НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПРОБЛЕМ РЕЄСТРАЦІЇ ІНФОРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ імені В. І. ВЕРНАДСЬКОГО

Джерело
DJERELO

УКРАЇНСЬКИЙ РЕФЕРАТИВНИЙ ЖУРНАЛ

UKRAINIAN JOURNAL OF ABSTRACTS

Журнал засновано 1995 року
Виходить 6 разів на рік

FOUNDED IN 1995
PUBLISHED 6 TIMES PER YEAR

3/4 • 2022

травень – серпень

СЕРІЯ 4 Медицина

Медицина

Медичні науки

Зміст

Методика та техніка науково-дослідної роботи з медицини . . . 3

Організація охорони здоров'я . . . 5

Медична освіта . . . 5

Здоров'я населення та методи його вивчення . . . 6

Санітарна статистика. Статистика охорони здоров'я . . . 6

Лікувально-профілактична допомога . . . 6

Лікарська допомога . . . 7

Гігієна . . . 8

Епідеміологія . . . 10

Загальна патологія . . . 12

Патологічна анатомія . . . 12

Патологічна фізіологія . . . 13

Медична мікробіологія та паразитологія . . . 14

Фармакологія. Фармація. Токсикологія . . . 15

Фармакологія . . . 15

Окремі групи лікарських речовин, засобів і препаратів . . . 15

Лікарські засоби, які діють переважно на центральну нервову систему . . . 17

Протимікробні та протипаразитарні засоби . . . 20

Засоби, які застосовуються для лікування новоутворень . . . 20

Фармація . . . 21

Фармакогнозія . . . 22

Лікарська сировина рослинного походження . . . 22

Окремі лікарські рослини . . . 23

Загальна діагностика . . . 24

Загальна терапія . . . 24

Фізіотерапія та курортологія . . . 25

Медична радіологія та рентгенологія . . . 25

Внутрішні хвороби . . . 26

Хвороби систем кровообігу та лімфообігу . . . 26

Гіпертонічна хвороба . . . 27

Серцево-судинна недостатність . . . 30

Хвороби серця . . . 31

Порушення ритму (аритмія) . . . 32

Ішемічна хвороба серця . . . 32

Хвороби вінцевих судин . . . 34

Хвороби кровоносних судин . . . 35

Хвороби бронхів . . . 36

Хвороби легень . . . 36

Хвороби системи травлення, печінки . . . 37

Хвороби печінки, жовчного міхура та жовчних шляхів . . . 38

Хвороби нирок . . . 38

Хвороби ендокринної системи . . . 39

Хвороби, пов'язані з порушенням ендокринної функції підшлункової залози . . . 40

Цукровий діабет . . . 41

Хвороби обміну речовин . . . 42

Хвороби опорно-рухової системи . . . 43

Інші внутрішні хвороби . . . 44

Хірургія . . . 45

Оперативна хірургія. Топографічна анатомія . . . 46

Хірургія окремих ділянок, систем і органів . . . 46

Хірургія ділянки грудей . . . 46

Хірургічна патологія органів грудної порожнини . . . 48

Хірургічна патологія серцево-судинної системи . . . 48

Хірургія ділянки живота . . . 50

Хірургічна патологія ділянки живота . . . 51

Хірургічна патологія черевної стінки . . . 51

Хірургічна патологія органів черевної порожнини . . . 51

Хірургія кінцівок . . . 53

Травматологія та ортопедія . . . 54

Пошкодження окремих ділянок тіла . . . 55

Пошкодження кінцівок . . . 56

Ортопедія та протезування . . . 57

Інфекційні та паразитарні хвороби . . . 61

Фтизіологія . . . 64

Туберкульоз легень . . . 64

Онкологія . . . 65

Пухлини окремих ділянок, систем і органів . . . 66

Пухлини системи травлення та печінки . . . 66

Пухлини опорно-рухової системи . . . 67

Пухлини нервової системи . . . 68

Пухлини жіночої статевої системи . . . 69

Венерологія. Дерматологія . . . 70

Хвороби придатків шкіри . . . 71

Невропатологія . . . 71

Хронічно-прогресуючі захворювання та дисплазії нервово-м'язового апарату і нервової системи . . . 72

Хвороби центральної нервової системи . . . 73

Хвороби головного мозку та його оболонок . . . 73

Порушення мозкового кровообігу . . . 74

Інсульт . . . 76

Хвороби вегетативної нервової системи . . . 78

Нейрохірургія . . . 78

Пошкодження нервової системи . . . 78

Психіатрія . . . 80

Стоматологія . . . 81

Офтальмологія . . . 82

Офтальмохірургія . . . 83

Урологія . . . 85

Гінекологія . . . 86

Фізіологічні та патофізіологічні особливості жіночого організму . . . 86

Жіночі хвороби . . . 87

Акушерство . . . 88

Педіатрія . . . 90

Хвороби дітей . . . 90

Внутрішні хвороби . . . 91

Хірургія дитячого віку . . . 93

Хірургічна патологія окремих ділянок, систем і органів . . . 93

Хірургічна патологія ділянки живота . . . 94

Травматологія та ортопедія дитячого віку . . . 96

Інфекційні та паразитарні хвороби . . . 96

Пухлини у дітей . . . 97

Хвороби шкіри у дітей . . . 98

Психічні хвороби . . . 98

Хвороби очей . . . 99

Хвороби сечостатевої системи . . . 100

Судова медицина . . . 100

Судово-медичне дослідження (експертиза) . . . 100

Воєнна медицина . . . 101

Авторський покажчик . . . 102

Покажчик періодичних та продовжуваних видань . . . 105

Медицина. Медичні науки

(реферати 4Р.1—4.Р.502)

4.Р.1. Англійські клінічні терміни-епоніми: лексикографічний і структурно-семантичний аспекти: автореф. дис.… канд. філол. наук: 10.02.04 / Л. В. Стегніцька; Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. ---- Чернівці, 2020. ---- 20 с.: табл. ---- укр.

Вивчено терміни-епоніми сучасної англійської фахової мови клінічної медицини в річищі структурно-семантичної наукової парадигми. Виокремлено та проаналізовано структурні типи термінів, виявлено їх модифікації і продуктивність. Описано парадигматичні відношення в корпусі термінів та охарактеризовано джерела пропріативних компонентів у складі клінічних термінів. Запропоновано власну семантичну класифікацію пропріативів та апелятивів у складі термінів-епонімів, установлено кількісні характеристики кожної тематичної групи, виокремлено найпродуктивніші стрижневі компоненти термінів-епонімів. Розглянуто вияви вторинної номінації у процесі утворення термінів-епонімів, яка знайшла своє відображення в таких стилістичних засобах, як метафора, метонімія, порівняння, алюзія, каламбур, плеоназм, евфемізм, парадокс, еліптичні конструкції та повтори. Увагу приділено стандартизації й уніфікації пропріативного компонента епоніма. Запропоновано методику укладання словника-довідника епонімічних термінів. Розроблено макро- та мікроструктуру словника. Запропоновано принципи транскодування та трансформації власних назв.

Шифр НБУВ: РА446096

4.Р.2. Магнітоелектрохімічна теорія обміну речовин: монографія: у 2 т.. **Т. 1. Концептуалізація** / О. П. Мінцер, М. М. Потяженко, Г. В. Невойт; ред.: О. П. Мінцер, М. М. Потяженко. ---- Б. м., 2021. ---- 351 с.: рис. ---- укр.

Наведено міждисциплінарні узагальнення сучасних напрацювань світової науки з фундаментальних питань обміну енергії в живих біологічних системах, включаючи організм людини, з позицій системної медицини та системної біології. Увагу приділено гносеології, методології теоретичних і практичних досліджень електромагнітних феноменів у біоенергетиці живих систем і людини. Систематизовано опис електромагнітної компоненти феноменів життя, здоров'я та хвороби. Висвітлено фундаментальні питання організації біоенергетики на атомарному та молекулярному рівнях.

Шифр НБУВ: В358698/1

4.Р.3. Розчаклування недуги. Локальна традиція, «старі» хвороби та «нова» медицина в Україні XVIII — XIX ст.: колект. монографія / О. Карліна, Г. Клименко, В. Маслійчук, А. Подгорна, І. Сердюк, О. Сокирко, С. Чирук, В. Шандра; ред.: В. Маслійчук, І. Сердюк; Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка. ---- Харків: Олександр Савчук, 2021. ---- 351 с.: іл., табл. ---- укр.

Висвітлено початки формування нових медичних уявлень та державної системи медицини в Україні XVIII ---- XIX ст. Звернено увагу на те, як імперські ініціативи були реалізовані на локальному рівні та накладалися на місцевий контекст, а унауковлені знання поєднувалися з традиційними практиками зцілення. Зазначено, що тематика розділів охоплює різні проблеми: бачення «інакшої» тілесності та використання «монструозного» як ресурсу; побутування епідемій в локальних спільнотах; перші спроби вакцинації та боротьбу з віспою; ствердження домінування чоловіка у медицині та залученість жінки до професійної родопомочі; витіснення цехових лікарських практик.

Шифр НБУВ: ВА852917

4.Р.4. Peculiarities of blockchain technology introduction in the field of healthcare: current situation and prospects / Ya. Kliuchka, O. Shmatko, S. Yevseiev, S. Milevskyi // Системи оброб. інформації. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 33-44. ---- Бібліогр.: 39 назв. ---- англ.

Розглянуто поточну ситуацію у сфері охорони здоров'я і описано ключові проблеми, з якими стикається дана галузь. Сьогодні у сфері охорони здоров'я потрібно вирішити дві основні проблеми: володіння даними і безпека даних. Медичні дані пацієнта переважно зберігаються в централізованих, ізольованих системах, які несумісні між собою. Така ситуація створює труднощі в плані своєчасного обміну медичними даними та доступу до них. Відсутність даних ускладнює подальшу діагностику та лікування пацієнта. Системи, в яких зберігаються медичні дані, не є повністю надійними. Треті особи можуть легко отримати доступ до медичних даних і змінити їх. Очікується, що технологія блокчейн може вирішити проблеми, які зараз існують у сфері охорони здоров'я. Технологія блокчейн надасть змогу створити розподілені, децентралізовані системи, які значно покращать якість наданої допомоги. Розглянуто напрямки у сфері охорони здоров'я, в яких починає розвиватися технологія блокчейн, а також пов'язані з ними проєкти. Всі розглянуті проєкти можна розподілити на чотири напрямки: спостереження за ланцюгом поставок і боротьба з фальсифікованою продукцією, телемедицина, діагностика, зберігання та управління медичними даними. Сфера охорони здоров'я швидко розвивається і очікується поява нових напрямків, в яких буде використовуватися блокчейн. Хоча все ще існують деякі проблеми, які необхідно подолати, щоб блокчейн використовувався повною мірою.

Шифр НБУВ: Ж70474

4.Р.5. The organization of first aid in disasters: the world experience / S. A. Lyashenko, A. M. Fesenko, V. N. Kis, V. V. Yurchenko // Інженерія природокористування. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 100-105. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- англ.

Розглянуто світовий досвід при організації надання першої допомоги в умовах надзвичайної ситуації. Науково-технічний прогрес не лише не зменшив імовірність виникнення надзвичайних ситуацій, а й лише збільшив їх кількість через виникнення техногенних катастроф, небезпеку тероризму, зміни клімату, що додаються до природних небезпек та пандемій. Допомогти людям врятуватися і вижити в таких ситуаціях ---- складна задача, що стоїть перед владою та рятувальними службами. Аналіз показує, що в різних країнах використовується різні підходи до надання першої допомоги, до розподілу обов'язків та системи взаємодії різних служб в умовах надзвичайних ситуацій. Знання цих особливостей здатне вдосконалити і систему надання першої допомоги в Україні. Важливим результатом проведеного аналізу є усвідомлення ключової ролі встановлення взаємодії різних гілок влади з швидким зворотним зв'язком. Досвід ліквідації катастроф у США та Японії, зокрема, передбачає формування невеликих команд (не більше 5---7 осіб) для вирішення якоїсь однієї певної задачі. Керівництво системою надання першої допомоги має складатися з керівника, його замісника (для можливості відпочинку при цілодобовому проведенні робіт), спеціалістів у галузі зв'язків з медіа, безпеки, служби логістики та фінансів. Трьома основними задачами надання першої медичної допомоги є сортування, стабілізація та транспортування постраждалих до найближчих обладнаних лікарень. У країнах з високою небезпекою природних катастроф важливими є профілактичні заходи в будівельній галузі, що допоможе запобігти великим руйнуванням і спростити процедуру розчищення завалів. Куба, один з світових лідерів у галузі протидії природним катастрофам, основну увагу спрямовує на швидкодіючу систему евакуації населення, оповіщення та щорічні дводенні тренінги поведінки населення у надзвичайних ситуаціях. Цей досвід має бути врахований при розробці конкретних протоколів надання першої допомоги в Україні. Відсутність розробленого чіткого порядку дій та чіткого розподілу обов'язків відповідно до потреб надзвичайних ситуацій ---- основні фактори, що зменшують ефективність системи надання першої допомоги в Україні.

Шифр НБУВ: Ж101173

4.Р.6. XVIII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств: матеріали міжнар. наук. конресу, 1 ---- 3 жовт. 2020 р., м. Львів / ред.: А. Я. Базилевич, М. М. Тищук, А. М. Яніна. ---- Львів. ---- Київ. ---- Чікаго: Галицька видавнича спілка, 2020. ---- 218 с.: рис., табл. ---- Бібліогр. в кінці ст. ---- укр.

Висвітлено історію українських лікарських товариств у світі. Досліджено проблеми охорони громадського здоров'я в Україні. Розглянуто актуальні питання хірургії, бойової травми, опіків, терапії, акушерства, гінекології, педіатрії, неврології, інфекційних хвороб, стоматології тощо. Представлено досягнення фундаментальної та експериментальної медицини. Показано роль видатних учених у формуванні українських медичних шкіл. Підкреслено особливості діагностики та лікування COVID-19.

Шифр НБУВ: СО37837

Див. також: 4.Р.70, 4.Р.118, 4.Р.208, 4.Р.216, 4.Р.239, 4.Р.313, 4.Р.451, 4.Р.502

Методика та техніка науково-дослідної роботи з медицини

4.Р.7. Вплив мікрохвильового опромінення на синтез гідроксиапатит/біополімерних нанокомпозитів / М. О. Кумеда,

Л. Ф. Суходуб // Хімія, фізика та технологія поверхні. ---- 2021. ---- **12**, № 3. ---- С. 201-215. ---- Бібліогр.: 38 назв. ---- укр.

Структури на основі кальцій фосфатів (CaP) є одними з найбільш відомих і широко використовуваних синтетичних біоматеріалів в ортопедії та стоматології. Мета огляду ---- використання мікрохвильового опромінення (МХО) при утворенні біоматеріалів на основі кальцій-фосфатних фаз та їх комплексів із біополімерами (хітозаном, альгінатом, шовковим фіброїном). Розглянуто фізичні основи взаємодії МХО з різними матеріалами, включаючи вплив даного опромінення на структуру, фізико-хімічні та механічні властивості біоматеріалів (розмір кристалітів, пористість, міцність, здатність до поглинання та вивільнення лікарських засобів). Описано основні механізми нагрівання при використанні МХО технології, а саме: за диполярних втрат і втрат провідності. Важливі переваги мікрохвильової обробки полягають у зменшенні часу обробки, зменшенні використання електроенергії, зменшенні відходів і покращеній якості синтезованих біоматеріалів. Наведено перелік і порівняння статей, що описують одержання кристалів гідроксиапатиту різної морфології (нанонитки, сферичні, голко- та паличкоподібні) з усіма вихідними умовами та їх впливом на синтезований матеріал. Розглянуто останні розробки у галузі біоматеріалознавства, проведені в лабораторії «Біонанокомпозит» Сумського державного університету. Описано оригінальний метод сумісного синтезу CaP-біополімерних матеріалів, а також переваги синтезованих каркасів перед закордонними розробками. Очікується, що цей огляд міждисциплінарної теми сприятиме подальшому вивченню інших нових застосувань мікрохвильових технологій у процесі синтезу новітніх сучасних біоматеріалів, які створюються вченими та біомедичними інженерами в інших лабораторіях та установах України та світу.

Шифр НБУВ: Ж100480

4.Р.8. Деградація та клітинна токсичність нових нановолокнистих матеріалів для тканинної інженерії / А. В. Гапченко // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 19-23. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Біодегрaдуючі матеріали є перспективними з огляду на створення каркасів для тканинної інженерії. При цьому вони повинні мати задовільний профіль втрати маси, відсутність токсичності та здатність підтримувати проліферацію клітин. Полілактиди та їх похідні композити інтенсивно використовують для реконструкції тканин та органів і в системах доставки лікарських препаратів, проте технології виготовлення матеріалів не є стандартизованими. Електропрядіння ---- доступна технологія, за допомогою якої можливо створити нановолокнисті тривимірні конструкції для тканинної інженерії та регенеративної медицини, проте їх використання на сьогодні обмежене через недостатню вивченість. Мета роботи ---- створення тривимірних конструкцій із полімолочної кислоти, дослідження профілю їх біодеградації та клітинної токсичності на моделі дермальних фібробластів. Нановолокнисті мембрани одержано з використаням стандартного методу електропрядіння та за допомогою технології NanoMatrix3D. Дослідження деградації проводилось у розчині SBF у статичному та динамічному режимах із визначенням відсотка втрати маси. Дослідження цитотоксичності проводилось на первинній культурі дермальних фібробластів з оцінкою редукції резазурину та з візуалізацією DAPI. Висновки: використання технології електропрядіння надає змогу створити нановолокнисті мембрани, які здатні до біодеградації і мають задовільний профіль токсичності. Динамічна система деградації призводить до зростання втрати маси мембранами через видалення продуктів деградації. Одержані дані свідчать про можливість використання матеріалів на основі PLA для розробки конструкцій для тканинної інженерії.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.9. Оптико-електронна система моніторингу біомедичних показників / Г. І. Барило, М. С. Івах, З. М. Микитюк, І. П. Кремер // Фізика і хімія твердого тіла. ---- 2020. ---- **21**, № 4. ---- С. 779-784. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Розглянуто питання розроблення медичних систем моніторингу біомедичних показників (БМП). Вирішено задачу розроблення універсальної апаратної програмно керованої системи контролю для діагностики біооб'єктів. Основними вимогами до такої системи є широка функціональність щодо поєднання різних методів вимірювального перетворення та відповідність сучасним тенденціям розвитку мікроелектронної сенсорики. Враховуючи вимоги до сучасної мікросхемотехніки, зокрема до сенсорних пристроїв Інтернету Речей, сигнальний тракт сенсорів реалізовано на основі PSoC сімейства 5LP Family Cypress. Апробацію розробленої системи здійснено в процесі дослідження характеру оптичного випромінювання у процесі вимірювання БМП.

Шифр НБУВ: Ж26618

4.Р.10. Рекомендовані розрахункові норми часу на проведення функціональних досліджень. Рекомендації робочої групи з функціональної діагностики Всеукраїнської асоціації кардіологів України / В. М. Коваленко, О. Й. Жарінов, О. С. Сичов, О. Б. Динник, М. М. Долженко, О. А. Єпанчінцева, Ю. А. Іванів, Т. В. Кондратова, О. О. Крахмалова, Н. Ю. Осовська, Ю. М. Сіренко, В. Й. Целуйко, Л. Л. Чеботарьова // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 41-44. ---- укр.

Проєкт рекомендацій щодо розрахункових норм часу на проведення функціональних досліджень було розроблено робочою групою з підготовки нормативних документів з функціональної діагностики МОЗ України, створеною відповідно до наказу № 146-Адм від 27.06.2013 р. за участю провідних спеціалістів закладів охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, НАМН України, та керівників кафедр системи післядипломного навчання лікарів, де здійснюється викладання функціональної діагностики. Завдання щодо підготовки цього документа було визначено Наказом МОЗ України № 670/65 від 31.07.2013 р. «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.11. Розробка програмного додатку для роботи зі слабоструктурованими даними медичних протоколів / Д. В. Бичко, В. В. Шендрик, Ю. В. Парфененко // Вісн. Приазов. держ. техн. ун-ту. Сер. Техн. науки. ---- 2021. ---- Вип. 42. ---- С. 7-13. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Розглянуто реалізацію пошуку слабоструктурованих даних медичних протоколів з використанням API, якого було створено на базі програмного додатку. Запропоновано процес обробки слабоструктурованого медичного протоколу шляхом формування JSON-файлів, занесення їх до бази даних та представлення на веб-сторінці. Запити користувача оброблюються через розроблений API та відображаються у вигляді результату через створений інтерфейс програмного додатку. Запропоновано структуру зберігання даних медичних протоколів у реляційній базі даних, механізм їх занесення та оновлення бази шляхом виконання автоматизованого скрипту. На прикладі тестових даних представлено градацію параметрів, що одержано шляхом первинної обробки протоколу і чітко характеризують симптоми та надають змогу швидко визначити захворювання. Розроблено програмний інтерфейс, який реалізує автоматичний витяг даних з бази даних, застовуючи PHP, та надає змогу взаємодіяти лікарю з системою шляхом розширення вже існуючої інформаційної системи і довідника медичних протоколів у pdf-форматі, та реалізовано пошук ймовірних хвороб на основі введених лікарем симптомів через API шляхом використання мови програмування PHP. Покроково описано етапи методу обробки вхідних симптомів та представлено у вигляді вихідного запиту з відображенням ілюстрованих прикладів роботи через інструмент тестування та розробки API і Postman. Запити відправляються до бази даних, результат виводиться у форматі JSON. Даний підхід надає змогу динамічно формувати запит та залежно від вхідних параметрів, оброблювати існуючі дані у базі даних. Розроблено програмний додаток, який за введеними симптомами виводить усі можливі хвороби, що мають відповідні симптоми.

Шифр НБУВ: Ж69254:Техн. н.

4.Р.12. Data structure of medical information organization and selecting optimal patient treatment strategies / O. Davydko, L. Levchyk, O. Khlimenkov, O. Averianova // Proc. of the Nat. Aviation Univ. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 24-30. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- розробка системи зберігання клінічної інформації та підтримки прийняття медичних рішень для щоденного використання лікарями під час їх роботи з пацієнтами. Розглянуто підходи для досягнення мети дослідження через створення бекенду на Django Rest Framework, а також застосуванням симплекс-методу для виконання оптимізації лікування. Одержано програмний продукт серверної частини, де реалізовано спеціальну базу даних, яка враховує вимоги до структури даних організації медичної інформації, а також створено модуль вибору оптимальних стратегій лікування пацієнтів. Виконане дослідження надало змогу одержати прототип медичної інформаційної системи, яка стане у нагоді завдяки своїй універсальності щодо структури даних організації медичних даних і використанням методів машинного навчання для оптимізації стратегії лікування.

Шифр НБУВ: Ж70861

4.Р.13. Determination of optical parameters of polymer blend/nanoceramics for electronics applications / Ahmed Hashim, Alaa J. Kadham, Aseel Hadi, Majeed Ali Habeeb // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології: зб. наук. пр. ---- 2021. ---- **19**, вип. 2. ---- С. 327-336. ---- Бібліогр.: 59 назв. ---- англ.

Для застосування в електроніці досліджено препарати оксидних плівок полівініловий спирт/поліетиленгліколь/оксид цирконію для біомедичних вживань як антибактеріяльних. Розглянуто структурні й оптичні характеристики нанокомпозитів ПВС/ПЕГ/ZrO_2. Результати показали, що абсорбція й оптичні параметри полімерної суміші є підвищеними, в той час як коефіцієнт пропускання та ширина забороненої енергетичної зони зменшуються в міру збільшення вмісту ZrO_2. Результати показали, що нанокомпозити ПВС/ПЕГ/ZrO_2 можуть використовуватися для різних галузей електроніки.

Шифр НБУВ: Ж72631

4.Р.14. Fabrication and characterization of novel cement mortar/(PVP — CMC — Y_2O_3) nanocomposites for antifungal and antibacterial agents / Naheda Humood, Ahmed Hashim, Auda J. Braihi, Farhan Lafta Rashid, Mahmmod Shakir Hashim // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології: зб. наук. пр. ---- 2021. ---- **19**, вип. 2. ---- С. 407-412. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- англ.

Досліджено синтез нових цементних розчин/полімер-нанокомпозитів для протигрибкових та антибактерійних застосувань. Суміш розчину полівінілпіролідону (PVP) і карбоксиметилцелюлози (CMC) з різними співвідношеннями наночастинок оксиду ітрію (Y_2O_3) готується з вмістом 1 ваг. % за вагою цементу. Нанокомпозити (PVP ---- CMC ---- Y_2O_3) використовуються з цементом для виготовлення нанокомпозитів розчин/(PVP ---- CMC ---- Y_2O_3) для біомедичних застосувань. Цементний розчин/(PVP ---- CMC ---- Y_2O_3) тестується проти аспергіллуса, лактозних організмів і організмів протея. Результати показують, що зони гальмування збільшуються в міру збільшення співвідношення наночастинок Y_2O_3.

Шифр НБУВ: Ж72631

4.Р.15. Generation of synthetical medical data by MDR-analysis / K. Sazonova, O. Nosovets, V. Babenko, O. Averianova // Proc. of the Nat. Aviation Univ. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 31-36. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- викладення алгоритму генерації синтетичних медичних даних для того, щоб доповнити маленькі вибірки даних. Методи дослідження: кореляційний аналіз (для виявлення значимих змінних та взаємозв'язків між ними), MDR-аналіз (для побудови логічних ланцюгів зв'язку між медичними даними) та регресійний аналіз (для моделювання змінних медичних даних, щоб використати це для генерації синтетичних даних). Використано базу даних пацієнтів з серцевою недостатністю, яка доступна у відкритому доступі, щоб перевірити розроблений алгоритм генерації синтетичних медичних даних у дій; в результаті було знайдено статистичні взаємозв'язки між даними, які використовувались для побудови моделей лінійної регресії. Запропонований алгоритм надає змогу за допомогою декількох простих, але в той час важливих дій виконати генерацію медичних даних, що надає можливість одержати великі масиви даних, які можна використовувати для реалізації методів машинного навчання у будь-яких задачах, пов'язаних з медициною.

Шифр НБУВ: Ж70861

Див. також: 4.Р.4

Організація охорони здоров'я

4.Р.16. Комунікативні навички лікаря: підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. та фахівців практ. медицини / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, І. А. Коваль, Ц. Б. Абдряхімова, А. Е. Асанова, Д. О. Ассонов, В. Г. Безшейко, А. О. Дорохіна, К. І. Клебан, І. Р. Мухаровська, Г. М. Науменко, А. О. Олійник, В. Ю. Омелянович, Д. М. Сапон, Л. В. Сак, Л. Є. Трачук, І. О. Франкова; ред.: О. С. Чабан. ---- 2-ге вид., перероб. і допов. ---- Київ: Заславський О. Ю., 2021. ---- 433 с.: рис., табл. ---- Бібліогр. в кінці розд. ---- укр.

Розглянуто питання професійної комунікації лікаря з пацієнтом, родиною хворого, у медичному середовищі (з колегами); чинники, що впливають на встановлення та підтримання контакту з пацієнтом у процесі лікувально-діагностичної взаємодії, достатнього для досягнення лікувальних цілей. Увагу приділено тактиці та стратегії у типових ситуаціях лікувально-діагностичної взаємодії, у тому числі коли пацієнти мають особистісні особливості, демонструють ознаки психічного стресу, неадаптивну поведінку. Наведено шляхи профілактики та подолання медичних конфліктів; принципи спілкування з родиною хворого. Розглянуто організацію робочого часу лікаря з позицій тайм-менеджменту, значення професійного розвитку та психологічних компетенцій для виконуваної діяльності; шляхи та засоби профілактики професійної дезадаптації та емоційного вигоряння.

Шифр НБУВ: ВА852879

4.Р.17. Науково-практична конференція «Історія, сучасний стан та перспективи розвитку спеціалізованої допомоги дітям області» (17 січня 2020 р., м. Житомир) / О. К. Толстанов, М. П. Суслик, Ю. Д. Довгополий, П. С. Русак // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 100. ---- укр.

17 січня 2020 р. за сприяння Житомирської ОДА, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, УОЗ ОДА на базі КНП «Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня» відбулась науково-практична конференція на тему: «Історія, сучасний стан та перспективи розвитку спеціалізованої допомоги дітям області».

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.18. Необхідність впровадження сертифікації медичних фізиків в Україні / Л. І. Асламова, Є. В. Куліч, Л. В. Шмигluк // Ядер. фізика та енергетика. ---- 2021. ---- **22**, № 2. ---- С. 206-212. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Проаналізовано міжнародні стандарти та запропоновано рекомендації щодо впровадження сертифікації медичних фізиків в Україні, що буде суттєвим чинником, який впливатиме на стан здоров'я нації.

Шифр НБУВ: Ж25640

4.Р.19. Перспективні напрями розвитку державної політики щодо збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я в Україні: (огляд) / Д. В. Шевчук, Т. В. Запорожець, Н. О. Васюк // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 39-46. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Поліпшення доступу до послуг із планування сім'ї та репродуктивного здоров'я у всьому світі може допомогти запобігти материнській смерті та зменшити кількість небажаних вагітностей. Щороку приблизно 295 тис. жінок помирають від ускладнень під час вагітності та пологів. Така ситуація простежується майже в усіх країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Доступ до послуг із планування сім'ї та репродуктивного здоров'я має вирішальне значення для здоров'я жінок і дітей у всьому світі. Близько третини материнських смертей можна було б уникнути щорічно, якби жінки, які не хотіли завагітніти, мали доступ до ефективної контрацепції та використовували її. У всьому світі 218 млн жінок мають незадоволену потребу в сучасній контрацепції. Уряди розвинених країн підтримують глобальні зусилля протягом понад 50 років щодо формування та збереження репродуктивного здоров'я у світі. Дані свідчать, що пандемія COVIDD19 негативно вплинула на доступ до медичних послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я, спричинивши певний збій в основних послугах, і призвела до приблизно 1,4 млн незапланованих вагітностей. Пом'якшення навантаження та забезпечення доступу до основних послуг, які надаються глобальними програмами під час пандемії, що триває, є постійним викликом для світової спільноти. За останнє десятиліття значно поліпшилися якість та обсяг медичних послуг щодо репродуктивного здоров'я. Однак підтримка та розширення заходів, спрямованих на вирішення проблем репродуктивного здоров'я, мають залишатися в пріоритеті державної політики, а проактивна первинна медична допомога має бути центральною ланкою у здійсненні заходів профілактичного характеру, оскільки слабке репродуктивне здоров'я має значний вплив на смертність населення, захворюваність і добробут у цілому, і призводять до значних витрат на охорону здоров'я та бюджети місцевих органів влади. Вищевказане засвідчує, що формування та збереження репродуктивного здоров'я зумовлює необхідність підвищення ефективності надання медичної допомоги, забезпечення відповідного рівня соціального забезпечення, що в результаті забезпечить розвиток української нації та сталий розвиток держави. Мета роботи ---- теоретично обгрунтувати державну політику щодо збереження репродуктивного здоров'я та вироблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення її реалізації. Встановлено, що питання формування усвідомленого батьківства має стати одним із першорядних завдань, які потребують комплексного вирішення та формування виваженої державної політики. Окреслено пріоритетні напрями розвитку державної політики щодо збереження репродуктивного здоров'я в Україні.

