осіб з порушенням схем вакцинації від бактеріальних інфекцій.

ПЕРЕКИС-ІНДУКОВАНА ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЯ СИРОВАТКИ КРОВІ В ОЦІНЦІ АКТИВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

Пінський Л. Л., Овчаренко М. О., Радченко Т. М., Ковешніков О. В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Харків, Харківський національний медичний університет
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Перспективним в обстеженні хворих на патологію печінки є використання хемілюмінесценції (ХЛ), яка дозволяє в реальному масштабі часу визначати інтенсивність надслабкого світіння сироватки крові при внесенні індуктора ХЛ.

Враховуючи можливість використання перекис-індукованої ХЛ, як інтегративного показника співвідношення між активністю перекисного окислення ліпідів і антиоксидантної активності сироватки крові, нами були визначені ХЛ ознаки у хворих на хронічного вірусного гепатиту С (ХГС) з малою та помірною активністю гепатиту. При аналізі перекис-індукованої ХЛ встановлено, що в загальній групі хворих на ХГС рівень індукованої ХЛ (ІХЛ) перевищує показники практично здорових донорів в 3,1 раза [(10,6 ± 0,9) ум. од. проти (3,4 ± 0,2) ум. од. відповідно; $p < 0,001$], площа ХЛ – в 3,9 раза [(229, 5 ± 9,7) ум.од. проти (58,8 ± 3,6) ум.од. відповідно; $p < 0,001$]. При порівнянні показників ХЛ сироватки крові в групах з різною активністю ХГС нами встановлено, що при помірній активності ХГС відбувається зростання показників ІХЛ до (15,8 ± 1,0) ум. од. ($F = 54,1$), збільшення площі ХЛ до (298, 2 ± 12,8) ум. од. ($F = 73,9$).

Клінічними обмеженнями використання хемілюмінесцентного аналізу сироватки крові при ХГС для оцінки активності перекисного окислення ліпідів і антиоксидантного захисту є гіпербілірубінемія понад 150 мкмоль/л. При високих концентраціях білірубіну цей природний гасник надслабкого світіння вірогідно впливає на показники ХЛ сироватки крові. Таким чином, у групі хворих на ХГС при гіпербілірубінемії вище 150 мкмоль/л доцільною є оцінка активності перекисного окислення ліпідів за допомогою біохімічних тестів.

ПЕРЕБІГ НОВОЇ ХВИЛІ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Рудницька Н. Д., Вольницька Х. І., Рак Л. М., Мандрига О. Я., Лагушняк О. Р.
м. Львів, Національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр

Від серпня-вересня 2022 року спостерігається зростання частоти нових випадків коронавірусної хвороби COVID-19 у Львівській області. Клінічний перебіг нової хвилі COVID-19,

порівняно з попередніми хвилями, значно змінився, розвивається швидше, скоротився інкубаційний період до 3–5 днів, а також помолодшав вік пацієнтів. На відміну від попередніх хвиль захворювання, зараз частіше хворіють діти 3–12 років, люди віком 30–40 років та пацієнти старшого віку. Частіше хворіють молоді люди 20–30 років порівняно з попередніми періодами.

У людей із груп ризику, які раніше не хворіли та не вакцинувалися, перебіг захворювання є тяжчим, ніж у вакцинованих. Через 5–7 днів після інфікування, стан пацієнтів погіршується і вони госпіталізовуються у пульмонологічні відділення нашого Центру з пневмоніями. Більша часка пацієнтів, які мають тяжкий перебіг хвороби – це в першу чергу, невакциновані, що мають супутні захворювання (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу, серцево-судинні захворювання та онкозахворювання).

При даному перебігу COVID-19 змінилася клініка. Захворювання починається здебільшого з підвищення температури, болю та першіння в горлі й закладеності носа. Часто спостерігаються симптоми інтоксикації, нудота, блювання, діарея. У пульмонологічні відділення стаціонару поступають також пацієнти, які є вакцинованими 1-2 дозами вакцини, проте перебіг захворювання у них легший і терміни лікування коротші, тоді як у невакцинованих пацієнтів спостерігається тяжчий перебіг, та як ускладнення часто спостерігаються ТЕЛА, гострі порушення мозкового кровообігу й інфаркти.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОҐІЯ

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СЕКУКІНУМАБУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЗВИЧАЙНИЙ ПСОРІАЗ: РАННІ РЕЗУЛЬТАТИ

Блага І. О., Александрук О. Д., Тороус І. М.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Псоріаз – хронічне захворювання запальної природи, яке вражає 0,33–0,6 % населення планети та поширеністю в країнах центральної Європи на рівні 0,62–5,32 % населення. За тяжкого та середньої тяжкості перебігу істотно обмежує соціальну активність і працездатність хворих, якість їхнього життя. Імунобіологічні засоби, передбачені в якості другої лінії терапії, є дороговартісними і в реаліях вітчизняної системи охорони здоров'я можуть бути придбані пацієнтами за умови впевненості у швидкій появі позитивних результатів.

Під нашим спостереженням знаходився 21 хворий на псоріаз з ураженням більше 3 % поверхні шкіри, віком від 24 до 77 років. В якості системної монотерапії пацієнти отримували секукінумаб (анти-IL-17A моноклонове антитіло) в дозі 300 мг (14 осіб) або 150 мг (7 осіб). Попередню ефективність лікування оцінювали на 28-й день спостереження. Визначали достовірне ($p < 0,001$) зменшення індексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index) у всіх обстежених; більше ніж на половину – у 48,8 % хворих, що отримували дозу 300 мг. Позитивний вплив на перебіг псоріатичного артриту супроводжувався достовірним ($p < 0,05$) зниженням величини індексу DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis). Вірогідно ($p < 0,05$) зменшувалась інтенсивність свербіжу шкіри, оцінена за візуальною шкалою оцінки свербіжу. Покращення стану хворих супроводжувалось достовірною ($p < 0,05$) зміною значення дерматологічного індексу якості життя (DLQI).

Отримані результати свідчать про клінічно значущі позитивні результати терапії секукінумабом вже на 28-й день лікування. Така інформація може суттєво вплинути на рішення пацієнта про початок імунобіологічної терапії псоріазу за рахунок власних коштів, враховуючи швидкість отримання попередніх результатів лікування.

ПСИХОЛОҐІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОҐІЯ, НАРКОЛОҐІЯ

КРИЗОВА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЯК МЕТОД ТЕРАПІЇ З РЕВНОЩАМИ

Гуль І. Р.
м. Львів, Приватна психотерапевтична практика

Як відомо, проблема ревнощів була і є актуальною. Особливо сьогодні, коли тисячі сімей з України розкидані по світах, вона набуває найбільш загрозливих проявів і потребує нових методів терапії, зокрема кризової інтервенції.

Для втілення програми кризової допомоги складався план моделі для вирішення проблеми, який передбачає:

- виявлення проблеми, відновлення картини події і доступне пояснення клієнту травматичних наслідків;
- збір певного анамнезу: необхідно вияснити, чи звертався такий клієнт за допомогою до інших фахівців, що саме було пропрацьовано і яких результатів досягнуто;
- допомога в пошуку шляхів виходу з кризового стану.

Враховуючи гостроту проблеми, в роботі з такими клієнтами, ключовим є недопущення чи зведення до мінімуму виникнення посттравматичного стресового розладу, не тільки в короткому, але й у віддаленому періодах (Гуль І. Р., Гуль М. Ю., 2022).

Метою нашого дослідження було застосування кризової інтервенції, яка як відомо, визначається як екстрена і невідкладна психологічна швидка допомога, спрямована на повернення людини до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативної дії травмівної події.

В ході роботи з клієнтами застосовували кризове консультування з арттерапією. Це дало можливість пережити та прийняти клієнтам набутий травмівний досвід через вираження сильних болючих емоцій, проговорення і переосмислення в сприятливій емпатійній і підтримуючій обстановці актуальних гострих емоцій та проблем, підвищення адаптації в нових умовах і спільний пошук реальної, досяжної мети для подальшого виходу з кризи.

Висновки

- метод кризової психотерапії є дієвим, має позитивні результати в подоланні травми;
- має важливе значення в профілактиці посттравматичного стресового розладу;
- потребує подальшого дослідження так як є перспективним у роботі психотерапевта.

РОЛЬ ЦЕНТРІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УПРАВЛІННІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТЮ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Островський М. М.
м. Львів, Центр психічного здоров'я КНП "5МКП м. Львова", Українське Лікарське Товариство у Львові

Перехід медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ) в Україні спонукає до інноваційних процесів. Адже сім'я як багаторівнева і багатофункціональна система і найближче біологічне та соціальне оточення сприяє формуванню взаємовідносин у відповідній рольовій взаємодії членів родини [2]. Саме ці взаємовідносини і впливають на розвиток рівня організації особистості. При емпатичних стосунках особистість розвивається гармонійно, що сприяє формуванню і збереженню психічного здоров'я.

Співпраця психотерапевтів із сімейними лікарями вивчалася на базі амбулаторії сімейної медицини АСМ КНП "5МКП м. Львова", яка надає ПМСД для 12 тис. населення силами 9 сертифікованих сімейних лікарів.

До предмету обстеження бралася поєднана (коморбідна) патологія: депресія і гіпертонічна хвороба. Перед початком нашого дослідження аналіз документації всіх хворих на гіпертонічну хворобу, які знаходились під спостереженням сімейних лікарів АСМ, показав, що діагноз депресії був виставлений та відповідно отримували лікувально-реабілітаційну роботу з приводу цієї патології лише 2 % хворих. У всіх хворих на депресію цей діагноз вперше був виставлений психотерапевтами, до яких хворі звертались за власною ініціативою чи за порадою рідних,

близьких чи знайомих. Враховуючи дослідження; опубліковане у "Форумі психіатрії і психотерапії" 2000 р., що пацієнти у м. Львові з приводу емоційних проблем у більшості випадків звертаються за допомогою до членів своїх родин (69,9 %) та друзів (43,7 %) і лише у 21,4 % – до сімейних лікарів, можна зробити висновок, що необхідно провести значну навчальну і виховну роботу як серед населення, так і серед сімейних лікарів щодо відповідального ставлення до такої патології, як депресія, і своєчасного звертання за допомогою до лікарів.

У практиці психосоматичних розладів обов'язково аналізуються чинники, котрі важливі для формування терапевтичних цілей, а саме, рівень розвитку людини, особистісні риси, шкільні, професійні, родинні ситуації. Крім того, у дослідженні психосоматичного розладу вирішуються конкретні проблеми ведучого афекту в об'єктних стосунках (відносини що формуються між матір'ю і дитиною у ранній довербальний період розвитку та впливають на психіку протягом всього подальшого дорослого життя). Тому психосоматичні розлади, зумовлені спадковою схильністю, провокуються порушенням емоційного клімату в сім'ї та сильними переживаннями в дорослому житті.

Сімейний лікар найчастіше першим з лікарів зустрічається з психосоматичними розладами. В Україні, з її тяжкими економічними проблемами і умовами, зумовленими війною, на депресію та інші психічні розлади страждає значно більша частина осіб, ніж в інших європейських країнах. Згідно з Державною комплексною програмою розвитку психічного здоров'я [3], близько 1/3 хворих, які звертаються в ПМСД, мають проблеми психосоціального кола і сімейні лікарі повинні бути дієвою ланкою щодо виявлення найбільш поширених психічних розладів, які не усвідомлюються пацієнтами як психічні проблеми.

У переважній більшості випадків емоційних розладів хворі намагаються отримати допомогу у сімейного лікаря. Однією з методологічних помилок сімейних лікарів є те, що до можливості діагностики проявів депресії вони приступають лише в кінці процесу виключення будь-якої соматичної патології, після виснажливого, як для хворого, так і для лікаря, масиву лабораторних та інструментальних досліджень, а також консультацій різних спеціалістів. У випадках, коли хворий пред'являє численні соматичні скарги, відмічає стійкі больові симптоми або незрозумілу слабкість чи втомлюваність, сімейний лікар повинен мати на увазі ймовірність депресивного чи іншого психічного розладу від самого початку захворювання [2].

На сучасному рівні підготовки сімейних лікарів та їхньої практичної роботи явно недостатніми виглядають заходи щодо раннього виявлення емоційних розладів і організації психологічної та психотерапевтичної допомоги на рівні фахівців СМ. Однак 95 % респондентів, опитаних у Львові, мають бажання, щоб сімейний лікар надавав їм допомогу у вирішенні психологічних проблем, в тому числі й емоційних розладів.

Досвід провідних країн світу [1] показує, що сімейні лікарі повинні мати фундаментальну підготовку в галузі медичної психології та психотерапії. Однак під час підготовки сімейних лікарів як на додипломному етапі, так і в інтернатурі, а також на 6-місячних курсах перепідготовки сімейних лікарів на факультетах післядипломної освіти недостатньо уваги приділяється формуванню, збереженню, зміцненню і відновленню психічного здоров'я та психологічній допомозі окремим пацієнтам.

На основі аналізу роботи сімейних лікарів КНП "5МКП м. Львова" і фахівців Центру психічного здоров'я (психіатр, психолог, психотерапевт), які співпрацюють у тісному професійному контакті, згідно з Концепцією розвитку психічного здоров'я України до 2030 року [4], ми прийшли до узгодженої з сімейними лікарями думки про необхідність продовження заходів щодо безперервного професійного розвитку останніх у галузі формування, збереження, зміцнення і відновлення психічного здоров'я населення. З цією метою плануються щомісячні заняття у вигляді лекцій, семінарів і тренінгів 62 сімейних лікарів та їхніх медичних сестер з проблем психічного здоров'я в програмі MHgap. Особлива увага буде сконцентрована в процесі безперервного професійного розвитку фахівців СМ на питаннях емоційних розладів, ранньої діагностики, профілактики, психотерапії депресії при наданні ПМСД на засадах сімейної медицини. Поглиблена підготовка фахівців СМ з проблем психічного здоров'я у процесі їхнього безперервного професійного розвитку розпочиналася ще з обласної цільової програми "Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року". А в результаті виконання плану заходів "Концепції розвитку охорони психічного здоров'я України до 2030 року від 17.11.2017р. за № 1018-р." [4] очікується створення цілісної та ефективної системи охорони психічного здоров'я населення, що передбачатиме підвищення рівня психічного здоров'я населення і покращення якості життя населення України. Таким чином, наш Центр вже давно долучався, розвивав і продовжує цю тематику.

Список використаних джерел

1. Попередні результати дослідження психологічного здоров'я населення Львівської області: потенціальна роль сімейних лікарів / М. Арнольд, Ш. Холкомб, Є. Заремба та ін. *Практична медицина*. 1996. № 7-8. С. 15–25.
2. Богута Х. Р. Сім'я і депресія. *Депресія : обличчя та маски* : зб. наук. статей / за ред. Н. І. Долішньої. Львів : Вид-во – Мс. 2006. С. 77–89.
3. Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки. V. 4.
4. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я України до 2030 року від 17.11.2017р. за № 1018-р.

ОЦІНКА ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНИХ СТРЕСІВ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Качмарська М.[1], Боровець В.[1], Любінець Л.[2]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Львівська медична академія імені Андрея Крупинського*

Глобальні тенденції соціально-економічного розвитку, загострення міжнародної конкуренції, рух у напрямі євроінтеграції, соціальні стреси (пандемія COVID-19, війна) ставлять перед системою охорони здоров'я України принципово нові завдання, серед яких вагоме місце належить підвищенню ролі управлінського персоналу. З метою встановлення зв'язку між психічним здоров'ям медичних працівників та майбутніх медиків і соціальними перетвореннями та потрясіннями нами запропоновано проведення комплексу опитувань, який включає чотири анкети:

- Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя», призначений для виміру виразності основних складових психологічного благополуччя (це адаптований українською мовою варіант англомовної методики «The scales of psychological well-being», розроблений К. Ріфф);
- Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивної тривожності як стану) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини);
- Опитувальник із самооцінки стану психічного здоров'я (адаптований українською мовою опитувальник «The Mental Health Quality of Life Questionnaire MHQoL-7D»);
- Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я (власна розробка).

Дані дослідження дадуть можливість оцінити стан психічного здоров'я, розібратися у феномені тривоги, оцінити параметри реактивності особистості в сенсі її заглибленості в дійсність, оцінити активність особистості в плані її характерологічних властивостей, визначити та оцінити рівень впливу на нього окремих детермінант, удосконалити систему моніторингу й оцінювання стану психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони та студентів медичних вузів.

ХІРУРҐІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОҐІЯ, ІМПЛАНТОЛОҐІЯ, КОСМЕТОЛОҐІЯ

TREATMENT OPTION FOR CHOLANGIOLYTHIASIS AFTER HEPATICOJEJUNOSTOMY

Andriiets V. V., Polyanskyi I. Y.
Chernivtsi, Bukovinian State Medical University

Cholangitis, cholangiolythiasis, strictures of anastomosis, obstructive jaundice occur in 30 % of patients who are performed with hepaticojejunostomy. Percutaneous perhepatic interventions allow the treatment of strictures by balloon dilatation of narrowing, stenting or external drainage, but the removal of intrahepatic stones remains problematic. An option is lithoextraction using enteroscopy, but it is not always possible to carry the device to the anastomosis zone. We have proposed and performed cholangiolytoextrance through the bowel loop of hepaticojejunoanastomosis in a patient with diagnosed recurrent cholangiolythiasis, who underwent in 2011 resection of 2/3 of the stomach with gastroenteroanastomosis on a long loop and entero-enteroanastomosis, in 2015 – cholecystectomy with choledochoduodenoanastomosis, in 2018 – reconstructive hepaticojejunostomy. Through the loop of the small intestine mobilized from the adhesion in the area of hepaticojejunoanastomosis, a videocholedochoscope was inserted and carried out into the intrahepatic ducts through the hepaticojejunoanastomosis zone. In the lobe and segmental ducts of the left lobe of the liver, multiple calculi of 4–8 mm were found, which were removed by the Dormia basket and by washing the ducts. The enterotome incision is sewn with a two-row suture. Postoperative complications were not observed, the phenomena of cholangitis and mechanical jaundice were eliminated. The patient in satisfactory condition is discharged home.

Conclusion. Videocholangioscopy through the small intestine loop of hepaticojejunoanastomosis in patients with intrahepatic cholangiolythiasis may be an alternative to reconstructive and percutaneous transhepatic surgery.

ШКАЛА ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Гринчук Ф. В., Преутесей В. В.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет, Берлін, Vivantes Ida Wolff Krankenhaus GmbH

Прогнозування розвитку післяопераційних ускладнень (ПОУ) є актуальним питанням. Для створення прогностичної шкали ми обстежили 67 прооперованих хворих. У 20 пацієнтів ПОУ були відсутні, у 47 вони мали місце. Визначали комплекс показників, які опрацювали за допомогою методу розділення опуклих оболонок гіперплощиною.

Як маркери наявності ускладнень, відбирали найбільш інформативні (за Кульбаком) ознаки та додавали їх до досягнення необхідного рівня значущості ($\alpha = 0{,}05$). Заданий рівень значущості досягнуто використанням 4 ознак: час рекальцифікації плазми (ЧРП), гематокрит (Гт), Мангаймський перитонітний індекс (МПІ), клас коморбідної патології (ККП). Провівши обчислення на навчальній вибірці, одержали діагностичну шкалу, за якою прогнозування ПОУ проводиться за формулою:

$$114{,}8 \times ЧР + 840{,}8 \times МПІ - 346{,}0 \times Гт + 13{,}62 \times КСП - 13531{,}6.$$

Якщо отриманий результат > 0, слід прогнозувати розвиток ПОУ. За результату < 0 прогнозується відсутність ПОУ.

Результати перевірені на контрольній вибірці. Одержано 75 % вірних результатів для хворих з ускладненнями та 100 % вірних результатів для хворих без ускладнень. Загалом (навчальна вибірка та контрольна) одержано 96,4 % вірних результатів. Отож за допомогою шкали можна з високим ступенем вірогідності прогнозувати розвиток ПОУ.

Отже, запропонований спосіб прогнозування виникнення ПОУ є досить простим у використанні, дозволяє достатньо точно судити про ймовірність їх розвитку. Порівнянна простота методу і невелика кількість застосованих показників свідчать про перспективність його впровадження у практику.

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE ACUTE PERITONITIS TREATMENT

Grynchuk A., Grynchuk F. Jr.
Chernivtsi, Bukovinian state medical university

Acute peritonitis is one of the most pressing problems of surgery. Its mortality rate reaches 70 %.

The aim of the study was to increase the treatment effectiveness of acute peritonitis patients by a comprehensive analysis of its progression leading mechanisms and development of diagnostic and treatment measures.

A retrospective analysis of medical records of 169 patients, 79 had postoperative complications. The analysis of variance of clinical and laboratory parameters is performed. By the results, a two-stage prognostic scale was developed. This allows to apply measures to prevent complications at the stage of preoperative preparation. The final risk determination is performed taking into account the data of intraoperative audit and laboratory tests. Patients are divided according to risk groups.

The prognostic scale allowed to offer an algorithm that reflects the main stages of diagnostic and treatment measures. Its application allows to differentiate the required amount of measures at all stages of treatment on the basis of a reasonable selection of risk groups.

The application of the developed set of measures allows to prevent postoperative wound suppuration, to avoid intra-abdominal complications in diffuse peritonitis patients. In diffuse and general peritonitis patients by 9 % to reduce mortality, almost 19 % to reduce the incidence of residual intra-abdominal infiltrates, to reduce the length of stay of patients in the hospital by an average of 2.5 days.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ МІРІЦЦІ

Дутка Я. Р., Іванків Т. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Останнім часом зростає кількість ускладнених форм жовчнокам’яної хвороби (ЖКХ), зокрема синдрому Міріцці (СМ), який представлений сформованою холецистохоледохеальною норицею і його частота становить 0,6–5 %. Хірургічна корекція СМ є складною внаслідок значних анатомо-топографічних змін, які створюють технічні труднощі при операціях. Також недостатньо обґрунтовано раціональні методи хірургічної корекції цієї хвороби.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 68 хворих з СМ. Тривалість захворювання склала у середньому (6,2 ± 3,9) років. З інструментальних методів обстеження для підтвердження діагнозу застосовано ультрасонографію (УСГ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ), магнітно-резонансну холангіопанкреатикографію (МРХПГ).

Першим етапом лікування у 45 (66,2 %) хворих виконано ендоскопічну папілотомію з ревізією і санацією жовчних проток, яку в 11 з них завершили біліарним стентуванням або назобіліарним дренажем.

У 61 (89,7 %) хворого проведено холецистектомію з відновленням прохідності жовчних проток відкритим методом. Операцію завершили зовнішнім дренуванням біліарного дерева у 46 (75,4 %) та гепатикохоледохоєюностомію на виключеній за Roux петлі тонкої кишки або холедоходуоденостомією – у 15 (24,6 %) пацієнтів. У 7 (10,3 %) хворих холецистектомію із зовнішнім дренуванням гепатикохоледоха здійснено лапароскопічним методом.

Ускладнення після цих операцій виникло у 4 (5,9 %) хворих.

Висновки

1. У пацієнтів із СМ можливе виконання операцій лапароскопічним методом з добрими результатами.

2. При добрій прохідності папіли, ствердженій при інтраопераційній ревізії, показано зовнішнє дренування гепатикохоледоха, при сумнівній або відсутній прохідності папіли – накладання біліодигестивного анастомозу, перевагу слід віддавати гепатикохоледохоєюностомії за Roux.

НЕПАРАЗИТАРНІ КІСТИ СЕЛЕЗІНКИ – ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ

Євстахевич І. Й.[1], Інденко Ф. П.[1], Євстахевич Ю. Л.[1], Семерак М. М.[1], Книш О. В.[1],
Дяків Г. Л. [1], Семерак І. Я.[2]
[1]*м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»*
[2]*м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2»*

У 42 хворих з непаразитарними кістами селезінки виконано органозберігальні операції. Нагноєння кісти виявлено у 2 хворих. Відкритим способом прооперовано 16 хворих. У хворих проведено резекцію селезінки, в тому числі при нагноєних кістах, фенестрацію кісти здійснено у 5 хворих, а в однієї хворої – енуклеацію кісти. У 26 хворих проведено лапароскопічну операцію фенестрації кісти.

При проведенні операції відкритим способом лиш в однієї хворої виконано вимушену спленектомію, яку завершено автотрансплантацією селезінкової тканини за Roth. Основними етапами операції були: пункція і розкриття кісти з евакуацією вмісту, мобілізація селезінки, оцінка наявної непошкодженої селезінкової тканини, перев'язка судинної гілки до передбачуваної частини селезінки що резекується, виконання резекції, фіксація кукси. Нагноєння кісти не вважали протипоказанням до резекції. При фенестрації кісти судини не перев'язувались, залишкова здорова тканина становила 50–95 %, тоді як при резекції цього органа вдавалось зберегти від 10 % до 35 %. Операцією вибору при неускладнених непаразитарних кістах селезінки вважаємо лапароскопічний спосіб фенестрації кісти за принципом створення «перитонеального вікна», достатнього для повного дренування її порожнини. Післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих, оперованих відкритим способом, які перенесли резекцію селезінки. У двох хворих після лапароскопічної фенестрації кісти селезінки наступив рецидив кіст через 0,6–1 рік, що обумовило повторну відкриту операцію. Летальних випадків при цих операціях не було.

Сучасним хірургічним лікуванням непаразитарних кіст селезінки є фенестрація, оскільки є доволі простою органозберігальною операцією.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АПЛІКАЦІЙНОГО СОРБЕНТУ НОВОГО ПОКОЛІННЯ

Кароль І. В.[1,2], Біляєва О. О.[1]
[1]*м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика*
[2]*м. Бровари, Броварська багатопрофільна клінічна лікарня*

Вступ. Однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії є перитоніт. Тяжким ускладненнями при перитоніті є нагноєння післяопераційних ран, яке, за даними різних авторів, при розлитому і загальному перитоніті зустрічається в 11–72 % випадків. Ці ускладнення подовжують термін перебування пацієнтів у стаціонарі, збільшують тривалість непрацездатності, вартість лікування і погіршують його результати. Тому важливо їм запобігти, для чого ми застосували розроблений аплікаційний сорбент «Орнідасил» на основі високодисперсного пірогенного кремнезему – аеросилу з іммобілізованим на ньому орнідазолом. Аеросил має високу здатність до адсорбції рідини, чим зменшує набряк тканин. Внаслідок цього покращується мікроциркуляція і зменшується гіпоксія тканин. Орнідазол має здатність активно пригнічувати аеробні та анаеробні мікроорганізми, що дуже важливо для лікування хірургічної інфекції.

Метою дослідження було вивчити ефективність аплікаційного сорбенту нового покоління в профілактиці післяопераційних ранових ускладнень.

Матеріали і методи. Ми вивчили ефективність аплікаційного сорбенту «Орнідасил» в клініці для профілактики нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів з перитонітом в токсичній і термінальній стадіях. Сорбент наносили на рану до розкриття черевної порожнини, тонким шаром на підшкірну жирову клітковину. В кінці операції сорбент видаляли стерильним фізіологічним розчином. У дослідження увійшло 43 пацієнти, які проходили лікування в хірургічному відділенні Броварської багатопрофільної клінічної лікарні у 2021 році. Основну групу склали 24 пацієнти, в яких для профілактики нагноєння післяопераційних ран використовували поліуретановий ранопротектор зі змінною висотою в поєднанні з аплікаційним сорбентом «Орнідасил». До групи порівняння увійшло 19 хворих, в яких застосовували поліуретановий ранопротектор без аплікаційного сорбенту. Групи були зіставні за віком, статтю, розповсюдженістю і характером перитоніту.

Результати та обговорення. Комплексні дослідження з використанням квантово-хімічних розрахунків і методу ІЧ-спектроскопії показали, що взаємодія орнідазолу з гідроксильованими кремнеземами дещо відрізняється. Утворення комплексів активної речовини з гідроксильованою матрицею відбувається за рахунок водневих зв'язків між атомом оксигену силанольної групи поверхні кремнезему і атомом гідрогену спиртової групи молекули орнідазолу. Це сприяє поступовому вивільненню орнідазолу з поверхні такої матриці у навколишні тканини, що забезпечує постійну дію препарату навіть протягом тривалих хірургічних втручань, що було підтверджено клінічними результатами. Так, в групі порівняння нагноєння післяопераційної рани виникло у 6 пацієнтів (31,6 %), а в основній групі – у 3 пацієнтів (12,5 %).

Висновки. Застосування аплікаційного сорбенту «Орнідасил» в поєднанні з поліуретановим ранопротектором для профілактики нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів з розлитим та загальним перитонітом в токсичній і термінальній стадіях дозволило зменшити нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів основної групи в 2,5 раза.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Криса В. М., Криса Б. В.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Гнійно-некротичні ураження стопи (ГНУС) є грізним ускладненням цукрового діабету (ЦД) і ведуть до тяжких наслідків – від ампутацій кінцівок аж до смерті пацієнтів. Поєднання ГНУС із критичною ішемією практично не залишає шансів на збереження кінцівки. Статистика показує, що з приводу ГНУС у світі виконують від 60 000 до 125 000 ампутацій за рік або 150 ампутацій за день (Melissa et al., 2002).

Актуальність вивчення гнійних уражень стопи при ЦД обумовлена тим, що лікування даної патології тривале, потребує значних матеріальних затрат, часто закінчується високими ампутаціями, які виконують у 17–45 разів частіше, ніж у загальній популяції хворих і супроводжуються високою післяопераційною летальністю – до 50 %, причому 5-річна смертність складає 43–55 % (Miyajima et al., 2006). Закономірним є страх хірургів перед органозберігальними операціями на стопі при ГНУС, бо відсоток незадовільних результатів після таких втручань дуже високий. Суттєве значення має стримане ставлення до використання методів реконструктивної судинної хірургії у хворих із синдромом діабетичної стопи (СДС), коли переважає ураження дрібних артерій.

У лікуванні оклюзуючих захворювань артерій протягом останнього століття з успіхом використовують непрямий метод реваскуляризації – симпатектомію поперекових гангліїв – операцію Дієца (Diez, 1924). Втручання покращує стан ішемізованих кінцівок у ранньому післяопераційному періоді у 70–90 % хворих, у віддаленому – 50–70 %, а позитивний ефект утримується 4–5 років.

З 2015 року при лікуванні СДС і ГНУС ми використовуємо пункційну комп'ютерно-томографічно керовану хімічну паравертебральну десимпатизацію на рівні III–IV поперекових хребців. Під нашим спостереженням знаходилось 86 хворих із СДС і критичною ішемією нижніх кінцівок. У 17 з них були гнійно-некротичні ураження пальців і стопи з переходом на сухожилля підошви. Всім хворим виконували ультразвукове обстеження артеріального русла нижніх кінцівок. При обстеженні виявляли несприятливі фактори, поєднання яких робило медичну проблему вкрай складною: облітерація магістральних артерій з сегментарними оклюзіями дистальних артерій; гнійно-некротичне ураження тканин стопи; відсутність можливості оцінити оборотність змін тканин і збереження стопи; наявність тяжких супутніх захворювань, некоригованого діабету, надлишкової ваги.

При першому зверненні обговорювали необхідність довготривалого лікування (2–3 місяці і більше) для використання шансу збереження кінцівки, зокрема поєднання хірургічних і консервативних методів лікування, вакуумної терапії, компенсації вуглеводного обміну, лікування супутніх захворювань, переведення гнійного процесу в сухий некроз. Після очищення гнійних ран виконували хімічну десимпатизацію. В період гнійно-некротичної фази хворі знаходились в хірургічному стаціонарі, у фазі регенерації – в домашніх умовах.

Ефект десимпатизації проявлявся через 1,5–2 тижні – зникав набряк, з'являлись грануляції, крайова епітелізація. Хворих навчали самостійно робити туалет ран, перев'язки і переводили на амбулаторне лікування. Рани загоювались вторинним натягом протягом 2–3 місяців. При виконанні контрольних УЗ досліджень через 1–2 місяці відмічали збільшення кровотоку в артеріях

стопи та гомілки. При даній тактиці лікування ГНУС вдалось зберегти 14 кінцівок (82 %), ампутація на рівні стегна виконана у 3 хворих (18 %).

Поєднання сучасних методів лікування гнійно-некротичних процесів з паравертебральною десимпатизацією на тлі СДС дозволяє розширити межі курабельності пацієнтів високого ступеня ризику, зменшити відсоток високих ампутацій нижніх кінцівок і покращити якість їхнього життя.

ЛІКУВАННЯ КІСТ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Кузик А. С.[1,3], Притула В. П.[2], Лукавецький І. В.[3], Могиляк О. І.[3], Романишин Б. С.[3], Синюта А. В.[3], Халак С. М.[3], Лешневський О. Б.[3]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*
[3]*Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр*

Первинні кісти селезінки (КС) зустрічаються у дітей рідко та реєструються з частотою від 0,07 % до 1,0 % від усіх хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Залежно від розмірів і локалізації цих утворень в селезінці можлива хірургічна корекція або консервативне ведення. Результатом лікування КС має бути повна ліквідація порожнини кісти.

Мета: оцінити результати хірургічної корекції або консервативного ведення КС у дітей за даними віддалених моніторингових змін.

Матеріали та методи. У роботі проведено дослідження 265 дітей віком 0–17 років (середній вік (11,25 ± 4,21) років), які проходили обстеження та лікування з приводу КС. Прооперовано 175 [(66,04 ± 2,91) %] дітей, а 90 [(33,96 ± 2,91) %] пацієнтів велися консервативно.

Результати та обговорення. Найбільш поширеними локалізаціями кіст були верхній або середній сегменти селезінки: (33,21±2,89) % і (29,81±2,81) %, відповідно. Було проведено 119 (68,00 %) відкритих і 56 (32,00 %) мініінвазивних операцій у дітей з різною посегментною локалізацією. Решткова кіста була виявлена у (46,42 ± 3,06) % пацієнтів, яка протягом 1–3 років зазнала повної регресії. Залишкова кіста малих розмірів (яка зберігалася після хірургічної корекції) значно швидше регресувала після хірургічного втручання порівняно з тим, як відбувався регрес кістозного утворення малих розмірів в селезінці при консервативному веденні ($p < 0,05$).

Висновки. Лікувальна тактика при КС у дітей передбачає різні варіанти індивідуальної хірургічної корекції або консервативного ведення, що залежить від локалізації, розмірів, співвідношення до архітектоніки магістральних судин і варіанта ураження паренхіми селезінки. Результат лікування дітей з КС залежить від об'єму, локалізації, етіології ураження, методу корекції та дотримання всіх рекомендацій в післяопераційному періоді на тлі супутніх захворювань.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Мельник І. В., Чурпій І. К., Мельник Р. І.
м. Івано-Франківськ. Івано-Франківський національний медичний університет, Центральна міська клінічна лікарня

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) у 18–21,6 % випадків виникають, як ускладнення після перенесених лапаротомій. Вони становлять 22,4 % від загальної частоти гриж живота. Частота рецидивів після пластики ПВГ становить 30–35 %, летальність – 1–7 %. В основі проблем закладений неадекватний вибір способу герніопластики, натяг тканин, зменшення об'єму черевної порожнини, недостатнє перекриття сіткою опорних тканин черевної стінки тощо. Основні причини ПВГ полягають в розвитку морфофункціональної слабкості м'язово-апоневротичної тканини в результаті інфекційних ускладнень з боку рани (нагноєння, нориці) у 45–50 %, дефекти хірургічної техніки – 3–4 %, евентрація в післяопераційному періоді – 1,5–2 %, дисбаланс колагену III типу – 40–45 % – прогресуюча морфофункціональна недостатність тканин. Продукуючий чинник виникнення інцизійної грижі – підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ).

Для формулювання діагнозу ПВГ у хворих ми застосовували міжнародну класифікацію (Chevrel, Rath, 1999) SWR clas.: S-локалізація грижі (M1–4 – серединна, L1–4 – бокова); W-ширина дефекту; R-наявність рецидиву; W1 – менше 5 см; W2 – від 5 до 10 см; W3 – від 10 до 15 см; W4 – більше 15 см – класифікація EHS (2008) – включає крім ширини й довжину дефекту.

Передопераційна підготовка включала безшлакову дієту, максимальне очищення кишечника (ендофальк, фортранс), адаптацію серцево-судинної і дихальної систем до підвищеного ВЧТ (бандажна компресія, пневмоперітонеум), коригуючу терапію супутніх захворювань, профілактику інфекційних ускладнень з боку рани (цефтріаксон 2 г в/в перед операцією) і профілактику тромбоемболічних ускладнень (еластичне бинтування нижніх кінцівок, клексан після операції – 0,4 мг 1 раз на день впродовж 8–10 днів, рання активна ходьба після операції). Протипоказанням до планової операції була неефективність передопераційної підготовки, порушення серцево-легеневої діяльності (аритмія, задишка), підвищення ВЧТ більше 20 мм рт. ст. в умовах бандажної компресії, зниження показників зовнішнього дихання до 50 % від належних.

Залежно від розташування і фіксації сітки в ділянці грижевого дефекту використовували наступні способи алопластики ПВГ: onlay (Chevrel) – над апоневрозом; sublay (Rives) – ретромускулярно, (Stoppa) – преперитонеально; Inlay – як латка, що закриває дефект, коли закриття м'язами та апоневрозом неможливе.

Алопластику при гігантських ПВГ виконували з моніторингом ВЧТ (вимірювання за допомогою катетера Фолея, введеного в сечовий міхур). Межа підвищення ВЧТ – 15–20 мм рт. ст. (1 см вод. ст. = 0,735 мм рт. ст.).

Для мінімізації ускладнень в післяопераційному періоді проводили комплексне лікування, яке включало адекватне знеболення, оксигенотерапію при показаннях, контроль ВЧТ, стимуляцію функції кишечника, проведення антибактеріальної терапії (цефалоспорини II–III порядку), антикоагулянтну терапію (клексан 0,4 мг), нестероїдні протизапальні середники (диклоберл 3 мл), а також корекцію водно-електролітного та білкового обміну.

Ми проаналізували результати лікування ПВГ у 320 хворих, з них – 68 з гігантськими грижами. У 83,4 % хворих діагностовано хворобу зрощень. Післяопераційні ускладнення в хворих були такі: серома (6,1 %), інфільтрат (3,8 %), нагноєння рани (1,4 %), краєвий некроз (1,1 %). Консервативне лікування: санація рани, розкриття сероми, нефректомія тощо привели до видужання. Рецидиви грижі виникли в 1,2 % випадків у віддаленому періоді. Отже, алопластика в хірургії зайняла пріоритетне місце у виборі методу оперативного лікування ПВГ.

ХЕЛІКОБАКТЕРНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТІ – ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Полянський І. Ю., Гресько М. М., Гресько А. М.
м. Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет

Helicobacter pylori (*H. pylori*) відіграє важливу роль у виникненні запально-деструктивних процесів у порожнистих органах травлення. Перебіг автоімунного запалення, яке ініціюється цим збудником, відбувається під маскою різних захворювань, важко піддається діагностиці і часто призводить до різних ускладнень.

Нами проведено аналіз ролі *H. pylori* у виникненні захворювань жовчовивідних шляхів. Обстежено 33 пацієнти з різними формами холециститу, серед яких переважали жінки. Окрім стандартних методів дослідження, пацієнтам до операції за допомогою ГДФС проводили забір слизової оболонки шлунку для оцінки наявності *H. pylori* за допомогою уреазного тесту. Таким же методом визначали наявність *H. pylori* у стінці різних відділів видаленого жовчного міхура.

У 19 пацієнтів діагностовано хронічний калькульозний холецистит, у 11 – гострий флегмонозний калькульозний, а у 3 – гострий флегмонозний безкам' яний холецистит.

За результатами зіставлення результатів до- та післяопераційного обстеження сформовані 4 кластери:

1-й – 9 пацієнтів, у яких в стінках обстежених органів *H. pylori* не виявлено;

2-й – 8 пацієнтів, у яких в шлунку до операції *H. pylori* не визначався, а в стінці жовчного міхура його виявлено;

3-й – 13 пацієнтів, у яких *H. pylori* виявлено як у шлунку, так і у стінці видаленого жовчного міхура;

4-й – 3 пацієнти, у яких *H. pylori* визначався тільки в стінці жовчного міхура.

Проведені дослідження свідчать про важливу роль *H. pylori* у виникненні захворювань жовчовивідних шляхів – майже у половини обстежених хворих цей збудник виявлявся у стінці жовчного міхура. При цьому чіткої залежності між його наявністю у жовчному міхурі та шлунку не спостерігається, що зумовлює необхідність використання не локальних, а загальних методів діагностики інфікування організму цим збудником.

Отримані попередні результати досліджень розкривають нові напрямки лікування таких пацієнтів і запобігання розвитку різних післяопераційних ускладнень, зумовлених *H. pylori*.

GENETIC ASPECTS OF THE PROGRESS AND COURSE OF SOME ACUTE SURGICAL DISEASES: FROM PROGNOSIS TO CHOOSING INDIVIDUAL TREATMENT METHODICS

Polyansky I., Melnyk I.
Chernivtsi, Ukraine, Bukovinian State Medical University

The individual expressiveness of the manifestations of surgical diseases and the nature of complications prompts the analysis of their causes and mechanisms, the study of the connection with gene variants that regulate these processes.

We have investigated some aspects of the genetic determinism of the course of some acute surgical diseases and their complications.

The dependence of the severity of alteration, exudation and proliferation, inflammatory and destructive tissue changes in acute peritonitis with variants of the interleukin 1-β genotype, which is the basis of the spread of inflammation.

In acute pancreatitis, the nature of destructive processes of the pancreas correlates with polymorphism variants of genes that regulate the intra-acinar activity of proteolytic enzymes.

Violation of the motor-evacuation function of the intestines after operations on the cavitar organs of digestion and the occurrence of paretic intestinal obstruction is highly likely to be correlated with variants of the gene that regulates serotonin reuptake and its activity.

The probability of early sebaceous intestinal obstruction directly depends on gene variants that regulate individual mechanisms of fibrinolytic and collagenase activity of tissues.

The same genetic determinism is characteristic of wounds healing.

The revealed regularities of the genetic determinism of the mechanisms of the occurrence and development of these surgical diseases create the possibility of highly probable prediction of the nature of their course and the development of a new, effective treatment strategy, which consists in the preventive application of a complex of intraoperative measures and drug correction of these processes at the beginning of the disease, before their clinical and laboratory manifestations.

This makes it possible to prevent the progression of damaging mechanisms, reduce their severity, and reduce the risk of various complications.

Such tactics are personalized and allow to significantly improve the results of treatment of patients.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ КІНЦІВОК У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ

Трутяк І. Р., Прохоренко Г. А., Лось Д. В., Медзин В. І., Сельменський А. І.
м. Львів, Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Поранення кінцівок в умовах війни становлять 53–70 % від загальної кількості бойових травм, з яких 25–35 % складають переломи (Заруцький Я. Л. і співавт., 2018; Король С. О., 2019). Серед загальної кількості поранених, які поступили у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР) з лютого по вересень 2022 року поранення кінцівок були у 63,3 %. Із них 17,8 % мали вогнепальні переломи (2,5 % з дефектами кісткової тканини), поранення тільки м'яких тканин були у 34,5 %, поранення кінцівок з ушкодженням магістральних судин – у 1,9 %, множинні переломи – у 59,4 %, а у 10,9 % – бойова травма кінцівок поєднувалась з порожнинними ушкодженнями. З ампутаційними куксами проліковано 5,8 % поранених, з них у 4,3 % ампутації були виконані за первинними показаннями а у 1,5 % – за вторинними, з приводу ускладнень. Нижні кінцівки були ампутовані у 74 % поранених, верхні – у 26 %, а у 3,5 % – дві і більше. Кульові поранення стали причинами бойової травми кінцівок у 10,4 % поранених, осколкові і мінно-вибухові – у 68,1 %, вибухова травма – у 21,5 %.

Лікування бойової травми кінцівок у ВМКЦ ЗР (III, IV і V рівні) полягало у наступному:

- третій етап контролю пошкоджень у поранених з поєднаною травмою,
- корекція апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ),
- повторні і вторинні хірургічні обробки рани з фасціотомією (за потребою), пульс-лаваж, визначення мікробної флори і контамінації рани,
- терапія ран негативним тиском, антибактерійні спейсери, ультразвукова кавітація ран,
- застосування біотехнологій, пластичне закриття ран і дефектів м'яких тканин,
- заміна методу фіксації перелому кісток,
- антибактерійна терапія і загальне лікування,
- реабілітація.