Шифр НБУВ: Ж23282

Див. також: 4.Р.32

Медична освіта

4.Р.20. Деякі питання акредитації в рамках безперервного професійного розвитку медичних фахівців в Україні: міжнародний досвід і вимоги / Р. В. Марушко, Д. О. Бахтіярова, С. Р. Клай, Д. М. Загороднюк // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 4-11. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Безперервна медична освіта (БМО), або безперервний професійний розвиток (БПР), що наразі впроваджується в Україні, є навчанням упродовж усієї професійної кар'єри, яке надає змогу медичним працівникам ефективно виконувати професійні обов'язки з найкращими результатами. Це досягається завдяки злагодженій співпраці акредитаційних органів, провайдерів або організаторів БПР і медичних фахівців, а також шляхом упровадження ефективної моделі акредитації, яка буде забезпечувати надання провайдерами належної освіти медичним працівникам. Мета роботи ---- описати основні принципи освітньої діяльності в межах БПР, що базується на моделі акредитації провайдерів БПР, яка наразі є загальновизнаною та найефективнішою у світі. Рекомендації можуть бути використані учасниками БМО/БПР або зацікавленими сторонами, які націлені на активну участь у впровадженні нової системи акредитації.

Шифр НБУВ: Ж23282

4.Р.21. Дистанційне навчання у професійній підготовці майбутніх лікарів: pro et contra / О. І. Герасименко, Т. Р. Полесова, В. В. Герасименко, Н. С. Кухарева // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 38-40. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Висвітлено проблеми дистанційного навчання у медичному університеті. Доведено, що, незважаючи на специфіку підготовки

фахівців медичного профілю, дистанційне навчання, хоча й обмежено, але має бути. Виділено та проаналізовано за та проти дистанційного навчання в медичному університеті. Увагу приділено проблемам впровадження дистанційного навчання у процесі викладання дисциплін на клінічних кафедрах. Виділено переваги, спрямовані на формування теоретичної бази підготовки майбутнього лікаря. Детально розглянуто недоліки дистанційного навчання у медичному університеті, серед яких ---- загальні (переважно технічного й організаційного характеру) та властиві суто медичному вишу (відсутність занурення до професійного середовища, неможливість формування клінічного мислення тощо).

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.22. Дослідження актуальних питань компетентнісного підходу у фармацевтичній освіті / О. В. Козирєва, О. Ю. Шуть, К. С. Світлична // Бізнес Інформ. ---- 2021. ---- № 4. ---- С. 59-65. ---- Бібліогр.: 26 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- дослідження появи компетентнісного підходу у вищій фармацевтичній освіті у зв'язку з необхідністю наближення програмних вимог до майбутнього фахівця, запитів суспільства та потреб особистої практичної професійної діяльності. Узагальнено проблеми, притаманні розвитку професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі в Україні. Зокрема, зростання потреби в розбудові системи фармацевтичної освіти та недостатня увага до цієї сфери на державному та місцевих рівнях; недосконаліть нормативно-правової бази щодо професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі; відсутність урахування зарубіжного досвіду професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі. Досліджено етимологію та тлумачення поняття «компетентність». Визначено відсутність одностайного підходу до розуміння поняття «компетентнісний підхід в освіті», досліджено різні авторські підходи до його змісту. Визначено причини актуальності розбудови вищої освіти на засадах компетенціоорієнтованості. Досліджено проблемні питання компетентнісного підходу в процесі розробки стандартів вищої освіти, оскільки фармацевтична освіта не може бути відокремлена від стратегічних завдань реформування змісту освітянського процесу в Україні. Перспективами подальших досліджень у цьому напрямку є обгрунтування методичних засад та організаційних механізмів щодо формування компетентнісних стандартів як провідного вектора в модернізації вищої фармацевтичної освіти.

Шифр НБУВ: Ж14572

4.Р.23. Формування інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / Е. М. Остапенко; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. ---- Вінниця, 2021. ---- 22 с.: рис., табл. ---- укр.

Розглянуто проблеми формування інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання. З'ясовано суть формування інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання. Визначено структуру, критерії, показники та рівні сформованості інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання, а також особливості їх формування у фаховій підготовці. Сформульовано комплекс організаційно-педагогічних умов і сконструйовано модель формування інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання. Експериментально перевірено комплекс організаційно-педагогічних умов і модель формування інформаційної культури майбутнього лікаря засобами математичного моделювання, а також запропоновано практичні рекомендації для підвищення ефективності їх формування у професійній підготовці.

Шифр НБУВ: РА449400

Здоров'я населення та методи його вивчення

Санітарна статистика. Статистика охорони здоров'я

4.Р.24. Аналіз малюкової та перинатальної смертності у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, у 2019 р. (за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я «Matrix Babies») / В. М. Заболотько, Н. Г. Руденко, О. В. Руденко // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 3/4. ---- С. 49-61. ---- Бібліогр.: 4 назв. ---- укр.

Наведено інформацію за 2019 р. щодо кількості народжених живими і мертвими та кількості померлих дітей у віці до 1 року у установах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України. Зазначено, що в 2019 р. було народжено живими немовлят 294 148 і мертвими 1733, з яких померло 1585 до початку пологів і 148 під час пологів. Серед народжених живими у ранньому неонатальному періоді померло 904 немовлят, з яких в акушерських стаціонарах ---- 564, в інших стаціонарах, крім акушерських, ---- 340 немовлят. Одним з індикаторів якості надання медичних послуг до, під час та після пологів, а також одним з індикаторів якості впровадження сучасних ефективних перинатальних технологій є рівень перинатальної смертності та його складових. Аналіз перинатальної смертності та його складових компонентів проводять за методикою ВООЗ «Matrix Babies», що надає змогу проаналізувати надання медичних послуг вагітним, роділлям та новонародженим за показниками перинатальної смертності і відповісти на два питання: Чи робимо те, що потрібно? Чи робимо так, як потрібно? Визначено пропозиції з вдосконалення надання медичних послуг вагітним, роділля та новонародженим.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.25. Методика статистичного аналізу, короткострокового прогнозування травматизму та шляхів його профілактики в агроінженерії / О. М. Костенко, Т. Г. Лапенко, Н. М. Опара, В. В. Дудник, М. М. Шпилька, О. У. Дрожчана // Вісн. Полтав. держ. аграр. акад. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 273-279. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Надзвичайно інтенсивний розвиток виробництва переважно в усіх країнах, зокрема й Україні, супроводжується такими негативними явищами, як травматизм та поява професійних захворювань. Відомо, що джерел та причин, що передують появі травматизму і професійних захворювань, багато, зокрема організаційних, інженерно-технічних, санітарно-гігієнічних, нормативно-правових та ін. В Україні, за даними Міжнародної організації праці, виробничий травматизм є одним із найбільших серед європейський країн. Смертність від виробничих травм посідає третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань. Вищезазначені показники свідчать про надзвичайну серйозність проблеми виробничого травматизму, а тому ця тематика потребує вивчення. Науковці нашої держави провели низку досліджень у цьому напрямі, результати яких використовують при розробці шляхів профілактики виробничого травматизму. Незважаючи на значний науковий та практичний внесок дослідників відповідної галузі у вивчення різних аспектів виробничого травматизму і розробки профілактичних заходів на державному рівні й на рівні підприємств, проблема виробничого травматизму в Україні залишається актуальною та потребує інноваційних, науково обгрунтованих підходів до її розв'язання. Зазначено, що проблему зниження виробничого травматизму віднесено до категорії особливої державної і суспільної значущості, а її розв'язання ---- до пріоритетних завдань національної безпеки України. Аналіз нещасних випадків на виробництвах України є одним із основних і необхідних шляхів розробки механізмів профілактики та запобігання виробничого травматизму. При цьому застосовуються різні методи та методики аналізу, такі як статистичний, монографічний, економічний, ергономічний та ін. Запропоновано методику аналізу, короткострокового прогнозування виробничого травматизму та шляхів його профілактики, що дає змогу виявити очікувану картину таких явищ і одержати прогнозовані моделі для динаміки показників виробничого травматизму, які є підставою для розробки шляхів профілактики виробничого травматизму.

Шифр НБУВ: Ж69944

Див. також: 4.Р.326, 4.Р.394, 4.Р.488

Лікувально-профілактична допомога

4.Р.26. Особистісні чинники професійної мотивації студентів з інвалідністю: автореф. дис.... канд. психол. наук: 19.00.01 / А. О. Курбатова; Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. ---- Київ, 2021. ---- 20 с.: рис., табл. ---- укр.

Здійснено теоретико-методологічне обгрунтування та практичну розробку психологічних засад професійної мотивації студентів з інвалідністю. Розкрито психологічні особливості професійної мотивації студентів з інвалідністю, роль ціннісно-смислової регуляції професійного самовизначення особистості, психологічні чинники вибору професії та їх вплив на подальше професійне становлення. Встановлено, що професійна мотивація студентів з інвалідністю зумовлена внутрішніми мотивами, пов'язана з їх смисложиттєвими орієнтаціями, з уявленнями про себе як про сильну особистість, яка володіє достатньою свободою вибору, щоб побудувати своє життя у відповідності зі своїми цілями. Одержані результати дослідження свідчать, що важлива роль у підтримці професійної мотивації студентів з інвалідністю належить осмисленості ними життєвих цілей і перспектив, внутрішньому локусу контролю, особистісній автономії, що полягає у здатності до самовизначення своїх позицій та здатності самостійно визначати і регулювати власне життя. Розроблено модель внутрішньоособистісної детермінації професійної мотивації студентів з інвалідністю в континуумі професійного самовизначення особистості, структурними компонентами якої є ціннісно-смислові утворення особистості, цілі професійної діяльності, особистісні якості, оцінка своїх можливостей, мотиви вибору професії, мотиви навчання, потреби професійної самореалізації. Розроблено й апробовано комплексну програму психологічного супроводу професійного становлення студентів з інвалідністю у закладах вищої освіти (ЗВО) та представлено результати впровадження тренінгової програми і перевірки її ефективності.

Шифр НБУВ: РА449181

4.Р.27. Оцінка медичних технологій: особливості національної/регіональної та госпітальної оцінки медичних технологій / О. М. Філінюк, К. Л. Косяченко, Н. О. Дацюк, В. В. Скрильов // Соц. фармація в охороні здоров'я. — 2021. — **7**, № 3. — С. 21-30. — Бібліогр.: 25 назв. — укр.

Мета роботи — аналіз світового досвіду використання госпітальної оцінки медичних технологій (ОМТ) та її основних відмінностей від національної/регіональної ОМТ. Проведено аналіз наукової інформації закордонних і вітчизняних літературних джерел; під час дослідження використано методи контент аналізу, історичний, системно-аналітичний, узагальнення. Здійснено аналіз літературних джерел у базах даних Pubmed і Google Scholar щодо світового досвіду використання госпітальної ОМТ та її основних відмінностей від національної/регіональної ОМТ. Визначено, що переносу результатів національної/регіональної ОМТ на госпітальний рівень заважає низка відмінностей у середовищі між країною в цілому та лікувальними закладами зокрема. Сюди входять передусім особливості, пов'язані з демографічними показниками, епідеміологією захворювань, рівнем резистентності, з локальними підходами лікування, різним оснащенням лікувальних закладів та ін. Тобто щоб мати практичну користь, ОМТ має будуватися з урахуванням особливостей лікувального закладу, який у подальшому буде використовувати досліджені медичні технології. Встановлено, що потреба в ефективному управлінні ресурсами лікувального закладу в разі збільшення кількості медичних технологій, прагнення до поліпшення клінічних результатів лікування, підвищення якості та тривалості життя пацієнтів за допомогою застосування медичних технологій із доведеною ефективністю та безпечністю, потреба в оцінці ефективності медичного обладнання та необхідність розгляду організаційних аспектів, пов'язаних з уведенням медичної технології, а також поточного оснащення та використовуваних методів лікування свідчать про необхідність розробки науково-практичних підходів щодо запровадження госпітальної ОМТ і рекомендацій щодо взаємодії ОМТ національного/регіонального та госпітального рівнів в Україні.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.28. Реалії та перспективи превентивної медицини в Україні / С. В. Протас // Лікар. справа. — 2020. — № 5/6. — С. 81-86. — укр.

Аналіз «реформаторських» рішень в Україні свідчить про свідому руйнацію хоч і застарілого, але дієвого профілактичного (превентивного) напряму вітчизняної медицини та неспроможність системи охорони здоров'я протистояти глобальним викликам без наявності реальної управлінської вертикалі протиепідемічного захисту населення. Однієї тільки назви державної установи недостатньо для розвитку системи громадського здоров'я в Україні, а «ребрендинг» органів виконавчої влади не тільки не сприяє, а й суттєво ускладнює забезпечення державою безпеки власних громадян. Питання створення компетентного органу у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними й неінфекційними хворобами та їх профілактики (превенції) є першочерговим завданням національної безпеки країни.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.29. Стратегічне управління розвитком інформаційного потенціалу закладів охорони здоров'я: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.00.04 / Альшаафі Мохамед Алі; Національний університет водного господарства та природокористування. — Рівне, 2020. — 20 с.: рис., табл. — укр.

Увагу приділено дослідженню теоретико-методичних положень щодо стратегічного управління розвитком інформаційного потенціалу закладів охорони здоров'я й обґрунтуванню науково-практичних рекомендацій стосовно визначення тенденцій і пріоритетів запровадження інформаційно-комунікаційних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я. Розглянуто теоретико-методичні основи стратегічного управління діяльності закладів охорони здоров'я, його державне регулювання. Представлено науково-методичні основи процесу інформатизації та імплементацію його положень щодо інформаційного потенціалу в системі управління охороною здоров'я. Проаналізовано застосування інформаційного потенціалу в закладах охорони здоров'я України з використанням узагальнень функціонування цієї системи у країнах світу. Подано шляхи реалізації інформаційного потенціалу українських закладів охорони здоров'я на перспективу.

Шифр НБУВ: РА446080

Див. також: 4.Р.69, 4.Р.116

Лікарська допомога

4.Р.30. Аналіз доступності обігу лікарських засобів для різних контингентів пацієнтів в установах охорони здоров'я / С. І. Зброжек // Лікар. справа. — 2020. — № 7/8. — С. 56-63. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

В умовах пандемії коронавірусної інфекції актуальність організації доступності обігу лікарських засобів в установах охорони здоров'я стає одним із головним напрямком забезпечення прав пацієнтів в Україні. Світова практика передбачає, що для забезпечення кращих результатів та оптимізації видатків найбільший обсяг людських і фінансових ресурсів має бути сконцентровано на первинному рівні системи охорони здоров'я, а найменший — на вузькоспеціалізованому. Мета роботи — проведення аналізу організації доступності обігу лікарських засобів для пацієнтів в установах охорони здоров'я різних рівнів. Проаналізовано локальні формуляри 33 установ охорони здоров'я Харківської обл. за розробленою уперше автором роботи методикою на підставі групування за якісними та кількісними показниками. Використано документальний, нормативно-правовий, статистичний, табличний, графічний та контентний методи аналізу. За рівнями надання медичної допомоги та обігу лікарських засобів установи охорони здоров'я було розподілено на три групи: перша група (первинний рівень) — міські поліклініки (15 установ); друга група (вторинний рівень) — пологові будинки (3 установи); третя група (третинний рівень) — вузькопрофільні установи (15 установ). З'ясовано, що найвища доступність обігу лікарських засобів (f_i = 9) з найбільшим номенклатурним діапазоном (152—281) спостерігається в третій групі на рівні третинної медичної допомоги. Висновки: організація доступності обігу лікарських засобів в установах охорони здоров'я первинного рівня нижче у порівнянні із третинним рівнем медичної допомоги. Постає питання щодо необхідності проведення подальших поглиблених досліджень, спрямованих на удосконалення нормативно-правової бази для підвищення доступності обігу лікарських засобів для пацієнтів насамперед на рівні надання первинної медичної допомоги.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.31. Вивчення доступності обігу лікарських засобів для різних контингентів пацієнтів на рівні первинної медико-санітарної допомоги / С. І. Зброжек // Лікар. справа. — 2020. — № 5/6. — С. 87-94. — Бібліогр.: 11 назв. — укр.

В умовах пандемії коронавірусної інфекції актуальність розвитку первинної медико-санітарної допомоги у світлі організації доступності обігу лікарських засобів для різних категорій пацієнтів на первинному рівні стає одним із головних напрямків реформування та розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Її метою є покращання якості та ефективності медичної допомоги, підвищення доступності обігу лікарських засобів, збереження та зміцнення здоров'я людини. Амбулаторії загальної практики сімейної медицини на прикладі Харківської обл. групувалися за певними ознаками за формулою Стерджеса з подальшим побудуванням дискретних рядів варіацій та полігону розподілення. Проведений контент-аналіз районів області ндав можливість визначати кількісні показники амбулаторій загальної практики сімейної медицини у досліджуваний період та розподілити їх за групами. Організація доступності обігу лікарських засобів для населення через первинну медико-санітарну допомогу здійснюється відповідно до чинного законодавства амбулаторіями загальної практики сімейної медицини. Останні в межах своєї компетенції на засадах сімейної медицини забезпечують проведення комплексу профілактичних заходів з запобігання захворюваності та її зниження, інвалідності та смертності, раннього виявлення захворювань, відповідають за створення нормативно-визначеного асортименту ЛЗ та інше. У свою чергу, під час дослідження встановлено, що найбільше закладів охорони здоров'я знаходиться у 9 районах регіонального рівня, які увійшли до 3 групи. Висновки: встановлено тенденцію до збільшення амбулаторій загальної практики сімейної медицини у 9 районах на регіональному рівні. Акцентовано увагу на необхідності проведення подальших досліджень щодо встановлення кореляції між популяцією, що постійно мешкає на вказаній території та кількісним складом місцевих закладів охорони здоров'я.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.32. Вивчення сучасного ставлення фахівців до системи мотивації персоналу в аптеці / М. М. Кобець, Ю. М. Кобець, Н. Г. Малініна, О. В. Філіпцова, О. Л. Ібрагімова // Вісн. фармації. — 2021. — № 2. — С. 91-95. — Бібліогр.: 10 назв. — укр.

Кожен завідувач аптеки стикається з питанням мотивації своїх співробітників. На жаль, універсальних мотиваційних схем, які б однаково ефективно впливали на всіх провізорів, не існує. Мета роботи — вивчення сучасного ставлення фахівців до системи мотивації персоналу в аптеці. Використано результати польових досліджень. Проведено анкетування провізорів і фармацевтів однієї з аптечних мереж м. Харків. Опитано 107 фахівців. Одержану в результаті анкетування базу даних сформовано в Microsoft Excel. Усі розрахунки виконано в Microsoft Excel. Проведено анкетування провізорів і фармацевтів однієї з аптечних мереж м. Харків. Збір одержаної в результаті анкетування інформації виконано згідно з етичними вимогами. Зв'язок між якісними ознаками здійснено за допомогою критерію χ^2. Вивчено сучасне ставлення фахівців до системи мотивації в аптеці. Виявлено, що мотивація співробітника на 70 % залежить від того, як працює над цією проблемою керівник. У результаті проведеного дослідження з'ясовано, що 46 % опитаних фахівців ідуть на роботу з почуттям звички та лише 16 % із почуттям творчого пориву. Досліджено питання щодо зміни місця роботи. Визначено, що 34 % респондентів хочуть змінити своє місце роботи, 28 % респондентів повністю задоволені посадою, на якій перебувають. Хоча значний

відсоток опитаних фахівців і замислюється над питанням зміни місця роботи, пандемія COVID-19 внесла свої корективи. Більшість працівників поки що залишається на своїх робочих місцях, оскільки боїться втратити роботу взагалі. Виявлено мотивувальні та демотивувальні фактори для працівників аптек. Серед мотивувальних факторів можна виокремити: лояльне ставлення керівництва, дружній колектив, наявність соціальних гарантій (право на працю, право на відпочинок, пенсійне забезпечення). Демотивувальні фактори: відсутність перспективи кар'єрного зростання, невідповідність умов праці, відсутність інновацій, недостатнє технологічне забезпечення. У результаті проведеного дослідження мотиваційного середовища однієї з аптечних мереж м. Харків визначено, що застосовувані механізми недостатньо забезпечують досягнення цілей цієї мережі аптек. Для оптимального мотивування необхідно комплексно застосовувати елементи системи мотивації.

Шифр НБУВ: Ж14678

Див. також: 4.Р.73, 4.Р.100

Гігієна

4.Р.33. Вплив фізико-географічних та кліматичних умов на прогноз розповсюдження забрудненого повітря під час можливих надзвичайних ситуацій техногенного характеру у Донецькій області / А. А. Нікітін, І. С. Мещеряков, О. В. Хіврич, В. А. Дерман, Н. В. Полянова // Інженерія природокористування. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 116-122. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Визначено та досліджено основні фактори, що впливають на життєдіяльність населення та навколишнє середовище, під час виникнення надзвичайних ситуацій техногенного характеру у Донецькій обл. Складні техногенні фактори разом із напруженими соціальними факторами (збройний конфлікт) в регіоні зумовлюють наявність постійних техногенних та воєнних ризиків. Головними ризиками для життєдіяльності населення на території Донецької обл. є забруднення повітря та місцевості небезпечними хімічними речовинами внаслідок масових навмисних або супутніх руйнувань хімічно небезпечних об'єктів. Проведено дослідження показників фізико-географічних та кліматичних умов, щодо їх кількісного врахування під час прогнозування розповсюдження забрудненого повітря в умовах можливих надзвичайних ситуацій техногенного характеру. Показниками фізико-географічних і кліматичних умов обрано: рельєф місцевості; рослинний покров; метеорологічні умови (повторюваність напрямку вітру та штилю за рік, середня місячна швидкість вітру, середня місячна температура повітря, кількість загальної хмарності). Виходячи з характеру рельєфу та рослинного покриву, обчислено величину комплексного показника. З урахуванням переважаючих виду рельєфу та рослинного покрову значення комплексного показника, залежно від пори року коливаються від 0,1 до 0,3. Відповідно до комплексного показника та найбільш сприятливих погодних умов для розповсюдження небезпечних хімічних речовин коефіцієнт впливу місцевості буде влітку 0,5 і 0,8 взимку. Результати обчислених показників свідчать, що в межах області, протягом року, поведінка та вплив повітря забрудненого небезпечними хімічними речовинами найбільш небезпечні для життєдіяльності населення влітку (в липні). Обчислення величини комплексного показника рельєфу та рослинного покриву, врахування коефіцієнтів впливу місцевості та кліматичних умов надає змогу більш якісно прогнозувати ступінь впливу повітря, яке забруднене небезпечними хімічними речовинами, на життєдіяльність населення по місцю і порі року, можливі райони з високими рівнями концентрації забруднення, напрямки поширення і райони застою забрудненого повітря, стійкість забруднення місцевості.

Шифр НБУВ: Ж101173

4.Р.34. Гігієнічна оцінка впливу архітектурно-планувальних рішень закладів загальної середньої освіти на умови життєдіяльності учнів молодшого шкільного віку: автореф. дис.... канд. біол. наук: 14.02.01 / Н. П. Павленко; Національна академія медичних наук України, Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва. ---- Київ, 2020. ---- 21 с.: рис., табл. ---- укр.

Вивчено гігієнічні аспекти розміщення закладів загальної середньої освіти в сучасних умовах щільної містобудівної ситуації та їх планувальні особливості. Визначено вплив прямих та опосередкованих індикативних показників архітектурно-планувальних рішень на психоемоційний стан та здоров'я учнів молодшого шкільного віку. Увагу приділено вдосконаленню вимог до проектування й експлуатації будівель шкіл, розробці нових та вдосконаленню існуючих гігієнічних архітектурно-планувальних критеріїв задля збереження здоров'я школярів молодшого шкільного віку та профілактики «шкільних» хвороб упродовж навчання в умовах навчальних закладів. Внесено суттєве доповнення у теорію профілактичної медицини у сфері проектування та функціонування закладів загальної середньої освіти різної місткості та різних ступенів освіти з урахуванням зарубіжного досвіду, яке полягає у здійсненні санітарно-епідеміологічної оцінки на основі екстраполяції відповідності умов шкіл гігієнічним вимогам задля профілактики патології органів зору та хребта дітей молодшого шкільного віку та створення для них безпечних і комфортних умов життєдіяльності.

Шифр НБУВ: РА446137

4.Р.35. Дослідження виробничого травматизму на підприємствах України: причини і фактори виникнення / І. М. Лях, В. В. Дудник // Актуал. проблеми економіки. ---- 2020. ---- № 12. ---- С. 78-83. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Здійснено дослідження виробничого травматизму на підприємствах України. В основу дослідження покладено визначення причин виникнення виробничого травматизму. Проаналізовано питання факторів виникнення нещасних випадків і виробничого травматизму. Наведено інформацію щодо видів травматизму, а також пов'язаних із цим витрат. Проаналізовано кількість потерпілих від нещасних випадків, пов'язаних із виробництвом у 2019 р., а також тих, кому установлено інвалідність. Основу дослідження становить оцінювання ризиків виробничого травматизму працівників. Визначено, що основними факторами, що сприяють травматизму, це слабкі навички дій працюючих у нестандартних ситуаціях, їх невміння правильно оцінювати інформацію та низька технологічна дисциплінованість, якість конструкції робочих місць.

Шифр НБУВ: Ж23291

4.Р.36. Дослідження якісного складу та кількісного вмісту деяких груп біологічно активних речовин у дієтичних добавках з екстрактом листя зеленого чаю / О. Ю. Маслов, С. В. Колісник, О. В. Гречана, А. Г. Сербін // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 132-137. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Останнім часом визначають високий попит населення на дієтичні добавки, що мають антиоксидантну активність. Передусім це дієтичні добавки з екстрактом листя зеленого чаю, бо він містить катехіни у доволі великій кількості. За чинним законодавством України не передбачено встановлення якісного складу та кількісного вмісту біологічно активних речовин у дієтичних добавках, що певним чином впливає на якість і безпечність вживання цих продуктів. Мета роботи ---- визначення якісного складу та кількісного вмісту деяких груп біологічно активних речовин (БАР) у дієтичних добавках з екстрактом листя зеленого чаю. Для дослідження обрали три дієтичні добавки різних фірм-виробників: «Green Tea Extract», «Екстракт зеленого чаю», «Зелений чай». Якісний аналіз виконали за методом тонкошарової хроматографії, для кількісного визначення використовували спектрофотометрію в УФ-області. У дієтичних добавках, що дослідили, встановили наявність катехінів, кофеїн виявили тільки у слідових кількостях. Сумарний вміст катехінів становить 146,80 ± 1,36 мг, 79,00 ± 0,88 мг, 28,00 ± 0,75 мг, а після перерахунку на екстракт зеленого чаю, що заявлений в дієтичних добавках, ---- 146,0, 39,5, 89,6 % для дієтичних добавок «Green Tea Extract», «Екстракт зеленого чаю», «Зелений чай» відповідно. Виконали якісний і кількісний аналіз деяких груп БАР трьох дієтичних добавок з екстрактом листя зеленого чаю. Встановили, що дієтичні добавки «Green Tea Extract» і «Зелений чай» відповідають вимогам Фармакопеї США 38 за вмістом катехінів. За результатами дослідження зроблено висновок, що проблема відповідності біологічно активних добавок є актуальною, необхідне введення нормативної документації на виявлення та визначення біологічно активних речовин у дієтичних добавках.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.37. Значення вищої професійної освіти для зниження ризику виробничого травматизму / С. О. Вамболь, І. А. Черепньов, В. Ю. Дубницький, В. В. Вамболь, М. М. Кірієнко // Інженерія природокористування. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 120-132. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Розглянуто питання щодо впливу освіти на рівень промислової безпеки та охорону праці, а також досвідченості працівників на стан виробничого травматизму. Базуючись на статистичних даних сайту Державної служби України з питань праці проведено, використовуючи методи аналізу часових рядів, дослідження динаміки нещасних випадків як загальних, так і по окремих видах подій. Встановлено, що виробництво за останні чотири роки знижується, але загальна тенденція смертельних випадків при виробничому травматизму має динаміку зростання. Виконано прогнозування стану виробничого травматизму на період до трьох років. Методика розрахунку показників динаміки виробничого травматизму зі смертельними наслідками в Україні базується на математичній моделі прогнозування значень часового ряду. Одержані прогнозні оцінки показують тенденцію до збільшення нещасних випадків у разі незмінності діючих умов. Розглянуто «людський фактор» як основну причину травматизму. Встановлено, що майже 50 % нещасних випадків відбулись з організаційних причин, і в цей сегмент входить значна частина освітньої складової. Показано, що серед людей, які знаходяться в однакових виробничих умовах, найменш схильні до травматизму ті, шо мають вищу освіту. Зроблено обгрунтоване припущення, що для суттєвого зниження кількості нещасних випадків на виробництві необхідно

зосередитися насамперед на початковому етапі трудової діяльності працівника. З огляду на тенденцію збільшення чисельності людей, які займаються розумовою працею або є операторами складних технічних систем, цього можна домогтися підвищивши ефективність підготовки студентів в закладах вищої освіти у процесі при вивчення ними таких навчальних дисциплін як: «Основи охорони праці» та «Охорона праці в галузі».

Шифр НБУВ: Ж101173

4.Р.38. Калібрувальна залежність «доза — ефект» за частотою нестабільних хромосомних обмінів у лімфоцитах людини за гострого гамма-опромінення ^{137}Cs в низьких дозах для біологічної дозиметрії / В. А. Курочкіна, Л. К. Бездробна, Т. В. Циганок, І. А. Хомич // Ядер. фізика та енергетика. ---- 2021. ---- **22**, № 2. ---- С. 167-173. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Наведено калібрувальну залежність індукції дицентричних і кільцевих хромосом із супровідним фрагментом у лімфоцитах людини від дози гострого гамма-опромінення крові ^{137}Cs у діапазоні доз 0,09 ---- 1,0 Гр in vitro. Використано класичний метод аналізу хромосомних аберацій у рівномірно забарвлених хромосомах. Показано застосування одержаної калібрувальної кривої для оцінки «біологічних» доз наднормованого опромінення осіб із підрядного персоналу ДСП ЧАЕС. Розрахована за частотою дицентриків і центричних кілець доза їх опромінення з урахуванням тривалості та режиму роботи в зоні впливу радіаційного чинника суттєво перевищували дози, визначені за методами фізичної дозиметрії.

Шифр НБУВ: Ж25640

4.Р.39. Методологія аналізу передтравматичних, травматичних ситуацій та виробничого травматизму в агроінженерії / О. М. Костенко, Н. М. Опара, О. У. Дрожчана // Вісн. Полтав. держ. аграр. акад. ---- 2020. ---- № 3. ---- С. 287-294. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- укр.

В Україні, за даними Міжнародної організації праці, виробничий травматизм є одним із найвищих серед європейський країн. Смертність від виробничих травм посідає третє місце після серцево-судинних та онкозахворювань. Найвищий смертельний травматизм в агропромисловому комплексі, де 2019 р. загинуло 80 працівників, що на 19 % більше, ніж 2018 р. Тому проблема зниження виробничого травматизму є актуальною. Для її розв'язання проводять дослідження із застосуванням різних методів і методик. Аналіз досліджень закордонних і вітчизняних авторів показав, що існуючі методи не надають цілісної картини проблеми. Вони враховують обставини навколишнього середовища та не враховують обставини прямо або побічно пов'язані з організаційно-технічною роботою з попередження травм, з системою управління охороною праці, з санітарно-гігієнічним, нормативно-правовим, інженерно-технічним, медико-біологічним, психофізіологічним, ергономічним і іншим забезпеченням. Запропоновано технологію аналізу виробничого травматизму, яка охоплює обставини, джерела, причини, що сприяли травматизму, і особливо ті з них, які в конкретній ситуації призвели до травми, тобто запропоновано проаналізувати передтравматичні ситуації, які є виробничим фоном, в умовах якого вони призводять або не призводять до травми. Це надає можливість планувати заходи, які унеможливлюють виникнення травмонебезпечних ситуацій та травм. Розроблено технологію генерування й аналізу передтравматичних ситуацій, з якої видно, що технологічні процеси та виробництво є одним цілим. Для розробки профілактичних заходів запропоновано технологію аналізу травматизму і шляхів його профілактики, яка складається з 5 блоків: показники травматизму, динаміка по роках аналізу, аналіз результатів прогнозу, обгрунтування шляхів профілактики, реалізація шляхів профілактики. Запропонована методологія є вагомою складовою частиною стратегії та тактики динамічного зниження і ліквідації виробничого травматизму. Рекомендовано використовувати цю методологію при аналізі виробничого травматизму та розробці профілактичних заходів у всіх галузях економічної діяльності.