Корекцію накладених АЗФ виконували з метою стабілізації перелому і фіксуючих стрижнів для запобігання стрижньовому остеомієліту, та перемонтаж апарату – для мобілізації суглобів. Завданням повторної хірургічної обробки рани (дебрідмент) була оцінка життєздатності м'яких тканини і кісткових уламків, видалення мертвих тканин з ретельним гемостазом, визначення контамінації рани цитологічно і мікробіологічно з чутливістю до антибактерійних препаратів. Підвищували якість дебрідменту і ефективно знижували бактерійне забруднення рани пульс-лаваж і ультразвукова кавітація. Основними збудниками ранової інфекції у наших пацієнтів були *Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter aerogenes, Proteus vulgaris, Enterococcus faecalis*. Після хірургічної обробки, ретельного промивання, антисептиками з пульс-лаважем число мікробів на грам тканини знижувалось на 2–3 порядки. Тільки в 0,5 % поранених, які поступили у ВМКЦ ЗР, довелось виконати фасціотомію за показаннями ускладнень ранового процесу. Лікування ран методом терапії негативним тиском значно пришвидшило їх підготовку до пластичного закриття. При невеликих дефектах м'яких тканин і непошкоджених покривах навколо застосовували місцеву пластику зі створенням покривів, аналогічних до втрачених, які дозволили подальші хірургічні втручання на кістках. Розщепленими аутодермотрансплантатами закривали великі ранові поверхні, проте створені покриви не дозволяли виконувати внутрішній остеосинтез. Тому у 7,7 % наших пацієнтів була використана пластика м'язовими, шкірно-жировими і шкірно-фасціальними клаптями. Складним залишається вирішення питання про терміни заміни методу зовнішньої фіксації перелому на інтрамедулярний або накісний остеосинтез. Незважаючи на переваги методу фіксації перелому АЗФ, останній має ряд недоліків: це зменшення стабільної фіксації з часом, ризик стрижньової (шприхової) інфекції, суттєва частота незрощень переломів. З огляду на це внутрішній остеосинтез має значні переваги. Для визначення термінів заміни методу фіксації на внутрішній остеосинтез ми керувались рекомендаціями Національного військово-медичного клінічного центру і враховували розміри вогнепальної рани, тривалість її загоєння, стан покривів ділянки операційного втручання і кінцівки, наявність сторонніх тіл, супутньої патології, структурні кісткові зміни, стан ран у місці видалених стрижнів АЗФ, оцінювали кровопостачання тканин після хірургічного відновлення кровоплину, характер мікрофлори, динаміку температурної реакції пацієнта, лабораторні показники лейкоцитів крові, С-реактивного білка і швидкості осідання еритроцитів. Основними причинами ампутацій кінцівок були поширені дефекти м'яких тканин і кісток, які не підлягали реконструкції, з відсутнім прогнозом щодо зрощення кісток та прогресування інфекційно-некротичного процесу, незважаючи на інтенсивне хірургічне і терапевтичне лікування.

Всі поранені після стаціонарного лікування у соматичному відділенні проходили реабілітацію у спеціалізованому відділенні центру і медичних установах області.

ПІСЛЯІН'ЄКЦІЙНІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: СТАН ПИТАННЯ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Хіміч С. Д., Превар А. П., Рауцкіс В. П., Кателян О. В., Фуніков А. В., Кривонос М. І.
м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Нами було вивчено причини виникнення, особливості діагностики та лікування пацієнтів з післяін'єкційними абсцесами (ПА). Для цього було проаналізовано історії хвороб 261 пацієнта з гнійними захворюваннями м'яких тканин, які знаходились під нашим наглядом з 2013 по 2020 рр., з них 20 (7,66 %) – з ПА сідничної ділянки [11 жінок та 9 чоловіків віком від 29 до 85 років, середній вік їх склав (55,2 ± 18,8) років]. У 17 випадках ін'єкції виконувались в домашніх умовах, медперсоналом – 1, ШМД – 1, ЦПМСД – 1. 90 % пацієнтів скаржились на біль, 50 % – на підвищення температури тіла, 85 % – на наявність утворення на сідниці, 60 % – на почервоніння в

місці ін'єкції та 65 % – на неможливість сидіти, ходити. Серед 20 хворих самолікуванням займались 6 (компреси – 3, мазь – 1, зігрівання – 1, йодна сітка – 1). Температура тіла коливалась в межах 37,0–38,9 ºС, (37,9 ± 0,6) °С, а пульс – 68–92 (79 ± 6,5). Лікарські засоби, що викликали ускладнення: Диклофенак – 6 (50 %), Сечогінний засіб – 2, Анальгін – 2, Цефтріаксон – 1, Дімедрол – 1. Середній розмір ділянки інфільтрату був від 12 $см^2$ до 120 $см^2$, (60 ± 20) $см^2$. Лейкоцитоз був від $3,9 \times 10^9$ до 22×10^9, $(8,61 \pm 3,15) \times 10^9$. 18 із 20 хворих прооперовано, двом проведено консервативне лікування. Кількість виділеного вмісту – від 4 мл до 130 мл. У 14 випадках виявлено *Staphylococcus aureus*, 4 – мікроорганізмів не виявлено (у 2 вміст був серозний, ще у 2 – «олеома»). 14 пацієнтам була проведена антибіотикотерапія, середня кількість ліжко-днів – 9,3.

Отже, ПА складають 7,66 % від усіх гнійно-септичних захворювань м'яких тканин. Основна причина їх розвитку (до 90 %) – недотримання правил асептики та антисептики, техніки виконання цих маніпуляцій в домашніх умовах.

ОБ'ЄКТИВНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПОШИРЕНОСТІ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Шурма А. І.

Одним з критеріїв тяжкості гострого перитоніту (ГП) є його поширеність, що визначають тільки візуально. Відомі методи визначення, засновані на опроміненні очеревини лазерним променем, що, однак, передбачає суб'єктивне оцінювання незміненої ділянки очеревини.

Експериментальні дослідження проведені на 50 білих щурах. Очеревину опромінювали лазерними променями з довжинами хвиль (λ) 0,63 мкм і 0,5 мкм, та визначали ширину зони розсіювання лазерного променя (ШЗРЛП) у міліметрах. Контролем були дані 10 інтактних щурів, групою досліду – 40 тварин з моделями ГП (інтраочеревинне введення 10 мл 20 % розчину автокалу на 100 г маси). Після вимірювання ШЗРЛП очеревину забирали на гістологічне дослідження. У дослідних тварин ШЗРЛП вимірювали через 6, 12, 24 та 48 год від ініціації ГП.

В контролі ШЗРЛП у різних ділянках очеревини суттєво не відрізнялася. ШЗРЛП на $\lambda = 0,63$ мкм – (6,2 ± 0,11) мм, на $\lambda = 0,5$ мкм – (6,0 ± 0,15) мм, співвідношення показників дорівнювало 1,1 ± 0,03.

Протягом розвитку ГП ШЗРЛП зростала. Через 6 год показники на $\lambda = 0,63$ були 11,62 ± 0,16, $\lambda = 0,5$ – 6,72 ± 0,12, співвідношення – 1,752 ± 0,04. Через 12 год – на $\lambda = 0,63$ – 13,952 ± 0,16, на $\lambda = 0,5$ – 7,622 ± 0,12, співвідношення – 1,852 ± 0,04. Через 24 год – на $\lambda = 0,63$ – 16,172 ± 0,16, на $\lambda = 0,5$ – 9,522 ± 0,11, співвідношення –1,702 ± 0,02. Через 48 год на $\lambda = 0,63$ – 17,152 ± 0,14, на $\lambda = 0,5$ –10,272 ± 0,11, співвідношення –1,672 ± 0,02. Зміни щоразу статистично істотні.

Гістологічно виявлений серозний ГП через 6 год, а відтак – гнійний.

Викладене свідчить, що використання співвідношення показників ШЗРЛП може бути об'єктивним критерієм наявності ГП без необхідності суб'єктивного оцінювання стану очеревини.

ТРАВМАТОЛОҐІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАБІЛЬНО-ЕЛАСТИЧНОЇ ФІКСАЦІЇ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБА ЗА ПЕДОБАРОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ

Сулима В. С., Філяк Ю. О., Чужак А. В.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Особливо складними щодо діагностики та лікування є хворі (до 18 %) з супутнім пошкодженням синдесмозу. Наукові дискусії тривають щодо вибору ефективного методу стабілізації перелому за допомогою пластини з позиційним гвинтом чи інтрамедулярним цвяхом з еластичною стрічкою-стяжкою (гібридний остеосинтез). Для визначення функціональних результатів лікування існує педобарографічний метод, який за допомогою відомих показників та індексів дозволяє встановити динаміку відновлення функціональної здатності кінцівки.

Мета: порівняти шляхом педобарографічного аналізу функціональні результати методів лікування переломів гомілково-ступневого суглоба.

Матеріали та методи. У 26 хворих I (основної) групи з переломами гомілково-ступневого суглоба 44A3.2-A3.3, 44B2.1-B2,3 та C1.1-C3.3 (за класифікацією AO/ASIF) використали фіксацію малогомілкової кістки інтрамедулярним цвяхом та еластичну стрічку-стяжку (патент № 134463 Україна 25.05.2019). У 10 хворих II (контрольної) групи відповідні структури фіксували пластиною та позиційним гвинтом. Контрольні педобарографічні (Caproon podologie ®, Франція) огляди провели через 14 ± 3, 42 ± 3, 56 ± 3, 168 ± 3 дні відповідно до осьового навантаження кінцівки. Порівняльні та параметричні обчислення статичних і динамічних педобарографічних показників: foot area, stance phase, swing phase здійснили в програмі Statistica 6.0.

Результати. У хворих I групи контрольні огляди на 14 ± 3 та 42 ± 3 дні були можливі через раннє навантаження кінцівки. Хворих II групи не обстежували через небезпеку зламу позиційного шурупа при осьовому навантаженні. Середні статичні показники foot area на 56-й день спостереження у хворих I групи були суттєво кращими – в 1,3 раза ($p \le 0{,}001$), хоча на 168-й день відмінність зменшилась у 1,2 раза ($p \le 0{,}001$). На 56-й день (третій контрольний огляд) динамічні показники тривалості swing phase в II групі перевищували в 0,63 ($p \le 0{,}001$) показники хворих I групи. Це зумовлено значним кульганням хворих II групи на оперовану кінцівку, бажанням контролювати баланс тіла в процесі пересування та контролем небезпеки падіння.

Обстеження динамічних показниках ходи в основній групі спостереження на 168-й день виявили позитивне здовження stance phase (у 0,8 раза) та скорочення swing phase (в 1,3 раза) ($p < 0{,}001$) порівняно з II групою хворих.

Висновки. Суттєва позитивна зміна статичних та динамічних показників педобарографічного обстеження свідчить про переваги гібридного остеосинтезу у відновленні опірності травмованої кінцівки, що дозволяє рекомендувати ефективно впроваджувати метод в повсякденну практику.

ОНКОЛОҐІЯ. ГЕМАТОЛОҐІЯ

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ГОСТРИХ МІЄЛОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ

Барілка В. А., Шалай О. О., Матлан В. Л., Примак С. В., Римар М. М., Новак В. Л.
м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

Автокринні цитокіни, проапоптичний фактор некрозу пухлин (TNF) та рістгальмівний трансформуючий фактор росту бета 1 (TGFβ1), конститутивно секретовані у середовищі гострих лейкемій (ГЛ), можуть інгібувати утворення ліганд/рецепторних комплексів гемопоетичних колонієстимулюючих факторів та порушувати диференціацію бластів.

Метою роботи було визначити концентрацію TNF і TGFβ1 у живильних середовищах (ЖС) мононуклеарів периферичної крові (МНПК), суміш бластів з лімфоцитами, у 19 нелікованих пацієнтів з гострою мієлобластною лейкемією (ГМЛ). Пацієнтів було розподілено на 3 групи (Гр.) за різними варіантами субстратних лейкемічних клітин (М0–М4): у Гр. І – було 5 осіб з М0 (бласти без ознак диференціації), у Гр. ІІ – 5 осіб з М1 (з мінімальними ознаками диференціації); Гр. ІІІ – 9 осіб з М2–М4 (з ознаками диференціації). У ПК всіх обстежених пацієнтів були наявні бласти $(54{,}79 \pm 7{,}85) \times 10^9$/л. ЖС МНПК пацієнтів отримували після 24-годинної інкубації МНПК у поживному середовищі RPMI 1640. Концентрацію TNF і TGFβ1, визначали біологічними методами. Контрольну групу склали 15 здорових осіб.

У загальній групі пацієнтів медіана TNF та TGFβ1 у плазмі ПК хворих достовірно перевищувала дані у здорових осіб ($p < 0{,}01$ та $p < 0{,}05$, відповідно, в обох випадках). У Гр. І виявлено найвищі показники цитокінів у плазмі крові і в ЖС МНПК. У Гр. ІІ медіана TNF у ЖС МНПК становила 0, 21 нг/мл і була вдвічі вищою, ніж у Гр. ІІІ (0,11 нг/мл); $p < 0{,}05$. Також у Гр. ІІ медіана TGFβ1 у ЖС МНПК була вищою (7,18 нг/мл), ніж у гр. ІІІ (5,98 нг/мл), однак не отримала статистичного підтвердження.

Отримані результати вказали на здатність МНПК пацієнтів з ГМЛ виробляти TNF та TGFβ1 у ПК, залежно від варіанту лейкемії. Найвищі показники цитокінів виявлено при варіанті М0, що може вказувати на здатність цитокінів впливати на процеси диференціації гемопоетичних клітин.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ СПАДКОВОМУ СФЕРОЦИТОЗІ, УСКЛАДНЕНОМУ ПАТОЛОГІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Євстахевич Ю. Л., Євстахевич І. Й., Семерак М. М., Інденко Ф. П.,
Книш О. В., Бардах І. Б.
м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

Спадковий сфероцитоз (ССц) – одна із форм спадкових гемолітичних анемій, яка характеризується вродженим дефектом білків мембрани еритроцитів. У 30–40 % цих хворих ССц супроводжується холелітіазом внаслідок посиленого руйнування дефектних еритроцитів у селезінці та гіпербілірубінемії. Посилене жовчовиділення і холелітіаз у частини хворих призводять до виникнення запальних змін у жовчному міхурі із супровідними симптомами (холецистит, холангіт, холедохолітіаз). У таких випадках існують показання до хірургічного лікування ССц – одночасного виконання спленектомії, яка зменшує гемоліз дефектних еритроцитів, та холецистектомії. Проте до сьогодні немає консенсусу щодо терміну і характеру операційного втручання при безсимптомному калькульозі жовчного міхура у хворих на ССц. Протягом останніх 20 років у таких випадках ми віддаємо перевагу органозберігальній операції на жовчному міхурі – холецистолітотомії, яка вже проведена у 61 хворого. Операцію холецистолітотомії виконували після спленектомії. Техніка включає мобілізацію міхуревої протоки, проведення гумової трималки під мобілізовану протоку для регулювання надходження жовчі в порожнину міхура, поздовжню холецистотомію (2 см) в ділянці тіла міхура з наступною літоекстракцією та візуальною або ендоскопічною ревізією його порожнини. Час післяопераційного спостереження становить 20 років. На початку засвоєння техніки операції у 2 хворих знайшли залишені конкременти, а у двох інших повторно прооперованих пацієнтів (через 10–12 місяців) було виявлено холестеринові

конкременти, не пов’язані з гемолізом. Таким чином, після холецистолітотомії у хворих на ССц не виявлено рецидиву пігментних конкрементів, що обґрунтовує доцільність проведення у них органозберігальних операцій на жовчному міхурі.

DIFFUSION INSTABILITY OF THE TUMOR DORMANT STATE AND STANDARD INVASIVE CANCER DIAGNOSTICS

Korpan N. N.
Vienna, Austria, International Institute of Cryosurgery, Rudolfinerhaus Clinic
Kyiv, Ukraine, National Medical University

The stability of the dormant state of tumor cells, which can be activated to proliferate by an unknown mechanism, is a challenging problem. Trigger mechanisms potentially include a threshold change in the intensity of tumor-cell spatial migratory processes, such as during invasive clinical diagnostic interventions. The problem constituted by the antitumor immune response of biological organisms lacks a satisfactory solution, as the inherent questions have not been mathematically formulated. The clinical studies were conducted in a single center and all patients with primary breast cancer (n = 17) and malignant melanoma (n = 16) were randomly selected and diagnosed. The patients have undergone cryo-diagnostics with a view to histological and immunohistochemical investigations. The key hypothetical human malignant tumor prototypical models were created. It was found that the use of ultra-low temperatures has a stabilizing effect on dormant tumor cells, reducing the risk of provoking the beginning of their unlimited reproduction as a result of an invasive diagnostic procedure. To understand the mechanism of such stabilization, a mathematical model of the stability of the dormant state of tumor cells is developed, which generalizes the known model by taking into account the processes of diffusion migration of cells that significantly depend on the temperature regime. The discrete set of ranges of changes in the diffusion coefficients has been established to determine the intensity of cell migration at which diffusion instability of tumor-cell dormancy occurs. The obtained clinical investigations and mathematical estimations may be utilized to facilitate of standard tumor diagnostics and cryogenic diagnostics in living biological matter to solve the problems of dormancy and “sneaking through” of tumors and to identify the connection between them and the problem of the dose-dependent effects of immunotherapy.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ МІЖ ПАРАМЕТРАМИ ПАРАПРОСТАТИЧНОЇ ЖИРОВОЇ КЛІТКОВИНИ ТА БАЛОМ ЗА ШКАЛОЮ ГЛІСОН У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ПРОСТАТИ

Наконечний Й. А., Мицик Ю. О., Боржієвський А. Ц.
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Рак простати (РП) широко розповсюджена патологія, що часто зустрічається у чоловіків працездатного віку. Враховуючи сучасні тенденції, високо актуальним залишається розпрацювання оптимальних алгоритмів ранньої діагностики та тактики лікування пацієнтів з РП. На сьогодні виконано досить велику кількість досліджень щодо зв’язку індексу маси тіла (ІМТ) та РП, проте останні мають досить суперечливі результати. Більший консенсус присутній у роботах, які оцінювали взаємозв’язок між параметрами парапростатичної жирової клітковини (PPFP) та РП.

Мета: дослідити кореляційні взаємозв’язки між PPFP та балом за шкалою Глісон у пацієнтів з РП у стадії $cT_{1\text{-}2}$ на основі результатів МРТ.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 90 пацієнтів з верифікованим РП, яким вимірювали PPFP на основі результатів МРТ. Критеріями включеннями в дослідження були: вік 50–75 років, ПСА 4,1–31,1 нг/мл, МРТ дослідження простати і верифікований РП у стадії $cT_{1\text{-}2}$. PPFP оцінювали на основі даних МРТ. Серед PPFP, що досліджували, виділили: PPFT – товщина парапростатичної жирової клітковини, PPFT-SCFTI – індекс товщини парапростатичної жирової клітковини, PPFA – площа парапростатичної жирової клітковини, PPFA-PAI – індекс площі парапростатичної жирової клітковини, PPFV – об’єм парапростатичної жирової клітковини та PPFV-PVI – індекс об’єму парапростатичної жирової клітковини.

Для визначення взаємозв’язків між параметрами, які аналізували, застосовували непараметричний метод рангової кореляції Спірмена (Spearmen rank order correlations, r).

Результати. При виконанні кореляційного аналізу констатовано сильний, позитивний кореляційний зв'язок між GS та PPFV-PVI, PPFV, PPFA-PAI (r = 0,77; 0,77; 0,75 відповідно), між PPFA, PPFT, PPFT-SCFTI – помірний (r = 0,74; 0,64; 0,59 відповідно).

Висновки. PPFP визначені на основі даних МРТ продемонстрували позитивні кореляційні взаємозв'язки з балом за шкалою Глісон у пацієнтів з РС $cT_{1\text{-}2}$. Подальші дослідження на більших вибірках пацієнтів необхідні з метою валідації рівнів PPFP та методики вимірювання останніх для практичного застосування.

PERSPECTIVES FOR THE CYTOKINE ENDOTHELIAL-MONOCYTE ACTIVATING POLYPEPTIDE II TO BE USED IN NEURO-ONCOLOGY

Shuba I. M.[1], Kornelyuk O. I.[2], Glavatskyi O. Ya.[1], Karpova I. S.[2], Lylo V. V.[2]
[1]*Kyiv, Ukraine, State Institution "Romodanov Institute Neurosurgery, National Academy of Medical Sciences of Ukraine"*
[2]*Kyiv, Ukraine, Institute of Molecular Biology and Genetics, National Academy of Sciences of Ukraine*

Background. Oncological diseases, including primary malignant gliomas, are one of the most important problems of medicine nowadays and the search for new non-toxic chemotherapeutic drugs that can supplement the treatment regimen is extremely relevant. Gliomas are the malignant tumors of the brain and that are most aggressive neoplasm. Gliomas are characterized by high infiltrativeness and an extremely high degree of vascularization. That is why it is advisable to use drugs with antiangiogenic properties. The cytokine endothelial-monocyte activating polypeptide II (EMAP II) has been shown to have these properties. Many studies have shown that one of the possible antiangiogenic mechanism of EMAP II action is the ability to inhibit the binding to of VEGF (vascular endothelial growth factor) to receptors VEGFR-1 and VEGFR-2. In addition, EMAP II has been shown to bind to α5β1-integrin on the surface of endothelial cells, preventing them from adhering to fibronectin. It causes inhibiting endothelial cell proliferation and migration, and consequently inhibits angiogenesis. The ability of EMAP II to stimulate apoptosis to was shown for endothelial cells.

Aim: to investigate if the cytokine EMAP II reveals cytotoxic effect on glioma cells.

Materials and Methods. The cell culture of the human glioma cell line U251MG and the primary culture of gliomas cell extracted from fragments of malignant gliomas tissue after surgical intervention were treated with different concentrations of EMAP II (1.0 pM – 10.0 μM). Cytotoxic effect was determined by MTT test after 24 h of incubation with EMAP II.

Results. The biphasic effect of EMAP II cytotoxicity in the range of low (600.0–700.0 pM) and high (2.0–10.0 μM) concentrations was observed on the cells of the U251GM line. On the primary cells culture we observed three concentration ranges with cytotoxic effects – 20.0–30.0 pM, 600.0–700.0 pM and 10.0 μM.

Conclusion. The cytotoxic effect was showed of the cytokine EMAP II on cells of glioma lines. We think the cytokine EMAP II may be a promising compound to be used in combination with anti-angiogenic and chemotherapeutic drugs, enhancing their effect.

СТОМАТОЛОҐІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРҐІЯ

СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ ФІЗІОЛОГІЧНОГО МІЖЩЕЛЕПОВОГО ПОЛОЖЕННЯ

Вовк Ю. В., Вовк В. Ю.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Будь-яка зміна міжщелепового положення призведе до порушень у гармонійній роботі стоматогнатичної системи (СГС) хворих. Ігнорування встановленням міжщелепового положення у межах фізіологічної норми (ФМП) зумовить появу функціональних порушень навіть при виготовленні естетично найкращих реставраційних робіт. Стан фізіологічної норми складових СГС передбачає центрування скронево-нижньощелепових суглобів, яке забезпечує узгоджену роботу жувальних м'язів без залежності від оклюзійного змикання зубів. При цьому функціонування СГС усуває появу розладів скронево-нижньощелепових суглобів, болю у м'язах та інших симптомів. Це означає, що коли нижня щелепа шарнірно змикається з верхньою, усі зуби рівномірно контактують, без дефлексії нижньої щелепи. Будь-який варіант зміщень зубних контактів призведе до порушення оклюзійної підтримки у центральному співвідношенні, що обумовить зсув суглобів із суглубової ямки та спричинить порушення ФМП. Виявити порушення ФМП можливо за допомогою клінічно-функціональної діагностики. Наша практика та науковий аналіз отриманих результатів доводить, що пропонований алгоритм клінічного обстеження хворих і функціональна діагностика дозволяють здійстити адекватне та ефективне стоматологічне лікування хворих з порушеннями ФМП.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Данко Е. М., Нестеренко М. Л., Горзов Л. Ф.
м. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Цукровий діабет (ЦД) є найпоширенішим ендокринологічним захворюванням та за даними ВООЗ входить до п'ятірки найнебезпечніших хронічних неінфекційних захворювань у світі. Зв'язок ЦД та захворювань тканин пародонту дуже тісний, за даними M. Hong (2016) 43,7% пацієнтів з ЦД мають патології тканин пародонту.

Мета роботи: вивчення стану тканин пародонта у пацієнтів з ЦД 2 типу та їх діагностика для запобігання виникненню захворювань тканин пародонта та їх ускладнень.

Матеріали та методи. На базі Університетської стоматологічної поліклініки було обстежено 110 пацієнтів віком 20–67 років. У 24 пацієнтів віком 38–65 років було виявлено ЦД 2 типу. Всім пацієнтам із ЦД було проведено клінічний огляд та визначення: індексів кровоточивості ясен, Федорова-Володкіної; глибини пародонтальних кишень; рівня глюкози крові; ортопантомограму.

Результати дослідження. У 16,6 % пацієнтів із ЦД 2 типу – клінічно здоровий пародонт, індекс Федорова-Володкіної – 1,26 ± 1,51; у 25 % пацієнтів – запальні захворювання тканин пародонту, 10,4 % – хронічний катаральний гінгівіт, 14,6 % – локалізований пародонтит різного ступеня тяжкості, індекс Федорова-Володкіної – 1,81 ± 2,47, наявність великої кількості зубних відкладень і каріозних порожнин; у 58,4 % пацієнтів – хронічний генералізований пародонтит (ХГП): 37,5 % – ХГП I–II ступенів, а у 20,9 % – ХГП III ступеня, неконтрольований ЦД, індекс Федорова-Володкіної 2,49 ± 3,85, наявна велика кількість твердих та м'яких зубних відкладень.

Висновки. У 83,4 % пацієнтів з ЦД 2 типу виявлені захворювання тканин пародонту. У 58,4 % пацієнтів – ХГП I–III ступенів, незадовільна гігієна порожнини рота. Дані обстеження вказують на необхідність ранньої діагностики і проведення профілактичних заходів щодо запобігання виникненню ускладнень захворювань тканин пародонта у пацієнтів з ЦД 2 типу.

МОРФОГЕНЕТИЧНІ ПОЛЯ ТА НОВИЙ ПОГЛЯД НА ЗАКОНОМІРНОСТІ ТОПОГРАФІЇ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ

Демчина Г. Р., Гриновець В. С., Петришин О. А.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Новий погляд на концепцію морфогенетичних полів став можливим завдяки широкому впровадженню конусно-променевої томографії та виявлення топографії, анатомії системи кореневих каналів зубів. Зубна система і кожен зуб зокрема підлягають сильному генному контролю. Повна конкордантність монозиготних близнят за зовнішніми морфологічними ознаками перших нижніх постійних молярів (одонтогліфікою) [Г. Демчина, 2002] свідчить про їхню повну генетичну детермінацію. Перші моляри вважаються ключовими зубами, а ділянки максимальної експресивності та пенетрантності генів є полюсами морфогенетичних полів і захоплюють медіальну межу класу. Саме у медіальних коренях слід сподіватися додаткових каналів, оскільки у медіальній межі зуба проявляється найбільша експресія генів, а отже в період закладки, гістогенезу та диференціації морфологічні ознаки будуть найбільш вираженими. Частота поширеності додаткового медіально щічного каналу (MB2) за літературними даними 48–59 % [Wolcott 2005; Stefano Corbella, 2013]. Ендодонтичне лікування із застосування конусно-променевої томографії та оптичного збільшення дозволили нам виявити додатковий щічний канал в медіальному корені першого верхнього моляра у 60 % випадків.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИСКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ ЯК ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ОПЦІЇ ПРИ АТРОФІЇ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Гудзан Я. С., Варес Я. Е., Штибель Н. В., Варес Я. Я.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема заміщення дефектів зубного ряду у дистальних відділах нижньої щелепи (НЩ) не втрачає своєї актуальності. Однією з альтернативних терапевтичних опцій, яка дозволяє мінімізувати або уникнути низки передімплантаційних хірургічних втручань, спрямованих на збільшення об’єму кісткової тканини, є використання так званих дискових дентальних імплантатів (ДДІ).

Метою нашої роботи був аналіз результатів застосування ДДІ для заміщення дефектів дистальних відділів НЩ.

Матеріали і методи. Було обстежено та проведено лікування 10 пацієнтів (чоловіків – 3, жінок – 7) віком 45–72 роки з наявністю одно-, двобічних кінцевих дефектів або повною адентією НЩ. Встановлено 22 ДДІ BOI® (Ihde Dental AG, Швейцарія), які поєднувались з одноетапними гвинтовими компресійними імплантатами KOS®, TPG® Uno (Ihde Dental AG, Швейцарія) з їх негайним навантаженням упродовж 3-4 днів. Контрольні огляди пацієнтів проводились у терміни 1, 3, 6, 12, 24, 48 місяців після імплантації. Конусно-променеву комп’ютерну томографію НЩ проводили на 6–9-му та 24-му місяцях.

Результати та висновки. Під час контрольних клінічно-рентгенологічних оглядів через 12 міс. після імплантації 20 (90,9 %) із 22 встановлених ДДІ були стабільними, безболісними при перкусії, без ознак мукозиту чи періімплантиту, рентгенологічно остеоінтегрованими. В жодному з випадків не було констатовано ускладнень у вигляді прямого механічного пошкодження стінок нижньощелепного каналу дисковими компонентами імплантатів. Відтак, встановлення ДДІ у дистальних відділах НЩ є альтернативою загальноприйнятим методикам передімплантаційної хірургічної підготовки та дозволяє в найстисліші терміни відновити функціональний статус зубо-щелепної системи завдяки реалізації протоколу негайного навантаження імплантатів.

ПРИЖИТТЄВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ПОВЕРХНІ ЕМАЛІ У СКАНУВАЛЬНОМУ ЕЛЕКТРОННОМУ МІКРОСКОПІ МЕТОДОМ РЕПЛІК

Довганик В. В., Гриновець В. В., Синиця В. В.
м. Львів, Львівський національний медичний університет ім.. Данила Галицького

Нами вперше розпрацьована методика прижиттєвого визначення морфологічних змін поверхні емалі на етапах медикаментного лікування дисколоритів зубів, опрацьованих 15 % та 30 % препаратом ПК. Суттєвою перевагою цього методу є можливість аналізу *in vivo* змін ультраструктури поверхні емалі при неінвазійному методі лікування твердих тканин зуба.

Матеріали і методи дослідження. З ретельно очищеної та просушеної поверхні зуба отримували репліку матеріалом „Block-out resin" та вивчали контактну (щодо емалі) поверхню зразка під CEM ISI DS-130C ("Akashi", Японія) за методом Шиммель Т. Аналіз зображення об'єкта проводили за допомогою Y-модуляції отриманого зображення (відчитування сигналів, що змінює нормальне Z-модульоване зображення у Y-модуляцію, через зміщення яскравих поверхонь зразка по вертикальній осі). Це є своєрідне дослідження, яке раніше не застосовували, проте воно дозволяє просторово охарактеризувати поверхню об'єкта.

Результати дослідження. Вивчаючи результати дослідження зразків, отриманих на етапах вибілювання зубів, при збільшенні у 1500 разів можна конкретизувати текстурні характеристики емалі, призм та міжпризматичного простору. Дослідження мікрофотографій впродовж та після сеансів вибілювання зубів свідчить про відсутність назубних утворень, чітко вираженого рельєфу поверхні емалі, прослідковується конфігурація призм і оточуючих її канавок, не змінилися розміри та кількість мікропор, появу у міжкристалічному просторі емалі поодиноких заглиблень. Отримані зміни є ознакою впливу ПК на органічні молекули пігментів. Руйнування їхніх подвійних вуглецевих зв'язків спричиняє зміни у міжпризматичній речовині. Проте ці зміни є оборотними, а використання ремінералізувальних засобів сприяє швидшому відновленню структури емалі.

МОРФОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ ЯК ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ФІСУР У ДІТЕЙ

Іванчишин В. В., Стадник У. О., Фурдичко А.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У розвитку карієсу вагоме значення має ротова рідина, оскільки це комплексна біохімічна рідина, що забезпечує мінералізацію тканин зуба після їх прорізування. Тому вивчення мінералізувальних властивостей ротової рідини як маркера ефективності методів профілактики карієсу фісур постійних зубів у дітей є актуальним.

Метою дослідження було дослідити морфологічні властивості ротової рідини під час застосування розпрацьованого комплексу заходів для профілактики карієсу фісур перших постійних молярів у дітей, який включав гігієнічне навчання дітей, професійну гігієну порожнини рота, використання зубних паст з фтором, герметизацію фісур відразу після прорізування зуба, місцеву ремінералізувальну терапію. Для оцінки його ефективності обстежено 62 дитини віком 6 років з карієсом фісур перших постійних молярів. Дослідження кристалоутворення ротової рідини проводили за методикою П.А. Леуса, мінералізувальний потенціал ротової рідини виражали середнім балом залежно від виявлених типів кристалів.

Аналіз результатів дослідження показав, що на початку спостереження у більшості дітей у ротовій рідині переважали кристали II типу а через два роки – кристали I типу: (43,46 ± 3,23) % і (48,41 ±4,23) % випадків, відповідно. У дітей, які отримували комплекс профілактичних заходів, мінералізувальний потенціал ротової рідини зростав впродовж усього терміну спостереження.

Таким чином, отримані результати вказують на те, що запропонований комплекс є достатньо ефективним.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНІК ПРИ ЛІКУВАННІ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Могитич Д. М., Могитич М. М.
м. Тернопіль, стоматологічна клініка «M-Dental»

Техніка висікання «відкритого вікна» (ВВ) являє собою усунення твердих і м'яких тканин навколо ретенованого зуба (РЗ) вздовж напрямку бажаного шляху прорізування. Оголюється коронка зуба до емалево-цементного з'єднання, рана покривається пародонтальною пов'язкою, щоб сприяти спонтанному прорізуванню РЗ.

Метод апікально зміщеного клаптя (АЗК) передбачає вертикальний розріз і відшарування клаптя, люксацію зуба і ушивання рани. Рідко застосовується через некомфортне загоєння рани і тенденцію до утворення рубця.

Закрите прорізування (ЗП) також передбачає формування клаптя, усунення кісткової тканини над РЗ і його тракцію до оклюзійної площини, ушивання рани. Цей метод добре прогнозований і симулює природне прорізування зуба.

Підокісний тунельний доступ з вертикальним розрізом (VISTA) – безклаптева хірургічна техніка з мінімальною травмою для м'яких тканин з добрим хірургічним доступом і високим комфортом для пацієнта. Здійснюється два вертикальних розрізи і тракція РЗ еластичним ланцюжком через підокісний тунель з опорою на мініімплант (МІ).

ВВ техніка оптимальна для більшості піднебінно розташованих РЗ, і не передбачає проблем з формуванням кератинізованих ясен навколо прорізаного зуба.

Метод ЗП рекомендований для лабіальноретенованих зубів, які розміщені апікально, можливі проблеми з кератинізованими яснами прорізаного зуба.

АЗК показаний при лабіальних РЗ, але які розміщені більш коронально.

Методика VISTA з кістковою опорою на МІ показана для складних випадків ретенції зубів, зокрема з високим вестибулярним розташуванням, з транспозицією, горизонтально розміщених РЗ.

ЕФЕКТИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ПРЯМИМИ РЕСТАВРАЦІЯМИ КОНТАКТНОГО ПУНКТУ ЖУВАЛЬНИХ ЗУБІВ

Могитич М. М., Могитич Д. М.
м. Тернопіль, стоматологічна клініка «M-Dental»

Лікування жувальних зубів з відновленням контактного пункту вимагає чіткого дотримання протоколу і послідовності клінічних етапів.

Після повної ізоляції робочого поля системою раббердам, виконується препарування контактних поверхонь, повне очищення від нежиттєздатних і каріозних тканин, піскоструминна обробка оксидом алюмінію (розмір частинок 27 мікрон), апроксимальне полірування смужками або дисками.

Фіксація матричної системи: тонка металева контурна матриця повинна охоплювати краї порожнини на проксимальній поверхні , повторювати анатомічну форму контактної поверхні зуба. Фіксація матриці відбувається за допомогою дерев'яного/пластмасового клина і матричного кільця. Додаткова стабілізація клина відбувається за допомогою ущільнення тефлонової стрічки в місці контакту або рідкого кофердаму.

Після виконання адгезивного протоколу, на дентин дна та стінок наносився тонкий прошарок текучого композиту, зокрема SDR, до емалево-дентинного з'єднання. Завдяки виділенню фтору, матеріал виконує роль ізолюючої прокладки та адаптивного шару. Тонкою гладилкою матриця підтискається до сусіднього зуба для створення щільного контактного пункту перед фотополімеризацією.

Побудова стінки відбувається фотополімерним композитом (спочатку дистальна, потім медіальна). Відновлення анатомічної форми зуба – пакуємим композитом відповідного кольору з використанням пошарової техніки і подальшим шліфуванням та поліруванням пломби.

Як показують результати, дотримання всіх етапів і правильна постановка та адаптація матричної системи, дозволяють отримати прогнозований результат і зекономити час лікаря.

КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Петришин О. А.[1], Дерейко Л. В.[2], Сулим Ю. В.[1]
[1]*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*
[2]*м. Львів, стоматологічна клініка «Пародент»*

Висока поширеність захворювань пародонта серед різних груп населення виділяє цю проблему в число найважливіших проблем сучасної стоматології. За даними експертів ВООЗ 80 % школярів у різних країнах мають патологію пародонта, а серед дорослих вона зустрічається майже у 100 % випадків. Розповсюдженість захворювань пародонта серед населення України складає 81,5 %.

Незаперечно пріоритетна роль у виникненні запального процесу в пародонті належить інфекційному фактору, тому профілактика і своєчасне лікування набувають важливого значення. Однак, навіть найсучасніші методи професійної гігієни та методики лікування можуть звестися нанівець, якщо пацієнти не мотивовані щодо індивідуальної гігієни порожнини рота.

Індивідуальна гігієна порожнини рота має на меті регулярне та ретельне видалення залишків їжі й зубного нальоту з усіх поверхонь зубів за допомогою індивідуальних засобів та предметів гігієни (зубна щітка, пасти тощо). Вона полягає у пропаганді знань і навчанні методів раціональної гігієни порожнини рота; мотивації пацієнтів; призначенні індивідуального комплексу засобів та методів гігієни; контролі за підтриманням гігієнічного стану порожнини рота. Підхід до гігієни порожнини рота повинен бути суворо індивідуальним. Вона не замінює, а лише доповнює лікувальні маніпуляції лікаря-стоматолога.

Індивідуальна гігієна порожнини рота у профілактиці захворювань пародонта: підвищує та закріплює ефективність лікування; запобігає загостренню основного захворювання і виникненню різних ускладнень; має відчутні переваги перед іншими методами профілактики, оскільки є простим, масовим, загальнодоступним та ефективним методом запобігання захворюванню зубів і тканин пародонта.

REATTACHMENT OF DEBONDED TOOTH TO ADHESIVE FIBER-REINFORCED COMPOSITE ANTERIOR PERIODONTAL SPLINT

Pidlisnyi R.
Lviv, Ukraine, Lviv National Medical University

Tooth debonding from adhesive fiber-reinforced composite anterior periodontal splint without the fracture of fiber-reinforced framework is one of the possible complications after adhesive fiber-reinforced composite periodontal splinting. In cases with only one debonded tooth the splint removal with its subsequent adhesive luting is not the preferred option due to possible framework damage and further need for new splint fabrication that is time-consuming and expensive. The adhesive reattachment of debonded tooth to fiber-reinforced composite periodontal splint can be performed using a flowable or high-viscosity composite after thorough cleaning of corresponding surfaces. This repair procedure can be challenging since the optimal air abrasion technique has a very limited possibility to effectively clean and create roughness on enamel/dentine surfaces of debonded tooth as well as on the inner surface of composite framework due to their poor accessibility.

The purpose of this study was to develop the technique for an adhesive reattachment of tooth after its debonding from adhesive fiber-reinforced composite anterior periodontal splint and to clinically test its effectiveness.

Materials and methods. 2 adhesive protocols were used (with fiberglass tape liner and without it). The first (8 patients) included cleaning and roughening of surfaces with medium and fine grit diamond burs followed by rubberdam application and alumina intraoral sandblasting, total etching with phosphoric acid gel (UltraEtch (Ultradent)), rinsing with water spray, application and light-curing of adhesive (PQ1(Ultradent)), application and light-curing of restorative composite material (high-viscosity (Filtek Z250 (3M ESPE) – 4 patients (protocol A1)), or low-viscosity (Tetric Flow (Ivoclar) – 4 patients (protocol A2)). The second group (protocol B) included the same basic technique for flowable composite (A2) with the additional placement of fiberglass tape (Jen-Fiber Tape (Jen-Dental)) impregnated with light-curing adhesive (Heliobond (Ivoclar)) that was inserted in the post-preparation space created with diamond bur after surface cleaning and roughening. Protocol B was used in 4 patients with recurrent

debonding after the implementation of protocols A1 and A2 as well as in 5 patients with no previous debonding.

Results. After observation period (up to 12 years) in 2 patients after implementation of protocol A1 and 2 patients after implementation of protocol A2 the recurrent adhesive debonding of the same tooth was noted after 1–10 months of service; no cohesive failures within composite were found. These patients were subsequently treated by protocol B using the fiberglass liner. Since there were no debondings after performing the protocol B in these patients, all new patients with tooth debonding were treated according to protocol B, and the survival rate was 100 % after observation period of 8–12 years, compared with 50 % survival rate of protocol A.

Conclusions. Since the effectiveness of fiber-reinforced composite liner in dentistry had been shown previously for intraoral repair of chipping veneering material from metal substructure and other procedures, this study indicates that the usage of fiberglass-composite liner seems to be a valuable option for adhesive reattachment of debonded tooth during adhesive fiber-reinforced composite anterior periodontal splint repair. The small quantity of patients in this study is one of its limitations that indicate the need for further research.

CLINICAL-STATISTICAL STUDY OF THE NUTRITION INFLUENCE ON THE PREVAENCE OF CARIES

Ripetska O., Hrynovets V., Buchkovska A., Deneha I.
Lviv, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Nutrition influence on the development of dental caries remains an actual problem in dentistry.

The data of inquiry of 18–30years old persons was the base for the investigations. Generally, the consumption of dairy products, vegetables, fruit, meat, bread, and sweets was studied, consumed food products per week was taken as a quantitative characteristic.

The questionnaire consisted of three parts:

- the first part included the inquiry as to the consumption of definite types of food products and drinks, as well as going in for sports and smoking;
- the second part contained questions and answers as to hygienic habits, i.e. oral hygiene (tooth brushing, types of toothpastes, etc.);
- the third part was oriented on the diagnosis of the condition of teeth.

Conclusions. The greatest influence on the teeth' disease has two groups of products – dairy and vegetables, fruits. For boys, there are optimal limits of these products consumption, reduction or increase of them leads to an increase in the number of caries. Compared to boys for girls, the consumption's effect is much weaker.

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ У ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВУ ДІЛЯНКУ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЩЛХ ВІДДІЛЕНЬ

Угрин М. М.
Національна спілка стоматологів України

Поранення щелепно–лицевої ділянки завжди займали особливе місце серед усіх інших поранень, не тільки в силу анатомічних особливостей і багатофункціональності, а перш за все внаслідок соціальної функції обличчя, важкості їх сприйняття як самими пораненими, так і оточенням. Все це вимагає не тільки порятунку життя поранених, але й максимально повної реабілітації – реконструктивних і пластичних операцій з максимальним відновленням функції та естетики з використанням ектопротезування і зубного протезування за найновішими методиками.

Ця проблема докладно описана в книзі відомого щелепно-лицевого хірурга Ліндсі Фіцгарріс з Нової Зеландії, ще за часів Першої світової війни (Lindsey Fitzharris, «The facemaker»).

Незважаючи на віддалений на 100 років період, основні проблеми залишаються такими самими, як і певні методики – використання шин Тігерштедта, або подібних; відсутність систематизації, побудови логістики та етапності лікування, різні погляди і протоколи лікування, відсутність достовірної статистики та аналізу за принципами доказової медицини, недостатнє матеріально-технічне забезпечення.

Події під час АТО/ООС вже тоді показали непідготовленість щелепно-лицевих відділень військових, цивільних та університетських клінік до зміни парадигми лікування і широкого запровадження металоостеосинтезу як основної методики лікування цих поранень.

Кричущим фактом є те, що від 2014 року, після окупації Луганська, де залишилося ЩЛХ відділення, на підконтрольній Україні території Луганської області так і не відновили роботу цього вкрай важливого відділення, але при цьому було отримано сім (!) Державних премій в галузі стоматології, з них три зі ЩДХ, за організацію стоматологічної допомоги в зоні АТО/ООС і жоден з лауреатів не був там особисто!

За нашими даними, за весь цей період ні медичною службою МО України, ні МОЗ України не проводилося регулярних закупівель ні пластин, ні гвинтів, вже не кажучи про спеціальне обладнання та інструменти.

Від початку повномасштабної війни РФ проти України статистично підтверджено такі види поранень: 40 % уражень щелепно-лицевої ділянки, в основному це 35 % мінно-вибухові, невеликий відсоток стріляних ран і 60 % – кінцівки. У зв'язку з цим гостро постало питання з масовими поступленнями поранених, проблемами евакуації, відсутністю необхідного обладнання, інструментів та матеріалів!

Знаючи ці проблеми, Благодійний фонд Мирона Угрина, Благодійний фонд Сімонаса Грибаускаса (Литва), професорів Малґожати та Яна Пєтруских (Польща), колег з Австрії, Італії, Франції, США, Канади та ін. розробили систему забезпечення необхідними матеріалами практично всіх ЩЛХ відділень військових шпиталів, частини цивільних та університетських клінік, про що буде викладено в доповіді.

ОЦІНКА ЗАГОЄННЯ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ ЛУНОК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АВТОЛОГІЧНОГО ДЕНТИН-ГРАФТУ

Федин Ю. І., Варес Я. Е., Штибель Н. В., Варес Я. Я.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Загоєння лунки видаленого зуба (ЛВЗ) супроводжується значними просторовими змінами альвеолярної кістки у вигляді її резорбції та деформації, що створює несприятливі умови для дентальної імплантації та протетичної реабілітації. Поєднання автологічного дентин-графту (АДГ), зі збагаченим тромбоцитами фібрином (ЗТФ) може бути перспективною терапевтичною опцією для заміщення ЛВЗ.