Шифр НБУВ: Ж69944

4.Р.40. Нейромережеве моделювання в реалізації системи визначення правильності носіння медичної маски / Д. В. Прочухан // Системи оброб. інформації. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 65-72. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Розглянуто актуальну проблему визначення правильності одягнення медичної маски у людини. Для її вирішення запропоновано побудування моделі з використанням штучного інтелекту. Розглянуто механізм класифікації та обробки вхідних даних. Розроблено структуру згорткової нейронної мережі у вигляді моделі послідовної реалізації шарів згортки, агрегування, повного зв'язку. Обгрунтовано доцільність використання функції ReLU для активації вузлів. Застосовано метод Dropout для запобігання перенавчанню нейронної мережі. Вихідний шар реалізовано у вигляді одного нейрону з використанням функції активації сигмоїда. Оптимізацію згорткової нейронної мережі здійснено за методом стохастичного градієнтного спуску. Використано метод зворотного поширення помилки для навчання нейронної мережі. Розроблено програмний додаток на мові програмування Python. Використано бібліотеку Keras для забезпечення точності, правильності, повноти побудованої моделі. Проведено компіляцію з використанням бінарної перехресної ентропії як цільової функції. За допомогою розробленого додатку проведено ефективне навчання згорткової нейронної мережі на тестових вхідних зображеннях. Зважаючи на значні вимоги до апаратного забезпечення і програмних ресурсів, цей процес було здійснено під керуванням операційної системи Linux. Обмежена кількість періодів навчання забезпечила зменшення підсумкового часу навчання. Здійснено перевірку побудованої системи на контрольній множині. Одержано високі показники розпізнавання зображень. Працездатність програмного додатку перевірено з використанням різної апаратної і програмної конфігурації. Розроблена система може бути використана у галузях, які потребують контролю виконання правил безпеки під час пандемії.

Шифр НБУВ: Ж70474

4.Р.41. Оцінка вмісту надмалих частинок в продуктах руйнування гірських порід, насичених поверхнево-активними речовинами / Д. В. Савельєв, О. В. Столбченко, І. М. Чеберячко // Вісн. Приазов. держ. техн. ун-ту. Сер. Техн. науки. ---- 2020. ---- Вип. 41. ---- С. 171-179. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Дрібнодисперсні фракції пилу, з розміром часток менше 3 мкм, утворюються в повітрі рудникової атмосфери під час вибуху, що є недопустимим по санітарним нормам умов праці робочих. З використанням рентгеноструктурного аналізу вивчено гранулометричний склад пилоподібних частинок пісковиків і вугілля, оброблених поверхнево-активними речовинами. Зміна механізму руйнування вуглепородного масиву під дією поверхнево-активних речовин сприяє зниженню концентрації пилу за рахунок швидкого осідання під дією сил гравітації.

Шифр НБУВ: Ж69254:Техн. н.

4.Р.42. Оцінювання рівня екологічної безпеки питного водопостачання: автореф. дис.... канд. техн. наук: 21.06.01 / Д. О. Крисінська; Національний університет «Львівська політехніка». ---- Львів, 2021. ---- 24 с.: рис., табл. ---- укр.

Оцінено рівень екологічної безпеки питного водопостачання. Запропоновано оцінювання рівня екологічної безпеки питного водопостачання проводити з використанням ризик-орієнтовного підходу. В основу запропонованого комплексного методу оцінювання рівня екологічної безпеки питного водопостачання закладено ідею визначення ризику канцерогенного та неканцерогенного походження. Розроблено алгоритм оцінювання рівня екологічної безпеки питного водопостачання. Встановлено діапазони рівня екологічної безпеки питного водопостачання, що визначаються межами ризику, який не загрожує здоров'ю людини. Проведено лабораторні польові дослідження якості питної води централізованого водопостачання та підземних джерел водопостачання. Одержані результати використано для підтвердження ефективності використання запропонованого методу оцінювання рівня екологічної безпеки питного водопостачання. У середовищі Curve Expert та MS Excel визначено існування екологічного ризику канцерогенного походження для здоров'я жителів міста Миколаєва, що може бути спричинений якістю питної води. Визначено ступінь кореляційного зв'язку між кількістю зафіксованих злоякісних новоутворень та концентрацією хлороформу у питній воді. Досліджено основні причини погіршення якості питної води. Обгрунтовано екологічну необхідність впровадження дуальної системи водопостачання в населеному пункті та досліджено її економічну ефективність. Запропоновано затвердити поняття «технічна вода» в головних державних документах, що регламентують галузь водопостачання.

Шифр НБУВ: РА449403

4.Р.43. Проблематика запобігання виробничому травматизму працівників нафтогазової галузі / Г. М. Кривенко, Г. Д. Ляюк-Вітер, В. Я. Шиманський // Розвідка та розроб. нафт. і газ. родовищ. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 64-72. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Створення безпечних умов праці є головним завданням держави у реалізації конституційного права громадян. Завданням державної політики у сфері охорони праці є зниження рівня травматизму та професійної захворюваності на виробництві. Безпека праці --- це один з базових принципів діяльності підприємств нафтогазової галузі. Увагу звернено на безперервне підвищення стандартів охорони здоров'я і безпеки праці. При цьому зменшуються ризики аварій та можливі негативні наслідки для довкілля. Зараз у центрі уваги організації не просто безпека праці, а більш широке її трактування, яке представлене у трьох її наступних аспектах: безпека, здоров'я, та психосоціальна складова добробуту працівників. Мета роботи ---- аналіз причин травматизму на виробництві для формування стійкої культури безпеки та здоров'я працівників. Для досягнення поставленої мети потрібно вирішити такі задачі: проаналізувати причини нещасних випадків та виробничого травматизму на підприємствах нафтогазового комплексу; сформувати стійку культуру безпеки та здоров'я працівників. Проведено аналіз нещасних випадків, що сталися на підприємствах нафтогазової галузі протягом 2014---2019 рр. Проаналізовано зміну коефіцієнта частоти травматизму. Наведено аналіз причин виробничого травматизму. Спостерігається тенденція до збільшення нещасних випадків, пов'язаних з організаційними причинами. Психофізіологічні причини також впливають на знач-

ну кількість нещасних випадків. Аналіз причин подій допоможе правильно розподіляти ресурси організації для досягнення бажаних результатів у сфері охорони праці. Наведено методику оцінювання рівня безпеки робочого місця з використанням психофізичного закону Стівенса для прогнозування ймовірностей нанесення шкоди здоров'ю працівників нафтогазової галузі у процесі трудової діяльності. Створено комплексний підхід, що поєднує аналіз, оцінку та управління ризиками на моделі безперервного покращення процесів (цикл Демінга), імплементація якого має призвести до нульового рівня смертності, нульової втрати часу від нещасних випадків, нульового травматизму, нульової шкоди природі. Встановлення цілей, які треба досягти у сфері безпеки, передбачає формування стратегічної програми визначення основних практичних кроків. Програмний підхід надає можливість покроково контролювати та направляти дії усіх зацікавлених осіб щодо формування стійкої культури безпеки та здоров'я працівників на роботі.

Шифр НБУВ: Ж23665

4.Р.44. Фільтрувальний респіратор з примусовою подачею повітря / С. І. Чеберячко, Ю. І. Чеберячко, О. В. Дерюгін, Д. В. Славінський, Д. Г. Клімов // Вісн. Приазов. держ. техн. ун-ту. Сер. Техн. науки. ---- 2020. ---- Вип. 41. ---- С. 155-171. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Фільтрувальний респіратор з примусовою подачею повітря є ефективним засобом індивідуального захисту органів дихання (ЗІЗОД) користувачів в особливо небезпечних умовах, насичених шкідливими речовинами, в яких не можна користуватись іншими типами захисного спорядження. Для вирішення поставленої задачі застосовувались методи раціонального вирішення винахідницьких задач. Зокрема, застосовувався підхід готового об'єкта (об'єкт не змінюється), в якому підсилюється одна ознака, а також застосовувався вибір одного об'єкта із декількох, тобто опрацьовувалась одна пошукова концепція із декількох. Розроблено конструкцію фільтрувального респіратора з примусовою подачею повітря, який відрізняється від відомих аналогів наявністю блоку контролю об'єму і якості очищеного повітря, що вдихається, з урахуванням частоти і глибини дихання користувача при виконанні фізичного навантаження. Встановлено, що об'єм повітряного потоку, який потрапляє у підмасковий простір до органів дихання користувача, лінійно залежить від частоти обертання крильчатки вентилятора, однак при досягненні опору повітряному потоку через фільтри більше 7 ---- 7,5 мБар залежність стає нелінійною, що пов'язано зі зміною характеру фізичного навантаження. Практична цінність полягає у розробці ефективної конструкції фільтрувального респіратора з примусовою подачею повітря, запропоновано алгоритм його роботи, який надає змогу контролювати об'єм і якість очищеного повітря, що вдихається, з урахуванням частоти і глибини дихання користувача при виконанні фізичного навантаження, а також захисні властивості фільтрувальних елементів пристрою.

Шифр НБУВ: Ж69254:Техн. н.

4.Р.45. Формування в учнів загальноосвітніх навчальних закладів компетенцій збереження здоров'я та безпеки життєдіяльності людини / Н. В. Лакоза // Наук. зап. Малої акад. наук України: зб. наук. пр. ---- 2020. ---- № 3. ---- С. 20-28. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Розглянуто проблему формування в учнів загальноосвітніх навчальних закладів (ЗОНЗ) компетенцій збереження здоров'я та безпеки життєдіяльності. Розглянуто генезис цих питань на різних етапах суспільного розвитку; визначено основні компетенції відповідно до навчальних програм курсів «Основи здоров'я» та «Біологія людини» 8 класу. Проведено анкетування учнів 8 класів у констатувальному етапі дослідження вказує, що більшість школярів вважають курс «Основи здоров'я» ---- 57,2 % ---- потрібним для вивчення, але 34,5 % прагнуть більш практичної спрямованості навчання. Формування в учнів компетенцій збереження здоров'я та безпеки життєдіяльності розглянуто як поетапний процес, який базується на теорії пізнання та має проходити за такими етапами: емпіричним, понятійним і творчим, що відповідають рівням сформованості основних понять: початковому, середньому та високому. У формувальному етапі дослідження вивчення означених природничих дисциплін здійснюється з застосуванням модульного навчання, яке передбачає перехід учня на позицію дійсного суб'єкта навчальної діяльності; виділено основні поняття. Використання навчального модуля передбачає структурування матеріалу, організацію самостійної роботи учнів і виконання навчальних завдань, практичних робіт із застосуванням правил наукової організації праці, активних методів навчання (проблемних ситуацій, ділових ігор). Структурування навчального матеріалу передбачає поділ його на блоки: інформаційний, практичний, блок інтеграції, контролю та перевірки знань. Гуманістичний підхід здійснюється доповненням програм курсу темами міжнародного гуманітарного права. Розроблено змістову та діяльнісну складові процесу, а також педагогічні умови формування в учнів компетенцій основ здоров'я та безпеки життєдіяльності. Визначено методи, які доцільно використовувати у процесі формування цієї компетенції у школярів ЗОНЗ.

Шифр НБУВ: Ж74206

4.Р.46. Peculiarities of breath holding tests in school age children / Yu. M. Nechytailo, Ben Othmen Mabrouk // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 103-107. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- англ.

Мета дослідження ---- вивчення результатів тестів на затримку дихання та тест Руф'є, взаємозв'язок між ними та іншими факторами у здорових дітей шкільного віку. Проведено дескриптивне дослідження з 45 здоровими учасниками віком 7 ---- 13 років (22 хлопчики та 23 дівчинки). Дослідження включало оцінку харчування, фізичної активності, сімейних та соціально-економічних даних, антропометричних вимірів та артеріального тиску, пульсоксиметрію, тести на функціональний стан серцево-дихальної системи та готовність дитячого організму до фізичного навантаження (Руф'є та гіпоксичні тести із затримкою дихання). Індекс Руф'є у більшості дітей був середнім і становив 8,75 ± 0,32 одиниці. Тест із затримкою дихання на вдиху був на рівні 37,0 ± 1,84 с, на видиху ---- 22,2 ± 1,3 с. У дітей із низькою толерантністю до фізичних вправ під час виконання дихальних тестів спостерігалося зниження рівня сатурації крові та зміни частоти серцевих скорочень. Тести базуються на різних фізіологічних процесах людського організму, які лежать в основі толерантності до фізичного навантаження: готовність серця та кардіореспіраторне забезпеченням тканин киснем. Висновки: усі обрані тести можна виконати де завгодно і за стислий проміжок часу. Вони прості у виконанні та не викликають емоційних реакцій у дітей і можуть бути використані для оцінки толерантності до фізичного навантаження. Одержані результати доповнюють один одного і можуть бути рекомендовані до використання в комплексі під час вивчення стану здоров'я та толерантності до фізичного навантаження у дітей під час різних видів скринінгу.

Шифр НБУВ: Ж15712

Див. також: 4.Р.25, 4.Р.492

Епідеміологія

4.Р.47. Дослідження епідеміології деменції та хвороби Альцгеймера в Україні / М. С. Федотова, Г. Л. Панфілова, О. В. Цурікова, О. М. Блажієвська // Вісн. фармації. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 50-58. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- укр.

На тлі планомірного старіння населення та збільшення тривалості життя, проблеми поширення всіх форм деменції, зокрема хвороби Альцгеймера (ХА), набувають дедалі більшої актуальності. Мета роботи ---- проведення дослідження епідеміології деменції та ХА в Україні. Матеріалами дослідження були дані Центру психічного здоров'я та моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України за 2015---2019 рр. У науковій розвідці, окрім загальнотеоретичних методів, використано методи епідеміологічних досліджень. Виявлено, що з 2018 р. в Україні збільшились показники захворюваності на всі розлади психіки (4,0 %), зокрема на органічні ураження з симптоматичними проявами порушень когнітивних функцій (2,0 %), на всі форми деменції (6,0 %), судинну деменцію та ХА (по 9,0 %). У структурі деменцій домінує судинна форма (62,59 %), а ХА з 2015 р. характеризується планомірним зростанням питомої ваги з 7,0 до 12,0 %. Середній показник поширеності деменції в Україні дорівнював 99,72, а ХА ---- 5,34 особи на 100 тис. населення. Виявлено значне коливання показників поширеності деменції та ХА в різних регіонах країни. Так, в областях України зазначені показники відрізнялись у 6 і більше разів. Найвищі показники поширеності деменції спостерігали в 7 областях (Вінницька, Донецька, Запорізька, Житомирська, Харківська, Черкаська та Чернігівська) та м. Київ, а ХА ---- у 3-х областях (Запорізька, Херсонська, Чернігівська) та м. Київ. Доведено необхідність впровадження ефективної системи фіксації та моніторингу випадків усіх форм деменції, зокрема ХА. Це формує підгрунтя для розроблення моделей раціонального розподілу ресурсів охорони здоров'я з метою ефективного лікування та соціальної реабілітації зазначених груп хворих в Україні.

Шифр НБУВ: Ж14678

4.Р.48. Етичний компас медичних рішень під час пандемії COVID-19 / Л. П. Петрашко, О. В. Мартинюк // Укр. соціум. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 9-25. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Актуалізовано та структуровано акцентні проблеми медичної сфери, що виникають в умовах пандемії COVID-19, в розрізі векторів відносин: глобальний світ ---- держава ---- людина, держава ---- клініка ---- суспільство, клініка ---- лікар (медперсонал), клініка ---- пацієнт, лікар (медперсонал) ---- пацієнт. Представлено еволюційний контекст процесу нормування медичних ресурсів і акцентовано ієрархічну схему процесу регламентації нормування дефіцитних ресурсів системи охорони здоров'я в кризових умовах пандемій. Обгрунтовано підходи до прийняття медичних рішень «сортування» та застосування ряду його форм залежно від різноманітних регіональних, національних, релігійних і локальних моделей формування системи етичних цінностей. Акценти зроблено на американській та європейській моделях біоетики. Розглянуто

утилітарний підхід до підготовки медичних рішень «клінічного сортування» з метою нівелювання етичних катастроф під час пандемії, що грунтується на католицькій етиці. Досліджено питання регламентованого нормування дефіцитних медичних ресурсів і «клінічного сортування» пацієнтів під час пандемії COVID-19 в Україні. Окреслено головну біоетичну дилему пандемії COVID-19. Актуалізовано критерії та моделі етичних медичних рішень справедливого розподілу дефіцитних медичних ресурсів в умовах пандемії COVID-19, що визначені в Етичних рекомендаціях щодо реагування на COVID-19 Комітету біоетики Ради Європи, Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США; в нормативних документах сфери етики медичних рішень у період пандемії COVID-19 Національних медичних асоціацій, палат, центрів біоетики Італії, Угорщини, США, Великої Британії; в керівництвах національних, релігійних і локальних інституцій підготовки медичних рішень для нівелювання етичних катастроф під час пандемії та в дослідженнях міжнародних експертів з біоетики. Визначено необхідність процесу формалізації справедливого розподілу дефіцитних ресурсів у період пандемії COVID-19 в Україні. Обгрунтовано рекомендації щодо імплементації етичних цінностей і пріоритетів їх застосування в критичних умовах дефіциту медичних ресурсів і персоналу під час пандемії COVID-19 у системі охорони здоров'я України.

Шифр НБУВ: Ж24215

4.Р.49. Использование стохастической модели для прогнозирования длительных эпидемий / П. С. Кнопов, А. В. Богданов // Проблемы упр. и информатики. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 50-57. ---- Библиогр.: 7 назв. ---- рус.

Рассмотрена стохастическая дискретная модель эпидемии, в которой уровень инфекционности зависит от продолжительности заболевания, с оценкой максимального правдоподобия для параметра, который отвечает за скорость распространения инфекции. Для более эффективного использования реальной статистики числа болных введен дополнительный параметр модели ---- вероятность распознавания заболевания. Разработана программа для автоматической оценки параметров модели с использованием прошлой статистики с последующей симуляцией развития эпидемии. Приведено сравнение результатов симуляции с существующими данными числа больных COVID-19 в Киеве посредством ручного и автоматического подбора параметров. Рассмотрены возможность и рациональность разбиения эпидемии на несколько промежутков с разными значениями параметров для описания длительных эпидемий со значительными изменениями динамики. Выполнено сравнение результатов симуляции с разным числом промежутков для описания долгосрочного развития эпидемии COVID-19 в Киеве (Украина) и Чехии, которые имеют разную динамику развития эпидемии.

Шифр НБУВ: Ж26990

4.Р.50. Комплексне визначення токсичности дезінфектанту, розробленого на основі композиції нанорозчину срібла та молочної кислоти / М. Д. Кучерук, Д. А. Засєкін, Р. О. Димко // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології: зб. наук. пр. ---- 2021. ---- **19**, вип. 2. ---- С. 433-443. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Наведено результати вивчення гострої токсичності, кумулятивної, подразної, сенсибілізувалькой, шкірно-резорбтивної дій дезінфекційного засобу, ---- композиції наночастинок срібла та молочної кислоти, ---- на організм лабораторних тварин і його впливу на органи та тканини білих мишей. Визначення середньосмертельної дози досліджуваного дезінфекційного засобу проводили за адаптованою та рекомендованою для хімічних засобів за методом Г. Кербера за спеціальною формулою. Під час дослідження кумулятивної дії проводили спостереження за дослідними та контрольними тваринами. Жодна тварина не загинула. Після закінчення досліду, евтаназії та розтину забитих мишей макроскопічних змін у внутрішніх органах не встановлено. Під час вивчення подразної дії засобу встановлено, що протягом дослідного періоду (30 діб) нанесення 0,5, 1,0 і 2,5 % розчинів не спричинило будь-яких видимих змін на поверхні шкіри та змін фізіологічних функцій дослідних тварин. За дослідження сенсибілізувальної дії встановлено, що в разі нанесення на шкіру тварин засобу у всіх досліджуваних концентраціях (100, 75 і 50 %) подразна дія не спостерігалася. Дослідження наявності сенсибілізувальних властивостей показало, що після внутрішньошкірного введення у вухо мурчаків у місці введення зміни шкіри не виявляються. Аплікації засобу у сенсибілізувальній концентрації протягом 7 діб не чинили подразної дії на шкіру мурчаків. Упродовж усього досліду шкіра була чистою, звичайного кольору. За час проведення досліджень із визначення шкірно-резорбтивної дії засобу не було виявлено ознак токсичної дії 2,5 і 5,0 % розчинів на білих мишах. Експериментально доведено, що досліджуваний дезінфекційний засіб у разі застосування його перорально в об'ємі 1 $см^3$ у 0,5 %-концентрації не спричиняє видимих патологоанатомічних змін. Встановлено, що у дослідних тварин за перорального введення 0,5 %-концентрації дезінфекційного засобу не виникали гістологічні порушення в органах і тканинах. Отже, встановлено, що досліджуваний засіб на основі композиції наночастинок срібла та молочної кислоти, згідно з класифікацією речовин за токсичністю (ГОСТ 12.1.007-76), відноситься до 4 класу токсичності та не має виражених кумулятивної, подразної, сенсибілізувальної та шкірно-резорбтивної дій.

Шифр НБУВ: Ж72631

4.Р.51. Обгрунтування дифузійної моделі впровадження інновацій та її застосування до поширення вакцинацій / В. М. Горбачук, М. С. Дунаєвський, А. А. Сирку, С.-Б. Сулейманов // Кібернетика та систем. аналіз. ---- 2022. ---- **58**, № 1. ---- С. 98-109. ---- Бібліогр.: 35 назв. ---- укр.

Вивчено передумови та припущення класичної моделі Басса (МБ) поширення інновацій з метою її застосування для моделювання актуальних стохастичних процесів, що описують пандемії. МБ довела свою універсальність і застосовність до різних середовищ. Наведено детальні математичні обгрунтування властивостей моделі на базі теорій еколюційних рівнянь і стохастичних процесів з метою її подальшого розвитку, пошуку параметрів невизначеності та спостережуваних змінних. Одержано реалістичні результати оцінювання параметрів МБ для вакцинацій в Україні та Білорусі на тижневих даних першого півріччя 2021 р. і запропоновано проведення подібних досліджень для інших держав, а також областей і районів України.

Шифр НБУВ: Ж29144

4.Р.52. Стохастичні моделі в задачах прогнозування епідеміологічної ситуації / О. В. Богданов, П. С. Кнопов // Кібернетика та систем. аналіз. ---- 2022. ---- **58**, № 1. ---- С. 70-76. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Досліджено деякі стохастичні моделі з дискретним і неперервним часом для розв'язання важливих задач прогнозування поширення епідеміологічних захворювань серед населення. Враховано різні фактори поширення епідемій та основні параметри, що впливають на оцінювання прогнозу. Проведено тестові розрахунки, які спираються на запропоновані методи.

Шифр НБУВ: Ж29144

4.Р.53. Сучасні підходи до забезпечення гігієни рук медичного персоналу в комплексі заходів профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у закладах охорони здоров'я / Е. В. Хандога, І. В. Кочін, Р. Л. Терєхов, А. О. Остапенко, В. В. Царьов // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 32-38. ---- Бібліогр.: 37 назв. ---- укр.

Гігієна рук медичного персоналу відіграє суттєву роль у профілактиці внутрішньолікарняних інфекцій у закладах охорони здоров'я, у зв'язку з чим необхідно виявити підходи, що сприятимуть належному дотриманню правил гігієни рук. Мета роботи ---- обгрунтувати необхідність забезпечення гігієни рук медичного персоналу, розглянути сучасні методи оцінки ефективності засобів для гігієни рук, пов'язані з використанням цих засобів проблеми і сучасні підходи до їх вирішення. Проведено загальний і цілеспрямований аналіз та виконано експертну оцінку результатів дослідження засобів профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у закладах охорони здоров'я. Проведено аналітичне дослідження великої кількості інформаційних джерел (більше 50) щодо сучасного підходу до різноманітних методів забезпечення гігієни рук медичного персоналу з використанням методів Content analysis і Open Source Intelligence (OSINT). У результаті дослідження виявлено потребу в подальшій розробці стратегій, що сприяють поліпшенню гігієни рук у закладах охорони здоров'я, та вдосконаленні чинних освітніх і мотиваційних програм щодо гігієни рук медичного персоналу. Висвітлено чинники, що можуть впливати на ефективність застосування антисептиків. Закцентовано увагу на небажаних реакціях, пов'язаних із використанням засобів для гігієни рук (контактний дерматит і контактна алергія), та необхідності розробки заходів, що знижують ризик розвитку цих небажаних реакцій у медичного персоналу.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.54. Фантомна модель розповсюдження вірусних об'єктів при пандемії. Ч. 3 / В. І. Скицюк, Т. Р. Клочко // Вісн. КПІ. Сер. Приладобудування. ---- 2021. ---- Вип. 61. ---- С. 101-108. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Визначено, що характер взаємодії вірусу з об'єктами при розповсюдженні у будь-якому середовищі є значною проблемою. Тому врахування особливостей такого комплексного фракційного складу потоків може надати можливість визначити характер взаємодії об'єкта, зокрема біологічного, з комплексними частинками вірусних потоків при входженні торкання. В авторських попередніх роботах розглянуто особливості розповсюдження вірусів у навколишньому просторі панданної зони об'єкта за умови єдиної фракції частинки, тобто у приповерхневому шарі. Звісно, що для більш точного розуміння характеру взаємодії вірусних потоків з об'єктами можливого зараження, необхідно аналізувати процеси торкання віріону до поверхні клітини біологічного об'єкта. Досліджені закономірності виникнення сил руху в просторі середовища надали можливість визначення геометричних параметрів поширення вірусних утворень саме поблизу поверхні об'єкту. Основною метою цього дослідження було продовження створення моделі взаємодії комплексних потоків з різними фракціями, що є переносниками вірусів як матеріальних частинок у навколишньому просторі, в частині моделювання руху та торкання поверхні об'єкта на рівні різних типів торкання залежно від стану їх взає-

модії. Розглянуто механічний рух вірусу під час торкання, а не стадій, як у біологічних процесах. Проведено моделювання характеру взаємодії комплексних потоків вірусів з об'єктами біологічного походження. Для дослідження особливостей взаємодії віріону з поверхнею клітини біологічного об'єкта необхідно розглядати потоковий комплекс частинок різних фракцій, тобто мікроструктури віріонів, які супроводжують крапельні суспензієві потоки рідин організму, та сторонні пилові частинки. Таким чином, наявна можливість виокремлення руху комплексу частинок, який вступає в торкання з поверхнею об'єкта, а також можливість вириву окремих мікрочастинок, віріонів, які можуть виходити з комплексного потоку та розповсюджуватись окремо від інших. Водночас, визначено залежності енергетичного комплексу, який утворює потік комплексних елементів-частинок різних фракцій, що може надати врахування дальності розповсюдження потоку та особливостей кінематики руху. У подальших дослідженнях фантомна модель розповсюдження потоків вірусних об'єктів у просторі потребує моделювання часових параметрів руху потоків комплексних частинок під час розповсюдження до поверхні об'єкта різного походження, зокрема біологічного.

Шифр НБУВ: Ж29126:Прилад.

4.Р.55. E-learning during the COVID-19 pandemic: a practical aspect / N. Prytulska, T. Bozhko, S. Kaminskyi // Вісн. Київ. нац. торг.-екон. ун-ту. ---- 2021. ---- № 4. ---- С. 110-117. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- англ.

В усьому світі в умовах пандемії COVID-19 e-learning набуває дедалі більшого поширення. Відповіді, як дового освіта буде функціонувати в актуальному форматі, немає. Дотого ж майбутні покоління студентів сприймають світ під іншим кутом, оскільки їх життя складається і зі стандартної, із віртуальної реальності. Тому актуальним є питання практичного аспекту організації освітнього процесу із застосуванням e-learning. Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що тема e-learning в умовах пандемії COVID-19 є назрілою як серед вітчизняних науковців, так і дослідників з іноземних вишів. Мета дослідження ---- розглянути практичні аспекти застосування e-learning в умовах пандемії COVID-19 на прикладі організації освітнього процесу в Київському національному торговельно-економічному університеті. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу методологічних аспектів електронного навчання, порівняння, узагальнення та систематизації досліджуваного матеріалу. Популярність e-learning серед сучасної молоді пояснюється гнучкістю та лоступністю цієї технології, яка в свою чергу висуває додаткові вимоги, особливо щодо наповнення контенту дисциплін та вибору інструментів їх впровадження. Розглянуто питання актуальності та доцільності переходу закладів вищої освіти на e-learning в умовах пандемії COVID-19, окреслено особливості та проблеми, що виникають при електронному навчанні, а також варіанти їх вирішення на прикладі досвіду викладачів та фахівців відділу супроводу дистанційного навчання КНТЕУ. Запропоновано виключити пасивне подання матеріалу, використовувати різноманітні активні методи роботи зі студентами, адаптований до дистанційного сприйняття контент, мултимедіатехнології, спеціальні відеоефекти, елементи анімації тощо, в тому числі в інтегрованій формі. Також стануть у нагоді методи, рекомендовані і для аудиторної роботи. Висновки: формат e-learning у сучасних умовах пандемії допомагає вишам продовжувати навчання та знаходити новий матеріал, але в той же час стало зрозумілим, що жодні технології не в змозі замінити живого спілкування учасників освітнього процесу. Такий формат відрізняється від традиційного аудиторного навчання, вимагає опанування сучасних комп'ютерних технологій й свідомого ставлення до вибору форми та значних зусиль щодо наповнення навчального контенту з боку викладача і виской самоорганізації з боку студентів, психологічної адаптації. Проте в будь-якому випадку, онлайн-форми за подібними форматами навчання стали глобальною реальністю, тому слід виявляти та аналізувати всі їх недоліки з метою запобігання у майбутньому, знаходити нові підходи до їх використання для мотивування до навчання та розвитку особистості.

Шифр НБУВ: Ж16143

4.Р.56. Medicalization of public life in a pandemic situation / M. Abysova // Вісн. Нац. авіац. ун-ту. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 24-30. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- англ.

У сучасному суспільстві розвиток медичної науки та охорони здоров'я як соціального інституту тісно зв'язаний з появою соціального феномена медикалізації. Актуальність всебічного вивчення медикалізації, що диктує сприймати людське життя як медичну проблему, людину --- як пацієнта, а її тіло та свідомість ---- як об'єкти медичного контролю й регулювання [6, с. 10], стрімко зростає в умовах пандемії. Мета роботи --- аналіз соціальних наслідків розширення медикалізації в умовах пандемії. Для реалізації даної мети необхідно вирішити такі дослідницькі завдання: ---- розкрити зміст процесу медикалізації у контексті бінарної опозиції «здоров'я/хвороба»; --- вивчити рівність доступу соціальних груп до джерел підвищення добробуту та основних механізмів інтеграції в умовах пандемії. Методологія дослідження медикалізації як соціокультурного феномену виявляється в роботах М. Фуко. Методологія включає принципи історичності, компаративності, комплементарності. М. Фуко виділяє три історичні типи політичної влади, які притаманні західному світові ---- це суверенна влада, дисциплінарна влада і біовлада. Суверенна влада, на думку М. Фуко, бере початок від Середньовіччя і тримається на владі суверена через контроль людських ресурсів і використовує при цьому законодавство і державну систему права. Дисциплінарна влада стала головним інструментом капіталізму й індустріального суспільства, з'явившись в XVII ---- XVIII ст. Робота дисциплінарної влади якісно відрізнялася від суверенної влади. Суверенна влада надавала змогу заснувати абсолютну владу, яка вимагає великих витрат, інтенсивне використання різних символів влади, її демонстрації. Біовлада, є останнім типом влади, серед тих, які націлені на управління людьми. У ході свого впровадження в європейське життя в другій половині XVIII ст., біовлада не виключає ні ті механізми, які працювали в епоху монархії, тобто теорію суверенітету і політико-юридичний дискурс, ні механіку дисциплінарної влади, яку вона, швидше, модифікує. Біовлада не тільки в хронологічному сенсі стала третьою стадією еволюції влади всередині західної цивілізації, а й третім й найглобальнішим рівнем управління людьми. Її основна відмінність, яка й надає їй глобальність, полягає в тому, що якщо суверенна влада працювала з індивідом, яка підписала контракт (передача суверенітету), дисциплінарна влада із тілом людини, то біовлада ---- із соціальним тілом, тобто з населенням, «звернена до людини як живої істоти, людини-роду». Біовлада обмежує сферу прийняття рішень індивіда, що підкоряється нав'язаним з огляду безпеки для здоров'я дій, не вступаючи у відкритий, явно видимий, конфлікт. Даний конфлікт прихований і мається на увазі як протиріччя між діяльністю підпорядкованого суб'єкта, спрямованого на власне благо і уявленнями суб'єкта влади, що стосуються допустимого обсягу цієї діяльності. У найближчому майбутньому людству належить розробити певний загальний набір правил і обмежень. Криза, викликана спалахом COVID-19, зачепила практично всі сфери життя суспільства і всі верстви населення, але особливо згубною вона виявилася для представників найбільш уразливих соціальних груп.

Шифр НБУВ: Ж70861

Див. також: 4.Р.72, 4.Р.314

Загальна патологія

Патологічна анатомія

4.Р.57. Медико-соціальне обгрунтування системи патологоанатомічної служби в нових соціально-економічних умовах: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Л. Г. Роша; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2020. ---- 40 с.: рис., табл. ---- укр.

Висвітлено проблеми удосконалення патоморфологічної діагностики захворювань в умовах реформування охорони здоров'я та розвитку закладів різних форм власності. Встановлено, що відсутні галузевий наказ і правова дефініція поняття «патологоанатомічна служба». Доведено недосконаліть ресурсного забезпечення патологоанатомічної служби, виявлено недоліки організації системи управління якістю патологоанатомічної служби України, потребу в розвитку сучасних технологій, необхідність пошуку можливостей її задоволення, залучення інвесторів на принципах державно-приватного партнерства. Досліджено думку лікарів-патологоанатомів про стан патологоанатомічної служби, напрямків її оптимізації. Вивчено організацію праці медичного персоналу патологоанатомічних відділень. Обгрунтовано й удосконалено систему управління якістю патологоанатомічного відділення. Удосконалено технології патоморфологічної діагностики захворювань. Визначено пріоритетні заходи з удосконалення патоморфологічних досліджень. Сформульовано концептуальні підходи до медико-соціального обгрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі патологоанатомічної служби України, яка забезпечує системне та комплексне вирішення проблеми якості патологоанатомічних досліджень в умовах реформування охорони здоров'я.

Шифр НБУВ: РА446141

4.Р.58. A rare interesting case of fatal air embolism after intravenous contrast during computed tomography / Y. Hasan Naved, Rugaan Asiah Salem // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 93-96. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- англ.

We are reporting a fatal case of air embolism. Although minor cases of air embolism may go unnoticed, this is a case of fatal air embolism after intravenous entry of air, which presented with sudden onset of pulseless electrical activity during a computed tomography scan in the radiology department, requiring cardiopulmonary resuscitation for 15 min. Subsequently, after admission to the intensive care unit, we achieved return of spontaneous circulation. The patient was intubated and ventilated in a shock state. He remained in refractory shock despite of supportive care. Cardiac arrest was registered again in the catheterization lab and the patient could not

be revived after 4 h from the initial cardiac arrest. A computed tomography scan was reported to reveal a significant amount of intra-cardiac air, which was the likely cause patientis death. The case is a rare condition, which highlights the importance of early diagnosis and delivers a message to the medical staff to have a high index of suspicion in patients who have risk factors, and who develop sudden shock with hypoxemia, in order to treat this potentially life-threatening condition effectively in a timely manner.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.491

Патологічна фізіологія

4.Р.59. Модель та метод інформаційної технології діагностування порушення енергетичного балансу людини: автореф. дис.... канд. техн. наук: 05.13.06 / Г. С. Доброродня; Національний аерокосмічний університет імені М. Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут». ---- Харків, 2020. ---- 19 с.: рис., табл. ---- укр.

Увагу приділено визначенню порушення енергетичного балансу людини на ранніх етапах розвитку шляхом створення моделі та методу інформаційної технології діагностування порушення енергетичного балансу. Вдосконалено метод визначення ступеня та спрямованості порушення балансу енергетичних процесів, що надає змогу оцінити збалансованість енергетичних процесів в організмі людини та сприяє прийняттю достовірних рішень лікарями-спеціалістами. Вперше розроблено комплексну математичну модель оцінювання порушення енергетичного балансу людини, що надає можливість підвищити вірогідність визначення ступеня енергетичного порушення організму людини. Вдосконалено інформаційну технологію діагностування порушення енергетичного балансу людини за рахунок використання моделі оцінювання порушення енергетичного балансу людини, методу визначення ступеня та спрямованості порушення балансу енергетичних процесів, що надає змогу автоматизувати процеси діагностування і сприяє ранньому виявленню порушення енергетичного балансу людини.

Шифр НБУВ: РА446073

4.Р.60. Мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування гемобілії (клінічний випадок) / С. В. Плем'яник, А. Д. Дембик, С. В. Верещагін, Б. Г. Бондарчук // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 77-81. ---- Бібліогр.: 5 назв. ---- укр.

Нині завдяки розвитку та впровадженню у повсякденну практику лікарів нових інструментальних методів дослідження, таких як комп'ютерна томографія з ангіографією, мультиспіральна комп'ютерна томографія, ультразвукове дослідження судин із дуплексним скануванням, целіакографія, верхня та нижня мезентерикографія тощо, збільшується кількість обстежень. Щороку інформативність зазначених методів обстеження зростає, що спричиняє збільшення частоти виявлення рідкісних судинних патологій, зокрема тих, які призводять до появи гемобілії. Методом лікування цих судинних патологій є ендоваскулярна емболізація з використанням відповідних спіралей та речовин. Представлено клінічний випадок мультидисциплінарного підходу до діагностики та ендоваскулярного лікування a. gastroduodenalis із формуванням несправжньої аневризми (40 × 20 мм) з антеградним кровотоком по a. pancreaticoduodenalis superior і a. gastroepiploica dextra дистальніше аневризми у пацієнта віком 28 років, якого ургентно було госпіталізовано до хірургічного відділення Київської обласної клінічної лікарні. Після оперативного лікування на тлі консервативної терапії загальний стан пацієнта поліпшився, а рівень гемоглобіну підвищився. Мультидисциплінарний підхід допомагає обрати правильну тактику ведення пацієнта навіть з рідкісною судинною патологією, що призвела до гемобілії. Золотим стандартом діагностики гемобілії є ангіографія, а лікування ---- ендоваскулярна емболізація, що може бути альтернативою відкритому оперативному втручанню, мінімізує ризик післяопераційних ускладнень і зменшує період реабілітації. У разі неможливості використання зазначеної методики або її неефективності подальше лікування є хірургічним.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.61. Патогенетичні механізми формування, особливості перебігу та оптимізація діагностики і лікування алергічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.10 / Г. А. Гайдучик; Національна академія медичних наук України, Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової. ---- Київ, 2020. ---- 35 с.: рис., табл. ---- укр.

Розкрито можливості удосконаленню діагностики та лікування алергічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку на підставі вивчення клінічних та морфо-функціональних особливостей їх перебігу залежно від патогенетичних механізмів формування алергічного запалення. Встановлено ранній дебют алергічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей ---- протягом перших трьох місяців життя, який часто супроводжується ураженням шкіри (58,7 %) з переважанням у клінічній картині діарейного синдрому (63,9 %) з домішкою великої кількості склоподібного слизу та/або крові (29,5 %), зригувань та блювоти (40,3 %), кишкових кольок (53,2 %) та ускладнюється залізодефіцитною анемією (43,2 %) і гіпотрофією (33,4 %). Уточнено ендоскопічні, морфологічні та імуногістохімічні характеристики алергічного запалення травного тракту у дітей з харчовою алергією. На підставі результатів елімінаційно-провокаційної проби встановлено основні харчові алергени, які індукують розвиток алергічного запалення травного тракту у дітей перших трьох років життя: білки коров'ячого молока (84,1 %), яйце (42,5 %), пшениця (14,6 %), соя (2,9 %). За результатами аналізу жирно-кислотного спектру крові визначено метаболомні індекси, які відображають прозапальну спрямованість ліпідного спектру крові з переважанням продукції прозапальних цитокінів: активацію процесів ліпогенезу при IgE-залежному типі реакцій на харчові білки та підвищення біодоступності арахідонової кислоти та її прозапальних метаболітів (ейкозаноїдів) при клітинно-опосередкованому. Доведено роль ліпідних медіаторів (цистеїнілових лейкотрієнів 4-ї серії) у патогенезі білок-індукованого алергічного запалення шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку. Розроблено алгоритм ранньої діагностики алергічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку залежної від характеру вигодовування. Науково обгрунтовано диференційований підхід до лікувально-профілактичних заходів у дітей раннього віку з алергічним ураженням травного тракту з розробкою індивідуалізованих схем лікування із застосуванням в якості супровідної терапії омега-3ПНЖК, Lactobacillus rhamnosus GG або їх ферментативних лізатів у поєднанні з фармакотерапією (монтелукаст) та доведено їх високу ефективність.

Шифр НБУВ: РА446155

4.Р.62. Фактор фон Віллебранда: структура, властивості й роль у процесі гемостазу / Н. Шурко // Вісн. Львів. ун-ту. Сер. біол. ---- 2020. ---- Вип. 83. ---- С. 3-13. ---- Бібліогр.: 48 назв. ---- укр.

Зроблено огляд наукових публікацій, присвячених дослідженню будови, функції та біологічної ролі фактора фон Віллебранда (vWF). Доволі часто vWF розглядали як основний чинник розвитку порушень системи гемостазу, а саме хвороби фон Віллебранда, що спричиняє розвиток кровотеч. З іншого боку, він може стати причиною тромботичних ускладнень, що зумовлені функціональною здатністю фактора стимулювати адгезію тромбоцитів. Мета даного огляду ---- провести детальний аналіз будови фактора, його ролі у процесі гемостазу, щоб з'ясувати межу між цими двома взаємопротилежними процесами. Фактор фон Віллебранда ---- гемостатичний, мультимерний глікопротеїн, один із ключових компонентів системи гемостазу, що бере активну участь у запуску механізмів адгезії тромбоцитів у місці ураження ендотелію судин. З іншого боку, важливою функцією vWF є його кофакторна активність щодо фактора VIII (FVIII) зсідання крові, що полягає у стабілізації його активності, сприяючи активації тромбіном і запобігаючи розщепленню молекули протеїназами плазми крові. Ген vWF людини локалізований на короткому плечі 12-ї хромосоми, містить 52 екзони й охоплює приблизно 180 кб. Синтез vWF відбувається у клітинах ендотелію та мегакаріоцитах кісткового мозку. Депонується фактор у тільцях Вейбеля ---- Паладе ендотеліальних клітин і α-гранулах тромбоцитів. Первинний препропептид складається з 2813 амінокислотних залишків, а зріла субодиниця ---- з 2050 амінокислотних залишків. Молекулярна маса vWF становить 220 кДа. У плазмі крові vWF циркулює як мультимерний білок із молекулярною масою від 400 до 20 000 кДа. Синтезована молекула має таку доменну структуру: D1-D2-D'-D3-A1-A2-A3-D4-C1-C2-C3-C4-C5-C6-CK. Домени відповідають за зв'язування різних білків, зокрема: FVIII, фібрину, колагену, гепарину, системи комплементу тощо. Хвороба Віллебранда (vDW) є одним із найпоширеніших аутосомних захворювань системи гемостазу (від 0,6 до 2,0 % населення), а причиною її виникнення є генетичний дефіцит кількісної або якісної аномальної мультимерної будови молекули vWF. Розрізняють три типи цього захворювання. Доволі часто у таких хворих спостерігається і зниження активності FVIII як непрямий наслідок змін vWF. Основний принцип лікування vDW базується на нормалізації рівня vWF і/або FVIII шляхом збільшення рівня ендогенного vWF під дією десмопресину або введенням безпосередньо концентратів фактора. На відміну від спадкової vWD, набутий синдром хвороби фон Віллебранда є рідкісним розладом системи зсідання крові (частотою виникнення від 0,04 до 0,13 %), асоційований із різними основними захворюваннями. На сьогоднішній час значна кількість досліджень присвячена взаємозв'язку між vWF і тромботичними ускладненнями, що зумовлено функціональною здатністю фактора стимулювати адгезію тромбоцитів. Зокрема, є відомості про такі ускладнення під час пневмонії, спричиненої Streptococcus pneumoniae; COVID-19; істинної поліцитемії; хронічних захворювань нирок тощо.

Шифр НБУВ: Ж28852/6.

4.Р.63. Физиология обмена магния и применение магнезии в интенсивной терапии (литературный обзор с результатами собственных наблюдений, ч. 1) / С. В. Курсов, В. В. Никонов, А. В. Белецкий, О. И. Федец, В. А. Хоменко // Медицина

невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 56-67. ---- Библиогр.: 70 назв. ---- рус.

В первой части обзора представлены данные о содержании магния в органах и тканях организма человека, описана роль магния в реализации множественных функций, особенности поступления и выведения его из организма. Значительная часть обзора посвящена методам определения концентрации магния в биологических жидкостях организма человека. Представлены преимущества, недостатки и ограничения применения различных методов. Наиболее распространенными методами изучения концентрации магния в биологических жидкостях организма, которые используются в клинической медицине, во всем мире остаются фотометрические методы с использованием красителей. Роль в организме фракции ионизированного магния, содержание которого определяется электрохимически, до сих пор остается неопределенной. Исследования содержания магния в клетках чрезвычайно сложны и трудоемки. Клетки разных органов и тканей содержат в норме очень разное количество магния. Не представляется возможным судить о наличии дефицита магния в организме по его концентрации в плазме или сыворотке крови. Для выявления снижения содержания магния в тканях применяются тесты с магниевой нагрузкой и последующим наблюдением за темпом выведения его из организма. Причины развития гипомагниемии чрезвычайно многочисленны. Главные среди них: любой тяжелый стресс, ограничение поступления магния в организм, увеличение его потерь через желудочно-кишечный тракт и через почки при различных патологических состояниях. Формированию гипомагниемии способствует терапия многочисленными медикаментами, которые очень широко используются в клинической практике, и особенно в практике интенсивной терапии. Исследования, посвященные изучению распределения магния в организме после его внутривенного введения, показали, что, несмотря на большие размеры гидратированных ионов магния, они не только могут парадоксально быстро распространяться в объеме внеклеточного водного пространства, но и, скорее всего, способны быстро проникать через клеточные мембраны, распространяясь во внутриклеточном водном компартменте.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.64. Iatrogenic depression: the case of Frederic Chopin / V. I. Berezutskyi, M. S. Berezutska // Укр. неврол. журн. ---- 2021. ---- № 3/4. ---- С. 61-71. ---- Бібліогр.: 40 назв. ---- англ.

Психологічні розлади, спричинені недоречними словами лікаря, трапляються не рідше, ніж побічні ефекти лікарських препаратів. Ятрогенні депресії як наслідок етичних і психологічних помилок лікарів були, є і будуть завжди. Зменшити їх частоту можна лише шляхом вдосконалення підготовки лікарів у галузі медичної етики та психології. Аналіз клінічного випадку, який грунтується на історії хвороби відомої людини, є ефективним педагогічним інструментом у даних дисциплінах. Мета дослідження ---- проаналізувати клінічний випадок відомого польського композитора Фредеріка Шопена. Порівняльний аналіз об'єктивних дій лікарів і суб'єктивних оцінок їх дій пацієнтом проведено на підставі листів Фредеріка Шопена і Жорж Санд, а також праць найавторитетніших біографів композитора. Такий підхід надає змогу побачити лікарів очима пацієнта. Восени 1838 р. у Шопена під під час його відпочинку разом із Жорж Санд на Майорці місцеві лікарі діагностували туберкульоз легень. Під час консиліуму лікарі припустилися серйозної етичної помилки. Вони проігнорували фтизіофобію пацієнта і повідомили йому про діагноз і несприятливий прогноз у досить цинічній манері. Шопен писав: «Один (лікар) сказав, що я вже помер, другий ---- що я помираю, третій ---- що я помру». Шопен сприйняв діагноз туберкульозу як «смертний вирок», в результаті чого у нього розвинулась ятрогенна депресія. Всі попередні та подальші лікарі Шопена використовували мудрішу тактику: вони призначали відповідне туберкульозу легень лікування, однак діагноз при цьому не озвучували. Аналіз історії хвороби Шопена показав ефективність цієї тактики: незважаючи на неухильно прогресуючий перебіг захворювання, Шопен прожив ще 10 років після майоркського епізоду. Випадок Шопена демонструє типові етичні та психологічні проблеми лікарів під час інформування пацієнта про небезпечний діагноз з несприятливим прогнозом, а також тактику створення доброзичливих стосунків між лікарем і пацієнтом.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.65. Von Willebrand's disease mimicking postoperative bleeding after tibial nailing for tibial shaft fracture / Kadri Yildiz // Біль. Суглоби. Хребет. ---- 2021. ---- **11**, № 3. ---- С. 126-130. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- англ.

Von Willebrand's disease (VWD), or von Willebrand's syndrome, is a bleeding syndrome characterized by low plasma levels of von Willebrand factor (VWF). VWD is the most common inherited human bleeding disorder. Partial quantitative deficiency of serum VWF is responsible for the majority of VWD cases. The effect of VWF deficiency on orthopedic operations is not well documented in the current literature. VWD may cause persistent bleeding during the operative and postoperative periods. In the majority of cases, VWD occurs as a single episode, but frequent relapses with chronicity can be seen in a small number of cases. We reported a case of a 22-year-old man with VWD operated with intramedullary nailing due to tibial shaft fracture. The patient had no previous history of surgery, and was unaware of his VWD. The purpose of this study is to report a rare complication of an orthopedic surgical procedure with postsurgical bleeding mimicking tibialis anterior arterial perforation. Orthopedic surgeons must be alert to the possibility of VWD due to postsurgical difficulties and persistent bleedng.

Шифр НБУВ: Ж100581

Див. також: 4.Р.145, 4.Р.167, 4.Р.269, 4.Р.271, 4.Р.427

Медична мікробіологія та паразитологія

4.Р.66. Макро— и микроокружение, его влияние на здоровье человека / В. Е. Казмирчук, В. Ф. Орлик // Лікар. справа.---- 2020.---- № 3/4.---- С. 9-13. ---- Библиогр.: 7 назв. ---- рус.

В настоящее время повысился интерес к влиянию кишечной микрофлоры на здоровье и болезни человека. Хорошо переваренная пища благоприятно влияет не только на жизнедеятельность необходимой микрофлоры, но и является строительным материалом для иммунной системы человека. Немаловажное значение для здоровья человека имеет макроокружение, представление о котором гораздо сложнее, чем было ранее принятым. При лечении одного из членов семьи необходимо обследовать всех ее членов для установления наличия источника инфекции, без устранения которого достичь эффективного лечения не представляется возможным. Гормоны, цитостатики, химиотерапия при сохраняющемся патогенетическом факторе не могут устранить патологический процесс. Следует стремиться к выяснению причин и факторов, послуживших срыву иммунного ответа и запуску патологического процесса в организме. С позиции современной иммунологии, а также теории микро- и макроокружения возможно достичь здорового долголетия.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.67. Маркетинговий аналіз протигрипозних вакцин в Україні / В. С. Злагода, Т. І. Івко, Т. А. Германюк, Л. О. Бобрицька // Вісн. фармації. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 59-62. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- маркетинговий аналіз зареєстрованих в Україні вакцин. Матеріалом дослідження стали дані Державного реєстру лікарських засобів України за 2020 р., інформація щодо підсумків епідемічного сезону з грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, задекларовані оптово-відпускні ціни на вакцини в Україні станом на грудень 2020 р. Проведено частотний і описовий аналізи. У результаті аналізу АТС-класифікації вакцин та їх присутності на фармацевтичному ринку України виявлено наявність групи J07B B ---- вірусні вакцини проти грипу. Частотний аналіз надав можливість з'ясувати, що 2020 р. було закуплено 665 000 доз вакцин 4 торгових назв (ТН). Усі вони іноземного виробництва, зокрема Франції, Нідерландів, Великобританії, Кореї. Серед закуплених вакцин 75 % складають вакцини французького виробництва. Визначено, що вартість 1 дози вакцини коливається від 185,00 до 249,69 грн. З'ясовано, що за досліджуваний період (2016----2020 рр.) кількість закуплених доз вакцин зросла у 190 раз, а вакцинація населення ---- на 123 %, тобто з 106 683 до 238 079 осіб. У результаті проведеного дослідження з'ясовано, що на фармацевтичному ринку України в епідемічний сезон 2020----2021 рр. було представлено вакцини від грипу лише іноземного виробництва. Вартість 1 дози протигрипозних вакцин коливалась від 185,00 до 249,69 грн.

Шифр НБУВ: Ж14678

4.Р.68. Принятие решений при моделировании динамики инфекционного заболевания с учетом диффузионных возмущений и сосредоточенных воздействий / С. В. Барановский, А. Я. Бомба, С. И. Ляшко // Проблемы упр. и информатики.---- 2021.---- № 3.---- С. 115-129.---- Библиогр.: 34 назв. ---- рус.

Для исследования закономерностей реагирования иммунной системы на обнаруженные в организме вирусы разработан достаточно разнообразный спектр моделей. Известная простейшая модель Марчука инфекционного заболевания, которая описывает наиболее общие механизмы иммунной защиты, построена в предположении, что среда «организма», в которой все компоненты процесса мгновенно перемешиваются, является однородной. Обобщена математическая модель Марчука инфекционного заболевания для учета диффузионных возмущений и разного рода сосредоточенных воздействий. Соответствующую сингулярно возмущенную модельную задачу с запаздыванием сведено к последовательности задач без запаздывания, для которых получены соответствующие асимптотические разложения решений. Приведены результаты численных экспериментов, которые иллюстрируют влияние пространственно-распределенных диффузионных «пере-

распределений» на характер протекания вирусного заболевания в условиях наличия сосредоточенных источников антигенов и донорских антител. Продемонстрировано модельное снижение максимального уровня количества антигенов в эпицентре заражения вследствие их диффузионного «размывания» в процессе развития инфекционного заболевания. Подчеркнуто, что даже в случае, когда начальная концентрация или интенсивность импульсного источника вирусных агентов в определенной части очага заражения будет превышать некоторое критическое значение (иммунологический барьер), за счет диффузионного «перераспределения» за определенный небольшой промежуток времени сверхкритическая концентрация вирусных частиц может снизиться до уже меньшего за критический уровень значения и дальнейшее уничтожение антигенов может обеспечиваться имеющимся уровнем антител и более экономной процедурой введения инъекционного раствора с донорскими антителами. Иными словами, в рамках данной модели «остроту» протекания вирусного заболевания в таких случаях можно снизить более рационально, с меньшими затратами.

Шифр НБУВ: Ж26990

Див. також: 4.Р.480

Фармакологія. Фармація. Токсикологія

Фармакологія

4.Р.69. Дослідження думок фахівців охорони здоров'я щодо ролі та функцій фармацевтичних працівників у сучасній системі надання паліативної допомоги дітям / І. В. Кубарєва, М. С. Бекетова, О. Д. Благун // Соц. фармація в охороні здоров'я. ---- 2021. ---- **7**, № 3. ---- С. 12-20. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- вивчення думок фахівців охорони здоров'я щодо ролі та функцій фармацевтичних працівників у сучасній системі надання паліативної допомоги дітям і визначення найбільш значущих і перспективних напрямів партнерства фармацевта з іншими надавачами паліативних послуг. Використано соціологічний, статистичний, кількісні експертно-аналітичні методи. Термін проведення дослідження ---- 2018---2020 рр. За результатами загального аналізу думок експертів ---- працівників спеціалізованих закладів охорони здоров'я ---- визначено середній рівень узгодженості щодо ролі та функцій фармацевтичних фахівців під час надання паліативних послуг. Визначено напрямки співпраці фахівців фармації з іншими фахівцями охорони здоров'я в контексті провадження паліативних послуг. Як перспективні напрями партнерства визначено: забезпечення доступності лікарських засобів, спеціального харчування, медичних виробів; управління потенційними та фактичними проблемами фармакотерапії; інформування медичних фахівців, пацієнтів/піклувальників щодо питань раціонального використання лікарських засобів тощо. Фахівці охорони здоров'я у сфері паліативних послуг, що представили експертну групу, зазначили доцільність і необхідність участі фармацевтичних фахівців у роботі мультидисциплінарної команди паліативної допомоги та акцентували увагу на важливості організації безперешкодного надання фармацевтичної допомоги паліативним пацієнтам дитячого віку.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.70. Застосування полімерних наночастинок для адресної доставки лікарських засобів: монографія / М. М. Корда, О. О. Шевчук, Я. В. Панасюк, І. І. Худан-Цілько. ---- Тернопіль: ТНМУ: Укрмедкнига, 2021. ---- 215 с.: рис., табл. ---- Бібліогр.: с. 189-215. ---- укр.

Патогенетично обгрунтовано й експериментально підтверджено доцільність застосування хітозанових наночастинок з інкорпорованими лікарськими засобами та речовинами з антиоксидним і метаболотропним впливом для корекції біохімічних і морфологічних змін, що супроводжують патологічні процеси, які зумовлені розвитком системного запалення, оксидативного та нітрооксидативного стресу, змінами біохімічних показників і дисбалансом цитокінового профілю. Проведено порівняльне дослідження ефективності полімерних наночастинок лікарських засобів та їх типових форм.

Шифр НБУВ: ВА852996

4.Р.71. Метод ідентифікації математичних моделей у двофакторних фармацевтичних дослідженнях / О. В. Кутова, Р. В. Сагайдак-Нікітюк, І. В. Ковалевська // Соц. фармація в охороні здоров'я. ---- 2021. ---- **7**, № 3. ---- С. 3-11. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- визначення оптимального алгоритму обробки експериментальних даних із використанням мінімальної кількості дослідів за планом 2^2 для установлення адекватного математичного опису досліджень на технологічному етапі. Матеріали та методи дослідження: картопляний крохмаль (кількісний фактор x1) і розчин мікрокристалічної целюлози (кількісний фактор x2). Вміст допоміжних речовин має складати 54 % мас. від загальної маси. Виходячи з апріорних даних вміст картопляного крохмалю x1 має знаходиться в інтервалі 45---50 % від загальної кількості ($45 \le x1 \ge 50$), а x2 характеризує водний розчин мікрокристалічної целюлози з концентрацією в межах від 2 до 5 % ($2 \le x2 \ge 5$). Для визначення коефіцієнтів рівнянь регресії застосовувався метод найменших квадратів; комп'ютерне середовище Mathcad (MathSoft Ins., USA). Для скорочення кількості рішень і прийняття правильного рішення необхідно мати досить надійну вихідну інформацію та вводити відповідні обмеження, спираючись на апріорні дані та практичний досвід дослідника. Проведені дослідження показали, що для ідентифікації математичних моделей доцільні продуктивний аналіз підсумкових ефектів взаємодії чинників, а також інтерпретація цієї взаємодії на підставі розгляду залежностей цільових функцій від кожного фактора за умови фіксації змінних на мінімальному та максимальному рівнях варіювання.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.72. Проблемні питання клінічних випробувань лікарських засобів за умов пандемії COVID-19: (огляд) / Т. А. Бухтіарова // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 3. ---- С. 147-157. ---- Бібліогр.: 46 назв. ---- укр.

В огляді узагальнено основні проблемні питання, що виникли за проведення клінічних випробувань лікарських засобів в умовах пандемії COVID-19, коли системи охорони здоров'я функціонували в режимі форс-мажору та дефіциту ресурсів (людських і фінансових). У такій ситуації виникли складнощі з проєктуванням випробувань щодо оцінки ефективності та безпеки лікарських засобів для профілактики та лікування COVID-19, з процедурою набору та утримання досліджуваних, додержанням безпеки досліджуваних і медичного персоналу, дотриманням протоколів випробувань, збереженням конфіденційності й цілісності даних, додержанням етичних принципів за проведення випробувань і т. ін. Відзначено, що переважну більшість клінічних випробувань, особливо на початку пандемії, було зареєстровано та проведено з сумнівною методологічною якістю. Проаналізовано основні стратегії швидкого впровадження в практику лікарських засобів для профілактики та лікування нової коронавірусної хвороби, а саме: випробування відомих ліків за новим призначенням; проведення координованих клінічних випробувань з метою їх масштабування, прискорення набору досліджуваних, підвищення надійності доказової бази; розробка збалансованої системи обміну інформацією та спільного використання даних, одержаних окремими учасниками досліджень; запровадження тимчасових альтернатив зовнішньому моніторингу, включно з використанням електронних засобів зв'язку; швидке розповсюдження даних досліджень і розробок на основних серверах препринтів, таких як medRxiv і bioRxiv; перебудова роботи контрольно-дозвільних структур шляхом застосування процедур швидкого схвалення та впровадження в медичну практику нового лікування, пришвидшення експертиз і прийняття регуляторних рішень без зниження вимог до ефективності та безпеки.

Шифр НБУВ: Ж100063

Окремі групи лікарських речовин, засобів і препаратів

4.Р.73. Аналіз фармацевтичного забезпечення лікарськими засобами, які застосовуються в терапії інсектної алергії, та підходи щодо розробки нових лікарських засобів у формі гелю для місцевого лікування / Т. В. Попова, А. С. Немченко, Г. П. Кухтенко, В. І. Міщенко // Соц. фармація в охороні здоров'я. ---- 2021. ---- **7**, № 3. ---- С. 53-63. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- аналіз асортименту лікарських засобів (ЛЗ), що застосовуються для місцевого лікування інсектної алергії (ІА), та підходів щодо розробки нових вітчизняних ЛЗ у формі гелю для її лікування. Матеріали та методи дослідження: наукові публікації вітчизняних та іноземних авторів, дані з офіційних сайтів із профільної тематики, МКХ-10, матеріали Державного реєстру ЛЗ України, Компендіум, Протокол надання медичної допомоги при ІА; використано методи системного аналізу, порівняння, графічного, аналітичного та контент-аналізу. Досліджено схему лікування ІА залежно від тяжкості форми (легка, середньотяжка, тяжка, анафілактичний шок), що наведена у Протоколі надання медичної допомоги за ІА (наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 432). Лікування ІА здійснюється ЛЗ підгрупи D04A A ---- Антигістамінні засоби для місцевого застосування, яка налічує всього 5 ЛЗ (з урахуванням форм випуску), 80 % яких іноземного виробництва, 60 % виробляються у формі гелю. Це дуже мало, оскільки існує питання місцевої терапії наслідків укусів комах у дітей, бо постійне розчісування місць укусів є загрозою інфікування ран і затримки їх загоєння. Доведено доцільність розробки нових, доступних, у порівнянні з іноземними, вітчизняних ЛЗ для місцевої терапії проявів алергічних реакцій на укуси або ужалення комах на прикладі запропонованої фармацевтичної композиції у формі гелю, яку можна застосовувати для лікування ІА у дітей.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.74. Визначення термодинамічних параметрів морфоліній 2-(5-(піридиніл)-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетату та його домішок в умовах оберненофазової хроматографії / Б. О. Варинський // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 371-377. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Цель работы ---- установление зависимости коэффициента емкости от температуры для 5-(пиридинил)-2,4-дигидро-3Н-1,2,4-триазол-3-тион, морфолиний 2-(5-(пиридин-4-ил)-1,2,4-триазол-3-илтио)ацетата и расчет энтальпии переноса указанных веществ из подвижной фазы в стационарную. Высокоэффективная жидкостно-хроматографическая система Agilent 1260 Infinity. Субстанции 5-(пиридинил)-2,4-дигидро-3Н-1,2,4-триазол-3-тион, морфолиний 2-(5-(пиридинил)-1,2,4-триазол-3-илтио)ацетата. Колонка Zorbax SB-C18; 30 мм ---- 4,6 мм; 1,8 мкм. Температура колонки ---- 40 °С. Подвижная фаза состояла из воды (0,1 % HCOOH) и ацетонитрила (0,1 % HCOOH) (95: 5). Определили значение времени удержания для веществ при температурах от 30 до 70 °С и использовали для расчета коэффициентов емкости k. По методу наименьших квадратов рассчитали уравнение линейной зависимости lnk от 1/T. По уравнению Вант-Гоффа рассчитаны энтальпии переноса веществ. Выводы: установлены стандартные энтальпии переноса аналитов из подвижной фазы в стационарную для 5-(пиридинил)-2,4-дигидро-3Н-1,2,4-триазол-3-тиона, морфолиний 2-(5-(пиридинил)-1,2,4-триазол-3-илтио)ацетата. Отмечено, что исследуемые соединения имеют отрицательные значения энтальпии переноса. Это показывает преимущественный переход веществ из мобильной фазы в неподвижную.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.75. Вплив ізоелектричної точки желатини на її адсорбцію на поверхні нанокремнезему / Є. П. Воронін, Л. П. Головкова, Л. В. Носач, С. Л. Лось // Хімія, фізика та технологія поверхні. ---- 2021. ---- **12**, № 3. ---- С. 175-183. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- укр.