Мета – апробація та клінічна оцінка ефективності застосування АДГ у поєднанні зі ЗТФ при заміщенні ЛВЗ з біляверхівковою патологією.

Матеріали і методи. Проведено обстеження та лікування 20 хворих (12 жінок та 8 чоловіків віком (28,23 ± 7,78) років) із біляверхівковою патологією, що не підлягала консервативному лікуванню. Після атравматичного видалення зуба, ЛВЗ заповнювали композицією АДГ, приготованого за допомогою пристрою Smart dentin grinder (KometaBio, США), та ЗТФ (основна група) або лише ЗТФ (група порівняння). Контрольні клінічні огляди проводили на 1, 3, 10, 14-й дні. КПКТ нижньої щелепи проводили на 3-му та 6-му місяці (Vatech Green 16 (Vatech, Південна Корея)) з метою визначення обсягу кістковотканинної втрати по вертикалі та горизонталі.

Результати. Термін повної епітелізації ЛВЗ становив (13,2 ± 0,84) доби. При дослідженні вертикальної втрати кісткової тканини встановлено, що через 3 міс. після операції цей показник становив (8,59 ± 0,69) мм в основній групі та (8,85 ± 0,44) мм у групі порівняння. Через 6 міс. – (9,08 ± 0,43) мм та (10,52 ± 0,75) мм відповідно. Ширина альвеолярного відростка на рівні середини ЛВЗ через 3 міс. після операції становила (7,13 ± 0,4) мм в основній групі та (6,76 ± 0,54) мм у групі порівняння. Через 6 міс. – (6,98 ± 0,4) мм та (6,51 ± 0,51) мм відповідно.

Висновки. Застосування композиції АДГ зі ЗТФ доводить свою ефективність при заміщенні ЛВЗ з біляверхівковою патологією.

ВПЛИВ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ

Шило М. М., Януш В. Я.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Сучасні дослідження вказують на те, що соматичні захворювання у 85 % випадків є супутніми та активізують патологічний процес у пародонті, що вказує на їхню роль в етіології та патогенезі захворювань пародонта. Метою даного дослідження було вивчення впливу неспецифічних запальних захворювань органів дихання на стан тканин пародонта у дітей.

Обстежено 75 дітей віком від 6 до 14 років з неспецифічними запальними захворюваннями органів дихання, серед яких у 48 діагностовано гостру позашпитальну пневмонію (I група), у 27 – бронхіальну астму (II група). Контрольна група – 15 практично здорових дітей. Стан тканин пародонта оцінювали на основі клінічних даних, індексу PMA, індексу CPITN, проби Шиллєра-Писарєва, індексу Федорова–Володкіної.

Частота ураження тканин пародонта в I групі виявлена у 32 (68,0 ± 0,8 %) дітей, у II групі – у 14 (56,0 ± 0,14 %) дітей. Патологію тканин пародонта у вигляді катарального гінгівіту спостерігали у 20 (42,5 ± 2,16 %) дітей I і 9 (36,0 ± 1,10 %) дітей II груп, пародонтиту – у 12 (25,5 ± 2,2 %) і 5 (20,0 ± 2,10 %), відповідно. У більшості катаральний гінгівіт мав хронічний характер і лише у 20,83 % – гострий. Індекс PMA зріс у 2 рази у дітей груп обстеження порівняно з контролем. Індекс CPITN в обох групах становив в середньому 1 бал. Індекс Федорова–Володкіної був незадовільним у 19 (40,43 ± 1,12 %) дітей I і 10 (40,0 ± 1,8 %) II груп; поганим у 16 (34,04 ± 2,4 %) і 12 (25,53 ± 1,5 %) та дуже поганий – у 8 (32,0 ± 1,8 %) і 7 (28,0 ± 1,6 %) відповідно. Отримані результати свідчать про вплив на стан тканин пародонта неспецифічних захворювань органів дихання.

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПОЄДНАННЯ ЗМІЩЕНЬ СУГЛОБОВИХ ДИСКІВ ІЗ ЗАПАЛЬНО-ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ХВОРОБАМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ (огляд літератури)

Штибель Д. В., Кулінченко Р. В., Штибель В. Г., Кулінченко Н. Т.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Серед хворих на скронево-нижньощелепні розлади (СНР) у кожного – (51,8 ± 4,7) % спостерігається одночасний перебіг двох і більше розладів. Ці клінічні випадки є особливо складними в діагностиці та лікуванні і потребують залучення різних променевих обстежень [Кулінченко Р.В., 2016]. Одним з найчастіших є поєднання зміщень суглобового диска (ЗСД) із запально-дегенеративними хворобами (ЗДХ) скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) [de Melo Júnior P.C., 2019].

Мета: проаналізувати сучасні променеві методи обстеження у діагностиці поєднання ЗСД із ЗДХ СНЩС.

Матеріал та методи. Опрацювали джерела науково-медичної інформації в науковометричних базах NCBI PubMed, DOAJ та НБУВ. Пошук проводили за ключовими словами: скронево-нижньощелепний суглоб, зміщення суглобового диска, запально-дегенеративні хвороби, променеве обстеження. Період пошуку 2017–2022 роки. Для аналізу за визначеними критеріями включення та виключення відібрали 52 статті.

Результати. В даний час магнітно-резонансна томографія (МРТ) та конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) вважаються стандартом візуалізації для оцінки СНЩС [Almedia F.T., 2019]. Особливо актуальним є використання динамічної послідовності МРТ-образів у діагностиці поєднання ЗСД із ЗДХ СНЩС [Xiong X., 2021]. Також, автори пропонують застосовувати ультрасонографію (УСГ), яка дозволяє оцінити як м'якотканинні, так і субхондральні структури, що є важливим під час діагностики поєднаних суглобових СНР [Maranini B., 2022; Yilmaz D., 2019]. Проте використання УСГ в діагностиці СНР вимагає стандартизації протоколу обстеження, а також подальших досліджень для оцінки його ефективності [Klatkiewicz T., 2018].

Висновки. Для променевої діагностики поєднання ЗСД та ЗДХ СНЩС найчастіше використовують КПКТ, МРТ-образи та їх динамічні послідовності, УСГ. Дослідники наголошують на важливості вдосконалення та стандартизації протоколів променевого обстеження СНЩС.

ФАРМАКОЛОҐІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОҐІЯ, ТОКСИКОЛОҐІЯ

ПОСТКОВІДНІ ГЕПАТОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Пінський Л. Л., Моргун Д. Г., Хайтович М. В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Наявність хронічної патології печінки до початку COVID-19, цитокіновий стрес, агресивне лікування протягом гострого періоду цієї інфекції, наявність цукрового діабету 2 типу є потенційними факторами, які призводять до несприятливих наслідків COVID-19. Серед них важливе значення має збільшення інтенсивності цитолізу гепатоцитів і холестаз.

До 1-ї групи були включені 37 пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу, неалкогольним стеатогепатитом (помірна активність, малий ступінь фіброзу печінки); до 2-ї групи – 35 пацієнтів, які до початку COVID-19 не мали ознак розладів вуглеводного обміну та хронічної патології печінки.

За результатами аналізу лабораторних показників нами встановлено, що в 1-й групі в гострому періоді активність АлАТ та АсАТ вірогідно перевищувала показники донорів в 2,3 і 2,1 раза відповідно ($p < 0,001$ за Mann-Whithney). В постковідному періоді активність ферментів цитолізу зберігалася підвищеною в 2,4 та 2,1 раза ($p > 0,1$ за Wilcoxon; F = 19,4; F=16,1 відповідно; $p < 0,001$). Показники холестазу (гамма-глутамілтранспептидаза та лужна фосфатаза) були більші від показників норми в 2,2 та 1,9 раза, інтенсивність холестазу зберігалася і в постковідному періоді ($p > 0,1$ за Wilcoxon; F = 18,3; F = 14,9 відповідно; $p < 0,01$).

У пацієнтів 2-ї групи вираженість цитолізу та холестазу була вірогідно меншою ($p < 0,001$ за Mann-Whithney); в постковідному періоді в переважній більшості випадків (у 22 з 35 пацієнтів; 62,9 %) біохімічні показники повернулись до нормальних значень.

ПОТЕНЦІЙНО НЕБЕЗПЕЧНІ КОМБІНАЦІЇ РИВАРОКСАБАНУ З КАРДІОТРОПНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Пінський Л. Л., Ільченко Д. О., Хайтович М. В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Попередження розвитку імунотромботичних ускладнень у хворих на COVID-19 є нагальною проблемою сучасної медицини. В амбулаторних умовах та в періоді реабілітації після перенесеної інфекції SARS-Cov-2 рекомендують призначати ривароксабан (РРБ) – прямий інгібітор фактора Ха. Метаболізм РРБ здійснюють ізоферменти CYP 3A4, CYP 2J2, також РРБ є субстратом для білків-переносників P-gp (Р-глікопротеїну) та BCR-P (білка резистентності до раку молочної залози).

Нами були проаналізовані потенційно небезпечні комбінації РРБ із групою антигіпертензивних, антиаритмічних лікарських засобів та статинів.

При аналізі бази даних DRUGBank було встановлено, що метаболізм РРБ може бути зниженим при поєднанні з аміодароном, що підвищує ймовірність кровотеч. При одночасному призначенні цього непрямого антикоагулянта зі статинами (аторвастатином, ловастатином, правастатином) може спостерігатися стан гіпокоагуляції. Концентрація ривароксабану в сироватці крові може підвищитися при одночасному застосуванні з бета-блокаторами: бісопрололом, карведилолом, лабеталолом, метопрололом, пропранололом. Також метаболізм РРБ може бути зниженим при поєднанні з блокаторами кальцієвих каналів: верапамілом, дилтіаземом, ніфедипіном, нікардипіном. Особливе місце займає одночасне призначення РРБ з дигоксином, що може призвести до підвищення концентрації цього кардіоглікозиду в сироватці крові та обумовити дигіталісну інтоксикацію.

СПОРТИВНА, ВІЙСЬКОВА, КОСМІЧНА МЕДИЦИНА

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ВІЙНА У СВІДОМОСТЯХ

Іванців Р. П.[1], Іванців-Гріга І. С.[2]
[1]*м. Львів, Львівський військово-медичний клінічний центр Державної прикордонної служби України*
[2]*м. Львів, Львівський медичний університет імені Данила Галицького*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – крайній прояв сильного стресу, що загрожує життю людини. Він починає проявлятися приблизно через півроку після травматичної події. Сьогодні виділяють такі групи чинників, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР: інтенсивність травмуючої події, її тривалість, несподіваність і неконтрольованість; сила захисних механізмів особистості та наявність соціальної підтримки; особисті фактори ризику.

ПТСР виникає після гострого стресового розладу або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 міс. або зрідка – до декількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше 3 міс., хронічний, коли симптоматика проявляється протягом 3 міс. і більше. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 міс. після травматичної події, розлад визначається як ПТСР із пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості. Найбільш вразливими є люди у віці до 22 або старше 30 років. Щодо гендерних особливостей науковці зазначають, що у 8 % чоловіків та 20 % жінок розвивається ПТСР після травмуючих подій. Діти та підлітки теж перебувають у зоні ризику щодо розвитку ПТСР. Одним із видів стресових подій, який асоційований з розвитком ПТСР, є так званий “war zone stress” (стрес внаслідок перебування в зоні бойових дій). Результати закордонних досліджень демонструють значне підвищення ризику ПТСР у осіб, які пережили цей вид стресу, як цивільних, так і військових [1, 3].

В Україні було проведено дослідження з оцінки масштабу проблеми ПТСР і клінічно значущих тривоги та депресії серед військових, які брали участь в бойових діях, і медичного персоналу, який надавав допомогу пораненим бійцям. Симптоми ПТСР мали 20 % з обстежуваної вибірки без статистично значущої різниці між чоловіками та жінками. Симптоми ПТСР значно посилювалися з часом перебування в зоні антитерористичної операції (АТО) та були достовірно більш вираженими серед одружених осіб, ніж у неодружених. 33,3 % вибірки мали як мінімум пограничний рівень тривоги при достовірно більшій вираженості серед жінок порівняно з чоловіками.

Міністерство охорони здоров’я України затвердило стандарти медичної допомоги при ПТСР, а саме Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», «Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах», «Посттравматичний стресовий розлад» [2].

Отже, війна в України спровокувала хвилю проблем, серед яких бойові психічні розлади посідають чільне місце і потребують соціально-психологічної реабілітації та адаптації вояків. У будь-яку мить бойовий стрес може нагадати про себе різними проявами. Психологічна допомога і медична реабілітація дозволять полегшити процес адаптації військовослужбовців до умов мирного часу. Якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи.

Список використаних джерел

1. Чабан О. С., Безшейко В. Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції [Електронний ресурс]. *Український вісник психоневрології.* 2017. Т. 25, вип. 2 (91). Режим доступу: https://uvnpn.com.ua/upload/iblock/77c/77c643e2c9087260508345602ed40467.pdf.
2. Устінов О. В. Затверджено протокол медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.umj.com.ua/article/93647/zatverdzheno-protokol-medichnoi-dopomogi-pri-posttravmatichnomu-stresovomu-rozladi.
3. Trauma and the war generation : Reports of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbanks, et al. London : Brunner Mazel Publishers, 1990. 352 p.

ГЕРОНТОЛОҐІЯ, ПРОФПАТОЛОҐІЯ

ПРОЛЕЖНІ (ДЕКУБІТАЛЬНІ ВИРАЗКИ), ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВІДДІЛЕННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

Чуловський Я. Б.[1], Вергун А. Р.[2], Красний М. Р.[2], Вергун О. М.[2], Паращук Б. М.[2], Фостяк А. Є.[1], Чуловський Б. Я.[1], Лиховид П. Б.[2], Жураєв Р. К.[2], Абашина Н. М.[2]

[1]м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання №2», відокремлений підрозділ «4 міська лікарня»,

[2]м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. У ослаблених, нерухомих лежачих хворих, які займають пасивне положення в ліжку нерідко виникають локальні зміни дистрофічного і виразково-некротичного характеру, детерміновані порушеннями трофіки шкірних покривів і глибше розташованих тканин. Як відомо, головними причинами пролежневих, декубітальних виразок (ДВ) є ішемія та нейротрофічні зміни тканин, спричинені їх хронічною компресією, обмежена рухова активність хворих, недостатні харчування і догляд, нетримання сечі та калу, порушення обміну речовин, атрофія підшкірної жирової клітковини, внаслідок чого збільшується тиск на виступаючі частини тіла; малорухомість тяжкохворих (постійний тиск на одні й ті самі ділянки тіла); загальні та місцеві порушення мікроциркуляції внаслідок основного захворювання тощо. Суттєвими факторами ризику ДВ є наявність цукрового діабету, стану після перенесеного порушення мозкового кровообігу, хвороби Паркінсона та іншої неврологічної патології; виснаження у хворих при недостатньому або неадекватному догляді. У той же час, при зменшенні тривалості компресії або зовнішнього тиску на тканини в останніх виникають мінімальні парабіотичні зміни без будь-яких наслідків. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню ДВ, є безперервний тиск, тертя, сили зсуву, патологічна вологість м'яких тканин, попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією на тлі тривало існуючого вимушеного положення хворого та гіподинамії.

Найбільш важливим у профілактиці пролежнів та прогресуванні ДВ є виявлення ризику розвитку цього ускладнення. З цією метою запропоновано багато оціночних шкал, до яких належать: шкала Norton (1962), шкала Waterlow (1985), шкала Braden (1987), шкала Medley (1991) та інші.

Наявність пролежнів може детермінувати розвиток гнійно-запальних ускладнень, які мають специфічний перебіг і тяжко піддаються комплексному хірургічному лікуванню. Профілактика та лікування неускладнених та ускладнених ДВ є важливими питаннями паліативної допомоги, потребують ретельного вивчення, подальшого розпрацювання в контексті створення алгоритмів надання медичної допомоги. Сучасні наукові дослідження спрямовані, на жаль, в основному на розробку нових методів лікування пролежневих виразок, які вже утворилися.

Пацієнти з неускладненими поверхневими ДВ не потребують хірургічного лікування, але наявність змін на шкірі має мобілізувати медичний персонал на профілактику прогресування процесу та виникнення гнійних ускладнень. Необхідно при цьому провести повторну оцінку стану здоров'я пацієнта, звертаючи особливу увагу на виявлення або виключення різних зовнішніх і внутрішніх факторів ризику. Головним завданням лікування на цій стадії є захист рани від інфекції і подальшого впливу пошкоджуючих факторів. Крім спеціальних заходів профілактики необхідне обов'язкове лікування будь-яких супутніх захворювань і синдромів, які сприяють формуванню ДВ різної локалізації (цукрового діабету, оклюзійних захворювань артерій), адекватне знеболювання і корекція водно-електролітного балансу. Відсутня однозначна думка про критерії підготовленості пролежня (які впливають на результати операції) до хірургічного лікування, що остаточно детермінує тривалість перебування пацієнта в стаціонарі.

Мета роботи: дослідити можливості і оптимізувати комплексне лікування декубітальних виразок (пролежнів) зокрема III–IV стадій у відділенні паліативної допомоги.

Матеріал та методи

Загальну вибірку ретро- та проспективного аналізу становили результати комплексного лікування 412 пацієнтів, віком 40–93 років: 174 чоловіків та 238 жінок, які лікувалися стаціонарно за 10-річний період у відділенні паліативної допомоги комунальної 4-ї міської клінічної лікарні м. Львова; перебіг захворювання у них характеризувався формуванням ДВ м'яких тканин. Пролежні I та II стадій лікувалися консервативно. Проліковано 128 пацієнтів (31,07 % вибірки), віком 72–87 років (82 чоловіків та 46 жінок) з ДВ I та II стадій з мацерацією, мокнуттям, десквамацією епідермісу і формуванням поверхневої виразки, які лікувалися стаціонарно у відділенні

паліативної допомоги із застосуванням санації антисептиками, клиноптилоліто-, стрептоцидовмісних та антибіотиковмісних присипок, декомпресійних заходів і стандартної схеми лікування, згідно із загальноприйнятими рекомендаціями, клінічними стратегіями та локальними протоколами. При ускладнених ДВ м'яких тканин III–IV стадії була проведена комплексна хірургічна санація. В структурі основної фонової патології переважали серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця, атеросклероз, порушення серцевого ритму, гіпертонічна хвороба) – 39,29 % випадків, неврологічна патологія (стан після порушення мозкового кровообігу, демієлінізуючі захворювання, неврити, нейропатії) – у 37,5% пацієнтів, ожиріння III–IV ст. – у 12,5 % випадків субвибірки. Хронічне обструктивне захворювання легень стверджено у 7,14 % субвибірки, цукровий діабет II типу – у 2,68 % інших хворих. Отримані результати лікування опрацьовано статистично. Оцінка безпечності препаратів включала реєстрацію та аналіз побічних ефектів. Комісією з питань біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького не виявлено порушень морально-етичних норм.

Результати дослідження

Аксіоматичною вважаємо тезу про те, що суху шкіру слід зволожувати, вологу – підсушувати. Алкогольні середники, такі як камфорний спирт і лосьйони використовують у пацієнтів з жирною шкірою. У зв'язку з отриманими результатами останніх наукових досліджень про несприятливу дію антисептиків на шкіру через шкідливу дію на клітинні мембрани всіх іонообмінних препаратів (хлоргексидин, повідон-йод та ін.), яка проявляється порушенням проникності клітинних мембран і пригніченням здатності клітин протистояти інвазії бактерій, застосування іоновмісних препаратів слід виключити з практичної діяльності. Поряд з цим, після загибелі лейкоцитів іноді створюються умови для розвитку інфекції, тому туалет шкіри слід проводити фізіологічним розчином.

Нами у 2017 році була запропонована оптимізована клінічна класифікація пролежнів та сформульовані предуктори ризику виникнення ускладнень, що вимагають здійснення повторних некр- та секвестрнекректомій (Патент України на корисну модель. 114267U, МПК. A61B17/00, опубл. 10. 03. 2017, Бюл. № 5). На основі цієї авторської морфологічно обгрунтованої модифікації ДВ класифікують на:

- стадію I – поверхневе (епідермальне) пошкодження:
  - Ia – стійка гіперемія обмеженої ділянки шкіри (еритеми), яка найчастіше знаходиться над виступаючою кісткою, та
  - Ib – поверхнева десквамація епідермісу з утворенням міхурців, наповнених серозно-геморагічним вмістом, мацерацією, локальними вогнищами десквамації епідермісу);
- стадію II – втрата товщі шкіри з формуванням пролежневої виразки:
  - IIa – дно виразки з ознаками гранулювання і (або) кіркування та
  - IIb – дно виразки з вираженими фібринозними нашаруваннями);
- стадію III – повна втрата товщі шкіри з формуванням некрозу м'яких тканин; в рані можна побачити некротизовану підшкірну жирову клітковину, некротичний детрит, проте не видно і на дотик не відчуваються (при зондуванні чи пальцьовій ревізії) кістки, сухожилля чи м'язи:
  - IIIa – формування обмеженого коагуляційного (сухого) некрозу та
  - IIIb – формування обмеженого коліквацийного (вологого) некрозу без вираженого абсцедування);
- стадію IV – глибоке ураження тканин (візуально диференціюються елементи некротизованої клітковини та/або м'язи та/або сполучнотканинні структури) з нагноєнням, абсцедуванням; часто бувають «запливи», «кишені» і «тунелі», заповнені гноєм, некрозами і некротичним детритом; ураження тканин глибоке, можна побачити (або відчути на дотик при зондуванні чи пальцьовій ревізії) м'язи та (або) сухожилля й кістки; характерна наявність фокальних "конгломератних" некрозів, обабіч або з-під яких виділяється гній:
  - IVa – формування абсцесу (флегмони) дна або/та стінок ДВ без (або з формуванням) гнійних запливів та
  - IVb – поширення процесу на прилеглі (сусідні) сполучнотканинні структури з формуванням узурувань, перихондриту, періоститу, остеомієліту тощо).

Схеми догляду та комплексного лікування ДВ, що базуються на стратегіях TIME, DOMINATE та NODITE, включають адекватне нутритивне забезпечення, декомпресію ділянки,

санацію пролежневої виразки антисептиками (включаючи при необхідності хірургічне втручання), адекватну місцеву та системну боротьбу з інфекцією, корекцію фонової коморбідної патології. Стратегія профілактики, догляду та лікування ДВ включає *N (Nutrition),* – адекватне нутритивне забезпечення; *O (Offloading),* – розвантаження, декомпресію – зниження зовнішнього тиску застосуванням спеціальних засобів для догляду та ортопедичних пристроїв, що сприяють фазі проліферації ранового процесу; *D (Debridement),* – видалення нежиттєздатних тканин із рани; *I (Infection),* – найдоцільніше поєднання загальної антибіотикотерапії і місцевого застосування антисептиків та антибіотиків; *T (Tissue management),* – створення у рані відповідного середовища, догляд і стимуляція крайової епітелізації; *E (Educations),* – *п*ередбачає адекватний догляд, спостереження за динамікою ранового процесу та корекцію локального венозного та/або лімфатичного стазу.

Прецизійно хірургічно вилучали ділянку коліквaційного (вологого) некрозу шляхом його висічення *en block* в межах здорових тканин з видаленням гною і некротичного детриту. Під візуальним і тактильним контролем поетапно інтраопераційно діагностували, розкривали та санували гнійні затьоки з прецизійною поетапною некр-, а у 7 % осіб – секвестрнекректомією, утворену порожнину промивали розчином перекису водню, хлоргексидином і водним розчином антисептика полівідонйоду, чим також досягнуто повноцінної евакуації гною та залишків некротичного детриту. При необхідності накладали контрапертури. Гнійні запливи дренували гумовими випускниками, виповнювали гідрофільним лініментом і тампонами, змоченими полівідонйодом. Основну рану виповнювали стерильними марлевими тампонами з гідрофільним лініментом. У післяопераційному періоді на фоні продовження комплексної системної терапії та корекції коморбідної патології порожнину щоденно промивали через контрапертури розчином антисептиків і здійснювали заміну тампонів з поєднанням антисептичних препаратів. При неможливості одномоментного видалення некротичних мас або додаткового/повторного формування некрозів застосовували тактику повторних, програмованих ренекректомій. Дренажі видаляли на 3–5-й день, після чого здійснювали місцеве застосування мазьових пов’язок до повноцінного очищення та гранулювання рани. Критерієм ефективності догляду було формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною ексудацією, що було нами констатовано у всіх клінічних спостереженнях, або/та з наявністю крайової епітелізації та/або формування кірки. Також стверджено відсутність поглиблення локальних компресійних змін, скорочення термінів ексудації та гранулювання ран, ранню появу крайової епітелізації. У хворих при цитологічному дослідженні на 3, 5 та 12-й день після некректомії у мазках-відбитках послідовно знижувалася кількість лейкоцитів, з’являлися макрофаги і фібробласти. При застосуванні мазьових пов’язок ознаки гранулювання спостерігалися відповідно на (5,1 ± 0,2) при ДВ III та (5,4 ± 0,1) день при ДВ IV стадій.

Стверджено, що врахування особливостей патогенезу, морфогенезу та клінічного перебігу пролежнів з коліквaційним некрозом м’яких тканин і гнійними ускладненнями, які мають вплив на перебіг загоєння, передбачає застосування не лише антибіотикотерапії, але й видалення некрозів, адекватне дренування і місцеве лікування призводило до суттєвого зменшення ознак гнійно-некротичного запалення та покращення швидкості загоєння ран від (3,4 ± 0,39) % до (4,2 ± 0,23) %. Зміни, що виникають при цьому, характерні для фази проліферації ранового процесу – загоєння зруйнованої матриці, регенерація клітин. Факт розвантаження також забезпечує крайову епітелізацію рани.

Переміщення шкірних клаптів та автодермопластика є методами вибору при великому шкірному дефекті, прогнозованих значних змінах навколишніх тканин і близькому розташуванні кісткових утворень.

Необхідно відмітити, що використання декомпресійних ортопедичних пристроїв для зменшення «хронічного» постійного тиску в ділянці ДВ забезпечує позитивний ефект у 60 % пацієнтів, удвічі зменшує вірогідність прогресування некробіозу порівняно з хворими, які не користуються засобами розвантаження (декомпресії).

Таким чином, успішна профілактика та лікування ДВ в умовах відділення піліативної допомоги є можливими, доцільними та обгрунтованими.

РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ ТА КУРОРТОЛОҐІЯ

РОЗВИТОК САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЗАКЛАДУ В НАПРЯМКУ ВПРОВАДЖЕННЯ ПОСЛУГ З КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ СПІВПРАЦІ З МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ (презентація окремого кейсу)

Божук Б. С.
м. Київ, м. Одеса

В українському законодавстві, зокрема в Кодексі цивільного захисту України є влучне визначення терміну, який останнім часом не дуже часто вживається, а саме медико-психологічна реабілітація. Згідно з кодексом – це комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних і оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно- рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб. Кодекс визначає, що для проведення медико-психологічної реабілітації осіб при санаторно-курортних закладах незалежно від форми власності утворюються центри медико-психологічної реабілітації.

Міністерство охорони здоров'я України має в сфері свого управління мережу спеціалізованих санаторіїв, переважна більшість з яких є застарілими, однак розташовані в сприятливих санаторно-курортних зонах нашої держави. Однак, керуючись принципами, визначеними в Кодексі цивільного захисту України, інших регуляторних актах системи реабілітації, підходами ефективного менеджменту, за підтримки міжнародних організацій, на базі цих закладів цілком можливо створити осучаснену та ефективну мережу закладів комплексної медико-психологічної реабілітації.

ТЕРАПІЯ МИСТЕЦТВОМ (АРТТЕРАПІЯ) ЗА УМОВ ГОСТРОГО СТРЕСУ. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ТА СУЧАСНІСТЬ

Мойсеєнко В. О., Шостка І. П., Тарченко Н. В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Арттерапія – гібридна дисципліна та відносно молода наука, що зародилась в США та Англії. Вперше це поняття було введено художником Адріаном Хіллом [1]. Під час Першої світової війни він працював офіційним військовим художником і мав можливість спостерігати людей в ситуаціях гострої психологічної травми. Потім він став професійним художником, викладав живопис, у своїй творчості поєднував традиційну манеру з елементами імпресіонізму та сюрреалізму. У 1938 році, лікуючись від туберкульозу в санаторії Мідхарст, помітив, що заняття малюванням пришвидшує його одужання. Невдовзі він почав навчати живопису пацієнтів, багато з яких були пораненими солдатами, які повернулися з війни. Він помітив, що малюючи одужуючі пацієнти відображають свою тривогу, і це сприяє їх звільненню від набутого психічного розладу. У 1942 році Хілл ввів термін «арт-терапія» [2].

Друга світова війна показала, що під час війни найчастіше загострюються ішемічна хвороба серця та гіпертонія. В наш час арт-терапія – це поєднання методів кардіопсихології, образно-асоціативної корекції, голографічного моделювання та кінезіотерапії. Метод сприяє виводу на рівень свідомості неусвідомлюваних психотравмуючих образів, візуалізації власного стану на поточний момент із подальшим заміщенням образами позитивними [3]. Кардіопсихологія – нова галузь знань, що поєднує досвід кардіології, психології та психосоматичної медицини [4]. На сучасному етапі виділилася у самостійну дисципліну. Образно-асоціативна корекція – вид психологічної корекції, який ґрунтується на мистецтві та творчості. Кінезіотерапія – напрям в медицині, що допомагає відновити організм за допомогою фізичних вправ, раніше мав назву «лікувальна фізкультура».

Список використаних джерел

1. Головатюк І. Г. Теоретичні основи застосування арт-терапії у процесі професійної підготовки фахівців. *Молодий вчений*. 2017. № 7 (47). С. 276-279.
2. Hill A. Art versus illness. London : George Allen and Unwin Ltd, 1945.
3. Сісецький А. П. Ішемічна хвороба серця як життєва криза: шляхи подолання. *Психологія життєвої кризи* / відп. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Агропромвидав України, 1998. С. 254–265.
4. Сінцова С. В., Вотінцев А. Є., Заболотських Є. М. Клинический психолог и врач, совместное сопровождение кардиологических больных. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. Спец. вип. 2016.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ХРИСТИЯНСЬКОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ З ВИКОРИСТАННЯМ КУРСУ ЗАНЯТЬ «НОВЕ ЖИТТЯ ДЛЯ ЗАЛЕЖНИХ ЛЮДЕЙ»

Одемчук О. Л.
м. Рівне, Християнський реабілітаційний центр для алкогольно та наркотично залежних людей «Нове життя»

Війна, спричинена агресією російської федерації проти незалежної держави Україна, загострила старі проблеми та викликала низку нових. Загиблі й поранені військовослужбовці та цивільні, біженці, зубожіння населення – далеко не повний перелік наслідків, до яких спричинився воєнний конфлікт. Особливе занепокоєння викликають психологічні травми, отримані військовослужбовцями під час бойових дій, або цивільними, що стали об'єктом збройного нападу.

Душевні рани часто загоюються довше, ніж фізичні, і спричиняють нестерпний сердечний біль. Дехто, не передбачивши негативних наслідків, вдається, щоб позбавитися болю, до вживання алкоголю та наркотиків. Як результат – виникають залежності, відбувається деградація особистості та втрата соціального статусу. Таким чином, війна для залежної людини не просто не завершується – вона переходить у нову фазу. І хоча зовнішній ворог може бути переможеним, але внаслідок залежності людина сама собі робиться найбільшим ворогом, який не відступає і продовжує її нищити.

Ми вже спостерігали великий спалах виникнення алкогольної та наркотичної залежності у людей, що брали участь у бойових діях на початку війни у 2014 році. Саме тоді з метою сприяння у звільненні від залежностей було створено й запроваджено курс занять «Нове життя для залежних людей». Курс складений на основі загальнолюдських християнських принципів. Він містить 1500 запитань, котрі допоможуть кожній залежній людині побачити своє неправильне становище і зрозуміти згубність власної деструктивної поведінки, а також знайти шлях до змін.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Пясецький П. О., Білянський О. Ю., Макар О. Р.
м. Львів, Лікарня Святого Пантелеймона першого територіального медичного об'єднання міста Львова

Реабілітація пацієнтів після перенесеного гострого інфаркту міокарда залишається одним з найважливіших завдань сучасної кардіології.

Мета дослідження: розробити та перевірити ефективність запропонованої методики фізичної терапії для відновлення пацієнтів з гострим інфарктом міокарда після проведеного стентування.

Матеріал і методи. Проводили заняття за розробленою методикою фізичної терапії з 8 пацієнтами, які перенесли стентування з приводу гострого інфаркту міокарда. Дослідження проводили упродовж 12 днів. При цьому перевірено ефективність розробленої методики фізичної терапії для відновлення пацієнтів, проаналізовано показники функціонального стану серцево-судинної системи, рівень толерантності до фізичного навантаження на початку і після проведеного курсу фізичної терапії.

Результати. Зміни показників в результаті проведених тестів: «Встань та йди», 10-метровий тест ходьби, 6-хвилинний тест ходьби вказують на покращення адаптації і толерантності дихальної та серцево-судинної системи до фізичного навантаження, а також нормалізацію артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та сатурації. Порівняння результатів тестів здійснено за критерієм Вілкоксона. Дане дослідження підтвердило важливість ролі фізичної терапії у відновленні пацієнтів з гострим інфарктом міокарда після проведеного стентування.

Висновки. Фізичні вправи, як засіб фізичної терапії у відновленні пацієнтів з гострим інфарктом міокарда після перенесеного стентування, покращують загальний фізичний стан пацієнтів, підвищують їх функціональні можливості, покращують показники діяльності серцево-судинної та дихальної системи та позитивно впливають на якість життя.

САНОЛОГІЯ, ГІГІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРИХ ТОКСИЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРИ ДЕРМАЛЬНОМУ НАДХОДЖЕННІ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНТИНГЕНТІВ, ЗАДІЯНИХ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФУНГІЦИДІВ РІЗНИХ КЛАСІВ

Бардов Г. П., Вавріневич О. П., Омельчук С. А.
м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Найбільш широко застосовуваною групою пестицидів у сільському господарстві є фунгіциди. Враховуючи кратність застосування зазначених фунгіцидів (дво-, трикратно), а також їхні норми витрати, існує ймовірність виникнення токсичних ефектів у працівників. На сучасному етапі доцільно проводити прогнозування оцінки ризику.

Мета роботи: прогнозування виникнення гострих токсичних ефектів при дермальному надходженні для професійних контингентів, задіяних при застосуванні фунгіцидів різних класів.

Для прогнозування виникнення токсичних ефектів було використано експертно-аналітичний та статистичні методи. Для дослідження обрано найбільш широко застосовувані фунгіциди наступних класів: амідів (мандипропамід, цифлуфенамід), анілінопіримідинів (ципродиніл), тіазолів (оксатіапіпролін), триазолів (дифеноконазол, пропіконазол), фенілпіролів (флудіоксоніл), а також нового класу бензанілідів (флутоланіл). Прогнозування виникнення токсичних ефектів виконано за показниками коефіцієнта вибірковості дії (КВД) при дермальному та інгаляційному шляхах надходження (Сергєєв С.Г.). Параметри токсикометрії аналізовано за базами даних Extoxnet, Pesticides Properties Database, FAO та ін. Статистичну обробку отриманих результатів здійснено за допомогою пакету IBM SPSS Statistics Base v.22.

Встановлено, що всі досліджувані фунгіциди належать до 4-го класу небезпечності (гостра дермальна токсичність). КВД при дермальному надходженні амідів становив 1735,1 ± 430,2; анілінопіримідинів – 329,2; бензамідів – 3354,8, тіазолів – 19433,0 ± 3182,3, триазолів – 2069,7 ± 462,7, фенілпіролів – 493,8, що вказує на достатню вибірковість дії.

Висновок. Встановлено, що при застосуванні аналізованих класів фунгіцидів існує низький ризик виникнення гострих токсичних ефектів при дермальному надходженні.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОГО РИЗИКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФУНГІЦИДІВ НА ЯГІДНИХ ТА БАШТАННИХ КУЛЬТУРАХ У ПРОМИСЛОВОМУ СЕКТОРІ УКРАЇНИ

Білоус О. С., Вавріневич О. П.
м. Київ, Національний медичний університет імені. О. О. Богомольця

При проведенні штангової обробки пестицидами ягідних і баштанних культур є небезпека потрапляння їх у повітря робочої зони заправників та трактористів, а також на відкриті ділянки шкіри робітників.

Мета: гігієнічна оцінка професійного ризику при застосуванні фунгіцидів на ягідних і баштанних культурах у промисловому секторі України.

Нами було досліджено умови праці при застосуванні фунгіцидів: Кітч (діюча речовина (д. р.) ципродиніл, 375 г/кг, флудіоксоніл, 250 г/кг), Тринол (д. р. фенгексамід, 500 г/кг), Світч (д. р. ципродиніл, 375 г/кг , флудіоксоніл, 250 г/кг), Сігнум (д. р. боскалід 267 г/кг, піраклостробін 67 г/кг), Серкадіс Плюс (д. р. дифеноконазол, 50 г/л, флуксапіроксад, 75 г/л), Ридоміл Голд (д.р. металаксил-М, 20 г/кг, хлорокис міді,141 г/кг). Розрахунки та оцінку професійного ризику ми проводили згідно з Наказом МОЗ України N 324 від 13.05.2009 «Про затвердження методичних рекомендацій “Вивчення, оцінка і зменшення ризику інгаляційного і перкутанного впливу …”». При проведенні гігієнічних досліджень умов праці ми врахували вміст діючих речовин у препараті, максимальні норми витрат препаратів, вид обробки і техніку, що застосовувалась при обробці кожної культури.

В результаті проведених досліджень встановлено, що перкутанний, інгаляційний, сумарний і комбінований ризики при застосуванні досліджуваних фунгіцидів у промисловому секторі України при штанговій обробці не перевищують допустиму величину ризику (< 1) за

умови дотримання норм використання пестицидів, застосування засобів індивідуального захисту органів дихання та шкіри.

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМОЦИТОМЕТРИЧНИХ ІНДЕКСІВ

Дзісь Є. І.[1], Томашевська О. Я.[1], Дзісь І. Є.[1], Петрух А. В.[2]
[1]м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
[2]м. Львів, Медична лабораторія МеДіС

Клітини крові, виконуючи велику кількість життєво важливих функцій, є цінним джерелом інформації про стан організму. Це знаходить своє віддзеркалення в даних клінічного загального аналізу крові (ЗАК) – гемоцитограми, які найчастіше використовуються в діагностиці, контролі за ефективністю лікування та прогнозуванні перебігу багатьох хвороб, а також оцінюванні стану здоров'я пацієнтів у цілому. Хоча діапазон референтних значень ЗАК є досить широким, лікарі зазвичай звертають на них увагу тоді, коли його показники не вкладаються в межі норми. Але у випадку багатьох хвороб і, передусім, їх субклінічного перебігу (латентна, продромальна фази), параметри ЗАК часто є в межах умовної норми. Тому для оцінки системної відповіді організму, передусім тоді, коли хвороби супроводжуються прозапальною реакцією клітин крові латентного перебігу, почали застосовувати також визначення так званих інтегральних гемоцитометричних індексів (ІГІ), яких до цього часу запропоновано цілу низку [1].

Однак, дослідження ІГІ є спорадичними, і вони наразі не набули широкого практичного застосування. Це зумовлено різними підходами до їх визначення, обмеженою кількістю спостережень, недостатнім рівнем їхньої специфічності й, відповідно, переконливості. Крім цього, окремо взяті ІГІ не дають уявлення про реакцію клітин крові в цілому, бо розраховують зазвичай співвідношення різних форм лейкоцитів.

Останнім часом в прогнозуванні перебігу хвороб також почали включати ІГІ, які передбачають визначення співвідношення тромбоцитів з лейкоцитами. Це зумовлено тим, що тромбоцити, враховуючи їх кількість, поліфункціональність і регенераторну спроможність, розглядаються як ключові клітини першої лінії захисту організму не лише від крововтрати, але й потрапляння в кров хвороботворних чинників шляхом їх знешкодження через ініціацію й модуляцію гемостатичних, запальних та імунних реакцій.

Враховуючи те, що процесі розвитку й перебігу хвороб клітини крові по різному відповідають на дію патогенів і розлади гомеостазу, а також те, що ця відповідь може бути як однолінійною, так і кооперативною, до аналізу ІГІ, подібно, як і до ЗАК, слід застосовувати системний підхід, передусім у випадках, коли попри ЗАК інші клініко-лабораторні показники виходять за параметри норми.

Втім, слід враховувати, що всі клітини крові умовно поділяються на дві великі групи – стаціонарні або без'ядерні (тромбоцити й еритроцити) та транзиторні – ядровмісні (лейкоцити). Однією з властивостей лейкоцитів, які є елементами імунної системи, є те, що зазвичай більшість їх циркулює в крові короткотривало. Вони переважно використовують кров- й лімфообіг як транспортно-комунікаційну систему, бо стінки судин для них є умовною перешкодою, і в міру потреби вони здатні пронизувати гісто-гематичні бар'єри та проникати в тканини, де вони функціонують чи диференціюються в зрілі форми. Щодо еритроцитів і тромбоцитів, то на відміну від лейкоцитів їх циркуляція й функціонування фактично обмежуються кров'яним руслом.

Виходячи зі структурно-функціональних особливостей клітин крові та особливостей патогенезу окремих хвороб, ІГІ слід умовно поділяти на базові й додаткові. До базових доцільно відносити такі ІГІ:

1. Тромбоцитарно-еритроцитарне співвідношення (Тр/Ер) або наочніший показник їх співвідношення з поправкою на синхронізацію їх утворення – Тр/Ер(к) = Тр/Ер × 20, де 20 – умовний коефіцієнт зв'язку між їх утворенням, бо тривалість циркуляції еритроцитів у крові зазвичай складає 100–120 днів, а тромбоцитів – 5–10 днів. Отже, враховуючи їх кількість і тривалість життя, звичайно за умовну одиницю часу утворюється приблизно одна й та ж кількість тромбоцитів і еритроцитів. Досить важливим є й те, що вони походять зі спільної колоніє творної одиниці. Цей показник слід враховувати у випадках, коли немає хвороб, пов'язаних з розладами утворення чи надмірного руйнування тромбоцитів і еритроцитів.

2. Тромбоцитарно-лейкоцитарні співвідношення – показники задіяння тромбоцитів у процесах системної відповіді організму на патогени: а) тромбоцитарно-лімфоцитарне співвідношення (Тр/Лі) для оцінювання задіяння тромбоцитів у специфічній імунній відповіді; б)

тромбоцитарно-гранулоцитарне або тромбоцитарно-нейтрофільне співвідношення (Тр/Не) для оцінювання участі тромбоцитів у неспецифічній імунній відповіді; в) тромбоцитарно-моноцитарне співвідношення (Тр/Мо) для оцінювання їх асоціації в процесах імунної відповіді.

3. Лейкоцитарні співвідношення: а) гранулоцитарн-моноцитарне співвідношення (Гр/Мо) для оцінювання збалансованості співвідношення фагоцитів; б) гранулоцитарно-лімфоцитарне або нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення (Не/Лі) для оцінювання балансу й напруженості специфічних і неспецифічних імунних реакцій; в) моноцитарно-лімфоцитарне співвідношення (Мо/Лі) для оцінювання залучення системи мононуклеарних фагоцитів у специфічні імунні реакції.

Виходяги з особливостей патогенезу окремих хвороб та докладнішої оцінки реакції клітин крові, доцільно застосовувати й додаткові ІГІ, зокрема такі, як еозинофільно-нейтрофільне й еозинофільно-лімфоцитарне співвідношення.

Мета: обґрунтування системного підходу до оцінки реакцій клітин крові на підставі їх співвідношень (ІГІ) та його перевірка на моделі, що відображає зв'язки ІГІ з метаболізмом ліпідів.

Матеріали та методи

Було проведено визначення ІГІ залежно від ліпідного профілю крові. Вибір дизайну дослідження був зумовлений тим, що атеросклеротичні серцево-судинні хвороби (ССХ) характеризуються запаленням артерій субклінічного перебігу, зазвичай без відхилень від нормальних показників ЗАК, яке розвивається на тлі розладів ліпідного обміну. Однак, відомо, що клітини крові беруть безпосередню участь як в обміні ліпопротеїнів, так і в атеросклеротичному запаленні. З огляду на це проаналізовано показники ліпідограми й ІГІ у 475 осіб, які проходили обстеження в лабораторії «МеДіС» (Львів) у 2020 році. Досліджувана група складалася з дорослих 245 жінок і 230 чоловіків, яким одночасно проводилося дослідження ЗАК і ліпідограми. Оцінка показників їхнього ліпідного обміну здійснювалася на підставі рівнів у крові загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС-ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ). Визначення показників ліпідного обміну проводилося на автоматичному аналізаторі Cobas 6000 (біохімічний модуль c501), [ROCHE, Hitachi High Technologies Corporation, Tokyo, Japan] з використанням реактивів фірми ROCHE (Швейцарія). Дослідження показників клінічного аналізу крові здійснювалося за допомогою автоматичного гематологічнога аналізатора MINDRAY 6000 (Китай). На підставі абсолютної кількості клітин в 1 л крові вираховували вищезгадані базові ІГІ. Для статистичного опрацювання отриманих даних використовувався пакет програм «Statistica for Windows 6.0» (Statsoft, USA). Параметричні показники порівнювали за допомогою U-критерію Манна-Вітні, їх подано в тексті як «медіана (міжквартильний інтервал)».