Спільними зусиллями хіміків, медиків і технологів проводяться дослідження зі створення на основі нанорозмірного кремнезему нових лікарських форм медичних сорбентів і комплексних препаратів, які проявляють не тільки детоксикаційну дію, а й мають антибактеріальні, ранозагоювальні, кровоспинні та інші важливі властивості. Одним з етапів таких досліджень є розробка нормативної документації. Для контролю якості сорбента найчастіше використовують метод точкових вимірювань, відповідно до якого визначають величину адсорбції речовини-маркера в одній точці адсорбційної кривої. Придатність сорбентів на основі нанокремнезему до застосування визначається значенням адсорбційної ємності щодо желатини медичної. Інших вимог до процесу тестової адсорбції желатини сорбентом не наводиться, хоча відомо, що адсорбція білків залежить від pH розчину. Її максимальне значення досягається за значення pH, що відповідає ізоелектричній точці (pi) білка. Кожен білок можна характеризувати власною ізоелектричної точкою. Вітчизняні та зарубіжні стандарти наводять лише значення «pH водних розчинів» желатини і не містять показника «ізоелектрична точка». Мета роботи ---- вивчення впливу ізоелектричної точки желатини на її адсорбцію на поверхні нанокремнезему за різних pH для оцінки придатності умов визначення адсорбційної активності медичних сорбентів на основі нанокремнезему. Досліджено адсорбцію трьох зразків желатини: А ---- харчової (pI = 4,3 ---- 4,8); Б ---- із каталогу «Merck» (pI = 4,3 ---- 4,8) і В ---- із каталогу «Fluka» (pI = 7,5 ---- 7,7) на поверхні нанокремнезему в діапазоні pH від 3 до 8. Показано, що для зразків А і Б залежність має максимум за pH ~ 4,5 ---- 5; а для зразка В адсорбція монотонно зростає зі збільшенням pH. Відзначено, що за pH ~ 5 величини адсорбції для всіх зразків желатини виявилися приблизно рівними. Проведено порівняння адсорбційної активності нанокремнезему щодо білків, визначеної з ізотерм і за методом точкових вимірювань. Встановлено, що величина адсорбції желатини А на кремнеземі за $C_{поч}$ = 700 мг/100 мл дорівнює значенню $A_{сер}$, визначеному з ізотерм Ленгмюра. Це підтверджує придатність для даної системи методу точкових вимірювань для характеризації фармакологічної активності сорбентів на основі нанокремнезему.

Шифр НБУВ: Ж100480

4.Р.76. Ефективність застосування препарату Алфлутоп у вертеброневрології / М. М. Орос, О. О. Семеренко, А. О. Павлик, Х. М. Саламова, Н. М. Кампов, Л. Л. Сичевська, Т. Д. Юсипович // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 26-30. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Алфлутоп ---- стандартизований стерильний екстракт із морських риб, за складом схожий на матрикс гіалінового хряща, виготовляється компанією Biotehnos S.A. (Румунія). Актуальним залишається питання ефективності застосування Алфлутопу.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.77. Ліксарит — клініко-фармацевтичні аспекти ефективності й безпеки генеричного препарату флекаїніду ацетату / Н. В. Бездетко // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 4. ---- С. 21-25. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- укр.

Розкрито тему використання антиаритмічного препарату флекаїніду. Наведено результати порівняння біоеквівалентності генеричного препарату флекаїніду ацетату ліксарит (флекаїніду ацетат, таблетки по 100 мг, Laboratorios Normon SA, Іспанія) і референтного препарату флекаїніду ацетату апокард (Health Care Ltd, Велика Британія, таблетки по 100 мг).

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.78. Отримання метаболітних комплексів пробіотичних мікроорганізмів із вираженими антибактеріальними властивостями / О. Ю. Ісаєнко, О. В. Коцар, Т. М. Рижкова, Г. І. Дюкарева // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 120-125. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- за новим авторським способом одержати метаболітні комплекси з вираженими антибактеріальними властивостями та обрунтувати перспективність їх застосування для конструювання протимікробних поліфункціональних препаратів. Метаболітні комплекси Lactobacillus rhamnosus GG, Lactobacillus plantarum, Saccharomyces boulardii, Enterococcus faecium одержували культивуванням продуцентів в ультразвукових дезінтегратах інших пробіотичних мікроорганізмів. Визначення до них чутливості антибіотикорезистентних штамів Escherichia coli PR і Staphylococcus haemolyticus PR здійснювали за допомогою якісного методу. Суспензію тест-культур (оптична щільність 1,0 од. за шкалою McFarland) після інкубування з метаболітами (2, 24 і 48 год. за температури 37 °С) висівали на агар Мюллера ---- Хінтона. Відсутність росту свідчила про антибактеріальну активність метаболітного комплексу щодо мікроорганізму. Культивування S. boulardii в дезінтегратах S. boulardii/L. rhamnosus/L. plantarum/E. faecium, L. plantarum у дезінтегратах L. rhamnosus/E. faecium, а L. rhamnosus у дезінтегратах L. plantarum супроводжувалося наростанням біомаси обраних мікроорганізмів ($p \le 0,03$) і продукуванням метаболітів. Разом з однаковим збільшенням клітин S. boulardii в дезінтегратах S. boulardii/L. rhamnosus/L. plantarum/E. faecium більшою активністю щодо пригнічення життєдіяльності E. coli PR і S. haemolyticus PR характеризувалися продукти життєдіяльності, одержані в дезінтегратах лактобактерій та ентерококів. Підвищення рівня антибактеріальної активності свідчить про перевагу нового способу. Поліпшення полягає також у розширенні спектра метаболітних комплексів завдяки культивуванню продуцентів у дезінтегратах інших пробіотиків для одержання оригінальних біологічно активних речовин із високими антибактеріальними властивостями щодо збудників захворювань. До переваг належить і виключення багатоетапності процедури щодо окремого одержання дезінтеграту одного пробіотичного мікроорганізму та продуктів життєдіяльності іншого завдяки об'єднанню різних етапів у єдиний процес. Дезінтеграти як живильні середовища можна використовувати не тільки для власних продуцентів, але і для інших штамів/видів і різних пробіотичних мікроорганізмів (грибів і бактерій). Встановили підвищення антибактеріальних властивостей метаболітних комплексів новим способом одержання. Доведено перспективність конструювання на їх основі протимікробних поліфункціональних препаратів.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.79. Розробка та стандартизація фіксованих комбінованих нейрометаболітотропних церебропротекторів на основі комбінацій похідних 1,2,4-триазолу з аліфатичними трансмітерними амінокислотами: автореф. дис.... д-ра фармацевт. наук: 15.00.03 / О. В. Хромильова; Національний фармацевтичний університет. ---- Харків, 2021. ---- 43 с.: рис., табл. ---- укр.

Дисертаційну роботу присвячено вирішенню наукової проблеми, що полягає у розробці складу, технології, методик стандартизації та дослідженні фармакологічних властивостей нових комбінованих засобів для лікування судинних захворювань головного мозку з фіксованим вмістом тіотриазоліну й аліфатичних нейротрансмітерних амінокислот ---- L-аргініну, гліцину та ГАМК. Розроблено склад, технологію, технологічні схеми одержання нових комбінованих таблеток під умовними назвами аргітрил, гліцитрил і тіогамк. На одержані таблетки розроблено методики стандартизації діючих речовин у модельних сумішах, таблеткових масах. Розроблено та валідовано методики визначення діючих речовин за методом ВЕРХ, специфікації та проєкти МКЯ на одержані комбіновані таблетки. Досліджено стабільність таблеток аргітрил, ліцитрил і тіогамк у процесі зберігання та встановлено термін і умови їх придатності ---- 2 роки за відповідних умов. Проведено дослідження фармакологічної активності розроблених лікарських засобів. Аргітрил, гліцитрил, тіогамк достовірно перевершують референс-препарати за впливом на досліджувані показники.

Шифр НБУВ: РА449172

4.Р.80. Сорбція холестерину на вуглецевих сорбційних матеріалах / Н. В. Сич, Л. Й. Котинська, М. М. Циба, В. М. Вікарчук // Хімія, фізика та технологія поверхні. ---- 2021. ---- **12**, № 3. ---- С. 168-174. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Як альтернативу засобам зниження рівня загального холестерину та холестерину ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) розглянуто можливість використання вуглецевих адсорбентів. Із медичної точки зору, видалення холестерину за допомогою ентеросорбентів є надзвичайно ефективним. Зв'язуючи холестерин, сорбенти зменшують ризик розвитку серцево-судинної патології. Здійснено пошук нових сировинних джерел і створення ентеросорбентів із високою здатністю поглинати холестерин. Мета роботи ---- розробити адсорбенти з відпрацьованого кавового залишку

з великою часткою мезопор, визначити параметри поруватої структури та дослідити їх адсорбційну здатність щодо поглинання холестерину. Традиційним способом карбонізації-активації відпрацьованої кавової гущі та гущі, попередньо обробленої гексаном, для видалення жирних кислот, одержано зразки активованого вугілля з великою часткою мезопор (399 і 465 $м^2/г$). За допомогою спектрофотометричного методу досліджено сорбцію холестерину зі спиртових розчинів і доведено її ефективність для профілактики та лікування атеросклерозу. Показано, що найкращу сорбційну здатність має зразок активованого вугілля з використаного кавового залишку, попередньо обробленого гексаном (максимальне значення сягає 7,5 мг/г). Проміжне положення займає зразок, одержаний без попередньої обробки розчинником (максимальне значення сягає 6,3 мг/г). Найслабші поглинальні характеристики має вугілля Natural Brand (максимальне значення сягає 5,3 мг/г). Констатовано, що адсорбція холестерину зростає відповідно зростанню питомої поверхні мезопор. За допомогою одержаних ізотерм сорбції проведено розрахунки параметрів процесів адсорбції. Ізотерми адсорбції розраховано за допомогою рівняння Ленгмюра та Фрейндліха. Показано, що величини максимальної адсорбції, розраховані за допомогою рівняння Ленгмюра, добре узгоджуються з експериментальними даними.

Шифр НБУВ: Ж100480

4.Р.81. Щодо стандартизації гліцину та тіотріазоліну в модельній суміші методом високоефективної рідинної хроматографії / О. В. Хромильова, М. О. Авраменко, Г. Р. Німенко, Е. Ю. Гура // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 378-382. — Бібліогр.: 12 назв. — укр.

Ежегодно в Украине происходит около 150 000 инсультов, более 100 000 человек умирают от нарушений кровотока в мозге. Поэтому создание новых высокоэффективных лекарственных средств (ЛС) для терапии этих патологий — актуальная задача современной фармации. Таким образом, целесообразно и актуально создание нового комбинированного препарата, в состав которого входят глицин (нейропротектор) и тиотриазолин (антиоксидант). Для нового комбинированного ЛС в виде таблеток необходимо разработать методы стандартизации. Для стандартизации действующих веществ в комбинированных ЛС целесообразно применять новые, более чувствительные методы анализа, в частности высокоэффективную жидкостную хроматографию (ВЭЖХ). Цель работы — разработка методики стандартизации глицина и тиотриазолина в модельной смеси методом ВЭЖХ. В исследованиях использовали сертифицированные субстанции глицина и тиотриазолина. Исследования провели с использованием хроматографа модели LC-20 Prominence Shimadzu. Использовали колонку Hypersil ODS-C18-5u, 4,6 — 250 мм, диаметр частиц — 5 мкм; елюент: водный раствор 3,4 г/л Bu_4NHSO_4 и 0,05 % трифторуксусной кислоты, скорость подвижной фазы — 1 мл/мин; аналитическая длина волны детектора — 220 нм; объем пробы — 20 мкл. В лабораторных условиях изготовили 6 серий модельной смеси глицина и тиотриазолина в соотношении 4:1. Попеременно хроматографировали исследуемый раствор и раствор рабочего стандартного образца, получая не менее 3 хроматограмм для каждого раствора. Установлено, что содержание глицина в модельной смеси — от 198,46 мг до 201,11 мг, а тиотриазолина — от 49,59 мг до 50,86 мг. Таким образом, по содержанию действующих веществ исследуемая серия модельной смеси глицина и тиотриазолина в соотношении 4:1 соответствует требованиям ГФУ. Выводы: в ходе исследований разработана методика стандартизации действующих веществ глицина и тиотриазолина в модельной смеси методом ВЭЖХ. Разработанная методика воспроизводима и точна, после валидации ее можно применять при стандартизации действующих веществ в лекарственных формах.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.82. A study of actoprotective activity of new 3-(thiophen-2-ylmethyl)-1H-1,2,4-triazole-5-thiol derivatives / A. A. Safonov // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 365-370. — Бібліогр.: 12 назв. — англ.

Вопрос усталости достаточно остро стоит перед человечеством. Для того, чтобы больше работать и зарабатывать, люди начинают употреблять различные стимуляторы для борьбы с усталостью, но они имеют целый ряд побочных эффектов. Эта проблема актуальна в странах Азии. Для предотвращения таких осложнений ученые пытаются создать актопротекторы, которые имели бы минимальное количество побочных действий. Производные 1,2,4-триазола зарекомендовали себя в качестве новых веществ с различными спектрами фармакологической активности. Цель работы — исследование актопротекторной активности среди новых производных 3-(тиофен-2-илметил)-1Н-1,2,4-триазол-5-тиола. Для изучения актопротекторной активности новых производных 3-(тиофен-2-илметил)-1Н-1,2,4-триазол-5-тиола использовали группу из 7 белых нелинейных крыс весом 200 — 260 г. Фармакологическую активность изучали с помощью метода принудительного плавания. Исследуемые соединения, а также эталонный стандарт — рибоксин (производитель — Киевский витаминный завод) вводили перорально в дозе 100 мг/кг за 20 минут до погружения животных в воду. Для сравнения также использовали контрольную группу животных, получавших солевой раствор за 20 минут до погружения. Гравиметрические измерения проводили на лабораторных электронных аналитических весах модели ESJ-200-4 (США). Статистические результаты рассчитывали с помощью критериев Колмогорова — Смирнова и Шапиро — Уилка. Исследовали актопротекторную активность 22 новых соединений. Установили, что соединения Ia, IIb, IIh имеют актопротекторное действие. Вещество Ia превышает препарат сравнения. Самым активным веществом среди синтезированных солей является калий 2-((3-(тиофен-2-илметил)-1Н-1,2,4-триазол-5-ил)тио)ацетат, который превышает препарат сравнения рибоксин на 6,32 %. Выводы: некоторые выводы сделаны по зависимости «структура — актопротекторный эффект»: замена катиона калия на катион натрия приводит к снижению биологической активности; введение в молекулу 2-((3-(тиофен-2-илметил)-1Н-1,2,4-триазол-5-ил)тио) ацетогидразида 4-хлорбензилиденового заместителя или 2,3-диметоксибензилиденового не влияет на актопротекторный эффект; введение в молекулу 2-((3-(тиофен-2-илметил)-1Н-1,2,4-триазол-5-ил)тио)ацетогидразида бензилиденового радикала, 3-нитробензилиденового, 4-диметиламинобензилиденового, 2,4-диметилбензилиденового негативно влияет на усталость крыс.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.83. Synthesis and properties of some pyrazole derivatives of 1,2,4-triazole-3-thiol / A. S. Hotsulia, S. M. Kulish // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 318-323. — Бібліогр.: 13 назв. — англ.

Нитрогенсодержащие гетероциклические соединения играют важную роль в современной фармацевтической отрасли. Это связано со значительным биологическим потенциалом указанных соединений. 1,2,4-триазол и пиразол — известные фармакофоры, которые отвечают за формирование широкого спектра активностей. Конструирование целевой молекулы с использованием 1,2,4-триазола и пиразола интересно с точки зрения доступности исходных реагентов и простоты химических превращений. Совмещение этих гетероциклов в одной молекуле позволяет увеличить возможность участия в разнообразных биологических процессах. Цель работы — исследование условий получения S-алкилпроизводных 5-(5-метилпиразол)-4-этил-1,2,4-триазол-3-тиола и изучение свойств указанных веществ. Начальный этап работы предусматривал использование диэтилоксалата, ацетона и натрий метилата как исходных веществ для постановки синтеза промежуточного продукта химического преобразования. Полученный метил 2,4-диоксопентаноат на следующем этапе применен в процессе преобразования в 5-метилпиразол-3-карбогидразид при участии двойного количества гидразин гидрата. Последующая модификация молекулы предусматривала использование этилизотиоцианата и щелочную гетероциклизацию. Сформированный таким образом 5-(5-метилпиразол)-4-этил-1,2,4-триазол-3-тиол подвергали процессу алкилирования. Для установления состава и идентификации структуры выделенных веществ записаны ^{1}H ЯМР и инфракрасные спектры, а также получены качественные и количественные показатели элементного состава синтезированных структур. Индивидуальный характер присутствия веществ и степень их чистоты определены с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии с двумя видами детекции: диодно-матричной и масс-спектрометрической. Проведен синтез алкилпроизводных 5-(5-метилпиразол)-4-этил-1,2,4-триазол-3-тиола и определены оптимальные условия процесса получения указанных веществ. Подтверждено строение продуктов химического преобразования, зафиксированы результаты исследования физических свойств. Результаты докинговых исследований позволяют подтвердить перспективность выбранного направления синтетических преобразований, что дало возможность определиться с биологическим потенциалом полученных веществ. Модельные ферменты: анапластической лимфомыкиназа (код 2XP2), 14-альфа деметилазаланостерола (код 3LD6) и циклооксигеназа-1 (код 3№ 8Y), информация о которых использована из базы Банка данных белковых структур (PDB). Выводы: в результате молекулярного докинга получены данные, которые формируют представление про определенный уровень вероятности влияния синтезированных соединений на активность указанных ферментных структур.

Шифр НБУВ: Ж69485

Див. також: 4.Р.63, 4.Р.89, 4.Р.141, 4.Р.202

Лікарські засоби, які діють переважно на центральну нервову систему

4.Р.84. Дослідження впливу N-(трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1Н-2$1^6$, 1-бензотіазин-3-карбоксаміду на біохімічні показники запальної реакції в щурів за умов ад'ювантного артриту / П. С. Бондаренко // Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — **15**, № 3. — С. 181-188. — Бібліогр.: 22 назв. — укр.

Мета дослідження — вивчення протизапальної дії нового оригінального похідного бензотіазин-3-карбоксаміду за динамікою гематологічних і біохімічних показників у щурів на моделі авто-

імунного запального процесу (ад'ювантного артриту). Системний запальний процес моделювали введенням ад'юванта Фрейнда, лікування новою сполукою та референс-препаратом (мелоксикамом) проводили з 14 по 28 день внутрішньошлунково в дозах, що відповідають їх $ЕД_{50}$ за протизапальною активністю. Встановлено, що N-(трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1Н-2λ⁶, 1-бензотіазин-3-карбоксамід (сполука В) виявляє виразну протизапальну дію на моделі системного запального процесу в щурів, що проявлялось збереженням маси тіла, менш виразним проявом запального процесу в периферичній крові (ШОЕ та лейкоцитозу), а також більш потужним стримуванням ініціації біохімічних маркерів запалення (інтерлейкіну-1β, простагландин-ендопероксид синтази, системи нітроген монооксиду та гідроген сульфіду). За ступенем виразності протизапального ефекту похідне бензотіазин-3-карбоксамідів співставляється з мелоксикамом, а за впливом на систему монооксиду азоту та гідроген сульфіду і перевершує референс-препарат. Одержані дані доводять, що глибоке розуміння механізмів дії нестероїдних протизапальних засобів та їх впливу на патобіохімічі зміни за умов ревматичних й інших станів, які супроводжуються запальним і больовим синдромом, має вирішальне значення для їх належного застосування з урахуванням серйозних побічних ефектів.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.85. Дослідження лікарських препаратів пролонгованої дії на фармацевтичному ринку України / К. В. Тарапон, О. В. Тригубчак // Соц. фармація в охороні здоров'я. ---- 2021. ---- **7**, № 3. ---- С. 64-72. ---- Бібліогр.: 19 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- аналіз асортименту препаратів пролонгованої дії (ППД) на фармацевтичному ринку України (ФРУ) з особливою увагою на фармакотерапевтичних групах, які недостатньо насичені пролонгованими препаратами, зокрема визначення частки нестероїдних протизапальних лікарських засобів (НПЗ ЛЗ). Матеріали та методи дослідження: дані Державного реєстру ЛЗ України та класифікаційна система АТС; використано методи наукового аналізу, зокрема прийоми групування та порівняння, а також маркетингові методи. Проведено дослідження асортименту ЛЗ пролонгованої дії, зареєстрованих на ФРУ. Проаналізовано структуру асортименту за виробником, лікарськими формами, групами АТС-класифікації. За аналізом ринку встановлено, що в Україні зареєстровано 202 найменування ППД. Більшу частину з них представлено іноземними виробниками ---- 196 (84 %). ППД, зареєстровані в Україні, здебільшого випускаються у формі таблеток і капсул, але найбільшу частку (72,77 %) становлять таблетки. Аналіз розподілу пролонгованих ЛЗ за групами АТС-класифікації показав, що найбільше пролонгованих препаратів належить до групи N ---- Засоби що впливають на нервову систему (80 препаратів), і групи С ---- Засоби, що впливають на серцево-судинну систему (44 препарати). Частка препаратів групи М, що впливають на опорно-рухову систему, зокрема НПЗ ЛЗ пролонгованої дії, є дуже незначною (9 препаратів). Проведені маркетингові дослідження пролонгованих препаратів надали можливість охарактеризувати структуру асортименту ринку України за фармакотерапевтичними групами, країнами-виробниками та лікарськими формами. У результаті проведених досліджень визначено сучасний асортимент НПЗ ЛЗ пролонгованої дії.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.86. Дослідження токсичності й антиоксидантної активності ліпосомальних антиоксидантів на моделі Paramecium caudatum / Д. Пилипенко // Вісн. Львів. ун-ту. Сер. біол. ---- 2020. ---- Вип. 82. ---- С. 53-62. ---- Бібліогр.: 29 назв. ---- укр.

Антиоксидантні препарати активно застосовуються в медичній практиці для лікування запальних процесів у кардіологічних, офтальмологічних, аутоімунних, онкологічних та інших захворюваннях. Застосування методів нанобіотехнології є перспективним напрямом сучасної фармації, оскільки надає змогу створити препарати якісно нового рівня. Інкапсуляція активних фармацевтичних інгредієнтів до складу ліпосомальних наночастинок допомагає підвищити біодоступність і ефективність природних антиоксидантів, створити водорозчинні ін'єкційні форми гідрофобних сполук. Біотестування є простим, інформативним експрес-методом оцінки токсичності й антиоксидантної активності лікарських препаратів, що може бути обгрунтованою альтернативою використанню лабораторних тварин на етапі скринінгу. Одноклітинні інфузорії виду Paramecium caudatum є поширеним тест-об'єктом завдяки високій чутливості до змін навколишнього середовища; великим розмірам клітини, що забезпечує можливість спостереження за змінами морфології та руху клітини; простоті культивування. Мета роботи ---- оцінка токсичності й антиоксидантної активності ліпосомальних форм антиоксидантів: кверцетину, куркуміну, коензиму Q10 та цитохрому С за допомогою біотестування на культурі Paramecium caudatum. Досліджено токсичність ліпосомальних форм кверцетину, куркуміну, коензиму Q10 та цитохрому С у дозах 25 ---- 100 мкг/мл на культурі Paramecium caudatum. Інкубація культури Paramecium caudatum із ліпосомальними формами кверцетину, куркуміну та коензиму Q10 сприяла розмноженню культури, тоді як ліпосомальний цитохром С викликав лізис клітин протягом 24 год. На токсичність ліпосомального препарату впливає його ліпідний склад. Включення до складу ліпідної мембрани аніонного фосфоліпіду дипальмітоїлфосфатидилгліцерину суттєво зменшує виживання тест-культури у порівнянні із ліпосомами, що містять лише фосфатидилхолін. На моделі оксидативного стресу Paramecium caudatum, індукованого гідроген пероксидом, ліпосомальні форми кверцетину, куркуміну та коензиму Q10 зумовлюють дозозалежний антиоксидантний ефект, що проявлявся у збільшенні стійкості тест-культури до токсиканта.

Шифр НБУВ: Ж28852/6.

4.Р.87. Місцеве застосування нестероїдних протизапальних засобів: переваги та недоліки / А. В. Макогончук, Ю. О. Безсмертний, Л. Є. Атаманчук // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 37-42. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Наведено дані літератури щодо ефективності та безпеки дексketопрофену трометамолу у вигляді гелю за місцевого застосування та характеристику даного фармакологічного засобу у порівнянні з іншими трансдермальними формами нестероїдних протизапальних препаратів. В процесі досліджень було встановлено, що дексketопрофен при місцевому застосуванні у вигляді гелю має високу здатність до накопичення у шкірі, м'язовій і нервовій (нейрони, мієлін та гіпоталамус) тканинах, що зумовлює хороший протизапальний, протинабряковий та аналгезуючий ефект даного лікарського засобу. Дексketопрофен продемонстрував низький рівень накопичення у хрящовій тканині, що не стимулює дегенеративні зміни тканини хряща, оскільки не пригнічує синтез протеогліканів хондроцитами. Разом з тим дексketопрофен показав невисоку здатність до накопичення у клітинах крові та у внутрішніх органах, демонструючи низьку ймовірність системних побічних ефектів.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.88. Молекулярне моделювання потенційних нестероїдних протизапальних засобів різних хімічних груп: автореф. дис.... канд. фармацевт. наук: 15.00.02 / Н. М. Чаленко; Національний фармацевтичний університет. ---- Харків, 2020. ---- 24 с.: рис., схеми ---- укр.

Описано моделювання структур і цілеспрямований синтез нових потенційних селективних інгібіторів ЦОГ-2 на основі 4-аміно-3-тіо-5-R-4Н-1,2,4-тріазолів і ди---- та тетраамінокалікс[4]аренів. Досліджено їх реакційну здатність, фізико-хімічні властивості; виявлено закономірності зв'язку між хімічною будовою і протизапальною (антиексудативною та аналгетичною) дією в зазначених рядах сполук. Звернено увагу на найбільш перспективні напрямки дизайну нових сполук протизапальної дії.

Шифр НБУВ: РА446283

4.Р.89. Потенційні протизапальні й аналгетичні засоби в ряду похідних триазолу: проблеми та перспективи: (огляд) / С. А. Демченко, Л. С. Бобкова, О. Є. Ядловський // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 4. ---- С. 239-248. ---- Бібліогр.: 35 назв. ---- укр.

Триазол є одним з найважливіших та широко відомих гетероциклів, що входить до складу різноманітних природних продуктів, а також лікарських препаратів, таких як протимікробні, протизапальні, протиепілептичні, протипухлинні, противірусні, антигіпертензивні, протималярійні, протидіабетичні, протитуберкульозні, місцеві анестетики, антидепресанти, антиоксиданти та інші. Базовими гетероциклічними кільцями, присутніми в різних лікарських засобах, є 1,2,3-триазол і 1,2,4-триазол. У даній роботі проведено аналіз досліджень триазолу, його похідних як потенційних протизапальних і аналгезуючих засобів. Показано, що для похідних 1,2,4-триазолу характерна антиексудативна та аналгетична активність за відсутності ульцерогенної дії. Специфічну антиесудативну активність пов'язують з пригніченням ЦОГ-2, ліпоксигенази-5, кальцієвих каналів Cav2.2 та впливом на інші ланки запалення. Антиноцицептивний ефект похідних 1,2,4-триазолу, як правило, реалізується на периферичному рівні та пов'язаний з впливом на трансформацію арахідонової кислоти та кальцієві канали Cav2.2. З переважним впливом на ЦОГ-2 пов'язують відсутність ульцерогенної дії. Відзначено перспективність пошуку нових нестероїдних протизапальних засобів серед похідних 1,2,4-триазолу.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.90. Протиепілептичні препарати з ноотропним ефектом — оптимальний вибір за необхідності комплексної терапії коморбідних розладів / Ю. І. Горанський, В. М. Герцев, М. Ю. Сергєєва // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 7. ---- С. 27-35. ---- Бібліогр.: 37 назв. ---- укр.

Наведено результати огляду, присвяченого пошуку оптимальних методів лікування пацієнтів з епілепсією, які мають супутні когнітивні порушення. Встановлено, що протиепілептичні препарати з ноотропним ефектом є найбільш оптимальним вибором у плані комплаєнсу терапії, а також зменшення частоти побічних ефектів у разі монотерапії порівняно з комбінованим застосуванням ноотропів і протиепілептичних препаратів. Одним з препаратів вибору, позитивний вплив якого на когнітивні функції в пацієнтів з епілепсією доведено, є леветирацетам. Завдяки високому профілю безпеки він може бути рекомендований до застосування в літніх пацієнтів з епілепсією, у тому числі для усунення в них епілептичного статусу, а також може використовуватися при поєднанні хвороби Альцгеймера з епілепсією. Перспективним на-

прямом подальших досліджень є вивчення можливостей застосування леветирацетаму при травматичних ушкодженнях нервової системи.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.91. Психотропні властивості потенційного антиконвульсанту 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону / М. В. Міщенко, С. Ю. Штриголь, А. В. Лозинський, Р. Б. Лесик // Вісн. фармації. — 2021. — № 2. — С. 96-103. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

Мета роботи — визначити спектр психотропних властивостей нової оригінальної сполуки з протисудомною активністю 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону. Дослідження проведено на білих нелінійних мишах обох статей масою 20 — 27 г. Локомоторну, орієнтовно-дослідницьку, емоційну активність вивчено в тесті відкритого поля, тривожність — у тесті піднесеного хрестоподібного лабіринту, вплив сполуки на депресивну поведінку — у тесті підвішування за хвіст, здатність впливати на пам'ять — у тесті умовної реакції пасивного уникнення, вплив на тонус скелетних м'язів і координацію рухів — у тесті стрижня, що обертається, актопротекторні властивості — у тесті плавання з навантаженням 10 % від маси тварини. Вивчено супутні психотропні ефекти 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону, який у попередніх дослідженнях виявив виразний антиконвульсантний ефект на моделях судом із різним механізмом розвитку. Визначено, що в інтактних мишей 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон у дозі 100 мг/кг за внутрішньошлункового введення не впливає на локомоторну, орієнтовно-дослідницьку, емоційну активність та її вегетативний супровід, на тривожність, депресивну поведінку (на відміну від препарату порівняння формування пам'ятного сліду. Досліджувана сполука не виявляє негативного впливу на тонус скелетних м'язів і координацію рухів, проте статистично достовірно підвищує фізичну витривалість тварин, лише тенденційно поступаючись класичному стимулятору ЦНС кофеїну. Результати проведеного дослідження надають можливість зробити висновок, що 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон у дозі 100 мг/кг можна розглядати як потенційний антиконвульсант без супутніх психотропних ефектів з актопротекторними властивостями.

Шифр НБУВ: Ж14678

4.Р.92. Рідиннофазне окиснення 2-хлортолуену озоном до 2-хлорбензойної кислоти — напівпродукту для виробництва натрій диклофенаку / А. С. Бушуєв, А. Г. Галстян, В. В. Котова // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 324-329. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

2-Хлорбензойную кислоту используют как полупродукт для производства диклофенака натрия. В промышленности ее получают окислением 2-хлортолуола калий перманганатом в водно-кислой среде. В связи с дефицитом и высокой стоимостью окислителя, а также из-за образования большого количества токсичных сточных вод известный метод не имеет будущего. Поэтому актуальная задача — разработка нового, малоотходного синтеза 2-хлорбензойной кислоты с применением доступного и безбалластного окислителя — озона. Цель работы — изучить кинетику, механизм жидкофазной реакции окисления 2-хлортолуола озоном и по результатам исследований разработать новый метод синтеза 2-хлорбензойной кислоты. В опытах использовали ледяную уксусную кислоту фирмы «Sigma» квалификации «х. ч.»; 2-хлортолуол, 2-хлорбензальдегид, 2-хлорбензойную кислоту фирмы «Acrosorganics» квалификации «х. ч.»; кобальт (II) ацетат квалификации «х. ч.». Количественный состав реакционной массы исследовали с помощью метода газожидкостной хроматографии. Определение 2-хлорбензойной кислоты проведено с помощью метода потенциометрического титрования. Концентрацию озона на входе и выходе из реактора определяли с примененением спектрофотометрическог метода с поглощением в области 254 — 290 нм на спектрофотометре СФ-46, который предназначен для измерения коэффициентов пропускания жидких и твердых прозрачных веществ в области спектра от 190 нм до 1100 нм. Изучена кинетика и механизм жидкофазной реакции окисления 2-хлортолуола озоном. Установлено, что окисление субстрата озоном происходит преимущественно по ароматическому кольцу с образованием алифатических пероксидных соединений. Повышение температуры до 90 °С и введение в систему катализатора — кобальт (II) ацетата — способствует росту селективности окисления по метильной группе с 18,0 до 92,5 %. Среди продуктов ароматического характера образуется 2-хлорбензойная кислота (88,0 %) и 2-хлорбензальдегид (4,2 %). При окислении 2-хлортолуола озоном в уксусной кислоте образуются преимущественно алифатические соединения перекисного характера, а 2-хлорбензойная кислота образуется с выходом только 16,5 %. Повышение температуры до 90 °С и введение в систему катализатора (кобальт (II) ацетата) позволяет направить процесс преимущественно по метильной группе с образованием 88,0 % 2-хлорбензойной кислоты.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.93. Розробка складу та технології комбінованого гелю для лікування запальних захворювань суглобів: автореф. дис.... канд. фармацевт. наук: 15.00.01 / В. В. Постой; Національний фармацевтичний університет. — Харків, 2020. — 24, [1] с.: рис., табл. — укр.

Уперше на підставі результатів фармакотехнологічних, фізичних, фізико-хімічних та біологічних досліджень науково обґрунтовано склад і раціональну технологію комбінованого гелю з шавлії лікарської листя та верби білої кори екстрактами сухими для лікування гострих і хронічних захворювань суглобів. Із використанням сучасних методів досліджень всебічно вивчено фізико-хімічні, структурно-механічні, біофармацевтичні, біологічні властивості розробленого препарату та запропоновано методики його стандартизації. Визначено умови та термін зберігання, температурний режим і стабільність препарату. Вперше доклінічними дослідженнями доведено біологічну безпечність і специфічну активність гелю. Розроблено проєкти технологічного регламенту на виробництво Салікс гелю та методів контролю його якості.

Шифр НБУВ: РА446077

4.Р.94. A study on toxicity, local irritative effect of and allergic response to a novel intranasal medication containing N-phenylacetyl-L-prolylglycine ethyl ester / B. S. Burlaka, I. F. Bielenichev // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 1. — С. 126-131. — Бібліогр.: 15 назв. — англ.

Розробка нових лікарських форм для доставлення активнодіючих речовин системної дії з високою біодоступністю — актуальна проблема сучасної фармацевтичної та медичної науки. Чималий арсенал ноотропних препаратів через їх невисоку ефективність і незначну нейродоступність не відповідає сучасним вимогам клінічної науки та практики. Останнім часом учені звертають увагу на перспективність застосування інтраназального шляху введення для транспортування лікарських речовин системної дії у кровотік людини. Використання інтраназального шляху введення для доставлення діючих речовин сприятиме поліпшенню нейродоступності, а отже підвищенню терапевтичної ефективності препаратів. На кафедрах технології ліків, фармакології та медичної рецептури Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) в результаті комплексних фізико-хімічних, мікробіологічних і біофармацевтичних досліджень розробили склад нової інтраназальної форми з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину, що містить 1 % етилового ефіру N-фенілацетил-L-пролілгліцину, 5 % гліцерину та бішофіту полтавського (стандартизованого на кафедрі технології ліків ЗДМУ), розчин натрій карбоксиметилцелюлози та 1 % твіну-80. Актуальним є вивчення окремих параметрів безпечності розробленої лікарської форми. Мета роботи — вивчення окремих параметрів токсичності, місцевоподразнювальної та алергізувальної дії ефективної дози створеної інтраназальної форми з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину. Для кожного дослідження як матеріали використовували розроблені інтраназальні форми, що містили 1 % етилового ефіру N-фенілацетил-L-пролілгліцину (ноопепт), по 5 % гліцерину та бішофіту полтавського (стандартизованого), розчин натрій карбоксиметилцелюлози та 1 % твіну-80. Етиловий ефір N-фенілацетил-L-пролілгліцину (CAS №157115-85-0, отримали від Shijiazhuang Prosperity Import and Export Co., Ltd., China. Purity: ≥ 98 %), бішофіт полтавський (стандартизований розчин — на кафедрі технології ліків ЗДМУ), полісорбат-80 (ТОВ Синбіас, м. Київ), натрій КМЦ (ТОВ Синбіас, м. Київ), гліцерин (ТОВ Синбіас, м. Київ), бензалконію хлорид (ТОВ «ИСТОК-ПЛЮС», м. Запоріжжя). Гостру токсичність, алергізувальну та шкірноподразнювальну активність, активну шкірну анафілаксію вивчали на білих щурах, а дослідження місцевоподразнювальної дії (конТюнктивальна проба) інтраназальної форми з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину виконали на мурчаках відповідно до рекомендацій ДФЦ МОЗ України та згідно з іншими рекомендаціями. Статистично результати опрацювали, застосовуючи ліцензійний пакет програми Statistica for Windows 13 (StatSoft Inc., № JPZ804I382130ARC№ 10-J). Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали різницю $p < 0,05$ (95 %). Одноразове інтраназальне введення максимально припустимого об'єму 0,4 мл препарату щурам масою 100 г у дозі 40 мг/кг не викликало загибель жодної з 6 тварин групи дослідження протягом доби. Вивчаючи можливу місцевоподразнювальну дію інтраназального гелю з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину, у 2 із 10 тварин зареєстрували слабке почервоніння конТюнктиви відразу після введення препарату. В інших 8 тварин не було змін слизової оболонки очей. Щоденне нанесення на вистрижену ділянку бокової поверхні тулуба тварин (4 × 4 см) 0,5 г інтраназальної форми, яку вивчали, протягом 5 діб, а потім однократного нанесення 0,3 г інтраназального гелю з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину не спричиняло розвиток анафілактичного шоку. Після нанесення 20 повторних нашкірних аплікацій інтраназального гелю з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину протягом 4 тиж. (5 разів на тиждень) не зареєстрували видимі реакції у тварин. Зовнішній вигляд шкірних покривів у місці нанесення не відрізнявся у тварин контрольної та дослідної групи. Здійснили комплексні дослідження окремих параметрів токсичності (летальність, динаміка зміни маси тіла, місцевоподразнювальна та алергізувальна дія) ефективної дози нової інтраназальної форми з етиловим ефіром N-фенілаце-

тил-L-пролілгліцину. За результатами, що одержали, цей препарат не викликає місцевоподразнювальну й алергізувальну реакцію, не проявляє загальну токсичну дію в умовах інтраназального введення. Перспективним є продовження досліджень нової інтраназальної лікарської форми з етиловим ефіром N-фенілацетил-L-пролілгліцину.

Шифр НБУВ: Ж16789

Протимікробні та протипаразитарні засоби

4.Р.95. Протимікробна та протигрибкова активність нових 4-(5-(((5-(алкілтіо)-4-R-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)-1Н-1,2,4-тріазол-3-іл)піридинів / Є. О. Карпун, Н. М. Поліщук // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 354-358. — Бібліогр.: 9 назв. — укр.

Резистентность таких штаммов, как Staphylococcus aureus, Escherichia coli распространяется на многие препараты противомикробного действия. Эта проблема может быть решена поиском новых лекарственных средств с высоким бактерицидным и антигрибковым действием. Исследования последних лет показали перспективность поиска биологически активных веществ противомикробного и противогрибкового действия среди производных 1,2,4-триазола. Цель работы — исследовать противомикробное и противогрибковое действие гомологического ряда S-алкилзамещенных 4-R-5-(((3-(пиридин-4-ил)1Н-1,2,4-триазол-5-ил)тио)метил)-4Н-1,2,4-триазол-3-тиолов и сделать выводы о структурно-функциональной взаимосвязи синтезированных соединений. Предмет исследования — 4-(5-(((5-(алкилтио)-4-метил-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)-1Н-1,2,4-триазол-3-ил)пиридины и 4-(5-(((5-(алкилтио)-4-этил-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)-1Н-1,2,4-триазол-3-ил)пиридины. Активность проанализирована с помощью метода двукратных серийных разведений на тест-культурах Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa и Candida albicans. В ходе биологического скрининга установили, что все исследуемые соединения проявили антибактериальное (МИК — в пределах 31,25 — 62,50 мкг/мл, МБцК — в пределах 62,5 — 125,0 мкг/мл) и противогрибковое (МИК — в пределах 31,25 — 62,50 мкг/мл, МФцК — в пределах 62,5 — 125,0 мкг/мл) действие относительно контроля. Полученные соединения проявляют более выраженную активность в отношении штамма Pseudomonas aeruginosa (МИК — в пределах 31,25 — 62,50 мкг/мл, МБцК — в пределах 62,5 — 125,0 мкг/мл) и противогрибковую активность к штамму Candida albicans (МИК — в пределах 31,25 — 62,50 мкг/мл, МФцК — в пределах 62,5 — 125,0 мкг/мл) относительно контроля. Выводы: результаты биологического скрининга свидетельствуют о перспективности поиска среди приведенных производных бис-1,2,4-триазолов. Наиболее активным среди ряда S-алкилзамещенных 4-R-5-(((3-(пиридин-4-ил)-1Н-1,2,4-триазол-5-ил)тио)метил)-4Н-1,2,4-триазол-3-тиолов является соединение 4-(5 — (((4-метил-5(пентилтио)-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)-1Н-1,2,4-триазол-3-ил) пиридин, которое проявляет наиболее выраженное противомикробное действие против штамма Staphylococcus aureus (МИК — 15,6 мкг/мл, МБцК — 31,25 мкг/мл). Установленные закономерности между химическим строением и биологической активностью синтезированных соединений свидетельствуют о перспективности поиска в указанном ряду замещенных.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.96. A study of antimicrobial and antifungal activity of 2-((5-(2-bromophenyl)-4-substituted-4H-1,2,4-triazol-3-yl)thio)acetates / A. A. Safonov, A. V. Nevmyvaka // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 359-364. — Бібліогр.: 14 назв. — англ.

Бактерии и грибки — одни из самых древних существ на Земле. С появлением медицины человечество искало новые средства и способы борьбы с этими микроорганизмами. В современном научном сообществе тенденция к поиску новых противомикробных и противогрибковых средств только увеличивается. Достаточно интересной платформой для создания новых противогрибковых и противомикробных средств являются производные 1,2,4-триазола, среди которых уже найдены эффективные лекарственные средства и новые молекулы. Перспективным направлением для поиска противомикробных и противогрибковых средств являются 2-((5-(2-бромфенил)-4-замещенные-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)ацетаты. Цель работы — исследование противомикробной и противогрибковой активности среди синтезированных ранее 2-((5-(2-бромфенил)-4-замещенных-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)ацетатов. Исследуемые вещества синтезированы на кафедре естественных дисциплин для иностранных студентов и токсикологической химии. Противомикробную и противогрибковую активность новых синтезированных 2-((5-(2-бромофенил)-4 — замещенных-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио)ацетатов исследовали с помощью метода серийных разведений. Использован набор стандартных тестовых штаммов Staphylococcus aureus ATCC 25923, Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853, Escherichia coli ATCC 25922, Candida albicans ATCC 885-653. Исследовано противомикробное и противогрибковое действие 14 новых соединений. Самые активные соединения с противогрибковым эффектом — IIf — IIh. Вещества IIf — IIh и IIj, IIk имеют умеренное противомикробное действие на P. aeruginosae. Выводы: сделаны выводы о зависимости «структура — противомикробный и противогрибковый эффект»: замена этилового радикала метиловым или фениловым в четвертом положении 1,2,4-триазолового цикла в молекуле 2-((5-(2-бромофенил)-4-R-4H-1,2,4-триазол-3-ил)тио)ацетатной кислоты приводит к уменьшению противомикробного эффекта; переход к солям 2-((5-(2-бромофенил)-4-замещенных-4Н-1,2,4-триазол-3-ил)тио) ацетатных кислот и выбор диметиламмония как катиона ведет к увеличению противомикробного и противогрибкового эффекта.

Шифр НБУВ: Ж69485

Див. також: 4.Р.78, 4.Р.311

Засоби, які застосовуються для лікування новоутворень

4.Р.97. Противоопухолевые и антиметастатические эффекты полиметоксилированных флавонов нобилетина и тангеретина: (обзор) / А. Н. Пуськов, А. А. Лихова, М. А. Мунько // Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — **15**, № 3. — С. 169-180. — Библиогр.: 61 назв. — рус.

В обзоре представлено современное состояние изучения противоопухолевой и антиметастатической активностей полиметоксилированных флавонов нобилетина и тангеретина, содержащихся преимущественно в кожуре цитрусовых. Приведены результаты экспериментальных исследований, которые демонстрируют, что нобилетин и тангеретин проявляют значительные противоопухолевое и антиметастатическое действие в отношении опухолей различного гистогенеза. Существенное внимание уделено описанию и обобщению механизмов противоопухолевых и антиметастатических эффектов указанных флавонов. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что нобилетин и тангеретин показывают большой потенциал в комбинированной терапии, повышая противоопухолевую активность цитостатических средств с разными механизмами действия. Нобилетин и тангеретин снижают жизнеспособность и пролиферативную активность злокачественных клеток, модулируя сигнальные пути PI3K/Akt/mTOR, NF-κB, p38MAPK, Stat3. Указанные флавоны активируют апоптоз в опухолевых клетках путем повышения экспрессии проапоптических факторов (Bax, p53, каспазы-3, каспазы-9) и снижения экспрессии антиапоптических белков (Bcl-2, Bcl-xL, xIAP и др.). Кроме того, нобилетин может активировать апоптоз через митохондриальную дисфункцию. Нобилетин и тангеретин вызывают гибель аутофагических злокачественных клеток и снижают их инвазию, миграцию и ангиогенез, подавляя продукцию матриксных металлопротеиназ (MMP2, MMP7, MMP9) и VEGF. Нобилетин и тангеретин могут стать основой разработки новых современных антинеопластических препаратов, скорее всего, для лечения рака молочной железы и рака простаты.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.98. Розробка технології посилення протипухлинної активності цисплатину за використання C_{60} фулерену: автореф. дис.... д-ра біол. наук: 03.00.20 / С. В. Прилуцька; Національна академія наук України, Інститут біохімії імені О. В. Палладіна. — Київ, 2020. — 40 с.: рис., табл. — укр.

Увагу приділено розробці технологій застосування C_{60} фулерену для підвищення ефективності протипухлинної дії цисплатину in vitro та in vivo і з'ясуванню механізмів цитотоксичної дії цисплатину у комбінації із фотозбудженим C_{60}фулереном та у складі нековалентного нанокомплексу із C_{60} фулереном. Використано стабільний водний колоїдний розчин C_{60} фулерену (0,15 мг/мл, 2×10^{-4} М), нормальні клітини (тимоцити й еритроцити щура), клітини лейкемії ліній L1210 і CCRF-CEM, клітини карциноми легені LLC, модель трансплантованої карциноми легені Льюїс. Установлено, що 10 мкМ C_{60}фулерен запобігав продукуванню АФК тимоцитами, спричиненому як 100 мкМ пероксидом водню, так і 3,3 мкМ цисплатином, а також H_2O_2 — індукованому зниженню життєздатності тимоцитів і Cis — Pt — індукованому гемолізу еритроцитів. Із використанням флуоресцентномміченого C_{60} фулерену (C_{60} — RITC) доведено його поглинання та довготривале утримання клітинами лейкемії L1210. Імуноцитохімічне фарбування з використанням FITC-мічених антитіл до C_{60} фулерену продемонструвало накопичення $_{60}$ фулеренів у мітохондріях клітин лейкемії CCRF-CEM. Показано, що за умови фотозбудження (опромінення світлодіодною лампою інтенсивністю 100 мВт/см^2, 410 — 700 нм) C_{60}фулерену, поглинутого чутливими та резистентними до цисплатину клітинами лейкемії L1210, спостерігається значна інтенсифікація продукування АФК, підвищення концентрації цитозольного Ca^{2+}, падіння мітохондрійного потенціалу та накопичення клітин у проапоптичній SubGl фазі. Встановлено, що за комбінованої дії фотозбудженого C_{60} фулерену та Cis — Pt у низькій 3,3 мкМ концентрації токсичний ефект протипухлинного препарату у чутливих клітин лейкемії L1210 посилювався, а у резистентних до цисплатину клітинах L1210/Cis — Pt — відновлювався, про що свідчило зниження життєздатності клітин унаслідок індукції апоптозу. Вперше створено й охарактеризовано нековалентний, стабільний у водно-

му середовищі (дзета-потенціал ----21,2 мВ) нанокомплекс C_{60} фулерену з Cis ---- Pt (C_{60} ---- Cis ---- Pt). Комплексоутворення між молекулами C_{60} та Cis ---- Pt підтверджено за допомогою методів комп'ютерного моделювання, сканувальної тунельної мікроскопії та динамічного розсіювання світла. Встановлено, що токсична дія C_{60}Cis ---- Pt нанокомплексу на клітини LLC карциноми легені Льюїс була ефективнішою у порівнянні з окремою дією цисплатину за еквівалентної концентрації та призводила до пригнічення міграційної активності клітин, їх накопичення у проапоптичній SubGl фазі клітинного циклу, активації каспази 3/7 та збільшення кількості клітин з ознаками раннього та пізнього апоптозу. Вперше досліджено гостру токсичність немодифікованого C_{60}фулерену та C_{60}Cis ---- Pt нанокомплексу за умови внутрішньочеревного введення мишам. Високе значення LD_{50} для C_{60}фулерену (721 мг/кг) підтверджує відсутність в організмі тварин токсичних ефектів за використання наноструктури у низьких дозах. Показано, що токсичність Cis ---- Pt (LD_{50} = 15,6 мг / кг) за комплексоутворення із C_{60} фулереном знижувалася вдвічі (LD_{50} = 36, l мг/кг). C_{60} ---- Cis ---- Pt нанокомплекс за дози 7,5 мг/кг (3,75 мг/кг C_{60}фулерену та 3,75 мг/кг Cis ---- Pt) ефективніше пригнічував ріст перещепленої карциноми легені Льюїс та утворення метастазів у легенях миші у порівнянні з дією Cis ---- Pt за еквівалентної дози. Виявлені протипухлинний та антиметастатичний ефекти C_{60} ---- Cis ---- Pt нанокомплексу супроводжувалися подовженням тривалості життя мишей-пухлиноносіїв, нормалізацією їх маси тіла та показників крові. Запропоновані технології застосування C_{60}фулерену як за комбінованої дії з цисплатином після фотоактивації наноструктури, так і за комплексоутворення з цисплатином надали змогу знизити діючу дозу цитостатика та посилити його протипухлинні ефекти.

Шифр НБУВ: РА446078

4.Р.99. Antitumor vector systems based on bioactive lectin of Bacillus subtilis IMB B-7724 / A. L. Petranovska, A. P. Kusyak, N. M. Korniichuk, S. P. Turanska, P. P. Gorbyk, N. Yu. Lukyanova, V. F. Chekhun // Хімія, фізика та технологія поверхні. ---- 2021. ---- **12**, № 3. ---- С. 190-200. ---- Бібліогр.: 30 назв. ---- англ.

Актуальним і перспективним з наукової і прикладної точок зору є поєднання властивостей лектинів і магніточутливих залізовмісних нанокомпозитів (НК) для застосування в онкології. Мета роботи ---- синтез і дослідження нових залізовмісних НК і магнітних рідин, що містять біоактивний бактеріальний лектин, перспективних для використання як прототипу нових ефективних протипухлинних векторних систем для адресної доставки лікарських засобів (ЛЗ) і комплексної локальної терапії онкологічних захворювань із мінімізованими проявами побічного впливу на організм та покращеною сумісністю з іншими ЛЗ. Для створення векторних систем нанодисперсний магнетит синтезовано за реакцією Елмора. Синтез алюмінійвмісного покриття на поверхні Fe_3O_4 здійснено двократним хімічним модифікуванням ізопропілатом алюмінію. Одержаний НК Fe_3O_4/Al_2O_3 було імпрегновано розчинами сахарози. Карбонізацію вуглеводної оболонки НК здійснено в середовищі аргону (500 °С). У результаті одержано НК $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$. Магнітні властивості наноструктур виміряно за допомогою лабораторного вібраційного магнітометра фонерівського типу за кімнатної температури. Адсорбційну іммобілізацію лектину проведено у 0,9 % розчині NaCl у динамічному режимі за кімнатної температури. В дослідах використано бактеріальний цитотоксичний лектин Bacillus subtilis IMB B-7724. Кількість адсорбованої речовини (А) на поверхні нанокомпозитів визначено вимірюванням концентрації лектину в контактних розчинах до та після адсорбції з використанням калібрувального графіка. Вимірювання оптичної густини та спектрів поглинання лектину здійснено на приладі Spectrometer Lambda 35 UV/vis Perkin Elmer Instruments за $\lambda = 280$ нм. Для біологічних досліджень використано стандартні методики та обладнання. Вивчено процеси адсорбційної іммобілізації цитотоксичного бактеріального лектину B. subtilis IMB B-7724 на поверхні магнетиту та карбонвмісного НК $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$ за кімнатної температури. Встановлено, що адсорбційна ємність лектину на поверхні магнетиту становить 25,3 мг/г, а НК $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$ ---- 36,3 мг/г (за вихідних концентрацій лектину 0,06 ---- 0,4 мг/мл). Ступінь вилучення лектину R (%) складав 12 ---- 38 % для магнетиту і 46 ---- 67 % для НК $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$. Вивчено залежність адсорбційної ємності від часу витримки у розчині лектину. Синтезовано та досліджено магнітну рідину (МР) на основі однодоменного Fe_3O_4, що містить лектин. Іммобілізацію лектину на частинки МР здійснено в динамічному режимі за кімнатної температури протягом 3 год. Концентрація лектину в складі МР становила 0,2 мг/мл. МР з іммобілізованим лектином додатково модифікували ПЕГ-2000. Синтез векторної системи Fe_3O_4/ол. Na/лектин/ПЕГ (ол. N ---- олеат натрію) здійснено в динамічному режимі впродовж 3 год. Модифікування поверхні наночастинок поліетиленгліколем проведено з метою підвищення стабільності магнітної рідини, зменшення агрегації частинок. Для визначення впливу експериментальних зразків на життєздатність клітин лінії MCF-7 in vitro готували наступні зразки: Fe_3O_4/ол. Na/ПЕГ (МР), $C_{Fe_3O_4}$ = 3 мг/мл; цитотоксичний лектин B. subtilis IMB B-7724 (ЦЛ), $C_{цл}$ = 0,2 мг/мл; нанобіокомпозит (НБК). Встановлено, що нанобіокомпозит на основі МР і бактеріального лектину виявляє синергічний цитотоксичний ефект на клітини лінії MCF-7, що спричиняє загибель до 40 % клітин. Значення IC_{50} для НБК і лектину для клітин MCF-7 складали відповідно 100 і 126 мкг/мл. Результати досліджень свідчать, що поєднання властивостей лектинів і магніточутливих залізовмісних НК для застосування в онкології є перспективним напрямком створення нових ефективних протипухлинних векторних систем для адресної доставки ЛЗ і комплексної локальної терапії онкологічних захворювань. Застосування природних компонентів у складі векторних систем є шляхом до мінімізації проявів побічного впливу на організм і покращання сумісності з іншими протипухлинними ЛЗ.

Шифр НБУВ: Ж100480

Фармація

4.Р.100. Наукове обгрунтування сучасних принципів соціальної фармації в реформуванні охорони здоров'я: автореф. дис.... канд. фармацевт. наук: 15.00.01 / І. О. Сурікова; Національний фармацевтичний університет. ---- Харків, 2020. ---- 25 с.: рис., табл. ---- укр.

Досліджено соціальні й організаційні принципи у формуванні підходів до вдосконалення механізмів управління якістю роздрібного сегмента фармацевтичного забезпечення як складової соціальної фармації. Обгрунтовано науково-методичні принципи вдосконалення соціально-ефективних механізмів управління якістю фармацевтичного забезпечення населення як складової соціальної фармації під час роздрібної реалізації лікарських засобів (ЛЗ). Розроблено й обгрунтовано методологію класифікації лікопов'язаних помилок (ЛПП) і системи їх моніторингу з урахуванням загальносвітових тенденцій. Із метою зменшення ризиків, пов'язаних з ЛПП, сформовано перелік ЛЗ зі співзвучними торговельними назвами, а також сформовано науково-практичні рекомендації щодо зменшення пов'язаних із ними ризиків. Розроблено форми картки-повідомлення про ЛПП, що виникла під час роздрібної реалізації ЛЗ, і картки-повідомлення для надання пацієнтом та/або його представником інформації про ЛПП. Зазначено, що в сукупності надані пропозиції становлять основу для обгрунтування фармацевтичної складової системи фармаконагляду України.

Шифр НБУВ: РА446075

4.Р.101. Розробка методики стандартизації очних крапель Ангіолін / І. А. Мазур, Р. Р. Акопян, Л. Г. Черковська, І. В. Павлюк, Д. Ю. Скорина // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 383-387. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Глаза ---- одни из самых легкоуязвимых органов человека. Важное место среди всех травматических поражений принадлежит ожогам, которые характеризуются большим количеством неблагоприятных последствий. На фармацевтическом рынке Украины представлены преимущественно лекарственные средства иностранного происхождения, поэтому актуальная задача современной фармации ---- создание и расширение ассортимента отечественного фармацевтического рынка и в будущем относительно дешевого лекарственного средства по сравнению с другими лекарственными препаратами. Сотрудники кафедры фармацевтической химии Запорожского государственного медицинского университета совместно со специалистами НПО «Фарматрон» синтезировали новое соединение, получившее название Ангиолин ((S)-2,6-диаминогексановая кислота 3-метил-1,2,4-триазолил-5-тиоацетат). Ангиолин проявляет противовоспалительное, ранозаживляющее, репаративное действия. Для нового лекарственного средства предложена и создана рациональная лекарственная форма ---- глазные капли. Цель работы ---- разработка методики стандартизации действующего вещества в глазных каплях Ангиолин ((S)-2,6-диамино-гексановая кислота 3-метил-1,2,4-триазолил-5 ---- тиоацетат) с пмощью метода спектрофотометрии. В исследованиях использовали сертифицированную субстанцию ангиолина, которая получена от государственного предприятия «Завод химических реактивов» Научно-технологического комплекса «Институт монокристаллов» НАН Украины, серия 2451117. За основу взят модифицированный спектрофотометрический метод анализа субстанции ангиолина. Исследования провели с использованием спектрофотометра Optizen POP, измерения проводили при длине волны в диапазоне 200 ---- 300 нм, толщина кюветы ---- 10 мм. Исследования проведены на шести сериях 1 % глазных капель ангиолин, количественное определение которого выполнено спектрофотометрическим методом. Установлено, что содержание ангиолина в глазных каплях ---- в пределах 0,00981 ---- 0,01011 г/мл. Таким образом, по содержанию действующего вещества исследуемая серия глазных капель соответствует требованиям ГФУ. В дальнейшем проанализированы другие пять серий глазных капель Ангиолин, которые также отвечали фармакопейным требованиям по содержанию действующего вещества (0,00980 ---- 0,01015 г/мл). Отмечено, что разработанная методика стандартизации глазных капель воспроизводима. Выводы: в ходе исследований разработана методика

стандартизации действующего вещества в глазных каплях Ангиолин методом спектрофотометрии. Разработанная методика воспроизводима и точна, после валидации может применяться при стандартизации действующего вещества в различных лекарственных формах.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.102. Теорія систем як інструмент пошуку нових наукових напрямів і проблемних аспектів фармації в контексті соціальної відповідальності / Н. О. Ткаченко, О. А. Рижов, Б. П. Громовик // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 394-400. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Цель работы ---- освещение базовых положений теории систем как инструмента поиска новых научных направлений и обоснование нерешенных актуальных вопросов социальной ответственности для дальнейшего использования молодыми учеными (магистрантами, аспирантами и т. д.) в качестве базиса развития своего научного потенциала, интернами и слушателями системы повышения квалификации в контексте непрерывного профессионального развития. Проанализированы публикации фундаментальных и прикладных исследований отечественных и зарубежных ученых по выбранному вопросу, научно-методические публикации, нормативные и законодательные документы. Использованы основные положения теории систем и общенаучные методы познания: анализа и синтеза, абстрагирования, дедукции, моделирования, обобщения. В современной научной области существуют три базовых понятия: теория систем, системный анализ, системный подход. Именно теория систем позволяет исследовать свойства любых по природе и сложности систем, в том числе фармацевтическую. Системный подход и системный анализ дают возможность разрабатывать методы решения проблем, возникающих в системе, с учетом ее целей и функций, а также структуры, всех внешних и внутренних связей. Фармацевтический сектор здравоохранения Украины через призму теории систем можно представить как сложную открытую систему, которая выполняет ряд основных и вспомогательных функций. С помощью системного подхода и трех методов исследования систем (черный, серый и белый ящики) на примере исследования социальной ответственности в фармации представлены размышления об установлении проблемных аспектов и намечены возможные перспективные направления научных исследований. Выводы: исследовательская работа начинается с выбора проблемы или темы исследования на основе научного направления всего коллектива исследователей, которые направлены на изучение определенных фундаментальных, теоретических и экспериментальных задач. Представив основные положения теории систем, обосновали их использование для поиска новых научных направлений и проблемных аспектов фармации в контексте социальной ответственности молодыми учеными для развития своего научного потенциала, а также интернами и слушателями системы повышения квалификации в контексте непрерывного профессионального развития.