Результати та обговорення

Результати визначення ІГІ в обстежуваних осіб висвітлено в таблиці.

Таблиця. **Показники базових ІГІ в обстежуваних осіб**

ІГІ	Середнє	Медіана	Мінімум	Максимум	Нижній квартиль	Верхній квартиль	Стандартне відхилення
Тр/Ер(к)	1,0	0,96	0,20	2,09	0,79	1,16	0,29
Тр/Лі	119,7	113,1	51,7	470,5	87,9	139,5	46,1
Тр/Не	67,7	63,7	28,8	199,6	50,0	79,9	24,9
Тр/Мо	689,2	594,1	198,7	3170,5	423,0	876,9	378,0
Гр/Мо	10,7	9,3	3,0	36,0	7,0	13,4	5,4
Мо/Лі	0,21	0,19	0,04	0,65	0,13	0,26	0,10
Не/Лі	1,95	1,71	0,60	6,83	1,33	2,29	0,93

Враховуючи те, що гіпер- і дисліпідемія вважаються провідною причиною ССХ, усіх обстежуваних залежно від показників ліпідного профілю було умовно розподілено на чотири групи. Поділ здійснювався відповідно до рекомендацій Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (ESH/ESC) 2013 року, згідно з якими рівнями ліпідів у крові, які не підвищують сумарного серцево-судинного ризику та можуть вважатися нормальними, є такі: ЗХС $\leq 4{,}9$ ммоль/л, ХС-ЛПНЩ ≤ 3 ммоль/л, ХС-ЛПВЩ ≥ 1 ммоль/л у чоловіків і $\geq 1{,}2$ ммоль/л у жінок, ТГ $\leq 1{,}7$ ммоль/л. Тому, враховуючи отримані результати, серед обстежуваних осіб було проведено чотири поділи за показниками ЗХС, ХС-ЛПНЩ, ТГ і ХС-

ЛПВЩ, в кожному з яких виділялося по дві групи за їх референтними значеннями. В переважні частині випадків – 362 (76,2 %) показники ЗАК не виходили за межі норми.

У першому поділі за референтним рівнем ЗХС виділено 1а групу – < 5 ммоль/л (n = 180; 37,9 %) і 1б групу – ≥ 5,0 ммоль/л (n = 295; 62,1 %). Другий поділ за рівнем ХС-ЛПНЩ: 2а група – < 3,0 ммоль/л (n = 180; 37,9 %), 2б група– ≥ 3,0 ммоль/л (n = 295; 62,1 %). Третій поділ за рівнем ТГ: 3а група – < 1,7 ммоль/л (n = 323; 68 %), 3б група – ≥ 1,7 ммоль/л (n = 152; 32 %), а четвертий – за рівнями ХС-ЛПВЩ: 4а група – < 1,0 ммоль/л для чоловіків і < 1,2 ммоль/л для жінок (n = 126; 26,5 %), 4б група – ≥ 1,0 ммоль/л і ≥ 1,2 ммоль/л (n = 349; 73,5 %), відповідно.

Порівнюючи ІГІ в осіб 1а і 1б груп, встановлено значущі відмінності між ними, а саме: в 1б групі були вищі показники Тр/Мо [634,9 (429,6–860,2) проти 526,3 (359,5–778,2) p = 0,003], Тр/Не [67,9 (51,2–90,7) проти 60,7 (47,1–76,3), p = 0,003] та Тр/Ер(к) [0,98 (0,83–1,15) проти 0,94 (0,73–1,17), p=0,038] та нижчі Не/Лі [1,6 (1,2–2,2) проти 1,8 (1,4–2,6), p = 0,006] і Мо/Лі [0,19 (0,13–0,26) проти 2,2 (0,15–0,29), p = 0,005] порівняно з особами 1а групи.

Подібні значущі закономірні відмінності між групами спостерігалися в другому поділі, де в осіб 2б групи були більшими співвідношення Тр/Мо [634,9 (424,6–873,1) проти 530,8 (373,0–778,2), p = 0,007], Тр/Не [67,9 (52,1–89,5) проти 59,9 (45,6–78,1), p = 0,001] та нижчі Не/Лі [1,6 (1,3–2,2) проти 1,9 (1,3–2,6), p = 0,017] та Мо/Лі [0,19 (0,14–0,26) проти 2,2 (0,14–0,28), p = 0,031], ніж в осіб 2а групи.

У третьому поділі в осіб 3б групи були нижчими показники Тр/Лі [103,5 (82,1–129,2) проти 117,7 (90,7–148,5), p = 0,005] та Тр/Не [59,8 (44,7–73,6) проти 69,5 (51,2–93,0), p = 0,000], та прослідковувалася тенденція до нижчих показників Тр/Мо і Не/Лі (p = 0,08) порівняно з 3а групою.

У четвертому поділі в осіб 4а групи порівняно з 4б групою нижчими були показники Тр/Мо [531,0 (340,6–780,7) проти 594,9 (424,6–860,2), p = 0,003] і Тр/Не [60,4 (46,8–74,5) проти 67,7 (50,8–87,6), p = 0,003] та вищі Не/Лі [1,8 (1,4–2,6) проти 1,6 (1,2–2,3), p = 0,008] і Мо/Лі [2,3 (0,15–0,32) проти 0,19 (0,14–0,26), p = 0,006].

Отже, отримані дані виявили певні асоціації між показниками ліпідного профілю та ІГІ. В цілому частіше прослідковувалися зв'язки з такими ІГІ, як Тр/Не, Тр/Мо, Не/Лі й Мо/Лі. Результати дослідження свідчить про те, що гіперхолестеринемія супроводжується переважанням тромбоцитарно-лімфоцитарної, а гіпетригліцеридемія – неспецифічної лейкоцитарної реакції. Зростання ж рівня ХС-ЛПВЩ, правдоподібно, призводить до збалансованості клітинного складу крові.

Отримані результати узгоджуються з даними літератури, які вказують на те, що підвищення в крові рівня ліпопротеїнів, багатих на ТГ, асоціюється зі збільшенням кількості моноцитів і нейтрофільних гранулоцитів, тоді як залежність між рівнем ЛПВЩ і кількістю лейкоцитів є оберненою [2, 3]. Зростання ж кількості циркулюючих лімфоцитів і тромбоцитів позитивно корелює з рівнем ЛПНЩ [2, 4, 5].

Згідно з дослідженням J.H. Prajapati зі співавт. [6] в пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та низьким рівнем ЛПВЩ не було виявлено значущого зв'язку між рівнем ЛПВЩ та абсолютною кількістю тромбоцитів, нейтрофілів і лімфоцитів, але в них, хоча з певними гендерними й віковими особливостями, простежувалося значно підвищене Не/Лі співвідношення. У пацієнтів з ІХС та низьким рівнем ЛПВЩ зростає показник Тр/Лі, що асоціюється з високим ризиком серцево-судинних подій [6]. Індекс системного імунного запалення вважається корисним маркером прогнозування розвитку цереброваскулярних подій у осіб із ССХ середнього й літнього віку [7].

Таким чином, зміни ІГІ є показовішими для оцінки реакції клітин крові в пацієнтів із субклінічним перебігом хвороби порівняно з показниками ЗАК, що може слугувати додатковим критерієм діагностики, контролю за перебігом і ефективністю лікування хвороб, зокрема ССХ, з урахуванням їхнього патогенезу. Оскільки ІГІ можуть змінюватися в процесі перебігу хвороби та її лікування, висновки на їх підставі слід робити в процесі динамічного спостереження за ними. Привабливим є й те, що визначення ІГІ є загальнодоступним і не потребує додаткових матеріальних витрат.

Висновок

Порушення ліпідного обміну викликають реакцію клітин крові, співвідношення між якими (ІГІ) відображають певні патогенетичні процеси в організмі. Це підтверджує потребу системного підходу до оцінки ІГІ, який має враховувати взаємозв'язки між ІГІ та багатьма іншими ознаками, зокрема метаболічними параметрами, в різних клінічних ситуаціях.

Список використаних джерел

1. Інтегральні гематологічні індекси у діагностиці та прогнозуванні перебігу внутрішніх хвороб / за ред. О. Радченко, А. Філіпюк. Львів : Простір-М, 2021. 128 с.
2. The association between circulating white blood cell count, triglyceride level and cardiovascular and all-cause mortality: population-based cohort study / A. Shankar, P. Mitchell, E. Rochtchina, J. J. Wang. *Atherosclerosis*. 2007. Vol. 192, no. 1. P. 177–183. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2006.04.029.
3. Large HDL particles negatively associate with leukocyte counts independent of cholesterol efflux capacity: A cross sectional study in the population-based LifeLines DEEP cohort / A. G. Groenen, V. Bazioti, I. A. van Zeventer et al. *Atherosclerosis*. 2022. Vol. 343. P. 20–27. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2022.01.008.
4. Oda E. Longitudinal associations between lymphocyte count and LDL cholesterol in a health screening population. *J. Clin. Transl. Endocrinol*. 2014. Vol. 1, no. 2. P. 49–53. doi: 10.1016/j.jcte.2014.05.001.
5. Sloan A., Gona P., Johnson A. D. Cardiovascular correlates of platelet count and volume in the Framingham Heart Study. *Ann. Epidemiol*. 2015. Vol. 25, no. 7. P. 492–498.
6. Association of high density lipoprotein with platelet to lymphocyte and neutrophil to lymphocyte ratios in coronary artery disease patients / J. H. Prajapati, S. Sahoo, T. Nikam et al. *J. Lipids*. 2014. Vol. 2014. P. 686791. doi: 10.1155/2014/686791.
7. Systemic immune-inflammation index and incident cardiovascular diseases among middle-aged and elderly Chinese adults: The Dongfeng-Tongji cohort study / M. Xu, R. Chen, L. Liu et al. *Atherosclerosis*. 2021. Vol. 323. P. 20–29. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.02.012.

ОЦІНКА РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Дмитроца О. Р., Коржик О. В., Журавльов О. А.
м. Луцьк, Волинський національний університет імені Лесі Українки

У сучасному світі існує багато чинників, які сприяють зменшенню рівня рухової активності (РА), що негативно впливає на дитячий організм. Проблема недостатньої РА школярів загострилась за період пандемії COVID-19. Тому дослідження РА школярів, як фактору формування фізичного розвитку, є актуальною проблемою сьогодення.

Метою дослідження є вивчення стану РА методом метаболічного еквіваленту учнів в умовах навчальної діяльності під час пандемії COVID-19.

Дослідження проведено на 60 підлітках (12–13 років). Визначення рівнів РА обстежуваних включало загальноприйнятий для оцінки енергетичних витрат на РА метод метаболічного еквіваленту (МЕТ). Під час обробки отриманих даних використовувались методи варіаційної статистики з оцінкою t-критерію Стьюдента.

Встановлено, що в умовах звичайного освітнього процесу обстежувані характеризувалися середнім рівнем РА [дівчата – (2588,90 ± 111,54) ккал, хлопці – (2981,5 ± 111,54) ккал]. Високий рівень РА виявлено серед хлопців (10 % осіб). В умовах дистанційного навчання РА достовірно знизилась: хлопці – (2485,07 ± 76,43) ккал (низький), дівчата – (1810,03 ± 86,23) ккал (дуже низький). Загалом, 80 % дівчат та 60 % хлопців характеризувалися дуже низьким рівнем РА. Також встановлено нераціональне використання добового бюджету часу в умовах карантину: на виконання РА високої інтенсивності використано близько 6,25–10,4 % добового бюджету часу, що є нижчим показником, порівняно з умовами звичного освітнього процесу. Тоді як подовжену тривалість екранного часу (близько 12,5 % від добового бюджету) зафіксовано у 60 % обстежуваних, незалежно від статі.

ОБҐРУНТУВАННЯ ОРІЄНТОВНО ДОПУСТИМОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ НОВОГО ІНСЕКТО-АКАРИЦИДУ МІЛБЕМЕНТИНУ В ГРУНТІ

Ібрагімова І. В., Вавріневич О. П., Омельчук С. Т., Бардов В. Г.
м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

На сучасному етапі, згідно з існуючим законодавством, передбачено повне нормування нових сполук, які пропонуються до реєстрації і застосування в агропромисловому комплексі України. Мілбемектин – новий інсекто-акарицид, що складається з продуктів ферментації стрептоміцет і є ефективним проти кліщів та інших комах при застосуванні на м’яких фруктах і ягодах.

Мета: обґрунтування орієнтовно допустимої концентрації (ОДК) нового інсекто-акарициду мілбементину в грунті.

Натурні дослідження проведено на базі Уманського національного університету садівництва у 2019–2020 рр. Визначення мілбемектину в ґрунті проведено методом високоефективної рідинної хроматографії. Межа виявлення – 0,008 мг/кг. Обґрунтування ОДК мілбемектину в ґрунті проводили відповідно до чинних в Україні підходів.

Результати визначення вмісту мілбемектину в пробах ґрунту показали, що його початкова концентрація складала (0,037 ± 0,005) мг/кг, в подальші терміни залишки діючої речовини поступово знижувались і до моменту збору врожаю не виявлялися. Було встановлено, що період напівруйнації (τ_{50}) мілбемектину в ґрунті в ґрунтово-кліматичних умовах України склав 21,4–23,2 доби.

Відповідно до ДСанПін 8.8.1.002-98 речовина за стійкістю у ґрунті віднесена до 3-го класу небезпечності.

За даними літератури, в аеробних умовах τ_{50} мілбемектину в ґрунті – 21–82 доби, в анаеробних – τ_{50} 556 діб. Сорбція мілбемектину в ґрунті може бути класифікована як висока і дуже висока з Kd: 12–138 і Koc: 1370–4059.

Враховуючи вищевикладене, обмежились обґрунтуванням розрахункового нормативу, виходячи з величини МДР мілбемектину в яблуках – 0,02 мг/кг: ОДК = 1,23 + 0,48 × lg 0,02 = 0,41 мг/кг. Враховуючи інформацію про міграцію мілбемектину по профілю ґрунту, було введено коефіцієнт запасу 2.

Висновок. Обґрунтована ОДК мілбемектину в ґрунті на рівні 0,2 мг/кг.

HUMAN RISK ASSESSMENT OF FOOD PRODUCTS PRODUCED FROM AGRICULTURAL RAW MATERIALS POTENTIALLY CONTAMINATED WITH SPIROMESIFEN

Tkachenko I. V., Antonenko A. M., Borysenko A. A., Bardov V. G., Omelchuk S. T.
Kyiv, Bogomolets National Medical University

The United Nations estimates that around 420,000 people worldwide die every year from eating unsafe food contaminated with bacteria, viruses, parasites or harmful chemicals, including pesticides. Every year, more than 2 million tons of chemical plant protection agents are used to preserve products, which in turn have the ability to accumulate in the soil and become a potential source of agricultural raw materials and, as a result, food products contamination. In order to conduct agriculture and comply with food standards, it is necessary to create effective systems for controlling the pesticides' active ingredients content in agricultural crops, the food products quality, and assessing the risk of consuming contaminated products.

The goal was to predict the potential risk of the new insecticide spiromesifen effect on the human body when consuming potentially contaminated food products.

To assess the index of potential hazard of spiromesifen when consuming contaminated food products (IPHCCF) we used the methodology proposed by specialists of the Hygiene and Ecology Institute.

When calculating IPHCCF, the largest value of spiromesifen τ_{50} in the studied cultures was taken as 8.8 days, which is 2 points; acceptable daily dose 0.01 mg/kg – 2 points; average daily consumption of apples, grapes, sunflower and corn oil – 4 points.

Therefore, spiromesifen belongs to class 3 (IPHCCF = 8 points) – moderately hazardous for humans when consuming products potentially contaminated with it. This is primarily due to the rapid destruction of the insecticide after application and to the rather high value of the compound's acceptable daily dose, which characterizes it as a substance of low toxicity, taking into account the summation of the products intake.

АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОҐІЯ, ФІЗІОЛОҐІЯ, МІКРОБІОЛОҐІЯ

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШКІРИ У ЖІНОК

Грицевич Н. Р.[1], Верещака В. В.[2]
[1] *м. Львів, Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»*
[2]*м. Київ, Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

Робота грунтується на результатах обстеження 90 жінок віком від 40 до 55 років, які звернулися за хірургічною допомогою з приводу косметичних дефектів шкіри. 30 жінок були здоровими і увійшли до контрольної групи, а 60 мали ознаки метаболічного синдрому і склали основну групу.

Встановлено, що в контрольній групі пацієнток показник відлущування рогового шару шкіри склав (2,10 ± 0,17) діб, а в основній він зростав до (3,11 ± 0,15) діб ($p < 0,001$), або на 48,1 %. Це свідчить про зменшення швидкості поділу базальних епідермоцитів у разі розвитку метаболічного синдрому. У осіб контрольної групи показник буферних властивостей шкіри відносно лугів складав (5,40 ± 0,13) хв, що відповідало віковій нормі. В основній групі нейтралізація подразнюючого агента відбувалася за (6,70 ± 0,16) хв, що було повільніше на 24,1 % ($p < 0,001$). Отримані результати свідчать, про зниження реактогенних властивостей шкіри у осіб з ознаками метаболічного синдрому. Далі у жінок з метаболічним синдромом нами було виявлено підвищення еластометричного показника до (6,13 ± 0,08) мм ($p < 0,001$) проти (4,20 ± 0,06) мм в контролі, що свідчить про зміни тинкторіальних властивостей шкіри, пов'язаних з обмінною деструкцією колагену.

Таким чином, результати проведеного дослідження функціонального стану шкіри у осіб з метаболічним синдромом свідчать про зменшення швидкості поділу базальних кератиноцитів, погіршення еластичності шкіри та зниження показників її реактогенності. Виявлені зміни, до певної міри пояснюють причини порушення репаративних процесів у шкірному покриві жінок з метаболічним синдромом після оперативних втручань.

ДО РОЛІ ГІСТАМІНЕРГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ МОЗКУ У РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ПЕНТИЛЕНЕТЕТРАЗОЛ-ІНДУКОВАНИХ СУДОМ

Єгоренко О. С., Первак М. П., Годлевський Л. С.
м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Гістамін, який є важливим медіатором запалення синтезується також нейронами і забезпечує контроль їхньої збудливості.

Мета роботи полягала у вивченні характеру гострих судомних проявів за умови фармакологічного блокування Н3 гістамінових рецепторів та системи прозапальних цитокинів за допомогою застосування тіопераміду та пентоксифіліну. В дослідах на статевозрілих щурах лінії Вістар досліджували вплив тіопераміду (Sigma-Aldrich, USA) (5,0 мг/кг, в/очер) та піоглітазону (Lilly S.A., Spain) (100,0 мг/кг, в/очер) на гострі судомні прояви, які викликали введенням пентиленететразолю (ПТЗ) (60,0 мг/кг, в/очер).

Тестове застосування коразолу (60,0 мг/кг, в/очер) супроводжувалось виникненням перших судом через (65,2 ± 5,3) с з моменту введення епілептогену та розвитком генералізованих судомних нападів у 9 із 10 щурів, які у 2 щурів носили повторний характер. У щурів із введенням тіопераміду (5,0 мг/кг, в/очер) латентний латентний період зростав на 17,3 % ($p > 0,05$), а генералізовані судоми реєструвались у 7 із 10 щурів ($p > 0,05$). Латентний період судом за умови застосування піоглітазону (100,0 мг/кг, в/очер) перевищував на 33,2 % показник, який спостерігався у групі контролю ($p < 0,05$). Число щурів з генералізованими судомними нападами складало 7 із 10 ($p > 0,05$). На тлі сумісного застосування тіопераміду (5,0 мг/кг, в/очер) та піоглітазону (100,0 мг/кг, в/очер) латентний період перших судом зростав на 52,7 % порівняно з контролем ($p < 0,01$), а генералізовані судомні напади спостерігались у 2 із 11 щурів ($p < 0,01$). Тяжкість судом за умови сумісного застосування препаратів була достовірно меншою у порівнянні з такою, коли препарати вводили окремо ($p < 0,05$). Таким чином, сумісне застосування тіопераміду та пентиоксифіліну забезпечує синергічну протисудомну дію.

МІКРОБІОМ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ТА ЦИТОКІНОВА РЕГУЛЯЦІЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ НЕПЛІДНОСТІ ЧОЛОВІКІВ І СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Мельник О., Шикула Р., Павляк У.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Розвиток запальних процесів як природної захисної реакції організму на активність грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів при захворюваннях внутрішніх органів, зокрема сечостатевої системи, пов'язують з підвищенням синтезу про- та протизапальних цитокінів. Через важливу роль прозапальних цитокінів при інфекційно-запальних і проліферативних процесах зростає зацікавленість, яким чином цитокіни в складній регуляторній мережі пов'язані з прогресуванням захворювання. Особливо, якщо патогенез захворювання складний, багатоетапний і вимагає участі кількох видів імунокомпетентних клітин. Для кожного цитокіну існує спеціальний рецептор. Як результат, в осередку виникає багатоступеневий процес взаємодії між про- та протизапальними цитокінами, а також між цитокінами місцевого і загального значення. Цитокінова мережа – це система, що діє як комплекс, здатний до саморегуляції, в якій постійно відбувається кооперація. Від збалансованості цитокінової регуляції залежать стан імунної системи організму, а також розвиток запальної реакції, що може бути одним із сценаріїв проліферативних процесів. Ці знання важливі для розроблення нових методів лікування неплідності чоловіків, аутоімунної патології суглобів, патоспермії тощо, спричинених бактеріальною інфекцією.

Мета: оцінка взаємозв'язків між про- та протизапальними інтерлейкінами і ролі етіологічного виду збудника інфекції при розвитку непліддя чоловіків та аутоімунного ревматоїдного артриту й ідентифікації кандидатів на біомаркери.

Результати. Розглядаючи цитокінову систему в контексті розвитку запального процесу, такого як ревматоїдний артрит (РА), а також запальних захворювань сечостатевої системи у чоловіків, можна виділити декілька спільних моментів. Зокрема, нами виявлено, що серед прозапальних цитокінів в розвитку РА та ідіопатичній неплідності чоловіків (ІН) найчастіше зустрічаються IL-1, IL-6, IL-8, IL-17, IL-18. Серед протизапальних цитокінів в розвитку РА та ІН домінують IL-10, IL-23, IL-27, IL-37. Крім того активація про- та протизапальних цитокінів здійснюється локальним TNF-α. Підвищена концентрація IL-8, IL-10 пов'язана з прогресуванням запального процесу при РА, а також ІН.

Слід зазначити, що в розвитку обох патологій має місце спільний чинник – це мікроорганізми, що прямо або опосередковано впливають на розвиток патологічного процесу. Питання про інфекційного агента в уражених тканинах суглоба та синовіальній рідині, що зумовлює розвиток імунних порушень за РА, остаточно не з'ясоване, оскільки наявні лише поодинокі повідомлення про виявлення там мікроорганізмів, а деякі дослідники навіть заперечують наявність життєздатних бактеріальних клітин у суглобах, окрім, можливо, лише деградованих мікроорганізмів. Це ж стосується й неплідності чоловіків, де мікроорганізми локального значення формують дисбактеріоз у сечостатевій системі. Нами виявлений у сечостатевій системі чоловіків широкий спектр мікроорганізмів, таких як *Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, P. aeruginosa,* дифтероїдні бактерії, стафілококи, *Escherichia coli,* шигели і кампілобактер. Також виявлено 3,2 % сальмонел, 33 % єрсиній.

В патогенезі розвитку як РА, так і ІН, лежать взаємодії мікробних агентів або їхніх метаболітів та їх вплив на експресію чи інгібування інтерлейкінів. У кожного цитокіна є одна або декілька видів сигналінгів. Зменшення або збільшення відповідного рівня конкретного цитокіну призводить до експресії або інгібування інших цитокінів або імунокомпетентних клітин. Отже, цитокіни активують і сприяють диференціюванню клітин, розташованих нижче, що може призвести до локальних або системних симптомів, пов'язаних з РА та РЯ. Наприклад, IL-6 виробляється у відповідь на місцеві прозапальні цитокіни, такі як TNF-α, який є одним із основних цитокінів і сигналізує про велику мережу інших цитокінів, хемокінів, ангіогенних факторів і факторів транскрипції. В процесі дослідження виявлено, що рівень IL-6 модулює механізм системного імунного захисту проти бактеріальних збудників *Listeria monocytogenes і Mycobacterium tuberculosis, Bacillus subtilis, Serratia marcescens, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pyogenes, Escherichia. coli.*

Інтерлейкін-1 виникає у відповідь на інфекції, спричинені грамнегативними бактеріями, зокрема *Pseudomonas aeruginosa,* де ліпідна частина ліпополісахариду запускає продукування

реагентів гострої фази, пірогени, хемоаттрактанти включають також в цей процес фактор некрозу пухлин. Інтерлейкіни-17 забезпечують захист проти позаклітинних патогенів, таких як *Klebsiella pneumoniae, Citrobacter rodentium і Candida albicans,* а також внутрішньоклітинних бактерій, таких як *Listeria monocytogenes i Salmonella enterica, Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, bacille Calmette–Guérin.* Інтерлейкін -10 характеризується плейотропністю щодо мікроорганізмів, зокрема, якщо під час інфекцій, спричинених внутрішньоклітинними бактеріями, які модулюють запальну реакцію, продукування IL-10 сприяє персистенції та поширенню бактерій в еукаріотичних клітинах. З іншого боку, експресія IL-10 негативно впливає на клітини під час інфекцій, спричинених внутрішньоклітинними бактеріями або їхніми метаболітами, які модулюють запальну відповідь, такими як *Klebsiella pneumoniae, Bordetella pertussis, Listeria monocytogenes, Brucella abortus і Salmonella enterica*.

Висновок. Таким чином, аутоімунна патологія суглобів та ідіопатична неплідність чоловіків є керованими про- та протизапальними інтерлейкінами. Виявлені підвищені рівні IL-8, IL-10, IL-27 в сироватці крові при ревматоїдному артриті та ідіопатичній неплідності чоловіків. Згідно з отриманими даними така підвищена експресія відбувається поетапно на різних рівнях запального процесу і регулюється сигнальними цитокінами.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПЕРГИ

Павлій С. Й., Павлій Р. Б.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

Продукти бджільництва відрізняються унікальним вмістом біологічно активних речовин, вони діють як біогенні стимулятори і мають здатність позитивно впливати на організм людини, що зумовлює доцільність їх використання у харчовій промисловості, апітерапії та фармакологічній промисловості. Перга – це продукт, отриманий з пилку, зібраного бджолами, до якого вони додають мед, травні ферменти.

Метою нашого дослідження було оцінити протимікробну активність перги проти грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів *Staphylococcus aureus, Escherichia coli*, та *Pseudomonas aeruginosa*, та визначити, як різна концентрація використаних екстрактів перги впливає на результати дослідження.

Екстракт розбавляли і готували 6 різних концентрацій, що було виражено у відсотках 33 %, 16,66 %, 8,33 %, 4,16 %, 2,08 % та 1,04%. Антимікробну активність перги визначали *in vitro* методом дифузії в агар – методом «колодязів».

Результати дослідження показують, що перші два розведення екстракту перги – 33 % та 16,66 %, демонстрували більш високу антимікробну активність, а інші розведення мали меншу, але видиму активність залежно від збудника, на якому вони були випробувані.

Найкраща антимікробна активність проявилася на *Staphylococcus aureus*. Усі розведення екстракту перги виявили антимікробну активність щодо тестованих мікроорганізмів.

ПРОЯВИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА МОДЕЛІ ХРОНІЧНОЇ ЕПІЛЕПТИЗАЦІЇ МОЗКУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОМОДУЛЯТОРІВ

Первак М. П., Годлевський Л. С., Ляшенко А. В.
м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Одним із патологічних синдромів, патогенез якого відрізняється численністю зв’язків з найбільш поширеними захворюваннями, є метаболічний синдром (МС). Зважаючи на ефективність агоніста рецепторів, які активує пероксисомний проліфератор (PPAR-γ) – піоглітазон у лікуванні проявів МС та епілептичної активності, доцільним є вивчення проявів МС у щурів із пентиленететразол (ПТЗ)-індукованим кіндлінгом. Кіндлінг викликали щодобовими введеннями ПТЗ в дозі 35,0 мг/кг, в/очер протягом трьох тижнів. В дослідженні спостерігали щурів, у яких останні три введення ПТЗ викликали генералізовані клоніко-тонічні судомні напади.

Вміст глюкози в крові через 30 хв після перорального застосування (3,0 г/кг) склав (350,5 ± 39,5) мг/дЛ, що було вище від показника в групі контролю в 1,72 раза ($p < 0,001$). Достовірні відмінності спостерігались до 90-ї хвилини від введення глюкози. В тесті з толерантністю інсуліну (0,75 МО/кг) визначено недостовірне зниження вмісту глюкози через 30 хв

з моменту її застосування (на 27,5 %). Вміст тригліцеридів в крові щурів за умови 6-годинного голодування, який в контролі складав (105,5 ± 12,3) мг/дЛ, зростав у кіндлінгових щурів до (172,5 ± 14,5) мг/дЛ ($p < 0,05$), тоді як рівень ліпопротеїнів низької щільності збільшувався з (42,3 ± 7,1) до (93,6 ± 11,2) мг/дЛ ($p < 0,05$). Імуногістохімічне визначення TNF-α і p-NF-kB засвідчило зростання їх вмісту в гіпокампі кіндлінгових щурів в 3,73 та 3,0 рази відповідно ($p < 0,001$). Застосування піоглітазону (50,0 мг/кг, в/очер), яке здійснювали за 30 хв до чергового введення ПТЗ запобігало зазначеним порушенням.

Таким чином, отримані результати засвідчили, що модель хронічної епілептичної активності – ПТЗ-індукованого кіндлінг-синдрому, дозволяє відтворювати прояви МС.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ ПАЗУХ АОРТИ ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ ПРИ УРАЖЕННІ КЛАПАНА АОРТИ

Підвальна У. Є., Матешук-Вацеба Л. Р.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україно-Польський центр серця «Львів»

Ендоваскулярні методи імплантації клапана аорти при аортальному стенозі вимагають передопераційного планування з оцінкою морфології пазух аорти, яка різняться за статтю.

Мета: порівняти дані морфометричного аналізу висоти пазух Вальсальви з тяжким аортальним стенозом на основі гендерних відмінностей.

Матеріали та методи. Зображення проведеної комп'ютерної томографії кореня аорти з контрастуванням в осіб з важким аортальним стенозом. Діагноз верифікований Heart Team, згідно American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines (2020). У дослідження включені 25 пацієнтів чоловічої статі та 26 пацієнтів жіночої статі з тяжким асимптоматичним (C1, C2) та симптоматичним (D1, D2, D3) аортальним стенозом.

Результати. У чоловіків [середній вік (58,48 ± 13,93) років, зріст (1,71 ± 0,06) м] висота усіх пазух Вальсальви суттєво перевищує відповідні показники у жінок [середній вік (64,92 ± 14,07) років, зріст (1,60 ± 0,05) м] із ураженням клапана аорти. Найбільша суттєва різниця за статтю встановлена у показниках висоти правої пазухи аорти – на 19,96 % [(21,10 ± 2,09) мм проти (17,59 ± 2,41) мм, $p = 0,0001$)]. Статистично вірогідною за статтю була різниця показників висоти задньої пазухи аорти – на 13,04 % [(21,95 ± 1,59) мм проти (19,42 ± 2,68) мм, $p = 0,003$] та висоти лівої пазухи аорти – на 10,87 % [(20,66 ± 2,38) мм проти (18,64 ± 2,39) мм, $p = 0,02$].

Висновки. За результатами порівняння даних морфометричного аналізу висоти пазух Вальсальви з тяжким аортальним стенозом на основі гендерних відмінностей встановлено, що висота усіх пазух Вальсальви у чоловіків суттєво перевищує відповідні показники у жінок.

ВИВЧЕННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ФОЛІКУЛЯРНОГО ТИРОЦИТУ ЯК ЗАСІБ ОБ'ЄКТИВІЗУВАННЯ ЙОГО МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ

Рябуха О. І.
м. Львів, Львівський медичний інститут

Базовим рівнем організації живих організмів є клітина та її органели, що при вивченні тиреоїдної патології перетворює тироцит на основний об'єкт дослідження. Діяльність тироцита як гормонопоетичної клітини відбувається за певними напрямами при наявності спеціалізованих органел, які здійснюють синтез гормонів, їх елімінацію, транспортування виробленого гормонального продукту інтраорганним мікрокапілярним руслом, енергетичне забезпечення цих процесів. Якщо кожен напрям діяльності тироциту позначити як «можливість», створюються передумови для поглибленого дослідження функціонування будь-якого із вказаних напрямів. Транспортувальні можливості тироциту характеризують ендотеліоцити мікрокапілярів, перикапілярний простір, складчастість базальної цитолеми; енергетичні можливості визначаються

мітохондріями і мітохондріальним матриксом, секреторні – апікальними мікроворсинками, електронною щільністю інтрафолікулярного колоїду, кількістю секреторних гранул і лізосом, їхньою електронною щільністю та особливостями розташування у межах цитосоми; про синтетичні можливості тироциту свідчать електронна щільність цитоплазми, субструктури гранулярного цитоплазматичного ретикулуму і комплексу Гольджі, вільні і зв'язані рибосоми. При оцінюванні в цифровому еквіваленті стану складових елементів профілю будь-якої можливості (Рябуха О. І., 2017, 2018, 2021; Ryabukha O. I., 2018, 2019, 2022; Ryabukha O. & Dronyuk I., 2019, 2020, 2021) формуються передумови для створення персоналізованих математичних моделей (Meng F. et al., 2019) вивчення впливу різних речовин на певні напрями діяльності тироциту або на тироцит як цілісну комплексну систему.

МІКРОБІОМ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Сус М., Руминська Т., Коваленко І.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Мікробіота кишечника охоплює широкий спектр бактерій, які виконують різноманітні функції, впливаючи на загальний стан здоров'я господаря. За останні кілька десятиліть дослідження, пов'язані з мікробіомом, інтенсифікувалися і таким чином, було досягнуто кращого розуміння складу популяції мікробіоти та взаємодії мікроорганізмів і господаря. Мікробіом можна розділити на екосистеми, які існують на шкірі та слизових оболонках, таких як ротова порожнина, шлунково-кишковий тракт, легені і сечостатева система. Мікробіота може впливати на цілісність слизової оболонки, модулюючи імунні відповіді господаря та запальних процесів слизової оболонки, що характеризується зміненим профілем прозапальних і протизапальних цитокінів. Крім того на кожному етапі запального процесу змінюється і склад мікробіоти шлунково-кишкового тракту. Структурними компонентами патогенних та умовно патогенних бактерій, а також їхніми токсинами і метаболітами, може бути спровокований інфекційний процес, що призводить до каскаду реакцій за участю про- та протизапальних інтерлейкінів, хемокінів та інших цитокінів.

Цитокіни складають цілу імунну мережу, яка охоплює як вроджену, так і адаптивну системи. Особливістю цитокінів є те, що вони самі не можуть проявляти вплив на чужорідні бактеріальні, вірусні та грибкові антигени, а служать винятково для передачі сигналів. Цитокіни діють відповідно до каскадних сигнальних шляхів, які регулюють інтенсивність і тривалість імунозапальної відповіді в шлунково кишковому тракті. В останні роки особлива увага приділяється стратегії, функціям, структурі цитокінів та їх важливості в різних інфекційних процесах та клітинній проліферації. Активно вивчаються компенсаторні механізми внаслідок продукції дефектних або рецепції окремих цитокінів, що також визначає збалансованість цитокінового спектру. Особливо, якщо пацієнт з хронічним інфекційним процесом, де може бути виявлений дисбаланс у виробництві про- та протизапальних інтерлейкінів, хемокінів та інших цитокінів, що може бути фактором прогресування патологічного процесу. Один з аспектів дослідження інтерлейкінів – це їх синергічний ефект. Тому властивості та функціональна роль, наявність чи відсутність окремих видів інтерлейкінів, а в деяких випадках родини цитокінів, можна розглядати, як ознаку певного інфекційного захворювання, клітинної проліферації та злоякісного новоутворення.

Мета цього дослідження полягає у визначенні інтерлейкінового профілю в патогенезі інфекційних захворювань шлунково-кишкового тракту та ідентифікації кандидатів на біомаркери.

Результати. Серед проаналізованих оригінальних досліджень з визначення про- та протизапальних інтерлейкінів, які відповідають за регуляцію імунної відповіді, а також міжклітинну комунікацію, що відіграє певну роль у захисті організму від патогенних бактерій, грибів, нами були виділені цитокіни, характерні тільки для запальних захворювань шлунково-кишкового тракту. Грампозитивні та грамнегативні бактерії визначають характер і перебіг запальних захворювань шляхом активації та пригнічення різних видів інтерлейкінів. Ендотоксини та ЛПК грамнегативних бактерій можуть індукувати надмірне виробництво медіаторів запалення, таких як IL-1, IL-6, IL-8, TNF-α. Як відомо, мікробні токсини призводять до виникнення раку через активацію запалення або пригнічення імунітету. З огляду на функціональні характеристики прозапальні цитокіни IL-6, IL-8 володіють локальними та системними ефектами і відображають тяжкість захворювання та прогнозують результат інфекційного процесу. Встановлено, що *Pseudomonas aeruginosa* здебільшого пов'язують зі збільшенням рівнів IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10

та фактором некрозу пухлини альфа (TNF-α). *Helicobacter pylori* впливає на експресією інтерлейкінів-17 (IL-17) та IL-22, IL-23. А як відомо, інфекції *Helicobacter pylori* підвищують ризик розвитку раку шлунка і раку підшлункової залози, тому аналізуючи інтерлейкіновий профіль різних видів раку шлунково-кишкового тракту виявлено високу експресію IL-20, IL-22, IL-24. *Campylobacter jejuni* впливає на індукцію IL-6, IL-4, IL-10 та в невеликих кількостях на експресію інтерлейкіну IL-18 та TNF-α. *Salmonella enterica* – збудника пов'язують з експресією IL-10, IL-17, IL-24, проте мікроорганізм слабо індукує IL-6, IL-1α, TNF-α. Ентероінвазивні бактерії, такі як *Escherichia coli ma Shigella flexneri* стимулюють TNF-α та IL-1α, IL-10. Проте виявлено цікавий факт, що біфідобактерії та лактобацили сильно інгібують TNF-α.

Деякі види інтерлейкінів характеризуються плейотропною дією щодо деяких видів бактерій. Згідно з отриманими даними інтерлейкін-17 забезпечує захист проти позаклітинних патогенів, таких як *Klebsiella pneumoniae,* а також внутрішньоклітинних бактерій, таких як *Listeria monocytogenes*. Серед грибкових інфекцій, що тісно пов'язані з індукцією цитокінів (IL-17) через передачу сигналу Toll-подібного рецептора (TLR) виокремлюють *Cryptococcus, Candida albicans, Aspergillus fumigatus* або ж їхні структурні елементи -β-глюкани, надмірне виробництво яких пов'язане з багатьма запальними та аутоімунними розладами.

Такою ж плейотропністю характеризується інтерлейкін-10 (IL-10) стосовно внутрішньоклітинних та позаклітинних бактерій. Однак здебільшого експресію (IL-10) пов'язують із захворюваннями, де етіологічними агентами є *Streptococcus pneumoniae, Francisella tularensis, Mycobacterium tuberculosis, Candida albicans, Toxoplasma gondii.* Проте зниження активності IL-10 спостерігається при запальних процесах, викликаних *P. anaerobius і Enterococus faecalis.* Протизапальний цитокін IL-10 характеризується локальними і системними ефектами. Динаміка рівнів IL-10 може слугувати показником активності запального процесу. *Bacteroides fragilis, Clostridium і Enterococcus faecalis* пов'язують з активацією IL-18. Однією з цікавих особливостей є те, що кишкова флора, зокрема біфідобактерії та лактобацили, теж впливають на експресію IL-18. *Streptococcus mutans, Staphylococcus aureus* можуть викликати секрецію IL-1 β проте *Streptococcus pyogenes і Streptococcus faecalis* знижують рівні IL-2.

Оцінюючи особливості цитокінового профілю в конкретному клінічному випадку можна спостерігати підвищений рівень цитокінів IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, TNF-α у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника та виразковим колітом, проте у пацієнтів з даною патологією зменшується рівень експресії IL-10 і CD3, CD5. Як відомо, рівень TNF-α підвищується при різних неспецифічних та інфекційних запальних станах і на початку може спостерігатись низька продукція TNF-α. Серед мікробного профілю при даних патологіях домінує *Bacteroidus ssp.,* але зменшується кількісний склад *Faecalibacterium prausnitzii.* У пацієнтів із хворобою Крона спостерігається експресія цитокінів IL-19, IL-26. Високий рівень цитокінів IL-36 є статистично значущим у пацієнтів з колітом. Інтерлейкіновий профіль при різних видах раку шлунково-кишкового тракту характеризується здебільшого експресією IL-20, IL-22, IL-24.

Висновок. Отже, підсумовуючи результати нашої роботи, можна зробити висновки, що цитокіни IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 IL-17 та фактор некрозу пухлини альфа (TNF-α), IL-20, IL-22, IL-23 IL-24, IL-26, IL-36 відіграють важливу роль у розвитку запальних захворювань шлунково-кишкового тракту, спричинених окремими інфекціями або їх комбінаціями. Патогенні бактерії виробляють токсичні метаболіти, які прямо або опосередковано сприяють виникненню раку і підвищують рівні IL-1, IL-6, IL-8, TNF-α. Дослідження інтерлейкінового профілю, як одного з основних біомаркерів при запальних захворюваннях та проліферативних процесів шлунково-кишкового тракту, має важливе прогностичне значення.

СУДОВА МЕДИЦИНА, ПАТАНАТОМІЯ, ПАТОГІСТОЛОҐІЯ

АНГІОГЕНЕЗ У ПЕРИФОКАЛЬНІЙ ЗОНІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНФАРКТІ З ГЕМОРАГІЧНОЮ ТРАНСФОРМАЦІЄЮ

Поспішіль Ю. О., Фаліон Р. І.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Крововилив у тканину головного мозку, яка первинно зазнала ішемічного пошкодження, розвивається при відновленні мозкового кровоплину у пошкоджених судинах. Неоангіогенез розпочинається через 12–24 години з моменту настання ішемії/реперфузії. Проведено морфологічний аналіз ангіогенезу в перифокальній зоні мозку при ішемічному інфаркті з геморагічною трансформацією (ІшІ з ГТ) із застосуванням гістологічного (гематоксилін-еозин) та імуногістохімічного ($CD34^+$ моноклонального попередника ендотеліальних клітин) методів дослідження. Проведено дослідження 18 випадків перифокальної тканини головного мозку при ІшІ із ГТ у різні періоди від початку захворювання (I – від 0 до 3 діб, II – від 4 до 7 діб і III – більше 7 діб). Встановлено, що поодинокі капіляри в пенумбрі з'являлись 1-му періоді в 16,67 % випадків ІшІ із ГТ. У 2-му періоді новостворені судини були досліджені у 60 % випадків. У 3-му періоді капіляри виявляли у 100 % випадків. При порівнянні частоти виявлення даної ознаки між періодами встановлено істотну різницю між 1-м та 3-м періодом ІшІ із ГТ ($p_{1\text{-}3} < 0,05$). Доведено незначне зростання інтенсивності капілярної сітки з перебігом ІшІ із ГТ. Імуногістохімічно встановлено зростання експресії та площі поширення $CD34^+$ моноклональних попередників ендотеліальних клітин у перифокальній зоні: у 1-му періоді, у 16,67 % випадків $CD34^+$ клітини займали площу до 30 % периметру пенумбри, у II – до 50 % і III періоді – до 60 %. Отже, інтенсивність виявлення проліферуючих капілярів з перебігом ІшІ із ГТ зростала, незважаючи на тяжкість ураження як ішемією, так і вторинним крововиливом. Поглиблене вивчення ангіогенезу дасть можливість детальніше зрозуміти процеси відновлення кровопостачання в критичній зоні головного мозку на мікросудинному рівні.

МАКРО- ТА МІКРОСТРУКТУРНА БУДОВА ПЕЧІНКИ ЩУРА В НОРМІ

Шевчук М. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Маса печінки щурів у нормі становить у статевозрілих тварин 11–16 г та 6–8 г – у статевонезрілих. Складається з 6 часток: права бокова, ліва бокова, права центральна, ліва центральна, хвостова частка та додаткова частка. Печінка щура зовні покрита сполучно-тканинною капсулою, яка щільно зрощена з вісцеральним листком очеревини. Зв'язковий апарат слабо виражений. На вісцеральній поверхні розташовані ворота печінки з ворітною веною, власною печінковою артерією та печінковими протоками, що формують спільну жовчну протоку. Жовчний міхур у щурів відсутній. Внутрішня будова печінки утворена паренхімою та стромою. Паренхіма печінки представлена печінковими часточками. Печінкові часточки полігональної 5–6-гранної форми та складаються з печінкових балок і міжчасточкових синусоїдних капілярів. В центрі часточки знаходиться центральна вена. Навколо строми елементів тріад визначають невеликий простір – простір Мола. Поміж класичними печінковими часточками визначаються прошарки пухкої сполучної тканини, в яких розташовуються компоненти печінкової тріади – гілки печінкових артерії, ворітної вени, лімфатичні судини та жовчні протоки. У клітинному складі пухкої сполучної тканини печінкових тріад розташовувались фібробласти, а також поодинокі лімфоцити і макрофаги. Печінкові балки утворені гепатоцитами та розташовані в радіальному напрямку. Гепатоцити за формою – багатогранні, в балках розташовуються двома рядами і пов'язані між собою десмосомами. Міжчасточкові сполучнотканинні трабекули розвинені слабо. Межі класичних печінкових часточок визначалися через розташування портальних тріад, печінкових пластинок і синусоїдних капілярів, які мали радіальний напрямок, від центральної вени до портальних трактів.

НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАҐНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

КОРЕКЦІЯ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА ГЕМОГОАГУЛЯЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ МАГНІТОТЕРАПІЇ

Кисіль О. Ю., Лабінська О. Є.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Через високу частоту негативних ефектів, економічні витрати, у терапії гіпертонічної хвороби (ГХ) доцільне поєднання медикаментів і немедикаментозних методів, зокрема, магнітотерапії (МТ), що коригує розлади мікроциркуляції, без побічних дій препаратів.

Мета роботи: вивчити показники імунограми у хворих на ГХ II–III стадій при лікуванні препаратом індапамід і з додаванням МТ.

Матеріали та методи. Хворі 1-ї групи (25 осіб) приймали індапамід-ретард 1,5 мг, у 2-й групі (32 осіб) додавали загальну гіпо-гіпер-МТ. Вивчали показники імунітету (непрямим імунофлюоресцентним методом виявлення субпопуляцій лімфоцитів за допомогою моноклональних антитіл). Результати обстежень статистично обробляли.

Результати та обговорення. У 1-й групі після лікування пацієнтів з ГХ у II стадії нормалізувалися абсолютна та відносна кількість $CD4^+$ – (0,61 ± 0,07) Г/л, (28,00 ± 3,54) %, $CD19^+$ – (0,57 ± 0,20) Г/л, (29,00 ± 7,07) %; у III стадії: $CD16^+$ – (0,37 ± 0,12) Г/л, (18,33 ± 2,08) %, $CD3^+$ – (1,03 ± 0,35) Г/л, (51,33 ± 10,60) %, $p < 0,01$. У обох стадіях нормалізувалися рівні IgA, імунорегуляторний індекс (IPI).

У 2-й групі пацієнтів із ГХ в III стадії нормалізувалися абсолютна і відносна кількості $CD19^+$ – (0,55 ± 0,27) Г/л, (29,67 ± 5,69) %, $CD16^+$ – (0,44 ± 0,18) Г/л, (26,33 ± 6,43) %; у II стадії: абсолютна кількість $CD4^+$ – (0,48 ± 0,21) Г/л), рівні циркулюючих імунних комплексів, IPI, IgA. Абсолютна кількість $CD3^+$ – (0,91 ± 0,42) Г/л, (0,82 ± 0,50) Г/л, $p < 0,01$, нормалізувалась у обох стадіях.

Висновки. Позитивна динаміка імунологічних показників у хворих на ГХ, в процесі МТ може використовуватися для оцінки результатів лікування і встановлення прогностично сприятливих критеріїв одужання хворого.

ҐЕНЕТИКА, ДЕМОҐРАФІЯ

ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНІВ *AGT* (RS4762) ТА *GNB3* (RS5443), ЯК ЧИННИКИ РИЗИКУ ТЯЖЧОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Воронюк К. О.
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань у дорослих і провідна причина інвалідності та смертності в усьому світі. На даний час надають велику увагу вивченню генетичної основи есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ), оскільки генетичний фактор впливає на регуляцію артеріального тиску (АТ) у людини в 30–50 %.

Метою нашого дослідження було оцінити роль поліморфізму генів *AGT* (rs4762) та GNB3 (rs5443), як чинників ризику тяжчого перебігу АГ.

В одномоментному дослідженні взяло участь 100 хворих на ЕАГ ІІ стадії, 1–3 ступенів підняття АТ, високого та дуже високого серцево-судинного ризику. Серед хворих було 21 % (21) чоловіків, 79 % (79) жінок. Середній вік пацієнтів – (59,86 ± 6,22) років. Групу контролю склали 60 практично здорових осіб, зіставних за віком – (49,13 ± 6.28) років та статевим розподілом (63 % – жінок, 37 % – чоловіків). Для дослідження поліморфізму генів *AGT* (rs4762) та GNB3 (rs5443) виконали якісну полімеразну ланцюгову реакцію в режимі реального часу.

Розподіл ступенів тяжкості ЕАГ за рівнем АТ залежно від поліморфних варіантів генів *AGT* (rs4762) і *GNB3* (rs5443) показав, що статистично значущих відмінностей у зазначеному вище розподілі між генотипами гена *AGT* (rs4762) не встановили. Дещо частіше (на 22,23 %) виявляли осіб із 1-м ступенем елевації АТ серед хворих на ЕАГ із *CC*-генотипом гена *GNB3* (rs5443), ніж серед таких із *T*-алелем ($\chi^2 = 3,66$; $p = 0,055$).

Епідеміологічний аналіз не підтвердив поліморфні варіанти генів *AGT* (rs4762) та *GNB3* (rs5443) в якості предикторів тяжчого перебігу ЕАГ за ступенями елевації АТ.

УПРАВЛІННЯ І ОРҐАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАХОВОГО КОЛЕДЖУ ДО СКЛАДАННЯ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК М»

Батюх О. В., Мазур П. Є., Голуб Г. Р.
м. Кременець, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Відповідно до чинної нормативної бази ліцензійний іспит «КРОК М» є обов'язковою складовою атестації за програмою фахового молодшого бакалавра з метою оцінювання вміння використовувати знання та розуміння основних найважливіших професійно-орієнтованих дисциплін. Така форма зовнішнього оцінювання рівня професійної компетентності студентів беззаперечно викликає емоційну реакцію організму здобувачів та проявляється занепокоєнням, невпевненістю, емоційною нестійкістю, що значним чином впливає на результат іспиту. Під час планомірної підготовки студентів до іспиту в навчальному закладі, окрім консультацій і практично-тренінгових занять (з використанням навчально-контролюючих програм), оцінюється рівень ситуативної тривожності. Дослідження спрямоване на діагностику емоційної реакції на стресову ситуацію (іспит). За результатами дослідження (тест Спілбергера-Ханіна) у 58 % респондентів виявлено високий рівень ситуативної (реактивної) тривожності, як прояв занепокоєння та напруги у конкретній ситуації.

Висока реактивна тривожність спричиняє порушення уваги, деструктурування діяльності, а це в свою чергу знижує результативність виконаної роботи. З метою усунення у студентів емоційного дискомфорту, коригування рівня тривожності та напруженості, вироблення почуття впевненості та безпеки проводиться психокорекційна робота. Програма соціально-психологічного тренінгу містить техніки саморегуляції емоцій, усвідомлення свого «Я», створення психологічної підтримки для почуття впевненості в успіху, що вкрай важливо для студентів у ситуаціях оцінювання їх компетенції й престижу.

ДО РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД

Власик Л. Й.
м. Чернівці, заклад вищої освіти Буковинський державний медичний університет

Згуртованість населення України навколо національної ідеї, волонтерський рух задля перемоги допомагають вижити у складних життєвих умовах війни. Частиною національної ідеї відбудови країни у повоєнний час має стати збереження здоров'я кожного. Багато категорій населення будуть потребувати особливої уваги щодо медичного обслуговування (ветерани війни, інваліди), проте надважливим завданням слід розглядати збереження здоров'я працездатного населення, яке буде задіяне у процесах відновлення країни та нестиме тягар демографічного навантаження. За даними нашого дослідження представники економічно активного населення недостатньо уваги приділяли стану свого здоров'я, тому проблема мотивації до здорових звичок буде стояти надзвичайно гостро. Важливо, після відносної стабілізації міграційних процесів, у максимально короткі терміни провести Перепис населення, результати якого здатні сколихнути суспільство і дати поштовх до впровадження і підтримки програм зі зміцнення здоров'я. Після проведеної реформи первинної ланки вибір лікаря став доступним, однак пацієнти не звикли цим користатися, навіть якщо обслуговування їх не влаштовує. З іншого боку, лікарі первинної ланки не поспішають йти назустріч очікуванням пацієнтів, особливо, якщо необхідна кількість декларацій набрана. Вихід із ситуації бачимо в активації та залученні пацієнтів до організації охорони свого здоров'я, що буде вимагати підвищення якості послуг, які їм надаються. В іншому випадку необхідно встановити червоні прапорці, за якими прослідує зниження оплати лікарю за неякісне обслуговування або необслуговування пацієнта.

ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ ФАХОВИХ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ

Голуб Г. Р., Мазур П. Є., Батюх О. В.
м. Кременець, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Для успішного професійного становлення медичного працівника обов'язковим є функціональна та екзистенційна відповідність людини і професії, наявність професійної спрямованості, сформованість професійної Я-концепції, наявність спеціальних знань та вмінь, ідентифікація з професійною спільнотою, професією.

Оскільки майбутньому фахівцю важливо вміти самоствердитися у професійній сфері, ідентифікувати себе з медичною спільнотою, її цінностями та діяльністю, то за допомогою методу соціально-психологічного навчання працюємо над формуванням цих навичок. Ефективним є проведення тренінгів розвитку професійної ідентичності серед випускників коледжу. Активна групова робота покращує розуміння студентами власного професійного Я, прийняття себе в професії, допомагає розуміти свої почуття, внутрішній світ, дозволяє переглянути сформовані стереотипи, установки, навчає ефективним моделям поведінки. Шляхом рефлексії та вербалізації власних життєвих та професійних цінностей, аналізом професійних ролей, відпрацювання навичок спілкування, формування позитивної "Я-концепції медпрацівника" формується усвідомлення власних професійних можливостей і шляхів професійного зростання. Тренінгові заняття підвищують рівень професійної ідентичності та навички рефлексії, також значно зростає ступінь прийняття обраної професії як засобу самореалізації.

Отже, професійна ідентичність допомагає особистості керувати своїм професійним становленням, свідомо вибирати лінію свого професійного розвитку, а також згодом буде забезпечувати професійну адаптацію.

ТЕМАТИЧНЕ ВДОСКОНАЛЕННЯ З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

Горошко Є. Л., Венгрин Н. О., Мазур П. Є.
м. Кременець, Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

В законодавстві України паліативна допомога існує з 2011 року, а з 1 квітня 2020 року вона увійшла до Програми медичних гарантій. Національна служба здоров'я України оплачує надання паліативної допомоги у стаціонарі та мобільної паліативної допомоги. Згідно з вимогами НСЗУ сестра медична загальної практики – сімейної медицини та/або сестра медична, та/або фельдшер мають пройти підготовку з надання паліативної допомоги.

Нами розроблена програма тематичного вдосконалення для медичних сестер «Стаціонарна, мобільна паліативна допомога дорослим і дітям». Тридцятигодинна програма дистанційного навчання передбачає вивчення таких тем:

1) Суть і завдання паліативної допомоги, принципи, форми і види. Законодавчі та правові аспекти її надання;

2) Мобільна паліативна допомога дорослим і дітям. Принципи роботи мультидисциплінарної та інтердисциплінарної команд;

3) Основні принципи догляду за важкохворими, допомога при синдромі хронічного болю;

4) Хронічні погресуючі захворювання, які обумовлюють статус паліативного пацієнта; загальний контроль симптомів і ведення пацієнтів;

5) Етико-деонтологічні особливості спілкування та духовна опіка паліантивних пацієнтів. Профілактика синдрому емоційного та професійного вигорання медичних працівників та ряд інших.

За 2021/2022 навчальний рік на курсах підвищення кваліфікації коледжу пройшли тематичне вдосконалення 69 медичних сестер, які надають паліативну допомогу у закладах охорони здоров'я області первинного і вторинного рівнів.

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ТА КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ ЯК НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Дякунчак Я. Е.
м. Бровари, Київська обл., КНП БМР БР КО «БМЦПМСД»,

Особливої уваги у діагностично-лікувальному процесі, зокрема на первинній ланці, у щоденній практиці сімейного лікаря сьогодні надається вмінню будувати стосунки «лікар–пацієнт», так звані «м'які навички» ("soft skills"). Аналізуючи досвід консультування пацієнтів з різноманітними нозологіями, приходимо до висновку, що необхідною запорукою досягнення позитивного результату в процесі діагностики і лікування є вміння лікаря вислухати пацієнта, виокремити найголовніше, дозволити пацієнту брати участь у пошуку клінічного рішення, проявляти повагу та чуйність до потреб і проблем пацієнта. Саме ці риси дуже часто визначають рівень якості та безпеки лікарської практики, а також загалом усієї системи охорони здоров'я. Можна пригадати досить багато клінічних прикладів, де після належного застосування комунікативних навичок, виявлення емоційного інтелекту навіть складні та конфліктні пацієнти погоджувалися на запропонований план діагностики та лікування, починали працювати над зміною власного способу життя.

Один із головних пріоритетів загальної лікарської практики (та й охорони здоров'я загалом) – це пацієнтоорієнтований підхід. Цей підхід передбачає повагу до гідності пацієнта, спільне вироблення рішення щодо діагностичних чи лікувальних заходів, бачення потреб і проблем особистості в цілому, дотримання етичних принципів при наданні медичної допомоги. У світі навіть створено рух за принципом «What matters to you?» («Що має значення саме для тебе?»). Емоційний інтелект, комунікативні навички, формування стосунків «лікар–пацієнт», а також навчання цих компетенцій майбутніх лікарів, нині відіграють надважливу роль у лікарській практиці провідних систем охорони здоров'я у всьому світі. Також суттєвого значення набувають питання лідерства, спільної роботи в команді. Саме рівень розвитку цих компетенцій у більшості випадків визначає рівень якості та безпеки медичної допомоги.

Але що таке комунікативні навички (communication skills) і чи можна цьому навчитися? Завдяки численним клінічним дослідженням цієї теми, вдалось ствердно відповісти на це питання. Чудовим подарунком для мене стала праця S.Kurtz зі співавт. «Teaching and Learning Communication Skills in Medicine», де розглянуто методики навчання комунікативних навичок на засадах доказової медицини. Зокрема, на увагу заслуговує Оглядовий опитувальник Калгарі – Кембридж (Calgary – Cambridge Observation Guide), який охоплює питання правильного початку консультації, збирання анамнезу, будування стосунків «лікар–пацієнт», сприяння залученню пацієнта в діагностично-лікувальний процес, адекватне пояснення і планування подальшого супроводу пацієнта. У цій праці також визначено поняття комунікативних навичок, їх значення у клінічній практиці, методики викладання навчального предмету «комунікація з пацієнтом». Автори наголошують, що комунікація з пацієнтом – це професійна навичка, яка має бути розвинена до професійного рівня.

Великою знахідкою для мене стало також знайомство з працями одного із засновників методу мотиваційного інтерв'ю – професора Стефана Рольніка (Stephen Rollnick). Цей метод застосовують, щоб мотивувати пацієнтів змінити свій спосіб життя: кинути палити, почати працювати над зайвою вагою, контролювати рівень артеріального тиску, глюкози та холестерину у крові тощо. Зокрема, професор Рольнік використовує чотири основних етапи в мотиваційному інтерв'ю: залучення пацієнта до проблеми (engage), фокусування на основному (focusing), пробудження бажання змінитися (evoking), планування подальших дій (planning). Велике значення також мають відкриті запитання та рефлексивне слухання.

Також надважливе значення у формуванні відносин «лікар–пацієнт», будуванні стосунків між колегами в колективі має емоційний інтелект лікаря. Це група ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій та емоцій оточення. Емоційний інтелект передбачає саморозуміння, комунікативний потенціал, власне адаптаційні здібності, антистресовий потенціал та загальний настрій.

Отже, розвиток комунікативних навичок, емоційного інтелекту, використання мотиваційного інтерв'ю має визначальне значення у досягненні належного рівня якості та безпеки лікарської практики.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ У ВІДДАЛЕНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З РАДІОЛОГІЇ

Карашівська О. С., Леськів І. М.
м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

Сучасні інформаційні технології відкривають нові перспективи для підвищення ефективності освітнього процесу. При дистанційному навчанні використовуються різноманітні методи надання навчальної інформації.

Віддалене навчання проводиться змішаним методом: це навчання в режимі реального часу з веденням діалогу між студентом і викладачем та дистанційне навчання в асинхронному режимі. Це зазвичай низка попередньо записаних відеолекцій, які можна слухати будь-коли, виконання завдань в рамках певного часового інтервалу, вирішення тематичних задач, тестів, підготовка рефератів, публікацій та створення тематичних презентацій. Не менш важливим є відеоматеріал з демонстрацією діагностичних процедур з поетапним обстеженням пацієнта, покроковим проведенням практичних навичок та інших наочних матеріалів, в тому числі, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, схем, таблиць, шкал. Розроблено електронний протокол алгоритму діагностики пацієнтів з різними патологіями. Для дистанційної освіти студентів ми застосовуємо сервіс Microsoft Teams та інші спеціалізовані медичні платформи. Також віддалене навчання збільшує відсоток самостійної роботи студента-медика.

Дистанційні технології можна розглядати як важливий формат навчання у сучасному освітньому процесі. Отже, впровадження дистанційного навчання у медичних закладах вищої освіти відбулось вимушено, однак дає можливість продовжувати навчання під час карантинних заходів, перебуваючи на будь-якій відстані від навчального закладу, стимулюючи самостійну роботу студентів, їх самовдосконалення. Враховуючи розвиток телемедицини, дистанційне навчання сприяє розумінню роботи даної галузі і вдалому її використанню в практичній діяльності майбутніх лікарів.

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРІОДИЧНОЇ ЦИФРОВОЇ РЕНТГЕНОГРАФІЇ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Коваленко Ю. М.
м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

На початку 2022 року було скасовано наказ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗУ) № 254 від 17.05.2008 року «Про затвердження Інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України», який спільно розроблявся фахівцями кількох спеціальностей, зокрема радіологів. Скасували наказ самі фтизіатри, хоч на початку 21-го сторіччя між радіологами і фтизіатрами було досягнуто консенсусу щодо клінічної ефективності та економічної обґрунтованості профілактичної цифрової рентгенографії органів грудної клітки (ЦРОГК). У 2003 році спільно спеціалістами МОЗУ, Академії медичних наук України (АМНУ) та Асоціації радіологів України (АРУ) було розроблено «Концепцію застосування рентгенологічних досліджень для ранньої діагностики патології органів грудної порожнини», в якій, зокрема, було рекомендовано для профілактичних обстежень органів грудної клітки (ОГК) використовувати цифрові рентгенодіагностичні системи, обладнані цифровими приймачами з розрізняльною здатністю 4.0 п.л./мм. Правильність розробленої українськими фахівцями Концепції було підтверджено минулого року у Клінічній настанові, заснованій на доказових даних «ТУБЕРКУЛЬОЗ», яка є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією «Зведеної настанови ВООЗ з туберкульозу», виданої у 2020–2021 рр. У цьому документі показано, що тільки рентгенографія органів грудної клітки (ОГК) задовольняє критеріям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до методів скринінгу, які мають забезпечити чутливість не нижче 0.9 та специфічність не нижче 0.7. На Всесвітньому симпозіумі з систематичного скринінгу на туберкульоз та ролі рентгенографії ОГК, проведеному спільно Міжнародним товариством радіології (ISR) та ВООЗ було повернуто пріоритет ЦРОГК у ранньому виявленні туберкульозу (ТБ). Слід зауважити, що в наказі МОЗУ № 254 було визначено, що профілактичні рентгенівські обстеження ОГК проводяться з метою своєчасного виявлення хвороб органів дихання (активного туберкульозу і його залишкових змін, злоякісних новоутворень, неспецифічних захворювань легень), середостіння, скелета, грудної порожнини, тобто широкого спектру захворювань, а не тільки ТБ. В умовах, коли в Україні клініцисти

реєструють зростання занедбаних випадків ТБ та раку легень, коли ВООЗ показує недовиявлення понад 40 % випадків ТБ, коли в країні панує пандемія COVID-19 і треба не тільки виявляти захворювання, а й контролювати наслідки перенесеної коронавірусної інфекції, відмова від профілактичної ЦРОГК є помилковою і потребує термінового виправлення.

Для забезпечення ефективності профілактичної ЦРОГК потрібно:

– переробити наказ МОЗУ № 254 з урахуванням поточної епідемічної ситуації в країні та впровадження в клінічну практику сучасних цифрових рентгенівських та інформаційних технологій;

– проводити профілактичну ЦРОГК за допомогою рекомендованих ВООЗ портативних цифрових рентгенівських апаратах в закладах первинної медицини з використанням телерентгенології;

– по аналогії з мамографією включити в Програму медичних гарантій пакет медичних послуг «Цифрова рентгенографія ОГК».

ЯК ЗРОБИТИ ПРОМЕНЕВУ ДІАГНОСТИКУ ЕФЕКТИВНИМ ПОМІЧНИКОМ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Коваленко Ю. М.[1], Динник О. Б.[2], Шармазанова О. П.[3]
[1]*м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, Київ*
[2]*м. Київ, Інститут еластографії, Київ*
[3]*м. Харків, Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»,*

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я понад 80 % клінічних діагнозів ставиться з використанням променевої діагностики. У 2020 році в Україні при понад 200 млн звернень до лікарів, близько 50 млн виявлених хвороб та понад 5 млн госпіталізацій було виконано всього 19 272,26 тис. рентгенологічних та 21 777,86 тис. ультразвукових досліджень. За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2020 році на всі дослідження з візуалізації (рентгенодіагностику, ультразвукову діагностику, магнітно-резонансну та комп'ютерну томографію, ангіографію, енцефалографію та ін.) було виписано всього 4 млн направлень.

Це дає підстави зробити висновок, що променева діагностика лікарями первинної ланки практично не використовується, наслідком чого є порушення міжнародних і вітчизняних протоколів лікування хвороб та зниження ефективності надання медичної допомоги населенню. Очевидно, що забезпечити доступність, результативність, своєчасність та економічну ефективність первинної медичної допомоги (ПМД), чого вимагає від неї наказ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗУ) № 504 від 19.03.18 року, без променевої діагностики неможливо.

Основними причинами такої ситуації в Україні є використання застарілої системи застосування променевої діагностики, при якій всі радіологічні дослідження виконуються в медичних закладах другого і третього рівня. Актуальним трендом сучасної радіології, яка використовує цифрові технології візуалізації та телерадіологію, є наближення діагностики до пацієнта та проведення необхідних рентгенологічних (РГД) та ультразвукових досліджень (УЗД) в місці звернення пацієнта за медичною допомогою і, навіть, у нього дома. Зокрема, в УЗД це всесвітньо усталений принцип «Point of care ultrasound» (POCUS). Використання телерадіології дозволяє реалізувати для ПМД принцип «Рухається у просторі радіологічна інформація про пацієнта, а не сам пацієнт!». Наявність мобільних цифрових рентгенівських апаратів в закладах ПМД дозволяє максимально використати основну перевагу цифрової рентгенографії (ЦРГ) – отримання об'єктивної діагностичної інформації про пацієнта за 5–10 с. Час отримання цифрового рентгенографічного зображення на екрані монітора оператора значно менше часу, необхідного для опитування пацієнта або написання направлення на дослідження. Сучасне рентгенівське та ультразвукове обладнання є портативним і не потребує великих площ. В закладах ПМД можуть бути обладнані кабінети, в яких виконуватимуться всі необхідні діагностичні променеві дослідження. Операторів для роботи на наявному рентгенівському та ультразвуковому обладнанні можна протягом кількох тижнів підготувати із медсестер та лікарів загальної практики, аналіз рентгенологічних і УЗ зображень можуть робити радіологи дистанційно. Виконання рентгенографії на цифровому портативному рентгенівському апараті не складніше, ніж зняття електрокардіограми.

Для мотивації персоналу закладів ПМД до використання променевої діагностики доцільно включити до програми медичних гарантій за аналогією з пакетом послуг «мамографія» окремі

пакети «цифрова рентгенографія в закладах ПМД» та «стандартизовані протоколи ультразвукових досліджень в закладах ПМД» або об'єднаний пакет «ЦРГ та стандартизовані протоколи УЗД в закладах ПМД».

Використання в закладах ПМД променевої діагностики дає можливість скоротити часові та матеріальні витрати на отримання пацієнтами діагнозу і забезпечити доступність, результативність, своєчасність та економічну ефективність первинної медичної допомоги.

ІНТЕГРОВАНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ

Лехан В. М., Гриценко Л. О.
м. Дніпро, Дніпровський державний медичний університет

Безперервність різних етапів надання медичної допомоги хворим розглядається як одне з основних завдань охорони здоров'я в сучасному світі для забезпечення якості та результативності медичної допомоги (ВООЗ, 2016). За даними досліджень Світового банку встановлено, що в Україні медична допомога пацієнтам із захворюваннями, які піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ) носить дискретний характер. Так, при окремих ЗПАЛ (артеріальна гіпертензія, діабет) на кожному з етапів допомоги (діагностика, лікування, моніторинг, контрольованість стану) втрачається від 8 % до 80 % і більше пацієнтів. Найбільші розриви реєструються при моніторингу та контрольованості захворювання після лікування (35–84 %). З використанням методу концептуального моделювання нами розроблена інтегрована модель надання медичної допомоги хворим із ЗПАЛ. Центральне місце в моделі посідає сукупність заходів із забезпечення безперервності (континууму) медичної допомоги, який складається з горизонтальної та вертикальної інтеграції. Горизонтальна інтеграція – це підтримка пов'язаності (linking) етапів медичної допомоги на рівні первинної допомоги, що набуває особливого значення при їх відтермінованості в часі, перш за все, при хронічному перебігу ЗПАЛ. Вертикальна інтеграція – наявність двостороннього зв'язку між первинним і вторинним рівнями допомоги. Інструментами інтеграції є наскрізні клінічні настанови/протоколи та механізми відстеження проходження пацієнтами етапів медичної допомоги. Додатковими компонентами моделі є пакет заходів щодо підвищення комплайєнтності пацієнтів зі ЗПАЛ, запровадження електронної охорони здоров'я та оптимізація структурної складової первинної допомоги, а також забезпечення умов її зміцнення з боку власника відповідних закладів первинної допомоги та замовника медичних послуг.

КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО ЯК ОДНА ІЗ ОСНОВНИХ ДИСЦИПЛІН ЦИКЛУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДСЕСТРИНСТВО»

Мазур Л. П.
м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Однією з ключових дисциплін циклу професійної підготовки освітньо-професійної програми (ОПП) спеціальності «Медсестринство» кваліфікації «Бакалавр» є «Клінічне медсестринство». Дисципліна складається з 11 кредитів ЄКТС (330 годин, із них 182 – аудиторні) та чотирьох розділів: терапії, хірургії, педіатрії і профпатології.

Предмет викладається на четвертому курсі, що дозволяє студентам на основі вже здобутих знань із базових і клінічних предметів вдосконалювати та систематизувати навички, що стосуються алгоритмів діагностики і лікування найбільш поширених захворювань, а також принципів медсестринського догляду за такими пацієнтами. Розділ «Клінічне медсестринство в терапії» складається з лекцій, практичних занять і самостійної роботи студентів.

На кожній лекції розглядаються принципи медсестринського догляду за пацієнтами з патологією певної системи внутрішніх органів, увага присвячується сучасним методам діагностики і ведення таких пацієнтів, а також – алгоритмам медсестринського догляду. Під час практичних занять дані питання вивчаються більш глибоко, проводяться дискусії зі студентами та обговорення клінічних випадків. Важливим при цьому є зосередження не на класичних варіантах клінічного перебігу захворювань, знання щодо чого студенти вже здобули при вивченні інших

предметів ОПП протягом попередніх років навчання, а на розгляді та обговоренні більш складних клінічних ситуацій та випадків, що характеризуються нетиповим перебігом, розвитком ускладнень чи невідкладних станів та потребують обґрунтованого та зваженого підходу для вибору оптимальної тактики медсестринського догляду. При ознайомленні з методиками медсестринського ведення пацієнтів терапевтичного профілю акцентується увага на принципах доказової медицини, розгляді рівнів доказовості застосовуваних в Україні методів амбулаторного та стаціонарного лікування.

Робоча програма і навчально-методичний комплекс дисципліни щороку переглядаються, що дозволяє вчасно вносити зміни, які відповідають актуальним тенденціям сучасного медсестринства. Зокрема, протягом останнього року в навчальні матеріали внесено дані щодо COVID-19, окремо виділено алгоритми діагностики та невідкладної допомоги при невідкладних станах у терапії, а також акцентовано увагу на основних принципах трансплантації як методу лікування захворювань внутрішніх органів вкрай тяжкого ступеня.

Висновки. Таким чином, якісне викладання предмету «Клінічне медсестринство» дозволяє забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців у галузі охорони здоров'я, здатних розв'язувати комплексні проблеми медсестринського догляду за пацієнтами з патологією внутрішніх органів.

ОЦІНКА ВПЛИВУ КУЛЬТУРНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РІВНЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ГРОМАДИ

Мілашовська В., Любінець О.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета роботи: враховуючи динаміку соціальних змін в Україні дослідити оцінку впливу культурних детермінант індивідуального рівня на стан здоров'я населення шляхом самооцінки способу життя.

Матеріали та методи. Було проведено анонімне опитування 483 мешканців Мукачівського району Закарпатської області України за власно розробленою анкетою.

Використано два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) розвідка і пояснення отриманих даних.

Результати. Серед культурних детермінант індивідуального рівня ми досліджували поведінкові ризики для здоров'я, а саме вплив шкідливих звичок, таких як паління та вживання алкоголю. Встановлено, що (26,71 ± 2,01) % ($p \leq 0{,}005$) респондентів наразі палять, а (48,45 ± 2,27) % ($p \geq 0{,}05$) вживають алкогольні напої.

Відзначено, що (22,77 ± 1,91) % опитаних респондентів курили, а (50,31 ± 2,28) % ніколи не курили. Серед курців психоемоційний стрес спостерігався у (49,61 ± 4,40) % ($p \leq 0{,}005$); (33,33 ± 4,15) % ($p \geq 0{,}05$) в анкетах вказали на незадовільний матеріальний стан, а (43,41 ± 4,36) % ($p \leq 0{,}005$) оцінюють як задовільний, поганий та дуже поганий стан власного здоров'я.

Достовірно встановлено, що кількість курців і колишніх курців мають перевагу серед чоловіків – (64,08 ± 4,03) % [серед жінок – (27,22 ± 3,22) %].

Найбільша кількість курців і осіб, які раніше курили, було у віковій групі старше 40 років [(61,10 ± 3,15) %, $p \leq 0{,}005$] та з середньою спеціальною освітою [(45,68 ± 3,22) %, $p \leq 0{,}005$].

Серед респондентів, які вживають алкоголь – (67,95 ± 3,05) % ($p \leq 0{,}05$) відчували психоемоційне перевантаження. Майже п'ята частина всіх респондентів – (16,56 ± 1,69) % і курять, і вживають алкоголь.

Висновок. Місце таких шкідливих звичок, як паління та вживання алкоголю, у способі життя мешканців і суб'єктивна оцінка ними стану свого здоров'я свідчать про важливість подальшої профілактичної роботи з цих питань.

РОЛЬ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Рачкевич С. Л., Кориляк Н. І.

Ми вважаємо, що через колосальний досвід роботи у медицині, світове визнання та співпрацю з міжнародними медичними колегами центральну ланку в організації та координації медицини має зайняти Світова Федерація Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ). Наші

Збройні сили не мали б успіхів, якби не надійна підтримка Заходу та порядок в організації продовольчої, військової в тому числі й медичної допомоги в тилу. Однак, слід відмітити, що в останньому спостерігається недостатня координованість дій. Основні напрями діяльності, які вже підлягають вирішенню:

1. Лікування та реабілітація населення, яке пройшло пекло війни.

Створення медичних структур, які могли б надавати вторинну і спеціалізовану допомогу на рівні нашої країни і готувати таких хворих для відправлення за кордон для короткотривалого лікування. Роботу з розробки протоколів, нашою групою вже розпочато і ми зможемо доповісти про них на конференції. З цією метою доцільно створювати спеціалізовані реабілітаційні підрозділи тилових госпіталів (Combat support hospital), які потребують додаткового оснащення, якщо будуть створюватися на базі медичних закладів, в тому числі й відомчих. А готувати спеціалістів-медиків треба на базах, що мають досвід роботи з пораненими як в Україні, так і за кордоном, за типом підготовки військових щодо користування сучасним устаткуванням артилеристів, ракетників, коригувальників вогню. Ми в цьому питанні навели контакти з окремими волонтерами Польщі, Англії та Америки. Але це має бути систематизовано та скоординовано.

2. Для запобігання розвитку нової хвилі COVID-19 серед військових слід провести ряд організаційних заходів щодо лікування і профілактики розповсюдженню захворюваності серед військовослужбовців. Нами розроблена схема такої роботи, яка включає в себе лікування постковідних ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту.

3. Створення кафедр домедичної тактичної медицини для офіцерського складу Збройних сил на базах військових вищих навчальних закладів (ВНЗ), а для солдатського корпусу подбати про створення програм курсів тактичної домедичної допомоги нарівні з військовою підготовкою. Нами підготовлений і випущений посібник у 2021 році.

Крім цього, є ряд інших питань, вирішення яких ми хочемо подати на конференції: створення "університецьких лічниць", які будуть сприяти поверненню, лікуванню молоді та професорсько-викладацького складу з-за кордону; впровадження курсів з організації медичної допомоги.

Таким чином, розташування СФУЛТ в центрі мережі з вирішення медичних питань в Україні допоможе наблизити перемогу над рашистами.

ЗАВДАННЯ ВНЗ – ОСВІТА ЧИ НАВЧАННЯ? ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ВНЗ ЗА ЯКІСТЬ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ!

Угрин М. М.
Національна спілка стоматологів України

На думку відомого у світі професора Ніклауса Ланга з Бернського університету у Швейцарії, екс-президента Європейської асоціації стоматологічної освіти, для побудови стратегії підготовки майбутніх стоматологів у медичних університетах, організації безперервного професійного розвитку (БПР) та спеціалізації в системі післядипломної освіти слід відокремлювати такі поняття, як освіта та навчання з чіткими визначеннями завдання кожного. Твердження «Багато навчених, але мало освічених» повинно залишитися в минулому!

У цьому контексті слід наголосити на величезній відповідальності за підготовку освічених, а також навчених, лікарів-стоматологів, яка лягає на медичні вищі навчальні заклади. Все вказане в дипломі випускник повинен знати і вміти! У минуле має відійти традиційне питання під час прийому на роботу – «Що ви вмієте робити»? Це має бути неприпустимим у спілкуванні з випускниками, які отримали професійну кваліфікацію, принижує їхню гідність фахівця, а також є недовірою і образою для навчального закладу, який його випустив. Звідси виникає й відповідальність медичних ВНЗ за якість підготовки майбутніх лікарів-стоматологів.

Неприпустимим є прийом на навчання абітурієнтів з недостатнім рівнем шкільної освіти, а особливо без знання англійської мови!!! Прохідний бал повинен бути одним з найвищих для бажаючих навчатися на медичних факультетах.

Проведене опитування серед студентів-випускників та інтернів підтвердило невиконання програми навчання понад 50 % студентів.

Незрозумілим є й те, що з минулого року медичні ВНЗ почали масово випускати «магістрів» стоматології замість загальноприйнятих у цілому світі спеціалістів. Натомість магістри повинні виконати магістерську програму і її захистити.

Високий рівень незалежного оцінювання сприятиме зростанню відповідальності ВНЗ за якість фахової підготовки випускників і встановлення об’єктивного рейтингу медичних університетів.

Державні і приватні працедавці повинні поставити заслін потоку «неосвічених та недовчених випускників», перестати «героїчно» їх довчати та зробити все, щоби факультети або виконували свої функції, або закривалися!

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОҐІЯ)

ЧЛЕНИ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА В БОРОТЬБІ ЗА УКРАЇНІЗАЦІЮ ПРАВОСЛАВ'Я НА ВОЛИНІ У МІЖВОЄННИЙ ПЕРІОД

Мазур П. Є., Горошко Є. Л.
м. Кременець, Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

У 20–30-х роках XX століття членами Українського лікарського товариства у Львові були Петро Рощинський з Костополя (нині Рівненська область) та Арсен Річинський з Володимира (нині Волинська область).

1924 року лікар А. Річинський у Володимирі почав видавати незалежний орган українського і церковного відродження «На варті», який був спрямований на боротьбу за розмосковлення Православної Церкви. У другій половині 20-х на початку 30-х років опублікував в українській пресі чимало статей, випускає ряд брошур, присвячених церковним питанням. Він є автором і упорядником музичних творів на релігійну тематику. Арсен Річинський брав участь у з'їзді українських культурно-освітніх організацій у м. Рівне, який відбувся 26 вересня 1926 року, де добився включення до порядку денного питання про церковні справи. 5–6 червня 1927 року у Луцьку відбувся церковний з'їзд, на якому найважливіші доповіді про сучасний стан церковно-релігійного життя українського православного населення зробив А. Річинський. В 1933 році А. Річинський видав свою книгу про релігійні справи «Проблеми української релігійної свідомости».

Делегатом церковного з'їзду у Луцьку був також лікар Петро Рощинський, який з 1924 року працював у містечку Костопіль в лікарні «Каси хворих». Сім'я Рощинських стала у містечку центром українського просвітництва: вони влаштовували новорічні ялинки, шевченківські вечори, проводили освітні бесіди на тему санітарії та гігієни. 1927 року громада делегувала Петра Рощинського у Луцьк на церковний з'їзд.

За свою проукраїнську позицію, боротьбу за українізацію православ'я на Волині лікарі А. Річинський та П. Рощинський переслідувались польською, німецькою та радянською окупаційними владами. Отримання Томасу Українською Православною Церквою є результатом і їхньої діяльності.

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ: QUO VADIS?

Томашевська О. Я., Дзісь Є. І.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Культура медичного мовлення є однією зі складових лікарської етики, української культури й науки в цілому. Наукова українська медична термінологія (УМТ) почала активно розвиватися в 2-й половині XIX – на початку XX сторіччя. Але з кінця 20-х років XX сторіччя через політичні репресії відбувалося зросійщення УМТ, яке, на жаль, не припинилося й зі здобуттям Україною незалежності. До того ж, УМТ надмірно латинізована й англіїзована, а також бракує її науково й лінгвістично обґрунтованої стандартизації. В медичній літературі й усному мовленні можна спостерігати цілковитий хаос в застосуванні УМТ. За її офіційний стандарт можна було б вважати український переклад Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, десятого перегляду – МКХ-10, однак, вона містить численні помилки, яких слід уникнути в перекладі МКХ-11. Яким чином проводити опрацювання УМТ в правильному руслі її коректної українізації та відповідності українському правопису?

Мета: проаналізувати українські медичні джерела та терміни МКХ-10 на відповідність правилам української мови й українським словникам.

Матеріали та методи. Тексти медичної літератури й термінологію МКХ-10 порівнювали зі словами й термінами в українських академічних і медичних словниках, тестували на відповідність правилам українського правопису 2019 року.

Результати. В медичній літературі й МКХ-10 виявлено такі групи мовних помилок: 1) закінчення -у (має бути -а) в родовому відмінку іменників чоловічого роду другої відміни – назв органів і частин тіла, наприклад, шлунку замість шлунка; 2) неправильно утворені слова,

наприклад, наднирник (правильно – надниркова залоза); 3) вживання побутової лексики замість анатомічних термінів, наприклад, кишечник (правильно – кишка, кишки); 4) застарілі терміни, наприклад, лейкоз замість сучасного – лейкемія; 5) надмірне вживання іменників і прикметників латинського походження, наприклад, пілорус замість воротар, латеральний замість бічний; 6) росіянізми, наприклад, згортання крові замість українського терміну зсідання; розрішення (хвороби, пологів) замість закінчення, завершення; 7) фальшива українізація, наприклад, кровотік, правильно є – кровоплин, кровоток; 8) некоректне вживання активних дієприкметників з суфіксами -ач-, -яч-, -уч-, -юч- в значенні прикметників, наприклад, персистуючий замість персистентний; 9) в термінах-епонімах порушено правила правопису неслов'янських прізвищ, наприклад, хвороба Ходжкіна (правильно – Годжкіна), Зиґмунд Фрейд (правильно – Фройд); 10) помилки в термінах, що походять із давньогрецької й латинської мов, наприклад, правильно – автоімунний, а не аутоімунний, гранульома, а не гранулема чи гранулома; не слід вживати літеру ґ в термінах, які походять з давньогрецької мови, наприклад, у словах з -граф-, -грам-, -лог-; 11) недотримання правил написання букв «и» чи «і» в словах чужомовного походження, наприклад, правильно – димедрол, а не дімедрол, кіста, а не киста; 12) надмірна англіїзація, наприклад, слово прихильність (до лікування) заміняють на комплаєнс, а настанови, вказівки, рекомендації – на ґайдлайни. Це далеко не всі мовні й термінологічні помилки, які так часто можна прочитати й почути в медичному середовищі.

Висновки. В медичній літературі, науці й практиці, зокрема в наступній МКХ-11, слід вживати українську медичну мову, в якій органічно застосовуються правила української мови, питомі науково обґрунтовані українські медичні терміни та коректні запозичення. Для цього слід організувати роботу термінологічних комісій на рівні Міністерства охорони здоров'я та Національної академії медичних наук України, яка мала б відбуватися в руслі оптимальної українізації.

ТЕРМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА У ДІТЕЙ

Волосовець О. П., Кривопустов С. П., Кузьменко А. Я., Кривопустова М. В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У клінічній практиці підвищення температури тіла при гострих інфекціях органів дихання у дітей – одна з самих частих причин звернення до лікаря. При цьому слід вживати термін «лихоманка», проте не «гіпертермія», бо лихоманка – це підвищення температури тіла, що викликається активацією цитокінів, котра має місце при інфекціях, запаленні різного генезу. При цьому центр терморегуляції організму в гіпоталамусі переключається на вищу температуру. На відміну від цього, гіпертермія – це підвищення температури тіла, котра не пов'язана зі зміщенням установчої точки терморегуляції, наприклад, при перегріванні.

Важливо зауважити, що замість терміну «лихоманка» доцільно вживати термін «гарячка». «Лихоманка» має зв'язок зі словом «лихо», «приманює лихо». Крім того, використовують і термін «пропасниця». Ці слова відповідають англійському терміну «fever» та латинському «febris».

Також треба чітко диференціювати терміни «fever without focus, FWF» – «лихоманка без явного інфекційного вогнища» та «fever of unknown origin, FUO» – «лихоманка невідомого походження чи неясної етіології». Принципово, що тривалість лихоманки без явного інфекційного вогнища (FWF) ≤ 1 тижня, а лихоманки невідомого походження (FUO) > 1 тижня.

Цікаво, що не завжди наявність терміну «лихоманка» в назві нозології відображає її сутність. Так, нейтропенічна лихоманка або гостра ревматична лихоманка є вдалими прикладами, на відміну від сінної лихоманки. Можна згадати історичний термін «spring fever», котрий кілька століть тому асоційовувався з цингою.

Отже, коректність вживання термінів при підвищенні температури у дітей має бути у фокусі уваги клініцистів.

ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ

РЕАЛІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ СТАНДАРТІВ ІНВАЗИВНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ВІНЦЕВИХ СУДИН ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ

Маслій Б. Я.
м. Тернопіль, КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом рекомендований час для оптимальної реалізації інвазивного підходу при гострому коронарному синдромі (ГКС) з елевацією сегменту ST (STEMI) складає 120 хв від реєстрації ЕКГ з відповідними змінами на тлі симптомів ГКС. Однак в реальній клінічній практиці витримати рекомендовані часові інтервали вдається не завжди.

Мета: проаналізувати часові інтервали реалізації стандартів інвазивної реваскуляризації вінцевих судин при ГКС та виявити фактори, що на них впливають .

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби 205 пацієнтів, госпіталізованих в реперфузійний центр з ГКС, з яких 84 (група 1) отримували консервативне лікування, тоді як 121 (група 2) – інтервенційну реваскуляризацію.

Результати. У нашому дослідженні середній час «симптом–двері» склав без достовірної різниці в 1-й та 2-й групах, відповідно, (31,90 ± 4,34) та (23,27 ± 4,28) год. У межах двогодинного інтервалу було шпиталізовано лише 29 пацієнтів з 121 (24,0 %). Для порівняння, хворих 1-ї групи в аналогічному часовому інтервалі було 12 з 84 (14,3 %, $p = 0{,}088$). Оскільки виконання коронарного втручання при STEMI допустиме в межах 24 год, а при гострому коронарному синдромі без елевації сегменту ST (NSTEMI) від 2 до 72 год, проаналізовано терміни госпіталізації, а також причини її затримки в усіх досліджуваних.