Шифр НБУВ: Ж69485

Фармакогнозія

Лікарська сировина рослинного походження

4.Р.103. Зміни вмісту каротиноїдів та флавоноїдів у лікарській сировині наперстянки пурпурової, синюхи блакитної та ерви шерстистої, культивованих в умовах in vitro, за хронічної дії іонізуючого опромінення в малих дозах / С. В. Літвінов, Л. Г. Льошина, О. В. Булко, К. В. Листван, С. А. Пчеловська // Ядер. фізика та енергетика. ---- 2021. ---- **22**, № 1. ---- С. 85-92. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Хронічне низькодозове γ ---- опромінення наперстянки пурпурової та ерви шерстистої в культурі in vitro призводило до збільшення концентрації каротиноїдів і флавоноїдів у листках на початку пострадіаційного періоду. У подальшому показники вмісту пігментів і флавоноїдів зменшувалися у порівнянні з контролем. У випадку синюхи блакитної такі зміни не спостерігалися. Якісний склад вторинних метаболітів при цьому суттєво не змінювався, проте співвідношення окремих компонентів екстракту варіювало у невеликих межах. Ri-трансформанти наперстянки пурпурової демонстрували менші зміни у відповідь на опромінення у порівнянні з нетрансформованими рослинами. Зроблено припущення, що спостережувані ефекти є проявом адаптивної реакції на окиснювальний стрес, викликаний хронічним опроміненням малими дозами радіації.

Шифр НБУВ: Ж25640

4.Р.104. Огляд асортименту екстрактів лікарських на фармацевтичному ринку України / О. Д. Мацюк, Л. І. Вишневська, А. В. Бугай // Соц. фармація в охороні здоров'я. ---- 2021. ---- **7**, № 3. ---- С. 31-40. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- дослідження асортименту екстрактів лікарських (ЕЛ) на фармацевтичному ринку України станом на 2020 р. для визначення доцільності розробки нового лікарського препарату (ЛП) на їх основі. Використано бібліосемантичний, аналітичний, логічний методи досліджень для аналізу джерел літератури; аналітичний аналіз ---- для дослідження сегмента вітчизняного фармацевтичного ринку щодо асортименту ЕЛ станом на 2020 р. Проаналізовано їх склад, розподіл за агрегатним станом, формами випуску та країною-виробником, гармонізацію із ЄФ. Визначено, що вітчизняний фармацевтичний ринок налічує 18 екстрактів, усі вони є рідкими. З-поміж усіх зареєстрованих в Україні екстрактів провідне місце (16 позицій) належить українським виробникам. Номенклатура імпортних препаратів складається з 1 екстракту в'єтнамського та 1 швейцарського виробництва. Серед українських виробників найбільший сегмент ринку належить ПАТ «Лубнифарм» ---- 4 препарати, при цьому ротокан випускається у флаконах місткістю 55 і 110 мл; алое екстракт, д/ін. по 1 мл № 10 в ампулах виробляють ПАТ «Лубнифарм» і ЗАТ «Дарниця»; елеутерококу екстракт по 50 мл у флаконі ---- ТОВ «Юніфарма» («Тернофарм») та агрофірма «Ян». На вітчизняному фармацевтичному ринку присутні 19 препаратів з екстрактами, з них найбільший сегмент ринку займають препарати у таких лікарських формах: таблетки та капсули (по 7 найменувань); розчини оральні (2 найменування); краплі оральні (1 найменування); сиропи та порошки для орального розчину (по 1 найменуванню). Більшість ЛП, які містять екстракти, виготовляються українськими виробниками (близько 47 %), виробникам Німеччини, Франції та Швейцарії належать по 2 препарати, Іспанії, Болгарії, Словенії та Чехії ---- по 1 препарату. Встановлено, що на фармацевтичному ринку України представлено 18 екстрактів і 19 препаратів з екстрактами. Більшість ЛП із цієї вибірки є снодійними та заспокійливими засобами (55 %), а також засобами, що застосовуються для лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів, покращують процеси травлення та функціональний стан шлунково-кишкового тракту.

Шифр НБУВ: Ж101342

4.Р.105. Формування бактеріальних біоплівок за впливу біологічно активних речовин рослинного походження: автореф. дис.... канд. біол. наук: 03.00.07 / О. В. Паллаг; Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. ---- Одеса, 2021. ---- 24 с.: рис., табл. ---- укр.

Досліджено здатність умовно-патогенних бактерій, ізольованих із філосфери їстівних рослин і медичного обладнання, до біоплівкоутворення; кількісний і якісний вміст поліфенолів та антоціанів чорниці, сливи, йошти, черешні, аличі, чорної та червоної смородини; здатність екстрагованих водних розчинів поліфенолів і антоціанів, одержаних за удосконаленою авторською методикою з зазначених ягід, інгібувати сформовані клітинами внутрішньолікарняних і рослинних ізолятів біоплівки на біотичних і абіотичних поверхнях. Показано, що бактерії, ізольовані з поверхні медичного обладнання, характеризуються множинною резистентністю до більшості використаних сучасних антибіотичних препаратів і є більш стійкими до їх дії у порівнянні зі штамами бактерій, які було виділено із філосфери рослин. Існує суттєва різниця у силі прикріплення до біотичних поверхонь між бактеріями, ізольованими з поверхні медичного обладнання та клітинами штамів, які ізольовані з філосфери рослин. Встановлено також різницю у формуванні біоплівки на абіотичній поверхні клітинами ізолятів з поверхні медичного обладнання та штамів, виділених з філосфери рослин, у порівнянні з коменсальними лактобактеріями. Встановлено, що найбільший інгібувальний ефект на ріст і біоплівкоутворення бактерій, виділених з поверхні медичного обладнання, та виділених із філосфери їстівних рослин, мають біологічно активні речовини сливи, аличі, черешні та чорної смородини. Встановлено здатність БАР екстракту сливи стимулювати ріст штамів L. acidophilus C-01, L. acidophilus C-03. Показано, що максимальний вплив на планктонні культури та сформовані бактеріями, виділеними з поверхні медичного обладнання та ізольованими з філосфери поверхні їстівних рослин, біоплівки спричиняли екстракти сливи та аличі. Встановлено, що пробактеріальні властивості щодо лактобактерій мають такі біологічно активні речовини, як антоціани, а саме, ціанідин-3 ---- рутинозид. Встановлено, що екстракт сливи (в концентрації 0,002 мг/мл) не виявляє токсичного ефекту на культуру дермальних фібробластів новонароджених. Розроблено схему конструювання нових біопрепаратів на основі екстракту сливи та авторських штамів лактобактерій, що є перспективними для полегшення стану при карієсі, запаленні тканин пародонта, ожирінні та цукровому діабеті 2 типу.

Шифр НБУВ: РА449179

4.Р.106. Study of nitrate accumulation in herbs of Thymus pulegioides L. for flora of Ukraine / Ya. M. Steshenko, O. V. Mazulin // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 337-340. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- англ.

Цель работы ---- с помощью ионометрического метода анализа определить количественное содержание нитратов в настое травы (1:10) Thymus pulegioides L. флоры Украины. Для экспериментальных исследований использовали настой травы Thymus pulegioides L. (1:10), которую собрали в различных регионах Украины с помощью ионометрического метода анализа. С помощью

ионометрического метода анализа было количественно установлено накопление нитратов в зависимости от региона произрастания Thymus pulegioides L. Данные накопления нитратов в траве вида составили от 62,55 до 232,44, что не превышает санитарные нормы. Установлено, что минимальное накопление нитратов в лекарственном растительном сырье обнаружено в Полтавской, Днепропетровской обл. (окружающая среда). Выводы: учитывая полученные данные, можно сделать вывод: исследование видов рода с помощью ионометрического метода анализа на содержание нитратов для контроля качества растительного сырья и лекарственных средств на ее основе является актуальным. Перспективный и экологически безопасный регион для произрастания исследуемого вида ---- центральная часть Украины.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.107. The study of the elemental composition of common domestic types of the medicinal plant raw material / Ye. Yu. Zudova, O. P. Khvorost // Вісн. фармації. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 14-19. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- англ.

Мета дослідження ---- визначити елементний склад поширених вітчизняних видів лікарської рослинної сировини (ЛРС): пуп'янків софори японської, листя та квіток глоду криваво-червоного, трави астрагалу шерстистоквіткового, листя м'яти перцевої та коренів лопуха звичайного. Дослідження елементного складу виконано за методом атомно-абсорбційної спектрографії з фотографічною реєстрацією на базі НДУ НТК «Інститут монокристалів» НАН України (м. Харків). Одержані результати свідчать, що в досліджуваних зразках поширених вітчизняних видів ЛРС міститься не менше 19 хімічних елементів, серед яких превалюють калій, кальцій, магній, фосфор. Проведене дослідження доводить перспективність створення з сировини зазначених рослин оригінальних комплексних лікарських засобів для профілактики та лікування захворювань серцево-судинної системи, зокрема артеріальної гіпертензії.

Шифр НБУВ: Ж14678

Див. також: 4.Р.36, 4.Р.192

Окремі лікарські рослини

4.Р.108. Дослідження хімічного складу айланту найвищого (Ailanthus altissima (Mill.) Swingle) / О. І. Панасенко, І. І. Аксьонова, О. М. Денисенко, В. І. Мозуль, В. В. Головкін // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 341-348. ---- Бібліогр.: 25 назв. ---- укр.

Айлант высочайший ---- источник различных классов биологически активных соединений. Это обусловливает наличие у него фитотоксического, фумигантного, антиоксидантного, антимикробного, антигельминтного действия. В научной литературе недостаточно сведений о его химическом составе и перспективах использования в медицине. Цель работы ---- при помощи GS/MS-анализа исследовать качественный и количественный состав айланта высочайшего листьев и плодов. Установить возможные перспективы использования в медицинской практике в качестве источника потенциальных лекарственных средств. Объект исследования ---- айланта высочайшего листья и плоды. Настойка получена с помощью метода мацерации, сырье экстрагировали метиловым спиртом при комнатной температуре в течение 10 дней. Качественное и количественное определение действующих соединений проводили на газовом хроматографе Agilent 7890B GC System (Agilent, Santa Clara, CA, USA) с масс-спектрометрическим детектором Agilent 5977 BGC/MSD (Agilent, Santa Clara, CA, USA) и хроматографической колонкой DB-5ms (30 м ---- 250 мкм ---- 0,25 мкм). В ходе исследования в листьях идентифицировали 35 биологически активных соединений, в плодах айланта высочайшего ---- 41. В ходе анализа листьев установили основные составляющие: фитол ---- 21,15 %, гексадекановая кислота ---- 8,53 %, α ---- токоспиро А ---- 8,14 %, 2-С-метил-мио-инозитол ---- 7,78 %. В плодах наибольшую часть составляли α ---- токоферол ---- 13,35 %, вакценовая кислота ---- 11,42 %, 2-этилгексиловый эфир бутановой кислоты ---- 9,77 %. Выводы: впервые с помощью GS/MS установлен химический состав айланта высочайшего листьев и плодов. Результаты можно использовать для создания новых потенциальных антимикробных, антиоксидантных и противовоспалительных лекарственных средств.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.109. Стимуляція вмісту антиоксидантів у суцвіттях рослин генотипів Matricia chammomila L. передпосівним УФ-С та рентгенівським опроміненням насіння / В. В. Жук, О. П. Кравець, Д. О. Соколова, В. І. Сакада, Л. А. Глущенко, М. В. Кучук // Ядер. фізика та енергетика. ---- 2021. ---- **22**, № 2. ---- С. 182-188. ---- Бібліогр.: 19 назв. ---- укр.

Досліджено відмінності динаміки вмісту флавоноїдів і фенолів у суцвіттях рослин восьми генотипів ромашки аптечної при передпосівному УФ-С і рентгенівському опроміненні насіння. Виявлено групи генотипів, в яких стимулювальний вплив на вміст антиоксидантів надає переважно УФ-С опромінення, а також групи зі значним підвищенням вмісту антиоксидантів рентгенівським опроміненням. Показано високу значущу кореляцію (R = 0,84) між стимуляцією синтезу флавоноїдів рентгенівським опроміненням і рівнем цих антиоксидантів у контролі. Вища за середню (R = 0,64), але незначуща, кореляція спостерігається між рівнем вмісту флавоноїдів УФ-С стимуляцією і рівнем цих антиоксидантів у контролі. Кореляцію між вмістом фенолів у контролі та підвищенням цього показника після опромінення не виявлено.

Шифр НБУВ: Ж25640

4.Р.110. The study of fatty acids in Anchusa officinalis L. herb of the Ukrainian flora / S. P. Svirska // Вісн. фармації. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 3-7. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- англ.

Наявність різних груп біологічно активних речовин у лікарській рослинній сировині зумовлює її широке використання в медичній практиці. Вивчення хімічного складу та можливих фармакологічних ефектів лікарських рослин є пріоритетом у процесі їх дослідження. Мета роботи ---- вивчити вміст і склад жирних кислот (ЖК) у траві воловика лікарського (Anchusa officinalis L.) флори України з використанням методу газової хроматографії/мас-спектрометрії (ГХ/МС). Зразки трави воловика лікарського (Anchusa officinalis L.) заготовлено в Івано-Франківській обл. в червні 2017 р. Дослідження проведено за допомогою методу ГХ/МС. Для ідентифікації компонентів одержані спектри розглянуто щодо загальних законів фрагментації молекул органічних сполук під дією впливу електрона, а також шляхом порівняння результатів із даними бібліотек мас-спектра NIST05 і WILEY 2007. Аналіз даних виконано з використанням статистичного програмного пакету Statistic 7.0, Excel 7.0 для Microsoft Office для Windows. Наведено результати вивчення ЖК у траві воловика лікарського (Anchusa officinalis L.) флори України. Вперше виявлено 8 ЖК, із-поміж яких: міристинова (163,36 мг/кг), пальмітинова (2324,39 мг/кг), лінолева (1498,33 мг/кг), ліноленова (2696,36 мг/кг), стеаринова (410,16 мг/кг), арахідова (240,43 мг/кг), бегенова (409,23 мг/кг), лігноцеринова (498,38 мг/кг) кислоти. Загальна маса ненасичених ЖК (лінолевої та ліноленової) становила 4045,95 мг/кг, загальна маса насичених ЖК (міристинової, пальмітинової, стеаринової, арахідової, бегенової та лігноцеринової) ---- 4194,69 мг/кг. Це свідчить про незначне переважання ненасичених кислот у зазначеній сировині. Загальний вміст ЖК у траві Anchusa officinalis L. становить 8240,64 мг/кг (0,8 % від маси рослинної сировини). Дослідження ЖК у траві воловика лікарського (Anchusa officinalis L.) флори України проведено вперше. У сировині виявлено 8 ЖК: ненасичені ЖК (лінолеву та ліноленову) та насичені ЖК (міристинову, пальмітинову, стеаринову, арахідову, бегенову та лігноцеринову). Загальний вміст ЖК у траві Anchusa officinalis L. становить 0,8 % від маси сухої сировини. Домінантною сполукою серед ЖК є ліноленова кислота (2696,36 мг/кг сухої сировини). З огляду на зазначене перспективним постає пошук способу одержання комплексу ЖК із трави воловика лікарського з метою розроблення ефективних і безпечних фітопрепаратів.

Шифр НБУВ: Ж14678

4.Р.111. The study of the qualitative and quantitative content of the amount of flavonoids and hydroxycinnamic acids in a dense extract of common tansy flowers / N. A. Herbina, O. A. Ruban, T. M. Gontova, M. S. Yaremenko, C. Yu. Yurchenko // Вісн. фармації. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 8-13. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- англ.

Останнім часом лікарські засоби (ЛЗ) рослинного походження набувають дедалі більшої популярності у фармакотерапії багатьох захворювань. Однією з лікарських рослин, широко розповсюджених у дикому вигляді на території України, є пижмо звичайне (Tanacetum vulgare L.) родини Айстрові (Asteraceae), яка є перспективною сировиною для розроблення нових ЛЗ. З огляду на це актуальним постає дослідження та стандартизація густого екстракту квіток пижма звичайного (ГЕКПЗ) для прогнозування можливої фармакологічної дії та доцільності подальшого використання у виробництві твердих дозованих лікарських форм. Мета роботи ---- дослідити якісний і кількісний вміст суми флавоноїдів і суми гідроксикоричних кислот у ГЕКПЗ. Об'єктом дослідження був ГЕКПЗ. Визначення якісного складу фенольних сполук у екстракті проводили за методом ТШХ, а кількісне визначення суми флавоноїдів у перерахунку на лютеолін ---- за допомогою спектрофотометричного методу. Проведено ідентифікацію ГЕКПЗ за допомогою методу ТШХ, яка надала можливість виявити 3 домінувальні сполуки фенольної природи ---- лютеолін, лютеолін-7-глікозид і хлорогенову кислоту (ХГК). Досліджено кількісний вміст фенольних речовин у ГЕКПЗ методом спектрофотометрії та визначено, що сума флавоноїдів (у перерахунку на лютеолін) становила 3,69 ± 0,01 %; вміст суми гідроксикоричних кислот (ГКК) (у перерахунку на ХГК) ---- 16,88 ± 0,02 %. Встановлено, що значний вміст флавоноїдів і ГКК у ГЕКПЗ доводить перспективність проведення подальших досліджень і розроблення нових лікарських препаратів протизапальної, антимікробної та жовчогінної дії на його основі.

Шифр НБУВ: Ж14678

Див. також: 4.Р.187

Загальна діагностика

4.Р.112. Ехокардіографія при невідкладних станах у кардіології: (огляд) / Н. Д. Орищин // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 5-12. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- укр.

Проаналізовано діагностичні можливості ехокардіографії для виявлення невідкладних станів у кардіології. Докладно розглянуто шляхи ехокардіографічного пошуку при різних сценаріях критичних станів у кардіології: при гострому больовому синдромі, гострій гіпотонії та шоку, задишці, яка раптово виникла, при травмах, перипроцедурних та періопераційних ускладненнях. Описано переваги та недоліки ехокардіографічного методу в діагностиці таких невідкладних кардіологічних станів, як гострий інфаркт міокарда та його ускладнення, гостре розшарування аорти, тампонада серця, тромбоемболія легеневої артерії, систолічна дисфункція шлуночків серця, гостра клапанна патологія.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.113. Монте-Карло симуляція світлорозсіяння шарами шкіри людини методами просторової фотометрії / Н. В. Безугла, С. О. Полуектов, В. О. Чорний, М. О. Безуглий // Вісн. КПІ. Сер. Приладобудування. ---- 2021. ---- Вип. 61. ---- С. 91-100. ---- Бібліогр.: 26 назв. ---- укр.

Здатність здійснювати реєстрацію та аналіз просторового розподілу розсіяного світла в межах повного тілесного кута є основою розробки та вдосконалення інформаційно-вимірювальних систем і програмно-апаратних комплексів для задач оптичної біомедичної діагностики. Для неінвазивних методів біомедичного дослідження найбільший внесок в світлорозсіяння вносять шари шкіри людини, впливаючи при цьому на глибину зондування та роздільну здатність діагностичних систем. Значна індивідуальна варіабельність оптичних властивостей біологічних тканин не надає змоги практично (клінічно) оцінити їх вплив на характеристики світлорозсіяння, тому застосування методів моделювання поширення оптичного випромінювання в середовищах у контексті функціонування вимірювального засобу надає змогу забезпечити такий прогностичний аналіз. Мета роботи ---- порівняльна оцінка результатів симуляції Монте-Карло поширення оптичного випромінювання в окремих шарах шкіри людини при використанні інформаційно-вимірювальних систем біомедичного фотометру з еліпсоїдальними рефлекторами та гоніофотометру. Представлено результати Монте-Карло симуляції світлорозсіяння шарами дерми та епідермісу на довжині хвилі 632,8 нм за допомогою методів просторової фотометрії та програмного забезпечення «BT_Mod», яке надає можливість моделювати процес трасування променів у біомедичному фотометрі з еліпсоїдальними рефлекторами, а також формувати пакет вихідних даних про положення, напрямок та статистичну вагу фотонів, які виходять зі зразка досліджуваної біологічної тканини. У результаті моделювання одержано графіки залежності оптичних коефіцієнтів (пропускання T, дифузного відбиття Rd та поглинання A) для досліджуваних тканин різної товщини від величини фактора анізотропії розсіяння, а також фотометричні зображення другої фокальної площини еліпсоїдальних рефлекторів при реєстрації плями розсіяння у відбитому та пропущеному світлі. Одержано діаграми усередненої індикатриси розсіяння за умови обрання трьох значень товщини епідермісу та дерми для набору біофізично значущих величин фактора анізотропії розсіяння, на підставі чого проаналізовано інтегральний розподіл статистичної ваги фотонів у дифузно розсіяному світлі. Здійснено кількісну оцінку рівня освітленості зображень за принципами зонного аналізу при фотометрії еліпсоїдними рефлекторами. Одержано графіки залежності освітленості зовнішнього та середнього кільця фотометричних зображень у відбитому та пропущеному світлі. Результати дослідження надають змогу аналізувати просторовий розподіл розсіяного шарами шкіри людини (епідермісом та дермою) оптичного випромінювання в межах повного тілесного кута, що може бути використано в задачах оптичної дозиметрії та медичної візуалізації в діагностичних, ендоскопічних та терапевтичних методах біофотоніки.

Шифр НБУВ: Ж29126:Прилад.

4.Р.114. Определение групп рисков при заболеваниях, сопутствующих COVID-19 / А. А. Вагис, А. М. Гупал, И. В. Сергиенко // Кібернетика та систем. аналіз. ---- 2021. ---- **57**, № 2. ---- С. 62-68. ---- Библиогр.: 9 назв. ---- рус.

Для каждого заболевания существует определенный набор генов, мутации в которых увеличивают риск развития болезни. Массовое секвенирование ДНК больных и здоровых людей привело к определению генов, связанных с конкретными заболеваниями. Описаны эффективные процедуры определения мутаций и их месторасположения в последовательностях генов исследуемых пациентов. Предложено использовать оптимальную байесовскую процедуру определения групп рисков при конкретных заболеваниях, в том числе сопутствующих COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж29144

Див. також: 4.Р.319

Загальна терапія

4.Р.115. Колокольный звон: в жизни и медицине / Л. В. Усенко, А. А. Усенко, Т. Д. Литвицкая // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 13-17. ---- Библиогр.: 33 назв. ---- рус.

Приведены данные о месте колоколов и колокольчиков в культурной жизни человека, механизмах воздействия колокольного звона на организм. Названы возможные сферы применения колоколотерапии как одного из методов немедикаментозного лечения в качестве профилактического и лечебного средства самостоятельно или в дополнение к традиционной медикаментозной терапии для коррекции психоэмоционального и соматического здоровья человека.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.116. Медицина надзвичайних ситуацій: підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / В. В. Чаплик, П. В. Олійник, С. Т. Омельчук. ---- 2-ге вид., допов., перероб. ---- Вінниця: Нова Книга, 2021. ---- 346 с.: рис., табл. ---- Бібліогр.: с. 343-346. ---- укр.

Висвітлено основні положення з організації медичного забезпечення населення в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного та соціально-політичного походження. Розглянуто питання, які стосуються основних положень міжнародного гуманітарного права, організації та функціонування Державної служби медицини катастроф, основних принципів організації лікувально-евакуаційного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного забезпечення населення в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Шифр НБУВ: ВС68621

4.Р.117. Методика отримання PRP та L-PRP для використання в повсякденній практиці лікаря ортопеда-травматолога: (огляд) / О. І. Оліфіренко, Г. І. Герцен, О. С. Мовчан, Р. О. Сергієнко, А. І. Процик, Р. М. Остапчук // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 4-8. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Наведено результати експериментального дослідження з вивчення двох способів обробки крові з метою одержання збагаченої тромбоцитами плазми. У зв'язку з широким клінічним використанням збагаченої тромбоцитами плазми в ортопедії і травматології набув актуальності диференційний підхід до використання PRP та L-PRP. Комерційні набори для одержання збагаченої тромбоцитами плазми здебільшого суттєво здорожують процес лікування. Увагу зосереджено на концентрації тромбоцитів у кінцевому продукті та маркетингових особливостях того чи іншого набору (роздільний гель, форма пробірки, антикоагулянт, активатор і т. д.). Наведено роль лейкоцитів в особливостях регенеративного ефекту збагаченої тромбоцитами плазми. Під час роботи кров добровольців оброблялась за двома різними способами і вивчався клітинний склад отриманих продуктів. Зразок 1 був для контролю базового клітинного складу крові. Зразок 2 центрифугувався в стерильній пластиковій пробірці, збагачена тромбоцитами плазма забиралась ручним способом. Зразок 3 центрифугувався в стерильному модифікованому ін'єкційному шприці, збагачена тромбоцитами плазма збиралась закрито за рахунок конекторів разом із багатим шаром. За результатами статистичного аналізу, одержано принципові різні біологічні продукти з різною концентрацією тромбоцитів та лейкоцитів. Перший зразок (контрольний): концентрація тромбоцитів ---- $(228{,}69 \pm 39{,}15) \times 10^9$/л та лейкоцитів ---- $(5{,}18 \pm 1{,}32) \times 10^9$/л. Другий зразок (пробірка + ручний забір): концентрація тромбоцитів ---- $(429{,}38 \pm 79{,}92) \times 10^9$/л та лейкоцитів ---- $(0{,}85 \pm 0{,}34) \times 10^9$/л. Третій зразок (поршень шприца + закритий вакуумний забір): концентрація тромбоцитів ---- $(541{,}15 \pm 85{,}49) \times 10^9$/л та лейкоцитів ---- $(6{,}56 \pm 1{,}92) \times 10^9$/л. Дані наведено без урахування ---- 12,5 % відхилення на розведення цитратом декстрози. Завдяки проведеній роботі лікар ортопед-травматолог має можливість використовувати у своїй практиці максимально прості некомерційні способи одержання PRP та L-PRP залежно від нозології та поставлених клінічних задач.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.118. Опрацювання складу, технології та дослідження концентрованих розчинів для гемодіалізу: автореф. дис.... канд. фармацевт. наук: 15.00.01 / А. М. Філіпська; Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. ---- Київ, 2021. ---- 24 с.: рис., табл. ---- укр.

Обгрунтовано і розроблено раціональний склад, технології та досліджено рідкі кислотні концентрати для виготовлення гемодіалізних розчинів. Запропоновано методологію досліджень із розробки кислотних концентратів для гемодіалізу, яка складається з інформаційно-пошукового, технологічного, аналітичного й біологічного етапів. Запропоновано технологічну схему виробництва рідких кислотних концентратів з обгрунтуванням класів приміщень. Наведено критичні точки технологічного процесу. Розроблені альтернативні методики порівняно з фармакопейними для кількісного визначення хлоридів, глюкози, оцтової та лимонної

кислот у кислотних концентратах. Опрацьовано методику визначення мікробіологічної чистоти кислотних концентратів, уперше вивчено їх консервувальну дію. Розроблено проєкти виробничої рецептури і методики контролю якості для організації виробництва глюкозовмісного кислотного концентрату з оцтовою кислотою. Технологію апробовано в умовах промислового виробництва ДП «Фарматрейд» (акт апробації від 1.06.2021).

Шифр НБУВ: РА449396

Фізіотерапія та курортологія

4.Р.119. Аналіз оцінювання якості навчального процесу студентами магістерської програми зі спеціальності 227.01 — Фізична терапія / О. Лазарєва, І. Жарова, Р. Баннікова, С. Гаврелюк, В. Кормільцев, В. Брушко // Слобожан. наук.-спорт. вісн. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 79-88. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- визначити рівень задоволеності та якості навчального процесу студентів магістерської програми зі спеціальності 227.01 ---- Фізична терапія. У дослідженні використано такі методи: аналіз науково-методичної літератури, спеціальних нормативно-правових актів, які регулюють процес оцінювання якості освіти та ресурси мережі Інтернет, соціологічне опитування в моніторинговому режимі, аналіз, синтез і узагальнення одержаних даних, методи математичної статистики. В опитуванні магістрів денної форми навчання кафедри фізичної терапії те ерготерапії НУФВСУ взяли участь 164 студенти, середній вік досліджуваних склав 27,6 ± 0,6 років, переважаючий рівень освіти у студентів був ---- неповна вища освіта (диплом бакалавра) або закінчена вища освіта (вже отриманий диплом магістра, але з іншої спеціальності). Зазначено, що студенти магістерської програми кафедри фізичної терапії та ерготерапії НУФСУ в цілому задоволені якістю, наповненістю та методами викладання предметів вищезгаданої програми. Недоліки, що відмітили студенти: проблеми з працевлаштуванням, низька якість матеріалу деяких дисциплін, відсутність або неможливість працювати зі спеціальним обладнанням і розбіжність в інформаційному наповненні теоретичних і практичних занять. Встановлено, що використання засобів інформаційно-комунікаційних технологій під час проведення опитування та обробки його результатів не лише підвищує ефективність комунікації між суб'єктами та об'єктами експертизи (якість використання методу), а й забезпечує оперативність і наочність одержання її результатів.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.120. Курортологія: історичні, організаційні та клінічні аспекти: [колект.] монографія / В. С. Килівник, О. В. Гладкий, А. О. Голяченко, Ю. Й. Рудий, І. В. Руда; ред.: В. С. Килівник; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. ---- Київ: Центр учбової літератури, 2021. ---- 232 с.: рис., табл. ---- Бібліогр.: с. 215-230. ---- укр.

Висвітлено теоретичні і практичні засади курортології та санаторно-курортного лікування. Розглянуто особливості організації і проведення санаторно-курортного лікування в історичному аспекті. Узагальнено результати наукових досліджень Вінницького та Тернопільського національних медичних університетів, Київського національного торгово-економічного університету, санаторію «Авангард» Вінницької обл. Надано поняття про курорти та природні лікувальні ресурси. Проаналізовано нормативні документи у курортній галузі. Запропоновано авторські моделі дослідження природних інформаційних систем. Діагностику та санаторно-курортне лікування захворювань різних органів і систем розглянуто через призму основних патологоанатомічних і біохімічних процесів, які відбуваються в організмі, та механізму впливу природних лікувальних чинників. Підкреслено значимість культурної й історичної спадщини України для відродження духовного та фізичного здоров'я нації. Розкрито суть, характерні риси й особливості санаторно-курортного продукту, поняття міжнародного ринку курортних послуг та особливості його формування, а також технологію проєктування санаторно-курортного продукту.

Шифр НБУВ: ВА853021

4.Р.121. Low-intensity signal modulation of the microwave physiotherapy equipment / O. Yanenko, S. Peregudov, K. Shevchenko, V. Kychak // Вісн. КПІ. Сер. Приладобудування.---- 2021.---- Вип. 61.---- С. 77-84.---- Бібліогр.: 8 назв. ---- англ.

Описано особливості амплітудно-частотної модуляції вихідних сигналів генераторів міліметрового діапазону для мікрохвильової терапії. Здійснено огляд появи можливих біологічних та медичних ефектів за допомогою модульованих сигналів. Використання високочутливого обладнання радіолокаційного типу наддало змогу вивчити здатність людини до поглинання в діапазоні мм-хвиль від зовнішнього джерела. Описано результати експериментальних досліджень авторів, це показало, що на деяких частотах реєструється підвищене поглинання потужності опромінюючого сигналу. Ці частоти називаються «резонансами поглинання». Представлено оригінальні схеми монохроматичних та шумових генераторів сигналів, розроблені авторами, та описано принцип їх роботи. Показано можливість формування сигналів низької інтенсивності та забезпечення роботи діапазону генератора з використанням другої гармоніки монохроматичного сигналу та селективні властивості КВЧ-вузлів. Розкрито технічні параметри та характеристики розроблених пристроїв. Окреслено області застосування розроблених пристроїв у практичній медицині. За допомогою блоку управління генерується низькочастотний сигнал у вигляді пилкоподібної або трикутної напруги, який подається на перетворювач варактора. Під впливом сигналу модуляції змінюється ємність варактора і, отже, частота КВЧ генератора. Описано роботу комбінованої системи вимірювання випромінювання з модульованим шумоподібним вихідним спектром та відгуками пацієнта. Продемонстровано широкі практичні можливості використання мікропроцесорної технології для автоматизації та управління процесом вибору режиму роботи, для формування та зміни параметрів модуляції мікрохвильового сигналу. Проведені дослідження розкривають процес взаємодії низькоінтенсивного мікрохвильового випромінювання з тілом людини і можуть бути використані в технологіях міліметрової терапії. Описано сервісні функції розробленого обладнання, які сприяють його більш ефективному використанню в технологіях мікрохвильової терапії.