В першу добу ГКС шпиталізовано 89 (73,6 %) пацієнтів 2-ї групи (1-ша група, відповідно, 51 (60,7 %), $p = 0{,}051$). Аналіз пізньої госпіталізації показав, що найчастіше (21,5 %) причиною затримки на догоспітальному етапі були самі пацієнти, які не завжди правильно оцінювали симптоми, займались самолікуванням або очікували, що стан невдовзі поліпшиться та зволікали зі зверненням за медичною допомогою. Серед інших причин запізнілої госпіталізації, які вдалося з'ясувати в процесі аналізу первинної документації, була хибна тактика лікарів екстреної медичної допомоги (7,4 %) або лікарів загальної практики сімейної медицини (5,0 %), складність інтерпретації атипових симптомів захворювання (4 %), первинна госпіталізація в заклад без катетеризаційної лабораторії з ангіографом (8,3 %). Причинами внутрішньогоспітальної затримки до проведення інвазивного лікування виявились такі чинники, як виникнення ускладнення у вигляді набряку легень (3,3 %), який надалі удалось тамувати і провести втручання, відсутність типових змін на ЕКГ (4,1 %). Однією з провідних причин внутрішньогоспітальної затримки були недоліки менеджменту ГКС, оскільки у 26,4 % випадків на момент госпіталізації не було отримано згоди на інвазивне коронароангіографічне втручання від пацієнта або родичів. Таким чином, власне лише 24 % пацієнтів були доправлені у стаціонар у межах допустимого часового вікна – 120 хвилин.

Реалізація коронарного інтервенційного втручання в умовах клініки («двері-балон») становила в середньому (4,83 ± 1,19) годин. Лише 11 пацієнтам із 121 (9,1 %) коронароангіографія виконана в межах 30 хв від поступлення. Левову частку затримки з інвазивним втручанням, як вказано вище, займало отримання згоди на втручання. Крім цього, часто затримки мали місце через порушення логістики маршруту пацієнта (доставка пацієнта бригадою екстреної медичної допомоги у районні лікувальні заклади, де не виконуються інвазивні втручання, а не безпосередньо в обласний реперфузійний центр, або затримки через очікування результатів лабораторних даних.

Висновки. Результати інвазивного лікування ГКС тісно пов'язані зі швидкістю реваскуляризації інфаркт-залежної судини, яка, за нашими даними, виявилася неоптимальною в основному у зв'язку з факторами догоспітального етапу. Тобто, швидкість реагування пацієнта і первинної ланки медичної допомоги має не менше значення, як майстерність (швидкість реалізації втручання) хірурга, оскільки завданням є не тільки відновлення кровотоку, але й збереження функціонального міокарда.

CURRENT PROBLEMS OF THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES AND SEPSIS

Ostapiuk L. R., Kovalenko O. M.
Kyiv, Bohomolets National Medical University, Center of Thermal Injuries and Plastic Surgery

Purulent-inflammatory processes and sepsis cause various degrees of intoxication, while most often there is the change of the amount or chemical structure of certain plasma proteins. Albumin is one of such protein that can not only form complexes with metabolites, but also change its conformation [1].

During the treatment process of patients with severe pathology, insufficient attention was paid to the microscopic processes that occur in the patients' bodies, particularly in their blood. Clinical studies of the level of human serum albumin (HSA) have proven its important diagnostic value for assessing the condition of patients and the course of their diseases [2]. The basis for this is the ability of albumin to form complexes with the products of bacterial metabolism - toxins, which ensures its detoxification function. The body's protection from toxic compounds is carried out by the patient's immune system. However, it provides only the elimination of high molecular foreign substances with a molecular weight of at least 5000 Da. Elimination of low-molecular-weight toxins is ensured by the blood transport proteins.

Over the last years, the diagnostic value of the method of fluorescence spectroscopy (MFS) was demonstrated on the disease models "*in vitro*" [3] and "*in vivo*", which was used in clinical practice for patients with sepsis [4] and burn injury [5]. The main characteristics that are used in the framework of MFS are the intensity of fluorescence $I_F(X)$ and the position of the maximum of the fluorescence band $\lambda_{max}(X)$ of the blood serum (BS) of patients, which are the functions of the concentration of native albumin molecules and are expressed through the corresponding characteristics of native and pathological albumin molecules (changes of the state of the albumin molecules are the result of loading of albumin with toxic products that the liver and other detoxification organs do not have time to remove from the body). We proposed the modified concept of the diagnostic and therapeutic approach of purulent-inflammatory diseases and sepsis.

The proposed diagnostics of sepsis is to define X_O – extremely minimal concentration of native albumin in the blood of patients with sepsis. In the case $X > X_O$ albumin molecules eliminate toxins in the patient's body. In the case of presence of endogenous intoxication (EI) in the body, HSA eliminates toxins, increasing the number of "pathological" albumin molecules.

Now we illustrate briefly in Fig. 1 the behavior of fluorescence spectra (FS) of two patients with sepsis. Significantly different trends in FS behavior were found: shift of λ_{max} for patients with preseptic pathology and sepsis to the long-wavelength region and decrease in fluorescence intensity. Both vectors of changes did not have any correlation with the standard laboratory-biochemical parameters of the conventional control of these patients. Now we will illustrate briefly the behavior of fluorescence spectra (FS) of two patients with sepsis in Fig. 1. Significantly different trends in the behavior of FS were revealed: bias of λ_{max} for patients with preseptic pathology and sepsis to the long-wavelength region and decrease of the fluorescence intensity. Both vectors of changes did not have any correlation with the standard laboratory-biochemical parameters of the conventional control of these patients. The behaviour of I_F and λ_{max} of blood serum (BS) of patients significantly depends on the severity of the disease, as well as on the treatment tactics. Bacteremia was diagnosed in the both patients. For both of them, a thorough clinical and laboratory examination was carried out, antibiotic therapy and infusion therapy in significant volumes were prescribed. However, the results of standard clinical and laboratory data were not sufficiently informative. Sepsis-epiduritis was diagnosed in both patients. At the same time, the first patient had a massive retroperitoneal intrapelvic phlegmon, which was removed with some delay, which caused severe sepsis. Only her young age, the absence of concomitant diseases and the effective and long-term treatment ensured the recovery of this patient. A decisive role of MFS was successfully used for the diagnosis and management of the treatment process.

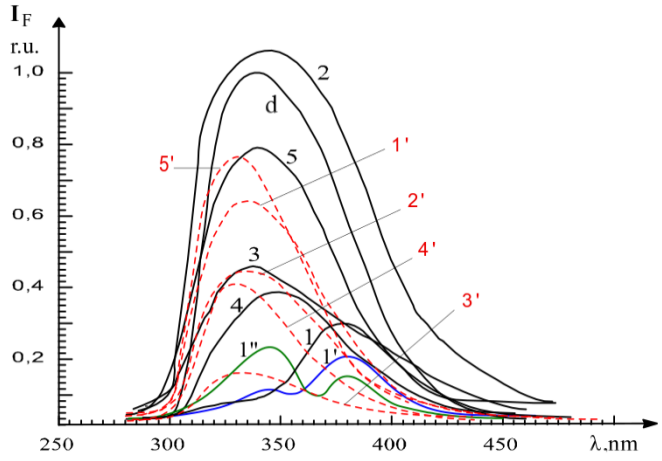


Fig. 1. Spectra of fluorescence of the blood serum of the patient with sepsis who was treated at the Emergency Hospital in 2001–2002: 1 – 28.12.2001; 1′–30.12., 1″– 02.01.2002; 2 – 04.01.2002; 3 – 12.02.2002; 4 – 19.03.2002; 5 – 04.06.2002 and the patient with sepsis-epiduritis, who was treated in 2002 at the Emergency Hospital: 1′ – 03.06; 2′ – 05.06; 3′ – 06.06; 4′ – 07.06; 5′ – 10.06 and blood serum of the donor (d). λ_{ex} = 280 nm. (340 nm – "normal peak", 380 nm – "septic peak").

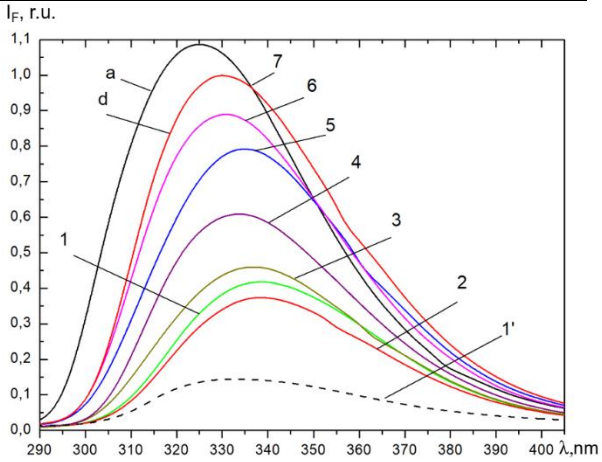


Fig. 2. Fluorescence spectra of the blood serum of the patient with the burn injury who was hospitalized in 2017 in the dynamics of treatment, a patient with sepsis (1′) who was treated in 2002, a donor (d) and a 20% solution albumin (a). λ_{ex} = 280 nm.

As a result of the detailed analysis of the results obtained within the framework of MFS, we modeled the scenarios of the behavior of the FS of the BS of the patient on December 30, 2001 and 2.01.2002 (Fig. 1, curve 1′ and curve 1″). The right peaks of these curves indicate the gradual decrease in the concentration of the pathological albumin molecules, and the left peaks, respectively, indicate an increase of the concentration of complete albumin in the patient's blood. At the next measurement on January 4, 2002. (protein fractions were at the lower limit of normal) the intensity of the corresponding FS band were increased unexpectedly. The only possible explanation for the phenomenon of growth of the mentioned band in this patient was the presence during this period of treatment of transient hypervolemia – the volume of daily intravenous infusions at this time was 8-10 liters. The patient was admitted to the hospital against the background of already manifesting septic condition. MFS helped to identify the septic peak in the long-wave region (Fig. 1, curve 1) and to decide on the further rational choice the treatment tactics. Further studies of the FS of BS of this patient (Fig. 1. curves 3, 4) proved that bacteremia was not overcome completely in her body, although the long-wave septic peak disappeared. However, the competitive struggle between bacteremia and compensatory capabilities of the patient's body in combination with complex medical measures continued. Only the subsequent long treatment process of this patient led to the final suppression of bacteremia and recovery of this patient (Fig. 1, curve 5). Curve 1 is very interesting from the point of view of the ideology of biomarkers. λ_{max} = 345 nm indicates that it was in the CARS state. The main contribution to the FS is given by the pathological albumin molecules, and the meager contribution of FS at λ_{max} = 345 nm indicating that she was in a CARS state. This confirms that in this condition, even a small amount of normal albumin molecules ensured the survival of this patient in a severe septic condition.

For the second patient (Fig. 1, dashed curves), the source of the infection in his body was removed operatively at the beginning of the treatment process, so he did not even go into the SIRS state. Detailed monitoring of the treatment process within the framework of the MFS showed that the behavior of the fluorescence curves during the recovery of this patient is consistent qualitatively with the behavior of the recovery of the previous patient. Unfortunately, during the treatment of the above-mentioned patients, whose monitoring were followed within the framework of MFS, no pathogenetic concept was proposed, and therefore, infusion of donor albumin solutions was not used.

During the treatment process of patients with burn injuries, significant progress has been made in recent years. Local treatment of burn wounds aimed at restoring of microcirculation, creating of antibacterial protection and stimulating of reparative processes are traditionally relevant. After surgical necrectomy and preparation of wounds, their autodermoplasty is performed. Wounds that are not covered with autodermografts are temporarily closed with lyophilized xenoimplants saturated with silver. This

leads to the decrease of pain syndrome, loss of water, proteins and electrolytes from the wound, prevents the development of infection process and promotes marginal and islet epithelization.

The results of FS of BS of the patient with a burn injury into the dynamics are depicted in Fig. 2 (area of the burn surface is 28 %). The appropriate treatment was prescribed to him: antibiotic therapy, infusion therapy with a volume of up to 3 liters daily, as well as, if necessary, infusion of 10% donor albumin (February 6, 10,100 ml each day). It is obvious that a noticeable EI took place here. During the first 5 days, his condition noticeably worsened: a decrease of I_F and growth of λ_{max} (Fig. 2, curves 1, 2). It is obvious that there was a noticeable EI. Therefore, correction of the treatment process was carried out using infusions of donor albumin. It is obvious that they improved significantly the work of the body's detoxification systems with subsequent normalization of endogenous albumin synthesis by the liver. As a result, the fluorescence intensity of the patient's BS gradually increased, and the long-wave shift leveled off (Fig. 2, curves 3–7). After that, the patient was discharged from the hospital in the satisfactory condition.

Conclusions. The method of diagnostics of purulent-inflammatory diseases and sepsis was proposed within the framework of the MFS. It has been established that the structure of FS of BS in patients with these diseases is the effective marker of its severity. At the same time, in patients with severe sepsis, the structure of FS of BS is double-peaked, which reflects the presence of two types of albumin molecules in the blood of patients. Spectral-fluorescence characteristics obtained within the framework of MFS have a pre-manifest character. Usually, these changes are registered 24–48 hours before the appearance of obvious clinical and laboratory signs of the significant change of the general somatic condition of patients. The modern approach for the diagnostics and effective control of the treatment process within the framework of MFS and biomarkers using infusions of donor albumin solutions is proposed.

References

1. Pashina E. V., Zolotavina M. L. Albumin in assessment of endogenous intoxication. *Science and Modernity*. 2014. P. 23–28.
2. Serum albumin in clinical medicine / ed. by Yu. A. Gryzunova, G. E. Dobretsova. M. : GEOTAR, 1998. 440 p.
3. Fluorescence spectroscopy: possibilities of application in medical practice / I. D. Gerych, O. V. Bulavenko, L. R. Ostapiuk et al. L. : Liga-Press, 2015. 366 p.
4. Ostapiuk L. The pathogenetic concept of the diagnostic-treatment approach for patients with purulent-septic complications. *International Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 13. P. 1–21. doi: 10.4236/ijcm.2022.131001.
5. Current problems of diagnostics and treatment of purulent-inflammatory diseases and sepsis in medical practice / L. Ostapiuk, A. Voloshinovskii, V. Savchyn et al. *International Journal of Clinical Medicine*. 2021. Vol. 12. P. 87–107. doi: 10.4236/ijcm.2021.123011.
6. Faix J. D. Biomarkers of sepsis. *Crit. Rev. Clin. Lab. Sci*. 2013. Vol. 50, no. 1. P. 23–26. doi: 10.3109/10408363.2013.764490.

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС ТА ЦД 2 ТИПУ НА ГРУНТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТЕЛМІСАРТАНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

Чмир Н. В., Дутка Р. Я., Світлик Г. В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема вивчення синтропічної патології ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу на грунті метаболічного синдрому (МС) актуальна і потребує подальших досліджень[1, 2]. Відомо про вплив телмісартану на рецептори ангіотензину 2, що розташовані в структурах головного мозку, з регуляцією функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарної системи [3–6]. Однак динаміка гормонального статусу (у вигляді змін пролактину, кортизолу, вільного тироксину та тиреотропного гормону гіпофізу), що характеризує стан хворого в процесі лікування телмісартаном, залишається вивченою недостатньо, що й зумовлює доцільність проведення дослідження.

Мета: оцінити зміни гормонального статусу у пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу на грунті МС при застосуванні телмісартану у складі комплексної терапії.

Матеріали і методи. Для дослідження гормонального спектру обстежено 51 пацієнта (26 жінок та 25 чоловіків) з ІХС та ЦД 2 типу на грунті МС. Хворих було розподілено на дві групи – дослідну та групу порівняння, залежно від призначеного лікування. Дослідна група включала 27 пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу на грунті МС (жінок – 14, чоловіків – 13), які приймали телмісартан у дозуванні 80 мг/добу і стандартну терапію. У групу порівняння входили 24 хворих на ІХС та ЦД 2 типу на грунті МС (жінок – 12, чоловіків – 12), які приймали стандартну терапію. До контрольної ґрупи увійшли 40 практично здорових осіб: чоловіків – 17 (42,5 %), жінок – 23 (57,5 %). Усім пацієнтам до початку лікування та через 1 міс. з моменту призначення лікування проведено аналіз динаміки АТ і гормонального статусу (зміни рівня пролактину, кортизолу, вільного тироксину та тиреотропного гормону).

Статистичну обробку проведено з допомогою програми Microsoft Excel (2003). При порівнянні параметрів у двох незалежних групах використано U-критерій Манн–Вітні. Рівень значущості приймали за умови $p < 0,05$.

Результати. Дослідження показало, що у пацієнтів, які приймали телмісартан, були кращими результати контролю АТ, зокрема діастолічного АТ, порівняно з пацієнтами, що отримували стандартну терапію.

Рівень кортизолу дослідної групи до лікування становив 150,93 [123,79; 177,67] нг/мл, упродовж лікування достовірно не змінювався – 142,7 [125,74; 228,72] нг/мл, проте спостерігалась тенденція до його зниження ($p > 0,05$). Група порівняння також характеризувалась тенденцією до зниження рівня кортизолу через 1 міс. лікування (146,0 [133; 147,1] нг/мл), в порівнянні з його значенням до лікування (156,47 [110,01; 195,87] нг/мл) ($p = 0,45$)).

Рівень пролактину у жінок дослідної групи до лікування дорівнював 10,96 [6,94; 12,91] нг/мл, через 1 міс. лікування достовірно підвищився на 42,38 %, до 19,02 [13,64; 19,65] нг/мл ($p = 0,007$), тоді як рівень пролактину у жінок групи порівняння через 1 міс. лікування достовірно не змінювався (11,6 [8,87; 14,42] нг/мл, $p = 0,69$) щодо його рівня до лікування 11,07 [9,35; 17,30] нг/мл ($p > 0,05$).

Рівень пролактину у чоловіків дослідної групи до лікування становив 9,58 [8,16; 13,77] нг/мл, і через 1 міс. лікування із застосуванням телмісартану підвищився на 22,87 %, до 12,42 [11,79; 18,24] нг/мл ($p < 0,05$), на відміну від пацієнтів групи порівняння, де рівень пролактину достовірно не змінювався (8,86 [7,6; 10,97] нг/мл) щодо його рівня до лікування (8,04 [7,62; 10,28] нг/мл, $p = 0,53$).

Рівень тиреотропного гормону у пацієнтів дослідної групи до лікування становив 2,92 [1,78; 3,76] мкОд/дл, знижувався впродовж лікування до 1,96 [1,14; 3,11] мкОд/дл на 48,98% ($p = 0,04$), на відміну від пацієнтів групи порівняння, у яких рівень тиреотропного гормону через 1 міс. лікування (2,67 [1,45; 3,94] мкОд/дл) достовірно не змінювався щодо його рівня до лікування (2,61[1,83; 3,09] мкОд/дл, $p = 0,88$).

Пацієнти дослідної групи через 1 міс. лікування характеризувались підвищенням на 16,55 % рівня вільного тироксину (1,39 [1,24;1,7] нг/дг, $p = 0,02$) щодо його рівня до лікування (1,16 [1,01;1,3] нг/дг), тоді як достовірно не змінювався рівень вільного тироксину впродовж лікування (1,0 [0,97;1,07] нг/дг) у пацієнтів групи порівняння щодо його рівня до лікування (0,93 [0,85;1,41] нг/дг).

Висновки

1. Дослідження показало, що прийом телмісартану впливає на зміни гормонального спектру у пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу на грунті МС.
2. Як лікування телмісартаном, так і стандартна терапія сприяють тенденції до зниження рівня кортизолу, як позитивний результат в процесі лікування.
3. Корекція телмісартаном сприяє достовірно вищому зростанню вмісту пролактину (у межах референтних значень), підвищенні рівня вільного тироксину, поряд із зниженням рівня тиреотропного гормону гіпофізу, що сприяє корекції метаболічних змін.

Список використаних джерел

1. Chen T, Xing J, Liu Y. Effects of telmisartan on vascular endothelial function, inflammation and insulin resistance in patients with coronary heart disease and diabetes mellitus. *Exp. Ther. Med*. 2018. Vol. 15(1). P. 909–913.
2. Telmisartan attenuates obesity-induced insulin resistance via suppression of AMPK mediated ER stress / Y. Huang, Y. Li, Q. Liu et al. *Biochem. Biophys. Res. Commun*. 2020. Vol. 523(3). P. 787–794. doi: 10.1016/j.bbrc.2019.12.111
3. Effect of telmisartan on blood pressure in patients of type 2 diabetes with or without complications / P. Gadge, R. Gadge, N. Paralkar et al. *Perspectives Clin. Res.* 2018. Vol. 9(4). P. 155.

4. Telmisartan improves insulin resistance: a meta-analysis / Y. Wang, S. Qiao, D. W. Han et al. *Am. J. Therapeut.* 2018. Vol. 25(6). P. e642-e651.
5. Anti-diabetic effect of telmisartan through its partial PPARγ-agonistic activity / M. A. Ayza, K. A. Zewdie, B. A. Tesfaye et al. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2020. Vol. 13. P. 3627.
6. Farský Š., Strišková A., Borčin M. Hypertension treatment in patients with metabolic syndrome and/or type 2 diabetes mellitus: analysis of the therapy effectivity and the therapeutic inertia in outpatient study. *Cardiology research and practice.* 2018.

МАТЕРІАЛИ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОҐІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ 30.06.2022, м. КИЇВ

25-РІЧЧЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЧАСОПИСУ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНСЬКІ МЕДИЧНІ ВІСТІ»

Нечаїв С.
м. Київ, голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ

Наш часопис «Українські Медичні Вісті», як відомо, був заснований ще далекого 1918 року у добу невдалих визвольних змагань України за свою незалежність. Звісно, після поразки цих змагань, московські більшовики його ліквідували разом із засновниками.

Але в час піднесення нових визвольних змагань, коли за рік до проголошення Незалежності нашої країни постало Всеукраїнське Лікарське Товариство, виникла потреба мати свій друкований орґан для популяризації своїх ідей.

1996 року, коли я викладав на Кафедрі управління охороною здоров'я Української академії державного управління при Президентові України, завідувач цієї кафедри професор Іван Солоненко доручив мені зайнятись відновленням цих історичних «Українських Медичних Вістей».

Після кількох відвідин Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського і вивчення оригіналів тих збережених у «спецхранах» стародруків часопису «Українських Медичних Вістей» 1918 року мною була написана історична довідка, яка була опублікована під грифом «Від редакції»: «"Українські Медичні Вісті"» – перший науково-медичний часопис (на Великій Україні), який виходив українською мовою. Він був започаткований далекого 1918 року, коли постала Українська Народна Республика. Ініціатором видання фахового лікарського журналу та головним редактором був Євмен Лукасевич (пізніше, 1926 року у Львові видав цінний і понині «Анатомичний словник»). В часописі за доби УНР друкували свої наукові роботи рідною мовою такі визначні вчені, як академік О. Корчак-Чепурківський, приват-доцент, потім професор гістології та ембріології Київського університету Олександр Черняхівський, хірург Олександрівського міського шпиталю у Києві, пізніше професор, завідувач кафедри хірургії Київського медичного інституту Євген Черняхівський, головний хірург Київського військового шпиталю, ґенерал-хорунжий санітарної служби Мартирій Галін (після 1920 року писався – Галин), який керував термінологічною комісією Міністерства народного здоров'я УНР. Саме М. Галиним, вперше, після більш як 200-літнього російського поневолення, 17 лютого 1908 року на засіданні Українського Наукового Товариства у Києві було виголошено наукову доповідь українською мовою. Матеріали доповіді були того ж року видруковані у «Записках Українського Наукового Товариства» в Києві, що стало першою науковою публікацією українською мовою у Наддніпрянській Україні. Д-р М. Галин також автор двох перших в історії української лексикографії фахових лікарських словників: «Російсько-Український Медичний Словник», Київ, 1920 (про його непересічну наукову цінність щодо власне українського медичного термінологічного матеріалу свідчить його перевидання в наш час (1995 р.) Інститутом української мови Національної академії наук України) та «Медичний Латинсько-Український Словник», виданий уже на еміґрації, у Празі в 1926 році і перевиданий 1969 року в Детройті (США).

Із 1997 року, коли вийшло 1 (56) число (квітень-червень) відновленого нашого часопису «Українські медичні вісті», він виходив більш-менш регулярно до 2014 року, коли його перестали видавати. І лише наприкінці 2020 року у співпраці з видавництвом «Моріон», наш часопис вдалося знову відновити.

Але нині у зв'язку з новою російсько-українською війною 2022 року його видання знову під загрозою.

ЧЕРЕЗ РОКИ ТА ДОЛІ
Виповнилось 110 років ґазеті Українського Лікарського Товариства у Львові «НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я»

Масний З., редактор ґазети «Народне здоров'я»

Verba volant, scripta manent

110 років для історії – лише мить! Однак упродовж цієї історичної миттєвості було перегорнуто так багато сторінок історії нашої Вітчизни, яка боролась, відроджувалась, занепадала і все-таки воскресла, поставши перед світом у Незалежній Державі з гордим іменем Україна! Через усі ті роки і пов'язані з ними людські долі йшла ґазета Українського Лікарського Товариства (УЛТ) у Львові «Народне здоров'я» (НЗ).

Вона народилася на зламі XIX і XX сторіч, коли за Галичиною утвердилась слава П'ємонту українського відродження. Саме тоді українська народна стихія, яка віками накопичувалась у своєму розвитку, вийшла на шлях розбудови самостійного національного життя. Це не могло оминути й українських лікарів, які прагнули донести до свого народу рідною мовою основи гігієни, висвітлити здобутки світової та української медицини. У цих обставинах відомий український лікар та громадсько-політичний діяч Євґен Озаркевич, який у 1910 році заснував Українське Лікарське Товариство у Львові, що об'єднало півтори сотні українських лікарів у цілій Австро-Угорській імперії, та ініціював видання часопису «Здоровлє» 1912 року. Так виник перший на українських теренах медичний журнал рідною мовою. Його з'ява – вагоме свідчення того, як тогочасні українські лікарі усвідомлювали своє суспільне та фахове завдання.

У передньому слові до першого числа «Здоровля» Є. Озаркевич писав: «Нема сумніву, що нам потрібно наукового орґану, се ж є прецінь головним вимаганєм культурного народа. Ми мусимо вложити також у велику скарбницю людського знання на полі здоровних наук і наш доробок, ми не сміємо вічно впрошуватися до чужих. При тім лежить на нас … обов'язок виробити до потреб науки нашу мову, зібрати і усталити висловлю (термінологію). … Ми хочемо заінтересувати найширші круги нашого громадянства здоровними справами…».

У долі часопису «НЗ» відображена історична доля України. «Визволення» Галичини 1939 року, Друга світова війна з «другим визволенням» 1941 і «третім» 1944 років нанесли глибокі болючі рани нашому народові, на довгі роки перервали видання першого в Україні медичного часопису.

Українська медична громада не лише в Україні, а й у всьому світі, може пишатись тим, що її часопис є чи не єдиною ґазетою в сучасній Україні, якій у січні 2022 року виповнилось 110 літ.

Разом із нашим народом цей нелегкий шлях довжиною понад 110 років пройшло й Українське Лікарське Товариство у Львові та його дітище – часопис «Народне здоров'я». Він став однією з найяскравіших сторінок в історії УЛТ у Львові. При своєму заснуванні часопис був наречений як «Здоровлє», потім називався «Народне здоровлє», а після свого відродження у 1990 році прийшов до своїх читачів під назвою «Народне здоров'я». Символічно, що «НЗ» було відновлено саме на початку 90-х років, у часи становлення української державності, адже журналістика – одна з головних підвалин, на яких будується демократична держава і утверджуємось ми, як сучасна європейська нація.

Самовіддане служіння обраній справі, доброта і милосердя, чуйність та щедрість душі завжди були притаманними творцям часопису. На сторінках понад вікової історії «НЗ» навіки залишились вписаними імена: д-ра Євґена Озаркевича, першого голови УЛТ у Львові, засновника часопису; професора Олександра Кіцери (старшого) – першого голови відродженого товариства та ініціатора відновлення «НЗ», його першого головного редактора впродовж 1990–1993, 2000–2001 років; професора Юрія Гаврилюка – головного редактора ґазети у 1993–2000 роках, який суттєво спричинився до оновлення, розвитку «НЗ» та його утвердження як всеукраїнського.

В історію УЛТ у Львові та його друкованого орґану назавжди увійшли імена людей, які стояли біля витоків часопису та самовіддано працювали для нього. Заслуговують пам'яті майбутніх поколінь імена і тих, хто активно долучився до відновлення «НЗ» у 90-х роках, визначав провідну лінію видання, формував його тематику, слова і думки яких вкарбовані у ґазетні рядки, сіяли розумне, добре, вічне.

«НЗ» завжди позиціонує себе як ґазета для лікарів і про лікарів, ґазета, яку творять лікарі. З «НЗ» активно контактують також лікарі та вчені-медики з української діаспори.

Від 2001 року головним редактором ґазети є доцент ЛНМУ імені Данила Галицького, член Національної спілки журналістів України Зеновій Масний, перу якого належить більшість

опублікованих у «НЗ» оглядових та аналітичних статей, репортажів із конґресів, з'їздів, конференцій, інтерв'ю з відомими особистостями.

Зміст сучасного «НЗ» значно відрізняється від того, який було задекларовано при його народженні сто років тому, та навіть і 30 років назад при відновленні виходу ґазети. Адже за минулі десятиліття суттєво змінився характер інформаційного простору, з'явилась велика кількість спеціалізованих медичних видань, є можливість оперативно почерпнути потрібну інформацію з інтернету. Усі ці зміни роблять недоцільною та неефективною публікацію в «НЗ» розгорнутих наукових статей, оперативної інформації. Мусимо враховувати й те, що економічна ситуація зумовлює можливість виходу ґазети лише один раз на місяць. Вважаємо недоцільною публікацію санітарно-просвітницьких матеріалів для населення, бо в теперішній час такі відомості є широко поширені в різних ЗМІ. Наголошуємо на тому, що «НЗ» – це ґазета лікарів, для лікарів і про лікарів.

Водночас медична громада відчуває гостру потребу в матеріалах, які висвітлюють морально-етичні та біоетичні проблеми сучасної медицини, практичної деонтології. Публікація таких матеріалів має особливу актуальність саме тепер, в умова катастрофічного занепаду моральних засад як у суспільстві в цілому, так і в системі охорони здоров'я. Тому пишаємося тим, що саме на сторінках «НЗ» за ініціативою старійшини УЛТ у Львові доктора Богдана Надраги було започатковано роботу над створенням «Етичного кодексу лікаря», який було впроваджено у Львові, а прийнято ВУЛТом на його основі євпаторійський «Етичний кодекс лікаря України» і по всій Україні.

На шпальтах «НЗ» значне місце відводиться численним публікаціям про «білі плями» в історії вітчизняної медицини, її невідомі чи маловідомі сторінки, про життя багатьох славних українських лікарів і вчених-медиків, їхні здобутки у професійній та громадській діяльності. Зокрема, опубліковано історичні розвідки відомого дослідника історії української медицини, лауреата премії імені Івана Огієнка, професора Ярослава Ганіткевича – одного із найактивніших авторів нашої ґазети. Щорічно публікувався історичний календар видатних дат та постатей нашої медицини його авторства.

Ґазета є тим чинником, який єднає українських лікарів. УЛТ у Львові і його друкований орґан роблять дуже багато для нашої медичної громади, насамперед у відродженні історичної пам'яті, в утвердженні високих моральних засад у нашій медицині, у підвищенні якості національної системи охорони. «НЗ» постійно приділяє неухильну увагу висвітленню актуальних проблем сьогодення, передового досвіду лікарів-практиків і здобутків наших вчених.

Завдяки старанням редакції, починаючи від свого столітнього ювілею, який було відзначено у січні 2012 року, ґазета виходить у вдвічі збільшеному форматі та об'ємі, частково кольоровим друком.

Лікарі, як традиційно еліта нашого суспільства, повинні тримати руку на пульсі не тільки своїх пацієнтів, а й суспільного життя. Суспільний орґанізм лише тоді буде дієвим, коли у ньому нормально функціонуватимуть усі необхідні інституції, в т. ч. й друковані видання. На жаль, натомість нерідко спостерігаємо пасивне ставлення громади до ситуації у вітчизняній системі охорони здоров'я та векторів її подальшого розвитку. Є вже традиційне для нас невтручання в розвиток подій до того часу, поки не виникає вкрай критичне становище, а тоді вже виникає Майдан з усіма його плюсами та мінусами, що аж ніяк не сприяє нормальному розвиткові країни. Бо на Майданах одномоментно декларуються зміни, які надалі не втілюються в життя, **Майдан повинен тривати весь час**. Якщо вам здається, що від вашої думки, ваших пропозицій, вашої позиції нічого не залежить, то це вам лише здається, бо життя, наша новітня історія, в яку вписані всі наші Революції, свідчать – лише спільно можемо щось здобути, можемо подолати наші проблеми, можемо жити так, як того бажаємо, як того ми варті, разом зможемо все!... Подумаймо про те, що сказали би наші попередники, мабуть позаздрили б, що маємо свою державу і пишемо українською мовою, попри все існуємо і маємо свого читача.

Сьогодні в світі відбуваються кардинальні зміни в суспільстві. Вони лякають, бо це вже не є НТР, це революційні зміни у свідомості. Тому кожен має переосмислити і визначити своє місце, свою роль у цьому, що відбувається. Так як слід побороти пандемію, так маємо навчитись жити у новому світі.

Сьогодні кожен, хто позиціонує себе патріотом, кому болить доля України, повинен усвідомлювати, що вона залежить від його громадянської позиції. Саме громадянська позиція є найсильнішою зброєю в обстоюванні нашої Вітчизни. Байдужість, зневіра, «моя хата з краю і від мене нічого не залежить» – це однозначно є білим прапором капітуляції.

Започаткований на початку XX століття та відроджений понад 30 років тому часопис «Народне здоров'я», став гідним пам'ятником нашої медичної громади всім тим нашим

незабутнім попередникам, які його видавали та публікувались на його сторінках. Він потрібен медичній громаді як керівництво до дії у професійній і громадській діяльності. Його мета – не лише об'єднувати українських лікарів, але й підвищувати соціалізацію кожного з них, допомогти усвідомити потребу внеску кожної особистості – чи то у великому місті, чи у віддаленому селі – у розвиток та підвищення якості національної медицини, забезпечення здоров'я народу, у розбудову України. Тож залишаймо свій добрий слід в історії, кажімо своє вагоме слово, колеги, на сторінках нашого з вами часопису!

АРСЕН РІЧИНСЬКИЙ – ЖИТТЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ТА УКРАЇНИ (до 130-річчя з дня народження)

Мазур П., Мазур Л.
м. Кременець, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

В червні минуло 130 років з дня народження Арсена Річинського – лікаря, члена Українського лікарського товариства, громадського і політичного діяча, етнолога релігії, композитора, краєзнавця, педагога, фотографа. 17 грудня 2021 року Верховна Рада України прийняла Постанову за №1982-IX «Про відзначення пам'ятних дат і ювілеїв у 2022-2023 роках», якою передбачено урочисте відзначення цього ювілею на всеукраїнському рівні.

Річинський Арсен Васильович народився 12 червня 1892 року в с. Тетильківці, Кременецького району в сім'ї священнослужителя. Навчався в сільській церковнопарафіяльній школі, Кременецькій гімназії, Клеванському та Кременецькому духовних училищах. Згодом вступив до Волинської духовної семінарії в Житомирі. У 1911 року вступив на медичний факультет Варшавського університету, а з початком Першої світової війни у 1914 році перевівся до Імператорського університету Святого Володимира у Києві, де водночас працював викладачем у фельдшерській школі. З 1915 року працював дільничним лікарем в с. Хролин на Хмельниччині, а після виїзду в евакуацію – в селах Саратовської, Курської, Полтавської губерній. У 1917 році повернувся до університету, де 20 вересня 1918 року отримав диплом лікаря. Працював лікарем Ізяславської повітової лікарні з 31 травня 1917 по 9 квітня 1920 року В Ізяславі був обраний головою повітового земства. У 1918 році став редактором часопису «Нова дорога». Активний діяч повітової «Просвіти». Організував вчительський хор. На базі Острозької жіночої гімназії проводив курси «українізації».

А. Річинський викладав гігієну в Ізяславській вищій початковій школі. Тут він зіткнувся з проблемою відсутності підручників українською мовою. «…Тепер, пориваючи зі спадщиною дореволюційних часів, пора припинити старе обмосковлення наших дітей, що призводило їх тільки до жорстокого рецидиву безграмотности і занепаду нашої національної культури», – писала з цього приводу газета «Нова дорога» [3, с. 3].

Враховуючи ці обставини, А. Річинський видав підручник «Матерьяли до навчання гігієни (науки про здоровля)», як додаток до Вісника Ізяславської Повітової Народної Ради «Нова дорога». Книга мала дві частини. В 1919 році автор об'єднав обидві частини книги в одну і назвав «Курс гігієни» (науки про здоровля). Підручник пристосовано до програми VII–VIII класів гімназій та ухвалено Міністерством Народної Освіти [5].

У 1920 році, рятуючись від більшовиків, виїхав в с. Тростянець Ківерцівського району Волинської області, де 11 липня 1921 року обвінчався з вчителькою Ніною Павлівною Прокопович, з якою познайомився в Ізяславі. З квітня 1922 року працював головним лікарем Володимирської лікарні.

У Володимирі 1924 року Арсен Річинський власним коштом почав видавати «Незалежний орган українського культурного і церковного відродження» під назвою «На Варті». Відома й популярна тоді львівська газета «Діло» писала, що «двотижневик «На Варті» є першим на українських землях в межах Польщі часописом, який поклав собі за завдання систематичну боротьбу за розмосковлення Православної церкви на українських етнографічних землях проти Московської церковної православної ієрархії в Польщі та проти політики департаменту віросповідань у Варшаві. «На Варті» бореться за принципи, поставлені в основу Української Православної Автокефальної Церкви на Наддніпрянській Україні» [1, с. 14].

В 1926 році Арсен Річинський опублікував в журналі «На Варті» статтю «Походження єпископату в зв'язку з питанням про благодатність ієрархії Української Автокефальної

Православної Церкви». Слід зазначити, що в другій половині 20-х на початку 30-х років Арсен Річинський публікує в українській пресі чимало статей та випускає ряд брошур, присвячених церковним питанням: «Критичний розгляд постанови Св. Синоду про заборону українського церковного з'їзду», Сучасний стан церковно-релігійного життя української людності в Польщі», «Два плебісцити на Волині в справі богослужбової мови», «Моя сповідь Св. Синодові Православної Церкви в Польщі», «На манівцях». Арсен Річинський автор і упорядник ряду музичних творів на релігійну тематику, виданих у Володимирі-Волинському: «Всенародні співи в Українській Церкві», «Українські колядки на мішаний хор», «Скорбна мати, збірник українських церковно-народних пісень», «Українська відправа вечірня і рання на мішаний хор».

Арсен Річинський зі своїми однодумцями і в наступні роки продовжували боротьбу за українізацію православ'я на Волині. 26 вересня 1926 року у Рівному відбувся з'їзд українських культурно-освітніх організацій. У роботі з'їзду брав участь А. Річинський [1, с. 5]. Саме він добився включення до порядку денного питання про церковні справи. 5–6 червня 1927 року у Луцьку відбувся церковний з'їзд, який став кульмінаційним моментом подальшої практичної реалізації ідеї українізації церкви.

Ключові, найважливіші доповіді на з'їзді зробив А. Річинський, а саме: «Сучасний стан церковно-релігійного життя українського православного населення Польщі», «Задоволення релігійних потреб українського православного населення в справах: «служби Божої» та «Справа канонічного устрою Православної Церкви в Польщі» [2, с.47].

Святий Синод Православної церкви у Польщі постановою № 14 від 15 квітня 1929 року прийняв рішення «Об отлучении от церкви и анафематствовании проживающего в гор. Владимире лекаря Арсения Речинского за его враждебную и вредную для Православной Церкви в Польше деятельность», про що було оголошено у пресі та церковних парафіях. Дізнавшись про це, Річинський звернувся до слідчих та суду з питанням перевірити відомості про порушення ним церковних канонів. Призначена для розслідування комісія повністю виправдала Арсена Річинського.

В 1930 році А. Річинський написав і видав у Львові брошуру «До щастя, слави і свободи! » (про пластове виховання) [7]. На сторінках брошури автор розмірковує про значення пластових організацій у вихованні української молоді, ділиться досвідом відвідин таборів Пласту в Галичині, історію пластового руху в Україні, зосереджує увагу на міжнародному значенні пластового руху як трибуни, з якої можна пропагувати у світі ймення українство і Україна, наводить багато схем з орієнтування на місцевості і світлин з життя пластунів.

В 1931 році Арсен Річинський став членом Українського лікарського товариства у Львові, оскільки на Волині працювала мізерна кількість лікарів українців [4, с. 292–293].

У цей же час він починає писати працю «Проблеми української релігійної свідомості», роботу над якою розпочав у 1929, а закінчив у 1933 році, в якій завдяки історико-аналітичного методу осмислення етнорелігійної свідомості українства підняв життєдайні проблеми соціального буття у світі взаємовідносин між народом і Богом, «очищене», від «цареславної єресі», привнесеної московським обрядодійством. А. Річинський пише: «...рабське перейняття чужих ідей і чужих поглядів підриває духовні сили і відпорність народу, затягує його на службу чужим божкам: тоді надходить смерть нації». В своїй книзі, виданій у 1933 році в Тернополі, він помістив світлини Єпископату Української Автокефальної Православної Церкви та Єпископату Української Греко-Католицької Церкви. Саме ці дві Церкви він вважав українськими [6].

За діяльністю Арсена Річинського пильно стежила польська поліція. Всі його дії та контакти фіксувалися. З 12.05.1935 по 25.07.1935 року А. Річинський був ув'язнений у сумнозвісний концтабір Береза-Картузька. Другий раз у Береза-Картузькій А. Річинський опинився на початку вересня 1939 року і пробув там до 18 вересня. Проте на волі він був недовго. 20 жовтня 1939 року його заарештували енкаведисти і ув'язнили у Володимирській тюрмі.

Оскільки Арсен Річинський не належав до жодної політичної партії, слідство затяглось. Лікаря вивезли разом з іншими політичними в'язнями у тюрму селища Сухобезводне Горьковської області, де кілька років тримали без суду. Лише 5 травня 1942 року так званий «особий совет» при НКВС СРСР виніс вирок, засудивши А. Річинського на 10 років позбавлення волі. Також репресована була сім'я А. Річинського – його дружина та дві дочки. Старшій Мирославі тоді було 15 років, а молодшій Людмилі – всього 6 тижнів.

А. Річинський покарання відбував в Уктлазі. В 1949 році А. Річинського звільнили. Але влада не дала повернутися на батьківщину. Дозволили поселитися в Казахстані у м. Казалінськ. В концентраційному таборі і на спецпоселенні Арсен Річинський займався лікарською практикою, писав наукові статті з акушерства. 13 квітня 1956 року А. Річинський помер у результаті крововиливу. Поховали його на цвинтарі станції Джусали Кзил-Ординської області. 14 жовтня

2006 року на Покрову Пречистої Богородиці труну з прахом Арсена Річинського зустрів найстаріший храм (1600 року) Різдва Христового УАПЦ м. Тернополя. Поховали його прах на цвинтарі с. Підгороднє біля м. Тернополя. 26 серпня 2009 року Богословська комісія з канонізації святих Української Автокефальної Православної Церкви причислила Арсена Річинського до лику святих сповідників Українського православ'я.

24 травня 1999 року Постановою № 683 Кабінет Міністрів України присвоїв Кременецькому медичному училищу (тепер медичний фаховий коледж) ім'я Арсена Річинського.

Список використаних джерел

1. Альошина О. З'їзд української православної громадськості та культурно-освітніх організацій на Волині. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія: Історичне релігієзнавство. Вип. 7. Острог, 2012. 296 с.
2. Власовський І. Нарис історії Української Православної Церкви. Т. 4, ч. 2. Нью-Йорк, 1966; Київ : Либідь, 1998. 400 с.
3. Нова дорога. 1918. № 1–2. 10 березня. 24 с.
4. Пундій П. Українські лікарі : бібліогр. довід. кн. 1. Естафета поколінь національного відродження / голов. ред. Я. Ганіткевич. Львів; Чикаго, 1994. 327 с.
5. Річинський А. Курс гігієни (науки про здоровля). Пристосований до програми VII–VIII клясів гимназій ухваленої Мін. Нар. Освіти 18 вересня 1906р. / А. Річинський. Ізяслав на Волині, додаток до «Нової дороги» – Вісника Ізяславської Повітової Народньої Ради. 1919. 379 с.
6. Річинський А. Проблєми української релігійної свідомости. Володимир-Волинський, 1933. 280с.
7. Річинський А. До щастя, слави і свободи! (про пластове виховання). Матеріали IX Річинських читань з міжнародною участю «Арсен Річинський в житті Заславщини і в контексті української науки». Київ–Кременець–Ізяслав, 2017. 140 с.

МЕДИЦИНА ВОЛИНІ В ЛАБІРИНТАХ ІСТОРІЇ

Мойсеєнко В. О., Тарченко І. П., Тарченко Н. В.
м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

В статті розповідається про стан медицини в Україні, починаючи з далеких часів, коли наші волинські землі були у володінні Польщі, про спалахи інфекцій, шпиталі й аптеки, а також про відомих на той час волинських лікарів та аптекарів. Описується медичне обслуговування населення Волині після поділу Польщі, коли Правобережна Україна, частиною якої була Волинь, увійшла до складу Російської імперії, Східної Волині, що стала територією УРСР, а також Західної Волині, підпорядкованої Польщі. Згадуються світила медицини, які працювали у Волинській губернії і зробили великий внесок в розвиток медицини в Україні.

Річ Посполита

Свою розповідь ми почнемо з далекого XVI сторіччя, коли волинські землі належали шляхетській Польщі. В ті далекі часи Луцьк, велике волинське місто, втім, як і багато інших у Європі, страждав від тотальної антисанітарії. Тут лютували епідемії, що сприймалися населенням здебільшого, як «божа кара за гріхи». Люди щиро каялися, але продовжували виливати на вулиці зі своїх домівок нечистоти.

Звичайно, були окремі світлі голови, які правильно розуміли стан справ, причини та наслідки. Один із них – Раймундус Каркассон, особистий лікар князя Василя-Костянтина Острозького та його сім'ї, доктор філософії й медицини Краківського університету. Він служив князю до глибокої старості, отримавши за роботу два села – Тростянець на Дубенщині та Добрин на Острожчині.

А свої інструменти та книги заповів зятю, Петру Ум'ястовському, також доктору філософії та медицини, які вивчав у Краковському та Болонському університетах. Лікував людей у Франції, Польщі, потім приїхав на Волинь, працював у Львові при дворі князів Чарторийських, та, врешті решт, Луцьку. Найчастіше у своїй практиці йому доводилося стикатися з бубонною чумою. І він видав наукову працю, яка називалася «Nauka o morowym powietrzu» («Наука про чуму»), та вийшла в Кракові в 1591 році (фото 1). Першу частину роботи створив у Луцьку. Ця книга, де йшлося про походження хвороби, її попередження та лікування, мала дуже велике значення, книгу

схвально зустріли вчені, й навіть оспівували поети. По ній навчалися студенти через багато років після смерті автора.

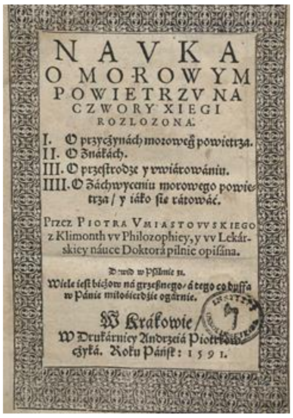


Фото 1. Книга Петра Ум'ястовського «Наука про чуму», видана у Кракові в 1591 р.
URL: http://www.hroniky.com/articles/view/142-mikroby-staroho-lutska-iak-mishchany-boronylysia-vid-epidemii

Проте загалом справи на Волині того часу були кепські. Так, Луцьк дуже страждав через брак чистої питної води. Брали її із річок Стир та Глушець, водовози розвозили вулицями міста. До речі, професія ця збереглася аж до XX сторіччя. Але в ті самі водойми містяни скидали відходи. Звичайно, через це люди хворіли [1].

Спалах інфекцій відбувався й тоді, коли через місто проходило військо – тобто, багато людей, які тривалий час знаходяться у великому скупченні та походах.

Найчастіше волиняни хворіли на чуму, дизентерію, тиф, віспу, малярію, ангіну, подагру та сифіліс. Іноді жителі Луцька просто тікали з міста від хвороб.

У 1652 році епідемія була така страшна, що населення зменшилося втричі. Іноді влада, намагаючись ізолювати вогнище інфекції, ставила блок-пости й нікого не випускала.

Проте, в місті в ті часи вже були лікарі, які вели свою практику, існували шпиталі та аптеки. Серед ескулапів городяни добре знали, зокрема, Мордуха Влоха, який звертався до народних методів – солодких сиропів, трав'яних настоїв, потінню у випарах над діжкою, наповненою гарячою водою із травами.

Аптек у Луцьку було досить багато. В них можна було купити трави, засоби тваринного походження, або мазі чи порошки, завезені купцями з інших земель. За зіллям часто приїжджали лікарі й з інших міст. У 30-х роках XVII сторіччя тут навіть виникла аптекарська школа, якою завідував міський урядник Луцького магістрату Ян Гепнер.

Відомі імена луцьких аптекарів – Войтеха Гоберчовського (фото 2), Петра Маримушича, Яна Жибровського, Войтеха Мстиславовича, Францішко Златоцького [1].

Фото 2. Луцький аптекар Войтех Гоберчовський

А одна із старих аптек, якою відав наприкінці XVIII сторіччя Ян Жолтовський збереглася й донині (фото 3, 6).)

Фото 3. В цьому будинку по вул. Братковського у Луцьку була аптека пана Жолтовського
URL: http://www.hroniky.com/articles/view/142-mikroby-staroho-lutska-iak-mishchany-boronylysia-vid-epidemii

Що ж до шпиталів, то їх в ті часи відкривали при монастирях. Одна із перших згадок у XV сторіччі – шпиталь для хворих і калік, що знаходився біля церкви святого Якова. Його утримував князь Свидригайло, а працювали там ченці Пречистенського та Василівського монастирів.

У XVI сторіччі біля Лазарівської церкви стояв Руський шпиталь, яким опікувався магістрат (фото 4). На початку XVII сторіччя він згорів, і члени Луцького братства вирішили звести новий. Нагляд за будівництвом вів православний шляхтич Іван Виговський. Невдовзі лікарня вже працювала – вона стояла неподалік Глушецького мосту. За порядком слідкували шпитальні старости з числа братчиків. Кошти збиралися із благодійних пожертв. Тут працювали лікар Олександр Музеллі та вищезгаданий аптекар Войтех Мстиславович. У 1761 році шпиталь згорів знову, але продовжував існування в інших будівлях.

Фото 4. На цьому місці у Луцьку біля Лазарівської церкви був міський Руський шпиталь
URL: https://rayon.in.ua/news/234804-desiat-istorii-pro-meditsinu-minulogo-u-lutsku

Був у місті в XVI сторіччі свій шпиталь і у вірменів – також поруч із церквою, на Вірменській вулиці.

Ще одну лікарню приблизно в той самий час відкрила Луцька дієцезія в Окольному замку біля костелу святої Трійці. Тут лікували старців, калік і збіднілих шляхтичів.

Наприкінці XVIII сторіччя у Луцьку відкрили свій шпиталь і євреї.

Серед інших місць, де волиняни могли отримати медичну допомогу, можна назвати Мале Межиріччя, що поблизу Острога. Там при монастирі Святої Трійці існувала лікарня, що стала невдовзі медичною установою Острозької академії. При самій колегії в Острозі також існував великий шпиталь, де працювали дипломовані лікарі та проходили практику старшокурсники [1].

Ще одну лікарню такого ж рівня відкрили Томаш Замойський зі своєю дружиною Катериною Острозькою (представницею славетного роду Острозьких) у Рівному в 1637 році.

Слід визнати, що методи лікування в старі часи були суворі. Наприклад, якщо вражений інфекцією палець не заживав, його могли відтяти пилкою – без жодного знеболювання.

Одним із знаних благодійників того часу був Балтазар Тишка, канонік Луцької капітули (фото 5). У 1632 році він заснував шпиталь Святого Духа, де лікували всіх страждаючих незалежно від соціального стану або конфесійної належності.

Фото 5. Благодійник Балтазар Тишка

А ще він відкрив монастир ордену боніфратрів, основним завданням якого була допомога хворим. Лікували там безоплатно. Пізніше цей орден відкрив і першу в місті божевільню.

В XVII сторіччі Агнешка Станішевська заснувала та фінансувала шпиталь для убогих при монастирі бернардинів.

Фото 6. Інтер'єр музею-аптеки Францішко Златоцького. Кінець 18 ст.
URL: http://culture-lutsk.org.ua/novyny/2020-03-26/rozpovidi_z-istoriyi-luts-ka

Наприкінці XVIII сторіччя численні благодійні притулки почала відкривати молода жінка на ім'я Юзефа Поляновська. Їй допомагали в цьому батьки та заможні городяни. Залучила вона до справи й приватних лікарів міста – вони надавали допомогу в її закладах безкоштовно.

Для благодійної діяльності пані Поляновської велику суму заповів внук короля Августа II, граф Фрідріх Мошинський. Після його смерті на ці гроші було відкрито шпиталь з окремою будівлею для венеричних хворих.

Волинська губернія у XVIII–XIX ст.

У 1795 році внаслідок другого та третього поділів Польщі Правобережна Україна, частиною якої була Волинь, увійшла до складу Російської Імперії.

Головним містом Волинської губернії був Житомир. А сама губернія охоплювала території теперішніх Рівненської, Житомирської, Волинської, Хмельницької, частково Київської, областей.

Віднині організацією й утриманням лікарень, будинків для божевільних, притулків для інвалідів та сиріт займався приказ громадського піклування. Окремо створювалася дворянська опіка, що дбала про інтереси людей шляхетного походження.

Фактично тепер ці справи брала під свій контроль держава, а приватна ініціатива зводилася до мінімуму. Парафіяльна та монастирська системи допомоги також руйнувалися [2].

Ще більш посилила централізоване управління міністерська реформа 1802 року. Прикази громадського піклування підпорядковувалися Міністерству внутрішніх справ (МВС). До таких приказів входили вибрані представники дворян, міщан, селянства. Головував губернатор, але йому не дозволялося безпосередньо втручатися в справи – міг лише давати пропозиції, а ще слідкувати, щоб все йшло за законом. Слід зазначити, що діяли такі прикази тільки в містах. По селах же цю справу залишили на відкуп стихійним процесам і розсуду поміщиків.

У 1803 р. була створена «Експедиція державної медичної управи», у січні 1804 – медичний департамент, що займався, крім іншого, боротьбою з антисанітарією та епідеміями [2].

Лікарів же часто катастрофічно не вистачало. У Волинській губернії ця проблема стояла особливо гостро. Тому частково виконувати їх роль зобов'язували… священнослужителів. Так, вони повинні були говорити з прочанами про користь щеплень, і робити це не лише у храмі, а й обходячи домівки. А часто – навіть робити щеплення власноруч.

Під час епідемій, разом із молебнями, священики повинні були говорити і про профілактику хвороби (фото 7). Мали вони виконувати й інші просвітницькі функції – наприклад, розповідати про сутність тих чи інших природних явищ, щоб здолати забобони та відвернути селян від користування послугами знахарів та самодіяльності в лікуванні. Розповсюджували священики серед прочан і просвітницьку літературу – «Народное здравие» та «Вестник Российского общества Красного Креста».

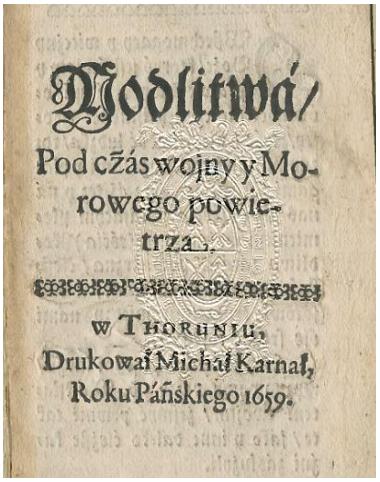

Modlitwá/
Pod cżás wojny y Morowego powietrza.
w Thoruniu,
Drukował Michał Karnał,
Roku Páńskiego 1659.

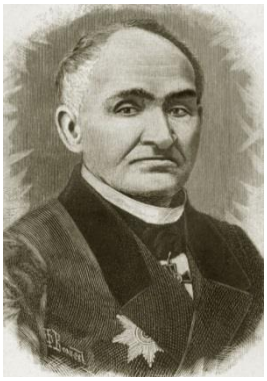
Фото 7. Книга «Молитва під час війни і чуми», якою користувалися священники під час проповідей, видана в Торуні 1659 р.
URL: http://www.hroniky.com/articles/view/142-mikroby-staroho-lutska-iak-mishchany-boronylysia-vid-epidemii

Про результати своєї діяльності вони регулярно звітували консисторії. А Волинський губернатор, коли проводив наради з питань охорони здоров'я, запрошував туди не тільки лікарів, а й протоієрея.

У XIX сторіччі з Волинню були пов'язані імена цілої низки наукових світил. Так, з 1805 року в новоствореному Кременецькому ліцеї викладав доктор медицини, професор Вілібальд Бессер – читав лекції з ботаніки, зоології, фармакогнозії. А ще – обіймав посаду директора ботанічного саду при ліцеї, де студенти збирали лікарські рослини, з яких потім робилися препарати (фото 8).

Фото 8. Доктор медицини Віллібальд Бессер

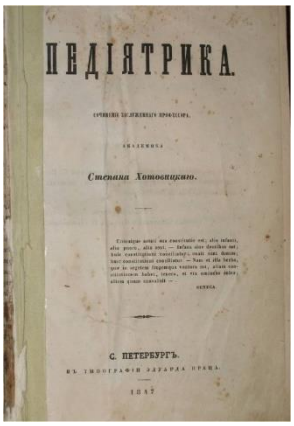
Великою повагою користувався Томас Адольф Волковинський, талановитий хірург з Острога, що працював у місті терапевтом більше 35 років. У 1817 р. в університеті м. Вільно він захистив докторську дисертацію на тему «Ревматичний кардит». В цій роботі він першим на основі особистих спостережень довів закономірність ураження серця при ревматизмі. Через 21 рік те ж саме довели росіянин В. Сокольський та француз В. Буйо, і описана ними хвороба отримала назву Сокольського–Буйо.



Інший виходець з Острога, що навчався в Острозькій духовній семінарії, а потім в Санкт-Петербурзькій медико-хірургічній академії – Степан Хомич Хотовицький, доктор медицини і хірургії, ад'юнкт-професор кафедри «повивального мистецтва, судової медицини та медичної поліції», заслужений професор кафедри «акушерства і взагалі вчення про жіночих і дитячих хворобах» Імператорської Військово-медичної академії (фото 9, 10).

Фото 9. Професор Степан Хотовицький

Він першим заявив про необхідність виділення педіатрії в самостійний медичний напрям. За його підручником «Лікувально-народна настанова для духовних училищ» навчалися учні Волинської й Острозької духовних семінарій, Луцького духовного училища, Волинського єпархіального училища.


ПЕДІЯТРИКА.

Степана Хотовицкаго.

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Фото 10. Підручник професора Степана Хотовицького, виданий 1847 р. в Санкт- Петербурзі
URL: http://www.hroniky.com/articles/view/142-mikroby-staroho-lutska-iak-mishchany-boronylysia-vid-epidemii

Дуже відомий в науковому світі й Людвіг Горецький, виходець з міста Рівного (фото 11).

Фото 11. Професор Людвіг Горецький

В 1848 році він закінчив медичний факультет Університету імені св. Володимира. Викладач Київського університету, ординатор терапевтичної клініки університету. В 1855 році захистив докторську дисертацію на тему «De sputis in pneumonia acuta primaria (cruposa Rokitansky)». В 1855 році працював помічником директора терапевтичної клініки. Ініціював відкриття в Києві клініки дерматології., Ним було складено перший звіт дерматологічної клініки Університету св. Володимира (1864–1865 рр.).

А ще провів у 1871 році перші щеплення киян проти віспи.

В 1855–1875 роках Людвіг Горецький працював лікарем в училищі графині Є. Левашової в Києві.

Народжений в Житомирі доктор медицини Кароль Шадек, що також працював в Київському університеті, написав ґрунтовні та перекладені на багато мов праці з дерматології та сифілідології.

У 1840-х роках недалеко від Луцька, поруч з дорогою на Володимир-Волинський, на березі річки Стир почали зводити великий військовий шпиталь, для якого використовували цеглу із залишків Окольного замку. Тут лікували не тільки військових, а й тих, хто захворів під час холерної пандемії.

У 1860 році за ініціативи хірурга, відомого громадського діяча та письменника Карла Качковського було створене товариство лікарів Волинської губернії. Його президентом якийсь час був доктор медицини Григорій Брунс [3].

З кінця 60-х років XIX сторіччя на Волині інтенсивно будуються повітові лікарні.

У 1870 р. створили Житомирський Комітет опікунства над хворими й пораненими (в майбутньому він перетворився на Житомирську міську організацію Товариства Червоного Хреста). Першою керівницею стала дружина Петра Грессера, волинського губернатора. У 1890 році сестри милосердя, які тут працювали, створили общину, при якій 15 травня 1890 року відкрилася амбулаторія.

З 1874 року в Житомирі почала діяти й школа фельдшерок-акушерок. Ці жінки стали першопрохідцями – адже в ті часи на Волині майже не існувало ніяких закладів з охорони материнства й дитинства. На весь край – єдиний пологовий будинок на 25 ліжок у Житомирі та пологове відділення земської лікарні.

В цій школі в різні часи працювали чудові викладачі – зокрема, з 1910 р. М.І. Лісіцин, який вперше на Волині запровадив анатомічні дослідження і написав підручник «Патологічна анатомія», доктор медицини В. І. Краснов, який створив посібник «Короткий курс шкіряних і венеричних хвороб». Гінекологію тут читав В.М. Биков. Після відкриття в 1909 році в губернській лікарні пологового відділення він організував при ньому філію для практиканток школи. Щоб краще поєднувати в навчальному процесі теорію та практику, запропонував створити медичний комбінат, який би складався з фельдшерської школи, пологового відділення губернської лікарні та її філії в повітових лікарнях [2].

В грудні 1895 року відчиняє двері новий лікарняний заклад у Житомирі, по вул. Дівочій, 3 (згодом йому судилося стати Житомирською обласною лікарнею) – у невеличкому двоповерховому будинку. Тут було 15 стаціонарних ліжок та амбулаторія з платним лікуванням. Але наплив хворих виявився надто великий і невдовзі лікарню довелося розширити. У 1898 році відкрилася поліклініка з хірургічним, терапевтичним, отоларингологічним та гінекологічним кабінетами.

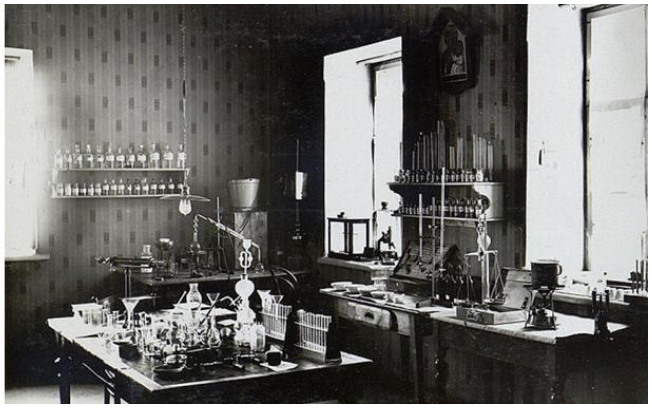
Фото 12. Земська лікарня в Новоград-Волинському повіті

У 1902 році створюється Любарська лікарська дільниця, та сільська лікарня у Містечку Любарі, що в Новоград-Волинському повіті. Заклад вважався земським. В ньому було 5 палат, кабінети лікаря, акушерок та фельдшерів, операційна, аптека (фото 12).

У м. Коростені на той час існувала одна амбулаторія із платними послугами [2].

У Луцьку довгий час головне навантаження приймала на себе земська лікарня. Але вона не завжди могла справитися через надто мале приміщення. Голова ради шпиталю клопотався про виділення коштів на будівництво нової лікарні, проте справа ця вирішилася аж у 1918-му, після бурхливих подій та зміни декількох влад.

У 1895 році на Волині спалахнула занесена з Австрії епідемія азіатської холери. Із 14 тисяч захворілих померло 38 %. У Луцьку хворих забирала в холерні бараки спеціальна фіра, що їздила вулицями. Ситуацію погіршувала антисанітарія, що царила в місті. Головним розсадником був базар на Парадному майдані. Врешті решт, за кілька років його ліквідували, та зробили на цьому місці публічний сад.



А на початку XX сторіччя саме в Луцьку, в замку Любарта, заснували хіміко-бактеріологічну лабораторію, першу на Волині. Крім іншого, тут досліджували якість води та продуктів харчування (фото 13).

Фото 13. Хіміко-баклабораторія в замку Любарта
URL: http://www.hroniky.com/articles/view/142-mikroby-staroho-lutska-iak-mishchany-boronylysia-vid-epidemii

Попри активний розвиток державної медицини, дуже затребуваною залишалася й приватна лікарська практика. Серед знаних лікарів можна назвати Адама Войнича, випускника лікарського відділу Варшавського університету. Окрім лікарської практики, він займався краєзнавством і суспільною діяльністю. Обирався гласним Луцької міської думи, був секретарем луцького лікарського товариства, брав участь у заснуванні Товариства краєзнавства та опіки над пам'ятками минулого. У 1922 році написав монографію «Луцьк на Волині».

Знали лучани й лікаря Йосипа Почебута, і завідувача епідемічної лікарні Мойсея Рафаловського, і голову Товариства луцьких лікарів терапевта Франца Мілашевського (фото 14). Останній брав участь в організації лікарні Червоного Хреста, а під час спалаху епідемії холери завідував холерним бараком і був організатором боротьби із пандемією.

Фото 14. Голова товариства луцьких лікарів терапевт Франц Мілашевський. 1922 р.

А у місті Острозі великою загальною повагою користувався лікар-хірург Петро Сігізмундович Паславський. Окрім хірургічної практики, він читав для студентів лекції, що мали дуже велику популярність не тільки у студентів, а й у лікарів. Лекції стенографувалися та розповсюджувалися як навчальний посібник. До речі, вони й досі не втратили своєї актуальності.

З 1889 по 1903 роки цей лікар безкоштовно робив операції в хірургічному бараку Імператорського Варшавського Університету імені Олександра II та в амбулаторії при Варшавській общині сестер милосердя ім. Св. Єлизавети.

У 1906 році він вперше на Україні видалив велику пухлину щитоподібної залози. А у 1923 році за його активної участі було створене Острозьке товариство боротьби з туберкульозом, завдяки якому безкоштовно здійснювалися амбулаторний прийом хворих і рентгенівське обстеження.

Спеціалістів середнього медичного персоналу на Волині на початку XX сторіччя готували в декількох закладах – у Кременецькій та Волинській фельдшерських акушерських школах, Волинській і Рівненській школах сестер милосердя при Волинському відділенні Російського Червоного Хреста, у Волинській і Рівненській школах сестер-жалібниць.

У 1910 році була організована Рівненська община сестер милосердя. В перший рік до неї прийняли 10 учениць, а в 1912-му їх нараховувалося вже 100. Викладали тут акушерство, санітарію, читали лекції з інфекційних та епідемічних хвороб, фармакології тощо. Священик викладав Закон Божий. У 1911 році при закладі відкрили лікарню, де приймали в день до 40 пацієнтів. Майбутні сестри доглядали тут, крім іншого, інфекційних хворих, ракових, проводили щеплення проти віспи.

Дуже важкими виявилися на Волині 1904–1915 роки, коли лютували скарлатина та черевний тиф. Із 117 тисяч випадків захворювань медична допомога була надана лише 2–3 %. Не вистачало лікарень та лікарів, а ще, за умов платної медицини, хворі далеко не завжди могли розрахуватись.

В 1912 році в Житомирі коштом князя Володимира Вікторовича Волконського та його сестри графині Надії Вікторівни Толстой була відкрита офтальмологічна лікарня, де допомога мала надаватися безкоштовно. В ті часи на Волині була дуже розповсюджена трахома – інфекційне захворювання, що виникає через недостатнє дотримання гігієни. Хворіли люди цілими сім'ями, а то й навіть селами.

Князь Волконський пожертвував Волинському Земству на лікарню 231.900 рублів, частина з яких – 61.900, була готівкою, а інше – в цінних паперах, що складали недоторканий фонд, на відсотки з якого заклад міг би існувати. Надія ж профінансувала зведення при лікарні Свято-Пантелеймонівської церкви.

Головним лікарем запросили молодого асистента очної клініки медичного факультету Київського університету Сергія Михайловича Тер-Арутюнянца. Він був учнем і другом видатного хірурга Володимира Філатова, який першим зробив операцію пересадки рогівки ока. Доктор Тер-Арутюнянц перейняв цей досвід та широко застосовував його в своїй лікарні. Лікар Тер-Арутюнянц пропрацював у клініці 45 років, виховавши багатьох учнів, які продовжили його справу [7].

У 1912 році земські збори Волинської губернії вирішили скасувати платню за лікування інфекційних хвороб. А психічно хворих почали лікувати за рахунок державної казни згідно з новим законом.

Загалом, в цей рік у Волинській губернії працювало 30 амбулаторій, 70 земських лікарень і 58 приватних, 3 акушерських пункти та 107 фельдшерських.

В невеликих містечках теж відкривалося все більше нових лікарень, часто приватним коштом – як амбулаторія зі стаціонаром на 4 ліжка у Коростені, збудовані місцевим поміщиком Скорупським.

Перша світова війна негативно вплинула на стан справ у медичній галузі. Так, інфекційні відділення при лікарнях земствами були зовсім закриті. Хоча в Луцьку й відчинила двері невелика повітова земська лікарня – на 60 ліжок, 40 з яких призначалося пораненим, а 20 інфекційним.

Персоналу там було усього 5 чоловік, 4 фельдшери та 1 лікар, чого, звичайно, виявилося недостатньо. А в 1915 році цей заклад прийняв велике навантаження, коли туди стали привозити інфікованих тифом [6].

В Житомирі лікарня на Дівочій, 3 була перетворена на шпиталь Червоного Хреста. Потім стала закладом для інвалідів війни [5].

Через край пересувалися великі групи військ, негативно впливаючи на санітарний стан. Після бурхливих подій революції, калейдоскопічної зміни влад та польсько-радянського збройного конфлікту була підписана Ризька мирна угода (18 березня 1821 р.), згідно з якою Польща та Радянський Союз поділили між собою українські та білоруські землі. Західна Волинь стала частиною Польщі, Східна – новоствореної УРСР.

Волинь після Жовтневого перевороту

У 1919 році в краї лютували епідемії, серед яких особливо небезпечними були іспанка, холера, тиф. Протиепідемічними заходами займалася новостворена Обласна надзвичайна комісія. Щоб поліпшити санітарно-гігієнічний стан, будувалися суспільні лазні, серед населення велася просвітницька робота. В лікарнях відкривалися нові місця для ізоляції інфекційних хворих.

В листопаді 1920 року створили Національну комісію по боротьбі з епідеміями.

Питання подолання холери обговорювався і на скликаному в 1921 році губернському з'їзді.

У тому ж році при губернському відділі охорони здоров'я організували санітарно-гігієнічний відділ.

Ущухли епідемії лише на початку 1923 року. В 1920 році відкрилася ціла низка нових лікарень – у Радомишлі, Новоград-Волинському, Баранівці, Мархлевську, Дзержинську. Були відремонтовані всі дільничні заклади Житомирського повіту.

В 1923-му в Житомирі відчинив двері губернський тубдиспансер, в лісі організували дві колонії для хворих дітей, санаторій на 15 ліжок. Відкрили й відділення кістково-суглобового туберкульозу [5].

Відкрилися кабінети фізіотерапевтичної допомоги та водолікарні – зокрема, в Бердичеві, Коростені, Житомирі.

У 1925 році на І губернському з'їзді санітарних лікарів велику увагу приділили сільському населенню, умовам його праці та побуту. Невдовзі відкрили численні сільські амбулаторії – в Биківці, Мар'янівці, Студениці, Старосільці, Червоноармійську та дільничі лікарні – в Кодні та Романівці.

Організували й місця для отоларингологічних хворих при хірургічних відділеннях у Новоград-Волинському, Житомирі, Коростені, Малині.

В подальші роки лікувальна профілактична мережа розширилася ще більше. Хворим почали допомагати за місцем проживання. У Житомирі створили психоневрологічний диспансер. Значну увагу приділяли й охороні материнства та дитинства. В 1926 році в Коростені відкрили фельдшерсько-акушерську школу.

В Новоград-Волинському, Житомирі а потім Коростені були створені санітарно-бактеріологічні лабораторії.

В ці роки значний внесок в розвиток медицини краю зробив хірург Олександр Федорович Гербачевський, що обійняв посаду головного лікаря окружної лікарні Житомира (керував закладом впродовж 48 років). Закінчив гімназію у Варшаві. З 1907 року – студент медичного факультету Імператорського університету Святого Володимира в Києві. З 1912 року – ординатор в госпітальної хірургічної клініці при медичному факультеті цього університету; проходив ординатуру під керівництвом Миколи Волковича. З 1921 року переїжджає до Житомира.

Трудова діяльність Олександра Федоровича від моменту переїзду і до останніх днів життя була тісно пов'язана з розвитком охорони здоров'я на Житомирщині (фото 15).

Фото 15. Житомирська обласна лікарня ім. О. Гербачевського. В 1895 р. був зведений двоповерховий корпус, пізніше сталася добудова

Західна Волинь. Друга Річ Посполита

У 1918 році, коли Польща тільки-но захопила Західну Волинь, медичні питання в ній належали до компетенції Міністерства внутрішніх справ. Рік потому було створене Міністерство охорони здоров'я, а при ньому – Окружні Ради охорони здоров'я (ОРОЗ), що мали вирішувати питання та місцях. Існували два відділи ОРОЗ – Львівський та Краківський [4].

Кожна Окружна Рада вміщувала в собі чотири секції, що поділялися за сферами відповідальності: профілактично-протиепідемічна, санітарно-гігієнічна, опікунська та організаційно-фахова.

Територію ж Західної України розділили на чотири воєводства: Львівське, Станіславське, Волинське й Тернопільське.

З оглядом на те, що в країні лютували епідемії різних видів тифів, створили ще Управління Головного надзвичайного комісара у боротьбі з епідеміями, яке існувало до 1923 року. У 1926–1928 роках на Волині розгорнули мережу амбулаторій, які функціонували завдяки добровільним внескам філантропів. Ці заклади були доповненням до державної системи та обслуговували найбідніші верстви населення. Вони займалися лікуванням і профілактикою інфекційних хвороб, а також допомагали матерям і дітям. Тут існували, зокрема, молочні кухні. Кожні дитина та мати проходили декілька разів на рік профілактичний огляд.

Пізніше ці доброчинні установи стали складовою частиною державної системи охорони здоров'я. Фінансувалися з різних джерел – кас хворих, держдотацій, доброчинних внесків. У 30-х роках на Волині з'явилися кооперативи здоров'я, куди входили кооперативний лікар і середній медичний персонал – акушерки, фельдшери, гігієністи. Вони працювали із сільським населенням, зосередившись переважно на профілактиці захворювань. Кооперативи широко використовували різні просвітницькі заходи.

В державній структурі охорони здоров'я головною фігурою залишався, як і колись, за Австро-Угорщини, дільничний чи повітовий лікар, що працював у тандемі з воєводою-повітовим старостою. Він контролював інших лікарів та середній медперсонал, організовував профілактичні заходи тощо. До 1934 року його фінансувало місцеве самоврядування, і тільки потім – держава.

Поширеною була й приватна практика. Лікарі відкривали міні-заклади у власних будинках, де медсестрами служили члени родини. У складних випадках хворих відправляли у повітові міста, де були більші шпиталі.

У Луцьку існувало близько двох десятків приватних стоматологічних кабінетів. Дантистами були переважно жінки єврейської національності [1].

Майбутніх лікарів навчали у Львівському державному університеті імені Яна Казимира. У 1921–1924 роках існував ще Український таємний університет, що фінансувався завдяки пожертвам.

На Волині працювало, порівняно з іншими воєводствами, найменше лікарів із вищою освітою. Проте, фельдшерська допомога була тут на відносно високому рівні. Втім, фахівців вкрай не вистачало. Але середній медичний персонал завжди мав широкі можливості для перепідготовки та підвищення кваліфікації. Все навчання велося польською мовою.

У випадках хірургічних захворювань негайну допомогу в селах нерідко здійснити не було можливості через віддаленість до районної лікарні та браку транспорту. За даних обставин фельдшер змушений був опанувати хірургію. Лікували хворих різноманітні знахарі, цілителі, баби-повитухи. 1916 р. у місті Володимирі (Володимир-Волинському) з'явилася перша швидка медична допомога. Санітарного воза у Відні придбав капітан австрійської армії, комендант міста Гнат Мартинець [8].

На початку 30-х років ХХ сторіччя в центрі міста Володимир-Волинського була лікарня з амбулаторією та інфекційним відділенням, в селах-фельдшерські пункти (фото 16). Селян, як правило, лікували фельдшери. Дуже частими були сліпота та глухонімота новонароджених. За окупації Володимира австро- угорськими військами розповсюдженими були тиф і дизентерія. За даних обставин розгорталися пересувні шпиталі.

Відомий на той час лікар поляк Зінкевич, який побудував гарний будинок, в якому відкрив приватну жіночу консультацію. Лікував не тільки багатих, але й бідних. Історія зберегла ім'я ще одного приватного лікаря пана Люценського, який у своєму великому будинку з незвичним архітектурним стилем, з колонами, приймав хворих (будинок не зберігся). Пам'ятають лікаря Полянського, який також приймав пацієнтів вдома.

Фото 16. Палата в лікарні у Володимир-Волинському в 30-ті роки ХХ ст.
URL: https://vidomosti-ua.com/volyn/115566

Поширеною була платна медицина [4].

У Володимир-Волинському працював лікар Арсен Річинський, український культурно-освітній і громадський діяч (фото 17). Організатор «Пласту» у Володимир-Волинському, активний учасник боротьби за Українську автокефальну православну церкву. Неодноразово був заарештований польською владою, 1934 р органами НКВС, засланий до Казахтану , де і помер 1956 р.

Фото 17. Президія Українського церковного з'їзду. Третій зліва лікар Арсен Річинський. 1927р. З фондів Нововолинського народного історичного музею.
URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/

Цікаву інформацію ми отримали з матеріалів історичного музею імені О. Дворницького у Володимир-Волинському щодо умов утримання хворих в земській лікарні м. Володимира [8].

Хворі отримували повноцінне харчування, яке передбачало вживання яловичини, м'яса курей, різноманітних каш, масла, житнього хліба та ін.

Медичний персонал складався зі старшого лікаря, помічника лікаря, двох фельдшерів, аптекаря та його учня. Працювали письмоводитель контори, кастелянша, сторож, кухар, комірник, 2 двірники, доглядач лазні.

Достойною була заробітна платня персоналу земської лікарні.

Видатна Волинянка – дитячий лікар

В історичному музеї Володимир-Волинського шанують славну волинянку, лікаря-педіатра Олену Миколаївну Хохол, члена-кореспондента АМН СРСР, доктора медичних наук, професора Олену Миколаївну Хохол (1897–1964).

Народилася в містечку Устилуг, що біля Володимир-Волинського, в сім'ї вчителів. Батько викладав українську мову. Пізніше сім'я переїхала в Умань.

Олена на «відмінно» закінчила навчання в гімназії і вступила до Київського медичного інституту. Під час навчання у Києві одним із її наставників був професор Євген Скловський. Саме він у розгромленому після громадянської війни Києві організував молочну кухню для немовлят

«Крапля молока». Скоріше всього саме ця обставина була для Олени Хохол причиною обрати педіатрію.

У 1921 році дипломований педіатр за розподілом повертається до Умані, де завідує Будинком дитини, пізніше створює тут одну з перших в Україні дитячих консультацій, виїжджаючи в села, організовувала там профогляди діток.

У 1925 році переїжджає до Києва, починає займатися науковою роботою, прийшовши асистентом на кафедру педіатрії Київського державного інституту вдосконалення лікарів. Захистила кандидатську дисертацію, стала доцентом. Під час Другої світової війни очолювала медичну частину в Пензенській області. Потім була Москва, посада начальника управління дитячих лікувальних і профілактичних закладів Народного Комісаріату охорони здоров'я СРСР (фото 18).

Фото *18.Член-кореспондент АМН СРСР, доктор медичних наук, професор Олена Миколаївна Хохол*

Як тільки звільнили Київ , Олена Миколаївна повернулася додому. 1945 р. захистила докторську дисертацію. Працювала директором лікарні «Охматдит», Інституту педіатрії, акушерства і гінекології. 1946 року Олену Хохол призначили завідувачем кафедри пропедевтики педіатрії, 1950 – кафедри госпітальної педіатрії Київського медичного інституту. У 1958 році Олені Миколаївні присвоюють звання заслуженого діяча науки УРСР.

Олену Хохол обирали членом-кореспондентом Академії медичних наук СРСР. Двічі була депутатом Верховної Ради Української РСР. У складі української делегації вона брала участь у сесіях Генеральної Асамблеї ООН, була членом Всесвітньої Ради Миру [9].

Отже, протягом сторіч медицина на Волині переживала різні часи – були і розквіт, і складнощі, і занепад. Але головне – цей край дав цілу плеяду блискучих лікарів, які зробили в розвиток галузі величезний внесок.

Список використаних джерел

1. Котис О. Мікроби старого Луцька: як міщани боронилися від епідемій. Сайт «Хроніки Любарта» (дата звернення 17.03.2016).
2. Желєзняк В. Становлення та розвиток медицини у Волинській губернії наприкінці XVIII – середина XIX ст. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: Історія. 2014.
3. Дубман Б. Доктор медицини Брунс. *Журнал Житомира*. Режим доступу: http://zhzh.info/publ/31. (дата звернення 02.11.2018).
4. Круковська І. М. Медична освіта на Волині. *Велика Волинь: історія освіти і культури* / за ред. М. В. Левківського. Житомир : Вид-во ДЖУ ім. Франка, 2011. С. 376–418.
5. Історія медицини Житомирщини від найдавніших часів до Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. Сайт Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної держадміністрації.
6. Волинь у Першій світовій війні. Сайт «Освіта.-UA». (дата звернення 15.01.2009).
7. Собчук С., Собчук А. Лікарня у спадок. Сайт «Zhytomyr.Travel», (дата звернення 14.11.2017).
8. Тетяна Адамович. Як на Волині лікували 100 років тому: Режим доступу: https://vidomosti-ua.com/volyn/115566.
9. Ірина Лесик. Видатні Волинянки: Олена Хохол. Режим доступу: https://pravda.volyn.ua/vydatni-volynyany-olena-hohol.

20 ЛІТ БЕЗ МИКОЛИ АМОСОВА

Нечай С.
м. Київ

Цьогоріч 12 грудня минатиме 20 літ, як покинула цей світ непересічна особистість – Микола Амосов. Ще за життя і він багато писав про себе і про багатьох довколо себе, та й про нього писано-переписано чимало. Не хотілося б тут банально переповідати загальновідомі факти з його багатогранного життя, як у тодішній країні, так і в нашій професії, за тих часів і відповідних умов. Внесок його у вітчизняну науку загальновідомий.

Думається, що зараз, у розпал нової тотальної російсько-української війни, варто наголосити, що він не був із тих росіян, яких ми, на жаль, дуже добре знаємо з далеко не найкращого боку протягом останніх століть. Амосов походив із так званого «Русскава Сєвєра», куди позаганяла Москва нащадків волелюбного Новгорода. Вони, як і Амосов, окали замість московського акання, були письменними навіть по віддалених селах, тоді як на Москві не вміли ані писати, ані читати навіть священники. Існує цілий цикл новгородських пісень «о ненавистной Москве», відомий лише високим науківцям, але, очевидно, невідомий Путіну, бо він чомусь облудно не згадує про вирізаних Москвою новгородців ані в російськомовному ані в україномовному варіанті своєї скандальної статті. Михайло (не «Міхаіл»!) Ломоносов, до речі теж належав до цього четвертого східнослов'янського народу, якщо, звісно, росіян взагалі вважати слов'янами, а не слов'янізованими фінно-уграми, як довели це ще понад сто років тому найавторитетніші історики та археологи.

Микола Амосов, будучи в останні роки депутатом «Вєрховнава Савєта СССР» від України (УССР) всіляко підтримував демократизацію і прагнення українців до власної мови і свободи.

Нам сьогодні дуже не вистачає таких відвертих правдолюбів як Амосов, які навіть у ті непрості, навіть страшні часи не боялися речі називати своїми іменами, в силу тодішнього свого та загального розуміння дійсності.

Думається, що Микола Амосов нині не потерпів би кремлівської брутальності, на противагу більшості нинішніх росіян, які або боягузливо по-рабськи відмовчуються, або тихцем по-дикунськи зловтішаються, коли дика азійська орда блюзнірськи бездумно винищує «братскій» український народ, включно з дітьми та російськомовними.

До речі, сам Амосов Москву не дуже любив, про що можна прочитати в його спогадах.

СТУДЕНТ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ З ОДЕЩИНИ В ЛАВАХ ОУН-УПА

Нечай С.
м. Київ

Раніше і зараз, особливо після 30-ї роковини Незалежності України, багато писали і пишуть про боротьбу нашого народу як проти коричневих, так і проти червоних окупантів у Галичині й на Волині. А з літератури про спротив цим чужинецьким зайдам на осередніх і східних наших землях аж до Донбасу подибуємо лише окремі одиниці. Пояснити це можна як тим, що на Наддніпрянщині українських повстанців було набагато менше, з одного боку, а з другого – тим що москвинів там було набагато більше і перебували тут вони значно довше. Попри все, й на тодішній Одещині були наші патріоти, які зі зброєю в руках у лавах ОУН-УПА билися в основному проти німецьких нацистів, бо москвинські комуністи переможним Вермахтом тоді були відкинені аж за Москву-ріку. Серед цих справжніх (нерадянських!) українських патріотів були і медики. Скупі пожовклі сторінки архівних справ колишнього всемогутнього НКВД-КҐБ донесли до нас вибиту на садистських допитах інформацію про деяких із них (розконспірованих, арештованих і репресованих). Про свого діда серед цих українських звитяжців і поцікавився молодий київський лікар у багатолітнього дослідника цієї теми.

Отже, Масний Олександр Іванович народився у 1923 році в с. Троянка *(тоді Одеської області) в* українській родині. Пекельного 1942 року у липні, будучи солдатом «Красной» армії, намагався вийти з гітлерівського оточення в районі м. Калач Сталінґрадської області. Тяжко пораненим потрапив у німецький полон. З ознаки величезної кількості радянських військовополонених на початку війни, нацистські окупанти усіх місцевих, окрім, звичайно, ідейних комуністів, відпускали по домівках. Коли він повернувся в рідне село почав працювати їздовим в аґрошколі сусідньої Лебединки.

Як чужинецькі націонал-соціалісти почали забирати українську юнь на роботи в Німеччину, сім разів тікав з ворожих ешелонів.

Олександр Масний був членом ОУН. Він мав на озброєнні особисту зброю: пістолет чи наган.

1944 року у лютому місяці він ще воював у загоні під командуванням тернопільця «Чорноти». Цей загін СБ у грудні 1943 року перебував у аґрономічній школі. У його складі Олександр Масний учасникував у боях проти німецької жандармерії та поліцаїв, як і проти сталінських партизанів в околицях міста Умань. У цьому загоні двічі бачився з директором Лебединківської аґрошколи (керівником місцевої ОУН) Федором Хоменком, який приходив до їхнього командира «Чорноти». У тому ж лютому 1944 року, коли його бойовий побратим

О. Масного оунівець Яків Підлубний переховувався у своєї тітки Пугач в с. Ємилівка (тоді Голованівського району), до нього приходив Олександр і розповідав про свій загін. Як тільки «Красная» армія «асвабаділа» Голованівський район, Олександр Масний разом зі своїм односельцем Яковом Підлубним комуністичною владою був призваний у діючу «РККА» (Рабочє-крєстьянскаю красную армію) та скерований на фронт у 110 дивізію. Із березня 1944 року по грудень 1945 року він знову служив у Совєтській армії, воював до завершення війни з німцями та японцями, отримав три поранення та орден "Краснай звєзди" і кілька медалей. Після закінчення війни вступив на навчання у Вінницький медичний інститут, але в 1947 році вимушений був переїхати з м. Вінниця до м. Чернівці, бо по справі Лебединки совєтські каральні орґани почали вже судити і садити українських патріотів. Масний листувався з ОУНівцем Підлубним, який переховувався від каґебістів на Росії у м. Іркутськ (востаннє восени 1947 р. з м. Чернівці). Арештувало Масного 26.02.1948 року УМҐБ Чернівецької області. На час арешту освіта незакінчена вища, проживав у м. Чернівці, студент мединституту. Звинувачувався у членстві в ОУН та УПА, розповсюдженні української націоналістичної літератури та агітації за вступ до загонів УПА. Засуджений 16.07.1948 р. трибуналом Одеського військового округу до 15 років ув'язнення з позбавленням прав на 5 років та конфіскацією майна.

Після програної війни за волю України Олександр Масний переховувався подалі від місць своїх бойових дій, забрався аж у далекі Чернівці, сподіваючись, очевидно, що на нього, як на східняка, не зверне свою увагу недремне око КҐБ. Він дійсно був із криці, бо нікого не видав зі своїх побратимів, і лише свідчення інших учасників українського визвольного руху тих часів проливають світло на його героїчний чин.

Реабілітували його лише в незалежній Україні 29.07.1994 року.

ВИНИКНЕННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Літвак А. І.
м. Одеса

Датою зародження інституту дільничних лікарів називають 1884 рік, коли в Петербурзі було уперше створено 25 ділянок, на кожній з яких працював лікар, який за рахунок місцевого бюджету надавав безплатну допомогу населенню. У Одесі безкоштовна медична допомога бідному населенню за рахунок міської казни спочатку здійснювалась спеціальними лікарями тільки в період епідемій, починаючи з 1867 р., коли постановою міської думи дозволялося робити розрахунок з 18 лікарями, зайнятими приватною практикою. У 1868 р. лікарська допомога бідному населенню була обмежена 120 квитками на отримання безкоштовної медичної допомоги – поради від лікаря і видача ліків. Наступного року таких квитків було виділено 300. У 1876 р. за пропозицією проф. Богдановського було вирішено фінансувати з міського бюджету трьох лікарів для бідних, хоча його пропозиція торкалася шести лікарів, але цьому проекту не судилося відбутися. Лише через тридцять років після перших пропозицій про створення постійно діючої системи медичної допомоги населенню міста за рахунок коштів міського бюджету, вони були реалізовані у 1892 р. Для виконання цього завдання було запрошено десять лікарів, розподілених по місту відповідно до поліцейських відділків, тому й назва їх була «дільничний». За перших п'ять з половиною місяців функціонування усіх одеських дільничних лікарів для бідних була надана допомога 19 062 хворим, у тому числі 3521 особам вдома. Повторних відвідувань було здійснено 16 733, у тому числі вдома 3127. Разом з лікувальною, проводилася профілактична робота. Поза лікарняна медична допомога (амбулаторна і вдома) малозабезпеченому населенню на підставі моделі дільничних лікарів крім Одеси також з'явилася у Києві, Харкові (1892 р.), Миколаєві (1895 р.). Факти свідчать, що епідемії були вирішальним фактором створення інституту дільничних лікарів для бідних, для захисту населення від хвороб і проведенню протиепідемічних і запобіжних профілактичних заходів. В основу діяльності дільничних лікарів для бідних було покладено принципи: наближення лікаря до місця проживання населення, безкоштовна і доступна допомога в будь-який час, забезпечення безплатності лікування і лікувальних засобів за рахунок бюджетів міст, що утворювались за рахунок податків. Відбувався поступовий перехід до безплатної медичної допомоги за соціальною ознакою – бідністю. При створені амбулаторної медичної допомоги особливо важливим фактором виявилась безплатність медичних послуг, що стає стрижнем розвитку громадської медицини і всієї системи охорони здоров'я, що забезпечує доступність медичної допомоги населенню.

ІСТОРИЧНІ МЕДИЧНІ ПАРАЛЕЛІ: АНТИСЕПТИЧНІ ЗАСОБИ НА ТЛІ ЗРОСТАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Кравченко В. Г., Салманов А. Г., Дащук А. М., Кравченко А. В.
м. Полтава, Харків, Київ

Час не стоїть на місці, його не зупинити. Виникають нові інфекційні захворювання, а людство не встигає виліковуватись від старих і добре відомих. Антисептика розвивалась у світі динамічно, за своїми законами і правилами. Ще далеко до відкриття Пастером ролі мікроорганізмів, люди застосовували різні засоби для збереження харчових продуктів і води, а згодом для оброблення ран. Згадки про так звані біоциди знаходили в збірках Гіппократа: він обов'язково покривав операційне поле спеціальною чистою тканиною, а під час операції користувався лише кип'яченою водою. В побуті люди упродовж тривалого часу самостійно займалися знезаражуванням ран за допомогою різних трав – ромашки, полиню, соку алое і доступних на той час речовин: сірки , солі, меду, цукру тощо. З метою профілактики і лікування місцевих процесів (гнійних ран, виразок, фурункулів тощо). Абу Алі Ібн Сіна, Гіппократ, Парацельз використовували винний і яблучний оцет, мурашину кислоту, вапно і спирти.

Запровадження терміну «антисептика», належить англійському досліднику Прінглю (1750), який таким чином позначив феномен протигнилісної дії мінеральних кислот.

Велику роль у розвитку науки асептики відіграв угорський акушер-гінеколог Ігнац Земмелвейс, який запропонував обробляти руки лікаря хлорованим вапном перед оглядом вагітних жінок. Такий простий, як на сьогодні, спосіб виявив досить високий і несподіваний ефект. Так, на початок 1847 року смертність жінок після пологів складала близько18 % через сепсис, в другій половині року вона скоротилася до 3 %, а уже наступного року її рівень майже не перевищував 1 % (Бадюк).

Справжнім проривом в розвитку антисептики послужило відкриття Луї Пастера в 1863 році ролі мікроорганізмів, які призводять до гниття і бродіння, після чого англійський хірург Лістер науково обґрунтував і запровадив методи антисептики для лікування гнійних захворювань і профілактики сепсису. Він обеззаражував повітря з метою знищення мікроорганізмів, розпилюючи в операційній розчин карболової кислоти, також обеззаражувались такими розчинами руки хірурга, інструменти і операційне поле. Зазначені заходи суттєво скорочували число післяопераційних нагноєнь і сепсису.

Емпіричним шляхом він переконався в дієвості карболової кислоти і опанував пов'язку з її розчином в лікуванні відкритого перелому. Саме Лістер увійшов в медичну історію як фундатор антисептики.

Російський хірург Ніколай Пірогов застосував розподіл на «чистих» і «гнійних» хворих під час російсько-турецької війни 1877–1878 р. Завдяки вперше застосованому методу розподілу поранених у польових умовах післяопераційна смертність у багатьох військово-тимчасових госпіталях не перевищувала, в середньому, не знаних в таких випадках 2 %, а у гіршому разі – 9 % (Бадюк М. І., Бадюк Л. М., Паращук Л. Д., 2016).

Антисептика, за визначенням Лістера, це заходи по знищенню збудників гнійних процесів в ранах, об'єктах внутрішнього і зовнішнього середовища за допомогою хімічних речовин (Салманов). В наш час антисептичними вважаються лікарські засоби, які здійснюють антибактерійну дію на мікроорганізми, що перебувають на шкірних покровах і слизових оболонках, а протимікробні засоби, якими деконтамінують об'єкти зовнішнього середовища, називають дезинфектантами (Кучма). Використання хлорованої води на початку Х1Х ст., як і поява антисептиків в умовах клінічної медицини, було справжнім поворотним явищем в історії людства. Різноманітні речовини з антимікробними властивостями: карболова кислота, солі ртуті і срібла, пероксиди (водню, оцту), феноли, гіпохлорити, згодом четвертинні амонієві сполуки, солі хлоргексидину і, нарешті, препарати на основі альдегіду ІІ покоління – циміналю (цидипол, цимезоль) – ось неповний перелік засобів, які стали етапними в історії використання антисептичних препаратів (ВГК+ Дащ).

Запровадження на початку ХХ сторіччя системних протимікробних хіміотерапевтичних препаратів для внутрішнього вжитку (сульфаніламіди), а в 40-х роках антибіотиків (пеніцилін) викликало неймовірні сподівання на радикальне вирішення багатьох проблем медицини. В скорому часі, однак, настало розчарування: занадто широке, не завжди обґрунтоване і адекватне призначення антибіотиків призвело в наш час до зростання ранової інфекції і післяопераційних ускладнень, до розповсюдження багаточисельних антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів і внутрішньолікарняної інфекції.

Проте, явище антибактеріальної резистентності в біології відоме давно, практично з часів наукового застосування перших антисептиків. Свідченням цього феномену можуть служити відомості про розвиток стійкості мікроорганізмів хоча б до такого потужного, здавалось би «вбивчого» антисептичного агенту, як фенол і його похідних. M.L. Masson ще в 1910 р. описав випадки адаптації бактерій до резорцинолу (фенолу), а H. Regenstein в 1912 р. – до певних дезинфікуючих засобів, включаючи феноли. Дещо пізніше A.H. Fogg і R.M. Logge (1945), а потім H. Berger і O. Wyss (1953) підтвердили резистентність бактерій до фенолів. Останніми було доведено, що різні види *Micrococus* [(*Staph. aureus*), вирощені в присутності фенолів, продукують фенол-резистентний штам, опірність якого смертельному впливу є набагато вищою, ніж у інших штамів (за аналітичної інформації А.Г. Салманова]. Біологічні суб'єкти, якими насправді є патогенні і умовно-патогенні мікроорганізми, перебувають у постійному й жорстокому протистоянні з антимікробними засобами, які застосовує медицина. Практично не існує засобів, до яких врешті-решт не розвивалась би біологічна резистентність мікроорганізмів. Процес антибактеріальної резистентності в цілому повільний, але перманентний. Борючись за своє біологічне виживання, мікроорганізми виробляють певні захисні («рятівні») субстанції (наприклад, бета-лактамні ферменти). Резистентність мікробних агентів до антибіотиків стала нині загальним явищем практично у всіх сферах їх клінічного застосування і, враховуючи глобальне поширення цього явища, соціальну та медичну значущість проблеми, віднесена до питань національної безпеки багатьох країн світу (А.Г. Салманов, 2015). Отже, феномен резистентності мікроорганізмів до будь-яких антибактерійних препаратів потребує постійного моніторингу мікробіологів і епідеміологів-дослідників з метою своєчасної і адекватної реакції на ці процеси.

За інформацією прес-служби «Українського медичного часопису», в 2016 р. у Комітеті з питань охорони здоров'я відбулося засідання круглого столу на тему: «Антибіотикорезистентність та інфекційний контроль». Під час заходу зазначалося, зокрема, що у вересні 2016 р. світові лідери на зустрічі в Організації Об'єднаних Націй (ООН) заявили про необхідність об'єднання зусиль у боротьбі зі стійкістю мікроорганізмів до протимікробних препаратів. У світі щорічно використовується 300 тис. тонн антибіотиків. Вперше очільники держав — членів ООН взяли зобов'язання вжити масштабних і скоординованих заходів для боротьби з першочерговими причинами розвитку стійкості до протимікробних препаратів відразу в декількох секторах, зокрема у сферах охорони здоров'я людини, тварин та в сільському господарстві у зв'язку з їх потраплянням у ґрунт і воду. Учасники круглого столу звернули увагу, що антибіотикорезистентність зростає з кожним роком. Мікроорганізми набувають нових видів резистентності, спектр дії протимікробних препаратів постійно звужується Йшлося й про те, що тодішній Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун звернув увагу світової спільноти, що у світі щорічно понад 200 тис. новонароджених помирають від стійких до антибіотиків інфекцій. Крім того, в 105 країнах світу зареєстровано туберкульоз з мультирезистентною стійкістю, в Африці наростає епідемія антибіотикорезистентного тифу, в басейні Меконга поширюється стійкий до препаратів збудник малярії, і в усьому світі зростає стійкість до антиретровірусної терапії.

Високий рівень резистентності спостерігають серед таких поширених захворювань, як пневмококова пневмонія, гонорея, післяопераційні інфекції тощо. ВООЗ проводить глобальну кампанію «Антибіотики: використовуйте обережно!», яка закликає громадськість, уряди, працівників охорони здоров'я та сільського господарства вживати заходів для вирішення цієї нагальної проблеми. Глава ВООЗ Маргарет Чен назвала боротьбу зі стійкістю мікроорганізмів до протимікробних препаратів фундаментальною загрозою здоров'ю, розвитку і безпеці людини. За даними агентства «Кореспондент.нет» від 15.01.2017 р., у США жінка померла від інфекції, яка виявилася стійкою до всіх 26 видів антибіотиків, доступних на території країни. Повідомлялось також, що до 2050 року «супербактерії» вбиватимуть до 10 млн осіб щорічно, а збиток від них становитиме 100 трильйонів доларів. "Світ на порозі настання ери, в якій антибіотики вже не даватимуть ефективної дії, і звичайні інфекції стануть смертельно небезпечними", – заявив один з керівників ВООЗ. На підставі даних з 114 країн ВООЗ підтвердила те, на що експерти вказували вже кілька років: загроза носить глобальний характер і торкнулася вже кількох районів земної кулі.

Як відомо, Олександр Флемінг був удостоєний в 1945 році Нобелівської премії за відкриття пеніциліну. Під час своєї промови при отриманні премії він зробив наступну пророчу заяву: "Настане той день, коли будь-яка людина зможе купити пеніцилін в будь-якій аптеці. Але тоді виникне небезпека, що недосвідчена людина прийме недостатню дозу, що не знищить мікроби і підвищить їх опірність антибіотикам". По закінченні більш ніж семи десятиліть його слова звучать як ніколи актуально.

За оцінкою експертів Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, в Україні слід надолужувати національну стратегію: з обачного використання протимікробних агентів у медицині людини та ветеринарній медицині; із запобігання та контролю за стійкістю до протимікробних препаратів; врегулювати питання щодо призначення ліків; запровадити ретельний епіднагляд за патогенами та протимікробною резистентністю. Згідно з існуючою статистикою, в Україні реєструють близько 7 тис. випадків внутрішньолікарняної інфекції щороку, розрахункова кількість яких становить, за різними даними, від 250 до 800 тис. випадків на рік.

Слід відзначити, що із запровадженням в медичну практику антибіотиків увага до розроблення антимікробних препаратів, в тому числі не антибіотичного походження, на певний час послабилась. Сфера їх застосування за великої кількості патологічних станів, особливо в лікуванні гнійно-запальних захворювань, безпідставно звузилась. В останні роки консолідується думка багатьох дослідників, що лікування обмежених патологічних процесів бактерійної, вірусної чи грибкової природи (хірургічні рани, захворювання носоглотки, пародонту, прямої кишки, жіночої статевої сфери і т. п.), може бути достатнім за використання ефективних місцевих антибактерійних препаратів. В світі нині спостерігається зростання зацікавленості до розроблення і впровадження в клінічну практику місцевих антисептичних препаратів, як для окремого використання, так і в комплексі зі специфічними препаратами системної дії. Сьогодні на українському фармацевтичному ринку зареєстровані понад півтора десятка новітніх препаратів, які рекомендують для місцевого лікування інфекційних хвороб шкіри і підшкірної клітковини. Із загального їх числа абсолютна більшість закордонного походження, що свідчить не стільки про недостатню увагу вітчизняних учених до розроблення препаратів місцевого призначення, скільки про слабкість науково-технічної бази для таких розробок внаслідок критичної недостатності матеріальної забезпеченості досліджень на іноваційно-конкурентному фармако-технологічному рівні.

Разом з тим, аналізуючи широкий спектр згаданих місцевих антимікробних засобів, не можна не звернути увагу на те, що майже всі закуповувані за кордоном препарати мають, як активні фармакологічні інгредієнти, продукти антибіотичного походження. Зокрема, Бактопік (Індія), Бактробан (В. Британія), Бондерм (Хорватія) головним складником мають антибіотик мупіроцин, Тірозур (Німеччина)-тіротрицин, Альтарго (В. Британія)-ретапамулін, а інші препарати ґрунтуються на давно відомих антибіотиках типу гентаміцину, левоміцетину (хлорамфеніколу, синтоміцину) та фузидиновій кислоті (ВГК-Вінниця). В 2011 р в Республіці Корея в рамках XXII Світового конгресу з дерматології було присвячено Сателітний симпозиум із пошуком ефективних заходів зниження мікробної резистентності. На ньому, поряд з іншими питаннями, були розглянуті перспективи використання і патогенетична обгрунтованість фіксованих комбінацій топічних глюкокортикостероїдів з топічними антибіотиками, розроблення нових фіксованих комбінацій топічних лікарських засобів (з ретиноїдами, антисептиками, кератолітиками й іншими компонентами).

За повідомленнями окремих дослідників, процес формування резистентності мікроорганізмів в рівній мірі властивий як до антибіотиків, так і до традиційних антисептиків, старих мазей на ланолін-вазеліновій основі. Вважається, наприклад, що розчини фурациліну, риванолу, 3 % борної кислоти практично повністю втратили свою антимікробну активність по відношенню до основних збудників хірургічної інфекції. Чутливість госпітальних штамів *S. aureus, E. coli, B. coli* до антисептиків, мазей на жировій основі не перевищує 1–5 % (Блатун Л.А.). Слід також визнати, що значна частина місцевих антисептичних препаратів на даний час застаріла і не може розглядатись як раціональний варіант локальної терапії (анілінові барвники, хінозол, ксероформ, спиртовий розчин йоду та ін.). Це диктує нагальну необхідність розробки і впровадження нових груп лікарських засобів з об’ємним спектром активності як по відношенню до аеробного, так і анаеробного компоненту.

У вітчизняній медичній галузі використовується нині велика група місцевих антисептичних препаратів різних фармакологічних груп, різної хімічної структури і з різним механізмом фармакологічної дії. Зупинимося лише на невеликому арсеналі місцевих антисептиків, традиційно застосовуваних в клінічній практиці. Донині значною популярністю користуються, принаймні в хірургії, похідні йоду. Вони володіють практично універсальним спектром активності, пригнічуючи грампозитивні і грамнегативні бактерії, гриби, віруси, включно з вірусами гепатиту В, аденовіруси і ін. Такі йодофори, як 1 % йодовідон, 1 % йодопірон являють собою комплекс полівінілпіролідону з йодом. При місцевому застосуванні бактерицидним ефектом володіє сульйодопірон, переважаючи за ефективністю розчини йодопірону.

Успішно використовується 0,1 % фурагін (солафур) — антимікробний засіб з групи нітрофуранів, а також 1 % діоксидин, який володіє вираженою активністю проти більшої частини

анаеробних, аеробних і факультативно анаеробних патогенних бактерій. До діоксидіну чутливі клінічні штами бактерій з полірезистентністю до антибіотиків, препарат застосовується для промивання і тампонування гнійних ран. Слід, одначе, зважати на алергенні властивості діоксидину. В стоматології нині використовується велика група препаратів антимікробної дії локального призначення. До них належать як давно відомі антисептики (перекис водню, хлоргексидин, димексид, корсодил), так і відносно нові (октонісепт, елюдрил, метацид, триклозан та ін.); окремі антисептики поступають у стоматологічну практику із інших галузей медицини, зокрема, циципол із венерології, мірамістин- із хірургії.

В ЛОР-практиці рекомендується французький препарат Изофра для лікування гострих ринітів, риносинусітів і ринофарингітів. Основою препарату є фраміцетин, антибіотик аміноглікозидного ряду (Кривопалов та ін., 2019); рекомендуться також мометазон (Meltcer і спавт., 2005).

В хірургії, травматології і комбустіології при незначній кількості гною в рані використовується 0,01 % водний розчин мірамістину. При значній гнійній ексудації застосування антисептика, однак, невиправдане, оскільки тампони, поміщені в рану, досить швидко просихають, не забезпечуючи, таким чином, необхідної в таких випадках тривалої активності для ліквідації гною (Блатун Л.А.). Досить перспективними в цьому відношенні є застосування антисептичних засобів на основі альдегідів II покоління, особливо хлоркоричного альдегіду (цидипол, цимезоль). На основі цього альдегіду створено новий ефективний лікарський засіб в комбінації з осмоактивними речовинами типу поліетиленоксидів –препарат «Цидипол». На жаль, препарат не знаходить свого гідного місця в арсеналі сучасних протимікробних, протизапальних, антиексудативних засобів.

А промислове його виробництво було налагоджено в ВАТ «Лубнифарм» та «Дослідному заводі ДНЦЛЗ» (Харків), яке здійснювалось на підставі Рішення Фармакологічного комітету і дозволу МОЗ колишнього Союзу як засобу індивідуальної профілактики венеричних хвороб (ВГК). До речі, засіб, як препарат для індивідуальної профілактики сифілісу, гонореї та урогенітального трихомоніазу був зареєстрований в Міжнародному патентному центрі (Швейцарія) і отримав Патент Сполучених штатів Америки. В процесі подальшого вивчення у препарата виявлені протизапальні, антисептичні, протиопікові, ранозаживляючі й інші властивості, які, на жаль, нині не використовуються. А препарат міг би добре послужитися особливо тепер, в умовах нинішньої війни. Для вирішення такого питання необхідне вольове рішення органів державної влади на підставі обгрунтованого звернення ВУЛТ, а може ще й СФУЛТ. Препарат відзначається найнижчим рівнем токсичності та високим рівнем бактерицидної активності проти багатьох збудників, включаючи золотистий стафілокок. Головною перешкодою в налагодженні промислового виробництва препарату виробниками виставляється відсутність інгредієнту-альдегіду. А останній розроблений хіміками Державного наукового центру лікарських засобів (м. Харків), промисловий регламент виготовлення якого існує і зовсім не складний для технічної реалізації. Препарат «Цидипол» нині може вироблятись лише екстемпорально в умовах аптеки. Наші неодноразові звернення до ВУЛТу, СФУЛТу, Комітету охорони здоров’я Верховної ради України попереднього скликання успіху не мали, були практично проігноровані.

Таким чином, актуальним і перспективним є і буде розроблення відповідних часу антимікробних протизапальних засобів системної і/або локальної дії. Кожен із зазначених засобів може мати свої переваги й недоліки, проте одним із вагомих чинників невідповідності таких засобів для використання будуть або їхня висока токсичність для організму людини, або низька бактерицидна активність. При виборі місцевих антисептиків, як для лікувальних, так і профілактичних цілей, перевага повинна віддаватися засобам з універсальним протизапальним і широким або помірним спектром антимікробної дії з мінімальною токсичністю.

90 РОКІВ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ДОКТОРА ЦІБОРОВСЬКОГО

Нечаїв С.
м. Київ, голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ

Олег Михайлович Ціборовський народився 15 жовтня 1932 року в Києві у сім'ї лікарів. Його рід має глибокі шляхецькі корені. По іншій лінії він походить з вільних козаків. Пан Олег неодноразово розповідав мені, що його дід постійно наголошував, що він козак, а не кріпак!

У 1950 році Олег Михайлович із золотою медаллю закінчив школу і вступив на педіатричний факультет Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця. Далі був складний шлях становлення, набуття практичного досвіду в різних галузях медицини. Розпочавши свій трудовий шлях завідувачем будинку дитини, він працював педіатром, терапевтом, головним лікарем дитячої лікарні, рядовим лікарем швидкої медичної допомоги, завідувачем медпункту автоколони, терапевтом медико-санітарної частини промислового підприємства, лікарем електрокардіографічного кабінету поліклініки для письменників.

З 1964 року Олег Михайлович працював в Українському НДІ охорони материнства і дитинства ім. П.М. Буйка (сьогодні це Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України) молодшим, а пізніше – старшим науковим співробітником, вченим секретарем інституту. У 1975–1981 роках викладав на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського медичного інституту і Республіканських курсах підвищення кваліфікації керівного складу охорони здоров'я УРСР. У 1981 році Олег Михайлович повернувся до Інституту педіатрії, акушерства і гінекології, де створив і очолив відділення соціально-гігієнічних проблем здоров'я дітей та матерів.

Із 1985 року він почав займатися проблемами реформування системи охорони здоров'я, обґрунтування державної політики і стратегії у цій галузі, її правовим забезпеченням, підготовкою проєктів законів «Про охорону здоров'я», «Про медичне страхування» та ін. Як кваліфікований фахівець у 1994 році був запрошений на посаду професора кафедри управління охороною здоров'я Інституту державного управління і самоврядування при Кабінеті Міністрів України (потім – Українська Академія державного управління при Президентові України). Наукова робота О.М. Ціборовського в цей період була зосереджена на проблемах реформування системи охорони здоров'я. Роботу в цій царині він продовжив у відновленому НДІ «Український інститут громадського здоров'я».

Клінічний і науковий досвід, накопичений Олегом Михайловичем за роки трудового життя сприяли його зростанню як знаного фахівця в галузі соціальної медицини, багато проєктів, рекомендацій, пропозицій якого згодом лягли в основу важливих державних документів у галузі охорони здоров'я. Олег Михайлович неодноразово виступав з доповідями на наукових і науково-практичних конференціях, симпозіумах, семінарах, нарадах, з'їздах Всеукраїнського Лікарського Товариства та конґресах Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, форумах українців.

Пан Олег завжди брав активну участь у громадському житті України, зокрема у створенні й діяльності Народного Руху України, Української екологічної асоціації «Зелений світ», Товариства Української Мови «Просвіта» ім. Тараса Шевченка, Товариства «Меморіал» ім. Василя Стуса, був членом Національної ради Конґресу української інтеліґенції і головою його районної орґанізації, членом Проводу Орґанізації Українських Націоналістів (ОУНд), членом районних і міських проводів інших національно-демократичних орґанізацій.

Доктор Олег Ціборовський, як активний член Всеукраїнського Лікарського Товариства і Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, постійно обирався до складу Правління обох цих орґанізацій (останні роки – Почесним членом) і, зазвичай, очолював редакційні колеґії з підготовки резолюцій, рішень та інших офіційних документів ВУЛТ і СФУЛТ. Був членом редакційних колеґій журналів «Сімейна медицина», «Українські медичні вісті», «Україна. Здоров'я нації», «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України».

Вагомим є внесок О.М. Ціборовського в медичну науку. Він автор понад 370 наукових і публіцистичних праць, серед яких 38 моноґрафій і посібників, близько 20 науково-методичних і науково-інформаційних брошур, 14 статей для «Енциклопедії сучасної України».

Протягом життя за свою роботу він багато разів відзначався преміями і почесними ґрамотами, нагороджений двома державними медалями, медаллю ВУЛТ «За працю і звитягу в медицині», почесним знаком «Відмінник охорони здоров'я» та іншими відзнаками.

Поважним є вклад О.М. Ціборовського в дослідження з історії української медицини. Велику увагу він приділяв вивченню матеріалів і публікаціям про життя і діяльність наших

вітчизняних корифеїв-медиків. Його останній доробок в цій сфері став основою для проведення ювілейного пленарного засідання XVII З'їзду ВУЛТ «Українські лікарі доби УНР».

26 серпня 2018 р. перестало битися серце Олега Михайловича Ціборовського. – надзвичайно світлої, доброї людини, справжнього патріота України, відомого фахівця в галузі соціальної медицини та історії медицини, громадського діяча, лікаря-педіатра, кандидата медичних наук, одного з орґанізаторів відродження Всеукраїнського Лікарського Товариства, Почесного члена Правління ВУЛТ.

Нині, з нагоди 90 років від дня народження Доктора Ціборовського, ми ще раз згадуємо «незлим тихим словом» цю світлу, розумну, активну, привітну, чуйну, добру людину. Память про нього назавжди залишиться в серцях усіх, хто його знав.

У ВІНОК НА МОГИЛУ ЛЮБОМИРА ПИРОГА

Закінчилося довге, непросте, високорезультативне життя Великої Людини – лікаря, науковця, політика, організатора, щирого патріота України Любомира Антоновича Пирога.

Народився він у першій половині минулого століття у Рогатині на Станиславівщині (тепер Івано-Франківщина) в умовах польської окупації Галичини, пережив «золотий вересень» 1939 року, рясно скроплений кров'ю, ІІ Світову війну з усіма її жахами і протиріччями (німецька і повторна радянська окупація, спроба Я. Стецька відродити Українську державу, відчайдушна боротьба Української Повстанчої Армії), післявоєнну складну історію України у складі СРСР, боротьбу українців за збереження своєї мови, культури, ідентичності. На межі ХХ і ХХІ століть дочекався здійснення мрій багатьох поколінь українців – здобуття нашої Незалежності – самостійної і соборної. Це – історичний фон життя покоління, до якого належав Любомир Пиріг. На цьому тлі проходило його дитинство у Рогатині, юність у Львівському медичному інституті, складне і одночасно прекрасне життя у Києві.

Я познайомився з Любомиром Пирогом у Києві у 1957 році, коли ми проходили навчання з різних спеціальностей у Київському інституті вдосконалення лікарів. Там склався гурт молодих україномовних курсантів, в основному із Західної України, яких об'єднувало бажання відшукати у столиці УРСР цей «золотоверхий Київ», про який ми ще з дитинства начулися від своїх батьків. Ми спільно відвідували театри, музеї (в т. ч. музей етнографії Івана Гончара, який притягував нас своєю україноцентричністю), книгарні, зустрічі з київськими письменниками та письменниками у клубі Творчої молоді, який збирався у Жовтневому палаці. Незабутнє враження залишив вечір пам'яті Василя Симоненка, що відбувся у приміщенні медичної бібліотеки (тепер Національний музей медицини України) у першу річницю смерті поета в грудні 1964 року.

Особливо поєднала нас з Любомиром історія написання російською мовою наших прізвищ у публікаціях у російськомовній періодиці (журнал «Врачебное дело»). Любомир писав своє прізвище ПЫРИГ, а я своє БИЛЫНСКИЙ. В україномовних це «Ы» викликало явну негативну реакцію, а для нас воно стало «маркером» нашої національної свідомості, що дозволило швидко зрозуміти «хто є хто» і перейнятися взаємною довірою. Ми часто зустрічалися на ниві наукового і громадського життя.

Любомир – людина надзвичайно принципова. У 50–80-ті роки у Києві бути україномовним інтелігентом межувало з героїзмом. У Львові це було простіше. Любомир ніколи не переходив на російську мову, чим давав позитивний приклад оточенню. Я не торкаюся лікарської і наукової діяльності Любомира Антоновича, бо у цьому аспекті ми діяли у різних сферах. Я завжди подивляв його організаторські таланти при відродженні Українського Лікарського Товариства в Україні, при успішному проведенні конгресів СФУЛТ і ВУЛТ, при вдалих контактах і перемовинах з діаспорою.

Діяльність Любомира Пирога в критичний період між крахом СРСР і утвердженням незалежної України заслуговує високої оцінки і вдячності потомків. Знаменитий факт: гімн «Ще не вмерла Україна» відкрито прозвучав у Київській опері під час першого в Україні конгресу СФУЛТу у 1990 році при ще існуючій совєтській адміністрації. Серед організаторів конгресу був і Любомир Антонович. Будучи довголітнім очільником УЛТ і депутатом Верховної Ради України, він закладав фундамент модерної медицини у новій Україні.

Все своє життя Любомир Пиріг органічно поєднував благородну працю лікаря з активною суспільно-політичною позицією. Це дозволяє нам на вічної пам'яті накреслити слова:

ВЕЛИКОМУ ГРОМАДЯНИНОВІ, ЛІКАРЕВІ І ПАТРІОТУ УКРАЇНИ –
ЛЮБОМИРОВІ ПИРОГУ вічна слава і пам'ять поколінь.

Борис Білинський
Заслужений професор ЛНМУ ім. Данила Галицького
Дійсний член НТШ

Хто роботу зробив,
Хто відбув свою путь,
Хто свій вік пережив,
Хай чимскорше йде туг.
Тихо тихо кругом
На скалі смерті храм
Не доходять сюди
Ні любов ані гнів
Одинокий пором
Доїзджає до брам

Богдан Лепкий

Епітафія Любомирові Пирогові

Легко і просто говорити про діяльність професора Любомира Пирога, важко і не кожному по справді вдається висловити біль втрати – відходу в інший світ автора неповторних, автобіографічних на фоні соціальних і національних війн і змін, книг-спогадів «Було колись…» (в Рогатині 2013 р.) і «День за днем… Рік за роком…» (2015 р.).

Любомир Пиріг – член клубу творчої молоді, засновник товариства Української мови, член народного руху України, перший довголітній президент ВУЛТ (1990-2007), президент СФУЛТ.

В жодній офіційній публікації не згадано про його здібності згуртовувати і об’єднувати членів лікарського товариства з усіх регіонів України.

Кожна зустріч на конференціях – це планування роботи. Були суперечки і гарячі виступи, але завжди доходили до спільного знаменника.

Для Львівського відділення кожна зустріч з Любомиром Пирогом була святом, незабутнім святом, до якого заздалегідь підготовлялися. Славної пам’яті Любов Гоцко-Ней (відійшла у вічність 2021 р.) дбала, щоб наша делегація була підготовлена до розгляду всіх проблем, які вирішувалися за застіллям після офіційних доповідей. Незабутні зустрічі визначали напрямки роботи.

Любомир Пиріг не цурався музики і танців, за які діставав призові місця. З нього брали приклад. Поважали і любили.

Через багаторічні зустрічі членів ЛТ пропагувало любов і згоду між українцями різних регіонів нашим гаслом, було: «рідна матір і рідна мова – єдині». Їх не можна зрадити.

Сумуємо, жаль втрати в наших серцях.

Зиновія Служинська
Член українського лікарського товариства
Дійсний член НТШ

АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК

A

Andriiets V. V., 100
Antonenko A. M., 135
Antoniuk-Kysil V. M., 33

B

Bardov V. G., 135
Borji R., 91
Borysenko A. A., 135
Buchkovska A., 118
Bulavenko O. V., 42

C

Choucair F., 69
Сіткар А. Д., 76

D

Deneha I., 118
Detsyk O. Z, 19
Dzubanovskyi I. Ya., 33

G

Glavatskyi O. Ya., 112
Grynchuk A., 101
Grynchuk F. Jr., 101

H

Hrynovets V., 118

K

Karpova I. S., 112
Kornelyuk O. I., 112
Korpan N. N., 111
Kovalenko O. M., 157

L

Lichner S. I., 33
Lylo V. V., 112
Lypnyi V. M., 33

M

Melnyk I., 106
Moroz P. V., 77
Moskalyk O., 91
Mykhailyk-Pishak L. V., 50

O

Omelchuk S. T., 135
Ostapiuk L. R., 42, 157

P

Pidlisnyi R., 117
Pishak V. D., 50
Polyansky I., 106
Polyanskyi I. Y., 100
Proshchenko O., 51

R

Ripetska O., 118
Rud V. O., 42

S

Semenyuk O., 91
Shuba I. M., 112

T

Tkachenko I. V., 135
Tymoshchuk Zh. M., 33

V

Ventskivska I., 51
Vitovsky Y., 51

Y

Yenikeieva V. M., 33

А

Абашина Н. М., 124
Александрук О. Д., 96
Антонюк-Кисіль В. М., 32

Б

Базилевич А. Я., 4, 7, 26
Бардах І. Б., 110
Бардов В. Г., 134
Бардов Г. П., 130
Барілка В. А., 110
Батюх О. В., 145, 146
Бєлінський М. В., 56, 60
Білоус О. С., 130
Біляєва О. О., 102
Білянський О. Ю., 128
Блага І. О., 96
Блага О. С., 84
Блецкан М. М., 73
Бобинець М. С., 4
Боженко І. М., 79
Боженко М. І., 79
Боженко Н. Л., 79
Божук Б. С., 9, 127
Бойко В. І., 93
Бойчак М. П., 4
Бончужна М. В., 94
Боржієвський А. Ц., 111
Боровець В., 99
Брезицька Д. М., 93

В

Вавріневич О. П., 130, 134
Вакалюк І. П., 59, 61

Варес Я. Е., 114, 119
Варес Я. Я., 114, 119
Варунків О. В., 67
Варунків О. І., 68
Василишин-Бєлінська А. Я., 56
Венгрин Н. О., 146
Венцківська І. Б., 51
Вербовська О. С., 61
Вергун А. Р., 9, 46, 124
Вергун О. М., 9, 46, 124
Верещака В. В., 136
Вівсяник О. М., 17, 18
Вітовський Я. М., 51
Власик Л. Й., 145
Вовк В. Ю., 113
Вовк Ю. В., 113
Войтила А., 26
Волосовець О. П., 155
Волошина О. Є., 28
Вольницька Х. І., 94
Воробець В. В., 72
Воронюк К. О., 144

Г

Галишич Н. М., 44
Галькевич М. П., 63
Ганич О. Т., 73
Гарапко Т. В., 72
Гвоздецька Г. С., 45
Гдиря О., 31
Геник Н. І., 45
Гирявець М. В., 84
Главацький О. Я., 79
Глухоцька М., 31
Годлевський Л. С., 87, 136, 138
Голуб Г. Р., 145, 146
Горбач О. І., 79
Горбей А., 72
Гордієнко О. В., 12, 21
Горзов Л. Ф., 113
Горошко Є. Л., 146, 154
Гребнєва О. П., 80
Гресько А. М., 105
Гресько М. М., 105
Гречко С. І., 59
Гриновець В. В., 115
Гриновець В. С., 114
Гринчук Ф. В., 100
Грицевич Н. Р., 136
Гриценко Л. О., 150
Гришина О. С., 17
Гряділь Т. І., 63, 88
Гудзан Я. С., 114
Гук А. П., 80, 81, 82
Гуль І. Р., 97
Гущук І. В., 18
Гущук Р. І., 19

Д

Давиденко Б. О., 81, 82
Данко Е. М., 113
Дащук А. М., 180
Демчина Г. Р., 114
Дербак М. А., 72, 73, 76
Дерейко Л. В., 117
Децик О. Б., 58
Дзісь Є. І., 131, 154
Дзісь І. Є., 131
Дзюбановський І. Я., 32
Динник О. Б., 73, 149
Дмитроца О. Р., 134
Довганик В. В., 115
Доценко Н. О., 46
Дубецька Г. С., 56
Дубецька-Грабоус І. С., 56
Дужий Д. І., 26
Дутка Р. Я., 159
Дутка Я. Р., 101
Дяків Г. Л., 102
Дякунчак Я. Е., 147

Є

Євстахевич І. Й., 102, 110
Євстахевич Ю. Л., 102, 110
Єгоренко О. С., 136
Єнікеєва В. М., 32

Ж

Жайворонок М. М., 73
Жарінов О. Й., 58
Жукуляк О. М., 45
Журавльов О. А., 134
Жураєв Р. К., 124

З

Зайцев В. І., 14
Заремба О. О., 46
Зарічна О. З., 87
Земскова О. В., 79
Зубань А. Б., 66, 68
Зюзь Н. Ю., 77

І

Ібрагімова І. В., 134
Іванків Т. М., 101
Іванців Р. П., 123
Іванців-Гріга І. С., 123
Іванчишин В. В., 115
Іванчук П. Р., 62
Ільченко Д. О., 122
Інденко Ф. П., 102, 110

К

Карашівська О. С., 148
Кароль І. В., 102
Кателян О. В., 107
Качмарська М., 99
Кирик О., 31
Кисіль О. Ю., 143
Кіт З. М., 9
Кітик В. В., 46
Кіцера Ол. Ол., 90
Книш О. В., 102, 110
Кобиляк Н. М., 73
Коваленко І., 140
Коваленко Ю. М., 148, 149
Коваль В. Ю., 75
Ковешніков О. В., 74, 94

Козловський М. М., 93
Конечний Ю. Т., 78
Корж Г. З., 67, 68
Коржик О. В., 134
Кориляк Н. І., 151
Корнійчук О. П., 78
Корсак В. В., 46
Костик О. П., 67
Кравченко А. В., 180
Кравченко В. Г., 180
Красний М. Р., 124
Краснова А. А., 73
Красюк С. П., 77
Кривонос М. І., 107
Кривопустов С. П., 155
Кривопустова М. В., 155
Криворук І. М., 55
Криса Б. В., 103
Криса В. М., 103
Крук М. М., 90
Кузик А. С., 104
Кузьменко А. Я., 155
Кузьмінов Б. П., 87
Кулаєць В. М., 57
Кулаєць Н. М., 57
Кулинич-Міських М. О., 67, 68
Кулінченко Н. Т., 120
Кулінченко Р. В., 120
Кульбаба Н. В., 57
Кушнір С. В., 14

Л

Лабінська О. Є., 143
Лагушняк О. Р., 94
Леськів І. М., 148
Лехан В. М., 150
Лешневський О. Б., 104
Липний В. М., 32
Литвинчук М. М., 46
Лиховид П. Б., 124
Лізанець Н. В., 73
Літвак А. І., 179
Лічнер С. І., 32
Лось Д. В., 106
Лукавецький І. В., 104
Лукаш Ю. М., 17
Луцишин Т. В., 67
Любінець Л., 99
Любінець О., 151
Ляшенко А. В., 138

М

Мажак К. Д., 87, 94
Мазур Л., 165
Мазур Л. П., 150
Мазур П., 165
Мазур П. Є., 145, 146, 154
Макагонов І. О., 46
Макар О. Р., 128
Макойда І. Я., 66
Маліневська-Білійчук О. В., 62
Мандрига О. Я., 94
Марко О. Г., 46
Маслій Б. Я., 156
Масний З., 163
Матешук-Вацеба Л. Р., 139
Матлан В. Л., 110
Мацюра Р. Я., 78
Машура Г. Ю., 73
Медзин В. І., 106
Мельник І. В., 104
Мельник О., 137
Мельник Р. І., 104
Мельник-Шеремета О. П., 66
Мельничук Ю. М., 88
Мергель Т. В., 57
Михайлик-Пішак Л. В., 49
Мицик Ю. О., 111
Мілашовська В., 151
Міських В. А., 67
Міцода К.-М., 49
Міцода Р., 49
Міщук Т., 31
Могиляк О. І., 104
Могитич Д. М., 116
Могитич М. М., 116
Мойсеєнко В. О., 77, 127, 167
Молодовець О. Б., 66
Моргун Д. Г., 122
Мотика О. І., 94
Мощинська О. М., 46

Н

Надейко А. М., 19
Наконечний Й. А., 111
Невзгода А. А., 68
Невзгода О. А., 68
Нестеренко М. Л., 113
Нестеровська Р. А., 62
Нетлюх А. М., 82
Нечаїв С., 162, 184
Нечай С., 177, 178
Нікітіна І. М., 55
Новак В. Л., 110
Носач О. В., 74

О

Овсяннікова Л. М., 74
Овчаренко М. О., 74, 83, 94
Огоновський Р. З., 88
Одемчук О. Л., 128
Оконський Д. І., 81, 82
Олексюк Н. Є., 19
Омельчук С. А., 130
Омельчук С. Т., 134
Островський М. М., 66, 67, 68, 97
Оштук Я. М., 64

П

Павелко М. М., 64
Павлик Н. С., 58
Павлій Р. Б., 138
Павлій С. Й., 138
Павляк У., 137
Паламар О. І., 81, 82
Паращук Б. М., 124
Пацкань І. І., 46
Первак М. П., 136, 138
Петричко О. І., 75
Петришин О. А., 114, 117
Петрух А. В., 131

Пилипенко М. М., 82
Підвальна У. Є., 139
Пінський Л. Л., 74, 83, 94, 122
Піняжко О. Р., 87
Піскур З. І., 67
Пішак В. Д., 49
Полянська О. С., 59, 62
Полянський І. Ю., 105
Поспішіль Ю. О., 142
Пошивак О. Б., 87
Превар А. П., 107
Преутесей В. В., 100
Прийма С. О., 66
Приймак О. О., 50
Примак С. В., 110
Притула В. П., 104
Прокопенко Н. А., 82
Прохоренко Г. А., 106
Прохорова М. П., 55
Прощенко О. М., 51
Пулик О. Р., 84
Пурська М. Б., 67
Пясецький П. О., 128

Р

Радченко Т. М., 74, 83, 94
Рак Л. М., 94
Рауцкіс В. П., 107
Рачкевич С. Л., 151
Редзель Г. П., 19
Римар М. М., 110
Романишин Б. С., 104
Рудницька Н. Д., 94
Руминська Т., 140
Рябуха О. І., 139

С

Сабовчик К. В., 75
Савеліхіна І. О., 66, 67, 68
Савка Я., 16
Салманов А. Г., 180
Сало В. М., 82
Саркісова Е. О., 74
Сахелашвілі М. І., 67
Сахелашвілі-Біль О. І., 67
Світлик Г. В., 159
Седляр Н. В., 19
Секунда М. О., 78
Сельменський А. І., 106
Семерак І. Я., 102
Семерак М. М., 102, 110
Середюк В. Н., 59
Середюк М. В., 60
Середюк Н. М., 56, 59, 60, 61
Синиця В. В., 115
Синкіна А. А., 55
Синюта А. В., 104
Сірчак Є. С., 75
Скакун О. З., 61
Скляров Є. Я., 72
Слесарчук О. М., 94
Слободян Р. В., 88
Служала Н. І., 46
Смандич В. С., 14
Смірнов С. М., 17
Совтус В. І., 61
Сороківський М. С., 58
Стадник У. О., 115
Старічек Г. В., 67
Стечак Г. М., 9
Стрижак В. В., 75
Сулим Ю. В., 117
Сулима В. С., 109
Сус М., 140
Суханов А. А., 82

Т

Тарченко І. П., 167
Тарченко Н. В., 127, 167
Тащук В. К., 59, 62
Тесленко Д. С., 81, 82
Тимощук Ж. М., 32
Ткач О. А., 87
Томашевська О. Я., 131, 154
Топорович О. І., 94
Тороус І. М., 96
Трутяк І. Р., 106

У

Угрин М. М., 118, 152
Унятицька О. Ю., 46
Усатов О. С., 81, 82

Ф

Фаліон Р. І., 142
Федин Ю. І., 119
Федоров С. В., 61
Філяк Ю. О., 109
Фітькало О. С., 85
Фостяк А. Є., 124
Фуніков А. В., 107
Фурдичко А., 115

Х

Хайтович М. В., 122
Халак С. М., 104
Хіміч С. Д., 107
Хмельницький Г. В., 79
Хоружа Н. М., 32
Храновська Н. М., 79

Ц

Царук О. Я., 60
Цибуля А. Л., 4
Цицик Г. Я., 82

Ч

Черняга-Ройко У. П., 58
Чмир Н. В., 159
Чопей І. В., 63, 88
Чубірко К. І., 63, 88
Чубучна І. І., 24
Чужак А. В., 109
Чуловська У. Б., 67
Чуловський Б. Я., 124
Чуловський Я. Б., 124
Чумак А. А., 74
Чурпій І. К., 104

Ш

Шалай О. О., 110
Шармазанова О. П., 149
Швець К. В., 67, 68
Шевчук М. М., 142
Шикула Р., 137
Шило М. М., 120
Шостка І. П., 127
Штибель В. Г., 120
Штибель Д. В., 120
Штибель Н. В., 114, 119
Шуба І. М., 79
Шурма А. І., 108

Щ

Щурко Г. В., 87

Ю

Юзич І. А., 63
Юсипчук У. В., 57

Я

Ягело С. П., 9
Ягенський А. В., 64
Янків В. А., 93
Януш В. Я., 120
Ярема Н. З., 64