Шифр НБУВ: Ж29126:Прилад.

Медична радіологія та рентгенологія

4.Р.122. Оцінка ефективності моніторингу доз опромінення людини при комп'ютерній томографії / О. Д. Рудий, М. Ф. Терещенко // Вісн. КПІ. Сер. Приладобудування. ---- 2021. ---- Вип. 61. ---- С. 85-90. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Рентгенодіагностичні методи візуалізації внутрішніх органів людини мають багато переваг у порівнянні з іншими методами, оскільки їх застосування не потребує багато часу, і вони широко доступні, що надає змогу лікарям швидко підтвердити чи виключити діагноз з більшою впевненістю. Основною проблемою, що пов'язана з широким розповсюдженням радіологічної діагностики та терапії, є значне опромінення пацієнтів. За останні 30 років середня доза опромінення населення та пацієнтів збільшилася вдвічі, незважаючи на те, що опромінення від природних факторів залишилося майже на тому самому рівні. Зростання рівня середньої дози опромінення населення і пацієнтів медичних установ пов'язано зі зростанням кількості діагностичних процедур, не зважаючи на те, що рівень опромінення при кожній процедурі суттєво зменшився. Особливо це актуально в даний період коронокризи --- стрімкого зростання кількості хворих людей, викликаного вірусом COVID-19. Розглянуто принципи моніторингу рівня доз опромінення в діагностичних та терапевтичних комплексах лікувальних закладів. Було проведено аналіз методики дослідження, порівняння доз одержаних експериментально, при яких проводились багатофакторні вимірювання дозиметрами розміщеними в зонах основних життєво важливих органів та доз, що прийняті протоколами лікування за державними та санітарними правилами і нормами. Після проведеного аналізу і виділення основних проблем опромінення, було запропоновано метод автоматизованого вимірювання доз опромінення з встановленням високоточних детекторів та алгоритм розрахунку параметрів опромінення, згідно з місцем перебування пацієнтів та персоналу під час проходження діагностичної чи терапевтичної процедур, а також, окремо для кожного органу, методика оцінки накопичення рівня доз опромінення.

Шифр НБУВ: Ж29126:Прилад.

4.Р.123. Підтримка цілей сталого розвитку та проблема повторного використання одноразових інструментів в інтервенційній радіології / М. Б. Виваль, Д. В. Щеглов, С. В. Чабанюк // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 89-94. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- укр.

Інтервенційна радіологія традиційно є передовою галуззю в сучасній медицині, адже вона пропонує малоінвазивні альтернативи хірургічному лікуванню, зменшуючи при цьому тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі. Питання щодо медичних відходів та вторинної переробки медичних засобів для підтримки цілей сталого розвитку у секторі охорони здоров'я перебуває у стані «зеленої революції», націленої на подолання глобального потепління та боротьбу із забрудненням довкілля. На частку операційних відходів припадає від 20 до 70 % від усіх відходів лікарень, багато з них потребують спеціальної утилізації. Доходи медичних компаній збільшуються, як і витрати на лікування, що стають тягарем для сімей та системи охорони здоров'я, особливо в країнах з низьким рівнем доходів, в умовах пандемії COVID-19. Питання утилізації та повторного використання унікальних дорогих інструментів для одноразового використання радіологічного профілю мало висвітлено в науковій літературі, але проведене серед інтервенціоністів опитування виявило, що повторне використання має місце навіть у країнах, де воно офіційно заборонене. Незважаючи на появу регуляційних норм щодо повторного застосування інструментів для одноразового використання, йо-

го здійснюють переважно без дотримання стандартів якості. Виробники не зацікавлені у повторному використанні одноразових інструментів, і часто відмовляються надавати інформацію про те, як їх можна правильно переробити та стерилізувати, хоча якісно відновлені інструменти є перспективними як щодо зменшення витрат на сферу охорони здоров'я та боротьбу із забрудненням довкілля, так і щодо поширення сучасних інтервенційних технологій у місця, де існує дефіцит ресурсів і вони можуть урятувати життя.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.124. Радіобіологічні показники гострої променевої хвороби (чорнобильський досвід) / Е. А. Дьоміна, В. Г. Ніколаєв // Доп. НАН України. ---- 2021. ---- № 5. ---- С. 99-106. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Досліджено особливості радіобіологічних показників залежно від ступеня гострої променевої хвороби (ПХ) до та після інтенсивної дезінтоксикаційної терапії 53 постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, які лікувалися в клініці Київського науково-дослідного рентгено-радіологічного та онкологічного інституту МОЗ України. Прояв первинних ушкоджень у хворих не завжди відповідав тяжкості променевої патології. Спостерігали, як правило, відтермінованість у розвитку лейко- та лімфопеній у порівнянні з класичною формою ПХ. Особливістю цитопеній крові був хвилеподібний характер їх перебігу. Відновлення показників крові в критичний момент було можливим лише за рахунок донорського кісткового мозку (КМ), який тимчасово брав на себе кровотворну функцію. Характерною рисою ультраструктурних змін у КМ унаслідок змішаного опромінення (зовнішнього та за рахунок радіонуклідів) були дистрофія і деструктивні зміни ендотелію синусів КМ. Усім хворим проведено біологічну (цитогенетичну) дозиметрію. Вперше запропоновано алгоритм визначення ступеня ПХ на основі оптимального комплексу цитогенетичних показників радіаційного ураження Т-лімфоцитів із залученням моделі множинної лінійної регресії. Зіставлення даних цитогенетичної дозиметрії з клінічною симптоматикою надало можливість зробити об'єктивні висновки щодо диференціювання ступеня тяжкості ПХ у межах строків, необхідних для виконання своєчасної дезінтоксикаційної терапії постраждалих. Чорнобильський досвід показав, що у випадку радіаційних інцидентів для оцінки тяжкості та прогнозу променевої патології, коректної біологічної дозиметрії доцільно проводити комплексне поглиблене радіобіологічне дослідження, яке включає гематологічне, цитогенетичне обстеження та аналіз кількісних і морфологічних показників КМ у зіставленні з клінічною симптоматикою опромінених осіб.

Шифр НБУВ: Ж22412/а

4.Р.125. Physical bases for determination of scattering kernels from incomplete data in grid-less X-ray imaging / A. Yu. Danyk, O. O. Sudakov // Ядер. фізика та енергетика. ---- 2021. ---- **22**, № 2. ---- С. 189-196. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- англ.

Запропоновано та випробувано за допомогою математичного фантома математичну модель форми ядер розсіювання рентгенівських променів на основі неповних даних моделювання. Передбачено використання моделі для потреб низькодозової рентгеноскопії без застосування протирозсіювальних растрів. Запропонована модель підходить для різних типів симетричних та асиметричних ядер розсіювання різних тканин у достатній для практичного використання мірі. Асиметрія ядер здебільшого виникає при опроміненні меж поділу різних тканин. Модель описує широке коло асиметричних ядер завдяки запропонованому «секторному» доданку. Використання запропонованої моделі за компенсації розсіяного випромінювання зменшує результуючу похибку компенсації до 50 % у порівнянні з результатами використання вузьких ядер.

Шифр НБУВ: Ж25640

4.Р.126. Studies of dosimetry protocols for accelerated photons and electrons delivered from medical linear accelerator / A. K. M. Moinul Haque Meaze, Santunu Purohit, Md. Shakilur Rahman, Abdus Sattar, S. M. Enamul Kabir, Md. Kawchar Ahmed Patwary, Kamrunnahar Kali, Md. Jubayer Rahman Akhand // East Europ. J. of Physics. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 20-26. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- порівняльне дослідження дозиметричних протоколів променевої терапії для прискорених фотонів та електронів, що надходять з лінійного медичного прискорювача (ЛМП) (LINAC). Проведено порівняння між протоколами (TRS 398, DIN№ 6800-2 і TG 51) як для електрона, так і для фотона, що надійшли з Clinac 2300CD і Clinac DHX 3186. Використано пучки фотонів з енергіями 6 і 15 МВ та електронні пучки з енергіями 4, 6, 9, 12, 15 і 18 МеВ для обох ЛМП. У випадку з Clinac максимальні відхилення відносної дози за D_{max} для пучка фотонів (15 МВ) серед протоколів становило 1,18 % між TRS-398 і TG-51, 1,56 % між TG-51 і DIN№ 6800-2, і 0,41 % між TRS-398 і DIN№ 6800-2. І навпаки, ці відхилення становили 3,67 % між TRS-398 і TG-51, 3,92% між TG-51 і DIN№ 6800-2 для 4 МеВ, і 0,95 % між TRS-398 і DIN№ 6800-2 у випадку Clinac 2300 CD для PTW Markus та Exradin A10. При вимірюванні максимальної глибини поглиненої дози у воді за допомогою трьох протоколів спостерігались максимальні відхилення між TRS 398 та TG-51, а також TG51 і DIN№ 6800-2.

Шифр НБУВ: Ж43925

Див. також: 4.Р.58, 4.Р.213

Внутрішні хвороби

4.Р.127. Classic Fabry disease: a clinical case presentation in a resident of Transcarpathia / O. Ye. Fartushna, H. V. Palahuta, S. K. Yevtushenko, R. Yatsynyn, O. G. Selina, G. M. Tvaskus, Ye. M. Fartushnyi // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 5-8. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- англ.

Fabry disease is an inherited X-linked disorder of α ---- galactosidase deficiency that results in the accumulation of globotriaosylceramide and related neutral glycosphingolipids and may cause a wide range of symptoms affecting multiple systems. We aimed to provide a narrative literature overview of Fabry disease, with a clinical case presentation. We provided a comprehensive clinical, neurological, laboratory, and instrumental analysis of Fabry disease in a young white adult admitted to the Regional Clinical Center of Neurosurgery and Neurology (Uzhhorod, Ukraine). Results and conclusions. We have presented a brief literature overview of the disease, supported with a clinical case of classic Fabry disease in a young white resident of Transcarpathia.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.128. Innovative approaches to pharmacotherapy of systemic autoimmune diseases in the conditions of the COVID-19 pandemic / I. G. Hayduchok // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 64-74. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- англ.

В сучасних умовах поширення коронавірусної пандемії зростає роль фармакотерапії супроводу імунопатологічних синдромів у хворих на системні хвороби та пацієнтів з дуальними розладами здоров'я. Необхідність корекції схем фармакотерапії системних аутоімунних хвороб з'являється при вирішенні питань щодо якості, економічної та фізичної доступності лікарських засобів у відповідності до оптово-роздрібних цін. Мета роботи ---- вивчення та впровадження інноваційних підходів у фармакотерапію системних аутоімунних хвороб шляхом контентного аналізу на прикладі противірусних препаратів за Міжнародною непатентованою назвою (МНН) ацикловір. Інформаційну базу дослідження склали наукові праці іноземних та вітчизняних вчених за темою роботи. Огляд наукових джерел літератури було проведено із врахуванням рекомендацій Кокрейнівського товариства за PICO. Найменування лікарських препаратів було систематизовано за МНН, торговельними назвами, за кількістю лікарських препаратів, лікарських форм. Для проведення контентного аналізу було використано розроблену кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти методику відбору лікарських засобів (ЛЗ), яка включала сім критеріїв. На першому етапі дослідження було проведено маркетинговий аналіз асортименту ЛЗ за МНН ацикловір. Обрано ЛЗ, які, за даними Державного реєстру ЛЗ України станом на листопад 2020 р., було зареєстровано та дозволено до обігу в закладах охорони здоров'я. Після узагальнення опрацьованих даних було складено маркетинговий перелік ЛЗ за АТС кодом J05AB01 відповідно до МНН ацикловір, який налічує 36 найменувань ЛЗ. Під час проведення дослідження складено дискретний варіаційний ряд розподілення ЛЗ, який вказує на те, що досліджуваний кількісний показник виробників ЛЗ коливається в межах першої групи з найвищою частотою (f_i = 8). Створено графічний дискретний варіаційний у вигляді полігону розподілення. Висновки: інноваційні підходи до фармакотерапії системних аутоімунних хвороб полягають в застосуванні контент-аналізу як додаткового методу у вивченні забезпечення фармакотерапії ЛЗ. Вивчення відбувається з позиції формалізованого методу якісного та кількісного аналізу документів, що надає змогу одержати детальне уявлення про обраної клініко-фармакологічної групи ЛЗ ---- ЛЗ за INN aciclovir (АТС-код J05AB01). Проведений аналіз надає змогу одержати повну характеристику асортименту і виробників препаратів, дозволених до застосування.

Шифр НБУВ: Жс20661

Див. також: 4.Р.65, 4.Р.175, 4.Р.181, 4.Р.188

Хвороби систем кровообігу та лімфообігу

4.Р.129. Актуальні питання кардіології та кадіохірургії / Л. Онищук // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 45-49. ---- укр.

Наприкінці жовтня 2020 р. на базі ДУ «Інститут серця МОЗ України» в режимі онлайн відбулася VI Українсько-Литовська науково-практична конференція, присвячена розгляду сучасних методів діагностики й терапії в галузях кардіології та кардіохі-

ургії, а також ознайомленню з ними лікарів різного фаху. Організатором події виступив Інститут серця МОЗ України, запросивши долучитися до конференції співробітників Вільнюського університету (Литва).

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.130. Возможности карбокситерапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / С. М. Дроговоз, Л. Б. Иванцык, Ю. В. Столетов, А. Л. Штробля, А. В. Кононенко, Е. В. Дроговоз // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 31-38. ---- Библиогр.: 24 назв. ---- рус.

Цель исследования ---- проанализировать механизмы действия и фармакодинамики карбокситерапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС). Анализ отечественного и зарубежного опыта применения карбокситерапии при заболеваниях ССС. В механизм действия карбокситерапии заложен принцип введения диоксида углерода (CO_2) в организм больного, благодаря которому можно устранить многие патологические нарушения. Ингаляционное и неингаляционное введение CO_2 используется в лечебных целях многие десятки лет. Эмпирическое (off label ---- вне инструкций) применение данной терапии со временем приобрело широкую клиническую доказательную базу. Имеется большое количество клинических доказательств эффективного применения карбокситерапии при многих патологических состояниях, в том числе и при заболеваниях ССС. Доказано, что введённый в организм CO_2 свободно проникает через мембраны клеток и оказывает антигипоксический, вазодилатирующий, гипотензивный, антиоксидантный, антиангинальный, противовоспалительный, спазмолитический и другие положительные эффекты. Следовательно, карбокситерапия способствует комплексу фармакологических эффектов, характерных традиционным антиангинальным, гипотензивным, спазмолитическим, аналгетическим и другим препаратам, широко применяемым при лечении заболеваний ССС. Выводы: анализ отечественного и зарубежного опыта карбокситерапии показывает, что эффекты CO_2 при заболевании ССС достигаются за счет улучшения оксигенации и микроциркуляции, антиангинального, противовоспалительного, гипотензивного, спазмолитического, антиоксидантного и болеутоляющего эффектов данного газа. Карбокситерапия является альтернативным, перспективным и безопасным методом лечения заболеваний ССС.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.131. Діагностика ішемії міокарда та показання для реваскуляризації / Л. Онищук, О. Гладкий // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 58-60. ---- укр.

У межах IX реєстрової науково-практичної конференції «Функціональна діагностика серцево-судинних хвороб», яка проходили в мережі онлайн 18 ---- 19 березня 2021 р., відбувся симпозіум за підтримкі корпорації «Артеріум» «Сучасні підходи до діагностики ішемії міокарда. Показання для реваскуляризації». Тематика симпозіуму охоплювала сучасні методи діагностики гострих коронарних синдромів та хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС), підходи до визначення потреби в подвійній антитромбоцитарній терапії. Окремо висвітлено місце сучасного антиагреганта прасугрелю (Саграда таблетки, вкриті плівкою оболонкою, по 10 мг) у лікуванні пацієнтів, які перенесли процедури стентування з огляду на гострі коронарні синдроми.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.132. Перспективи та можливості сучасної аритмології в Україні / Л. Онищук // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 52-57. ---- укр.

У листопаді 2020 р. в режимі онлайн відбулася XII науково-практична конференція «Дні аритмології в Києві», співорганізаторами якої традиційно стали кафедра функціональною діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (нині ---- Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика) та ДУ «Інститут серця МОЗ України». Тематику цього наукового заходу було переважно присвячено основним аспектам сучасної стратегії ведення пацієнтів із фібриляцією передсердь із позицій європейських рекомендацій 2020 р. Також не менш важливою темою стала профілактика життєво небезпечних шлуночкових аритмій. Зазначено, що зацікавленість лікарів різного фаху в науковій програмі цього аритмологічного форуму залишається високою, незважаючи на онлайн-формат проведення ---- для участі в конференції попередньо зареєструвалися близько 1 тис. лікарів із різних регіонів України.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.133. Структура призначення медикаментозної терапії кардіологічним пацієнтам на первинній ланці надання медичної допомоги: уроки дослідження ОЗІРКА / О. О. Торбас, С. М. Кушнір, О. Л. Рековець, Ю. М. Сіренко // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 4. ---- С. 11-20. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Структура призначень кардіологічних препаратів лікарями на первинній ланці надання медичної допомоги досить довгий час залишалася невідомою. Використано дані дослідження ОЗІРКА, мета якого ---- вивчити вплив препарату озалекс (розувастатин) на рівень ліпідів і холестерину в пацієнтів з порушеннями ліпідного обміну і гіперхолестеринемією, та оцінити структуру лікарських призначень в умовах реальної клінічної практики, а також ефективність контролю основних факторів кардіоваскулярного ризику. Одержані дані надають змогу оптимізувати схему лікування пацієнтів на первинній ланці надання медичної допомоги, покращити прогноз і виживання пацієнтів, а також надати практичному лікарю докази стосовно безпеки й ефективності розувастатину, які можна буде перенести в рутинну клінічну практику вже зараз.

Шифр НБУВ: Ж100050

Див. також: 4.Р.112, 4.Р.204, 4.Р.207

Гіпертонічна хвороба

4.Р.134. Алгоритми діагностики та лікування ідіопатичної легеневої артеріальної гіпертензії / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, І. О. Живило, Ю. А. Боцюк // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 5. ---- С. 5-28. ---- Бібліогр.: 70 назв. ---- укр.

Легенева гіпертензія (ЛГ) ---- це гемодинамічний та патофізіологічний стан, що характеризується підвищенням середнього тиску в легеневій артерії > 20 мм рт. ст. та оцінюється за даними катетеризації правих відділів серця (КПС). У більшості випадків ЛГ не самостійне захворювання, а є проявом інших хвороб. Ідіопатична легенева артеріальна гіпертензія (ІЛАГ) ---- діагноз, який встановлюється за методом виключення усіх інших причин ЛГ (ураження лівих відділів серця, захворювання сполучної тканини, ВІЛ-інфекція, захворювання легень, портальна гіпертензія, вроджені вади серця, легенева тромбоемболія в анамнезі та ін.). При ІЛАГ етіологія захворювання невідома. Вазоконстрикція, мікротромбоз та ремоделювання судин ---- три основні патофізіологічні елементи при ЛГ. Симптоми ЛГ неспецифічні: задишка, швидка втомлюваність, біль у грудях при фізичному навантаженні, іноді спостерігаються синкопальні стани. У декомпенсованих пацієнтів наявні ознаки правосторонньої серцевої недостатності (набряки, асцит, здуття живота, пульсація яремних вен). Діагностичний алгорим при ЛГ складається з двох етапів. Перший ---- поза межами експертного центру, другий ---- безпосередньо в експертному центрі ЛГ. При підозрі на це захворювання та за наявності типових симптомів та ознак усім хворим проводиться ехокардіографічне обстеження (ЕхоКГ). Далі, за певних умов (наприклад, відсутність основної причини ЛГ), хворий направляється до експертного центру ЛГ, де можливе проведення КПС. Оцінка хворих з ІЛАГ необхідна для покращання контролю захворювання та переходу з більш високого ризику до більш низького. Оцінка прогнозу є комплексною та визначається на основі: клінічного статусу, прогресування симптомів, наявності синкопе, результатів тесту 6-хвилинної ходьби та NT-proBNP, результатів методів обстеження (кардіопульмональний тест із фізичним навантаженням, ЕхоКГ або МРТ серця, оцінка гемодинаміки). Основними завданнями лікування ІЛАГ є зменшення вираженості симптомів, уповільнення прогресування захворювання, поліпшення якості та збільшення тривалості життя хворих. У першу чергу це загальні заходи (фізична активність, запобігання та ведення вагітності), запобігання інфекційним захворюванням, соціально-психологічна допомога, контроль дотримання режиму, рекомендації щодо подорожей/поїздок, підтримуюча терапія (пероральні антикоагулянти, діуретики, дигоксин, оксигенотерапія). Хворим із позитивним вазореактивним тестом призначаються блокатори кальцієвих каналів. У всіх інших хворих специфічна терапія ЛГ може включати простагланд ини (інгаляційна, внутрішньовенна та підшкірна форма), антагоністи простациклінових рецепторів, антагоністи рецепторів ендотеліну, інгібітори фосфодіестерази-5, стимулятори розчинної гуанілатциклази. Одним із варіантів хірургічного лікування ІЛАГ є передсердна септостомія ---- створення перфорації в міжпередсердній перегородці. Це призводить до декомпресії правих камер серця і збільшує перенавантаження на лівий шлуночок, що призводить до збільшення серцевого викиду.

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.135. Артеріальна гіпертензія у фокусі психокардіології: монографія / І. В. Дроздова, С. Я. Яновська, В. В. Храмцова, Ю. О. Гончар. ---- Дніпро: Ліра, 2021. ---- 291 с.: рис. ---- Бібліогр.: с. 262-291. ---- укр.

Розглянуто сучасний стан проблеми психокардіології, основні аспекти психосоматичного підходу в медицині, психологічні особливості та когнітивні функції, принципи комбінованої терапії хворих на артеріальну гіпертензію. Детальну увагу приділено теоретико-методологічному обгрунтуванню проведених досліджень. Визначено сучасні підходи до оцінки психологічних особливостей і когнітивних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію. Представлено моделі типології нозогеній та оцінки когнітивних функцій; надано оцінку психічного та психологічного рівня типології нозогеній. Розглянуто особливості особистості, характеру, когнітивних функцій та формування внутрішньої картини хвороби на різних стадіях артеріальної гіпертензії. Встановлено особливості фізіологічного рівня типології нозогеній при цій патології; розроблено математичні моделі взаємозв'язку Hs-іпохондрії, D-депресії та артеріальної гіпертензії та технологію порівняння

результатів добового моніторування артеріального тиску хворих. Розглянуто особливості структурного стану серця, добового ритму артеріального тиску та ремоделювання судин у хворих на артеріальну гіпертензію з ішемічним інсультом. Запропоновано систему комплексної психотерапії та медикаментозного лікування хворих на артеріальну гіпертензію та надано оцінку її ефективності за різних форм нозогеній та перенесеного ішемічного інсульту на тлі артеріальної гіпертензії.

Шифр НБУВ: ВА853007

4.Р.136. До проблеми взаємозв'язку артеріальної гіпертензії і коронавірусної хвороби (COVID-19): огляд літератури / С. М. Коваль, О. В. Мисниченко, М. Ю. Пенькова // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 4. ---- С. 40-45. ---- Бібліогр.: 38 назв. ---- укр.

Огляд літератури присвячено проблемі взаємозв'язку між артеріальною гіпертензією (АГ) і коронавірусною хворобою (КВХ; COVID-19), що привернула до себе увагу із самого початку пандемії даного інфекційного захворювання. Дані літератури, незважаючи на певні розбіжності, свідчать про більшу частоту КВХ (COVID-19) серед хворих на АГ, особливо осіб похилого віку та хворих із коморбідними серцево-судинними захворюваннями, ожирінням і цукровим діабетом. Крім того, показано, що у вказаних хворих COVID-19 перебігає у більш тяжкій формі. У зв'язку з цим даним категоріям хворих необхідні забезпечення ефективної лікувально-профілактичної допомоги та створення умов для профілактики інфікування КВХ (COVID-19) відповідно до сучасних європейських стандартів.

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.137. Ефективність рослинного харчування при лікуванні артеріальної гіпертензії: (огляд) / І. Т. Руснак, Н. О. Сливка, В. Т. Кулачек, Я. В. Кулачек // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 132-137. ---- Бібліогр.: 32 назв. ---- укр.

Під час лікування артеріальної гіпертензії вагому роль відіграє модифікація способу життя пацієнтів, особливо корекція їх дієти. Рослинне харчування має властивість покращувати показники артеріального тиску в таких хворих. Проте велика кількість видів вегетаріанських дієт залишає відкритим питання, яка з них є найкращою у комплексній терапії артеріальної гіпертензії. Мета роботи ---- проаналізувати дані літератури щодо ефективності різних дієт із рослинного харчування під час лікування артеріальної гіпертензії та встановити, чи необхідна повна відсутність продуктів тваринного походження у вегетаріанському дієтичному режимі для досягнення значного сприятливого впливу на артеріальний тиск. У роботі виконано огляд даних багатьох наукових досліджень та мета-аналізів: колективу вчених університету Ворика; дослідницької групи Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH); проспективне дослідження коронарного ризику в молодих дорослих (Coronary Artery Risk Development in Young Adults, CARDIA); аналіз трьох перспективних когорт ---- Nurses 'Health Study I (NHS I), Nurses' Health Study II (NHS II), та Health Professionals Follow-up Study (HPFS); калібрувальне піддослідження Adventist Health Study-2 (AHS-2). Проаналізовано найпоширеніші рослинні дієти та їх вплив на рівень артеріального тиску: дієта з високим вмістом фруктів та овочів, дієта з високим вмістом клітковини, нордична, лакто-ово-вегетаріанська, середземноморська, веганська та DASH дієти. Усі вчені підтверджують позитивну кореляцію між споживанням м'яса тварин та ризиком розвитку артеріальної гіпертензії та/або труднощами під час її лікування. Висновок: дослідження даних літератури надає змогу дійти висновку про вагому роль рослинного харчування у профілактиці та лікуванні артеріальної гіпертензії. Найкращі результати зі зниження рівня артеріального тиску продемонстрували дієти з повною відсутністю продуктів тваринного походження.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.138. Клініко-патогенетичні особливості та прогнозування перебігу гіпертонічної хвороби у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу, ожирінням, оптимізація терапевтичних підходів: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.02 / Б. О. Шелест; Харківський національний медичний університет. ---- Харків, 2020. ---- 44 с. ---- укр.

Здійснено клініко-патогенетичне обгрунтування концепції оптимізації ефективності діагностики, прогнозування перебігу й індивідуалізації лікування у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу й ожирінням на підставі комплексного вивчення ролі ендотеліальної функції, біомаркерів запальної активації, ліпідного, вуглеводного профілів і гемодинамічних показників. Зазначено, що одержані результати свідчать, що прогресування перебігу у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ЦД 2 типу й ожирінням відбувалось паралельно зі збільшенням рівнів хемеринемії та зниженням рівнів адропінемії, що пов'язано з гіперглікемією, гіперінсулінемією, атерогенними змінами ліпідного профілю, прогресуванням гіпертрофічного ремоделювання шляхом збільшення об'ємів і розмірів серця, виснаження скоротливих можливостей лівого шлуночка. З'ясовано визначення параметрів якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ЦД 2 типу й ожирінням на підставі оцінки показників вуглеводного, ліпідного обмінів, активності хемерину, адропіну, дисбалансу запальної ланки, ендотеліальної функції та гемодинамічних показників. Одержано пріоритетні дані щодо прогнозу прогресування гіпертонічної хвороби 2 стадії у поєднанні з ЦД 2 типу, ожирінням з урахуванням динаміки індивідуальних клініко-антропометричних, біохімічних і гемодинамічних показників. Обгрунтовано ефективність застосування схеми фіксованої комбінованої терапії антигіпертензивних препаратів з метою індивідуалізації лікування у хворих з поліморбідністю: гіпертонічної хвороби, ЦД 2 типу й ожиріння за умов позитивного впливу на досліджувані показники в обстежених пацієнтів.

Шифр НБУВ: РА445624

4.Р.139. Кухонна сіль та доданий вільний цукор як нутрієнтні «мішені» у профілактичній дієтетиці при гіпертонічній хворобі та асоційованих з нею захворюваннях (огляд літератури) / Д. К. Милославський, С. М. Коваль, І. О. Снігурська, В. В. Божко, Л. А. Резнік, О. М. Щенявська // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 4. ---- С. 26-39. ---- Бібліогр.: 120 назв. ---- укр.

В огляді закордонних та вітчизняних джерел літератури з наукометричних баз даних наведено дані щодо шкідливих та корисних властивостей таких загальновідомих нутрієнтів, як кухонна сіль та цукор, за умов гіпертонічної хвороби та асоційованих з нею захворювань, насамперед при абдомінальному ожирінні, цукровому діабеті. Розглянуто історичні аспекти видобування цих нутрієнтів, їх участь у патогенезі гіпертонічної хвороби, фізіологія обміну натрію та глюкози, наведено доказову базу щодо проспективних епідеміологічних досліджень, відмічено негативний вплив цих продуктів на кишкову мікробіоту, тривожна статистика щодо зловживання кухонною сіллю та доданим вільним цукром серед населення різних країн, соціальні, економічні та медичні аспекти надлишку солі та цукру як факторів ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань і прогресування артеріальної гіпертензії. Наведено методи оцінки їх кількості в їжі, підходи до гальмування зловживання багатими на сіль та цукор продуктами харчування, акцентовано увагу на матеріалах ВООЗ, європейських, американських та українських рекомендаціях щодо безпечної кількості обох нутрієнтів, надаються поради щодо раціонального харчування пацієнтів та варіанти сучасних дієт, насамперед низькосольова дієта DASH (дієтичні підходи щодо зупинення гіпертензії), з позиції обмеження солі і цукру.

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.140. Н-тип артеріальної гіпертензії та зв'язок із жорсткістю судин (пілотне дослідження) / Ю. М. Сіренко, О. Л. Рековець, О. О. Торбас, С. М. Кушнір, О. Ю. Сіренко // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 32-41. ---- Бібліогр.: 25 назв. ---- укр.

Підвищена жорсткість артерій ---- важливий фактор, що визначає серцево-судинний ризик. Підвищений вміст загального гомоцистеїну (ГЦ) виявився незалежним чинником ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ). Клінічні дослідження для оцінювання зв'язку між ГЦ і швидкістю поширення пульсової хвилі (ШППХ) показують суперечливі результати. Мета роботи ---- оцінити поширеність гіпергомоцистеїнемії (ГГц) серед пацієнтів із м'якою та помірною артеріальною гіпертензією (АГ) і вплив ГГц на жорсткість судинної стінки. Роботу виконано в межах дослідження ХІПСТЕР в Україні. У дослідження було залучено 40 пацієнтів із I і II ступенем АГ (середній рівень офісного систолічного (САТ)/діастолічного (ДАТ) артеріального тиску ---- $^{155,88}/_{92,60} \pm 1,63^{V}/_{\Phi}1,43$ мм рт. ст.), ЧСС ---- 71,40 ± 1,29 уд/хв. Середній вік хворих становив 55,85 ± 2,09 (26----74) року. Осіб з рівнем ГЦ ≥ 10 мкмоль/л визначали як пацієнтів із ГГц (Н-тип АГ). Жорсткість судин визначали за ШППХ. На початку дослідження 75 % (30 пацієнтів із м'якою та помірною АГ) осіб мали Н-тип АГ із підвищеним рівнем ГЦ. Пацієнти з Н-типом АГ (ГГц) і АГ без ГГц не відрізнялися за віком, тривалістю АГ, але мали більшу масу тіла, індекс маси тіла (ІМТ). Офісний САТ у пацієнтів із Н-типом АГ на початку та через 6 міс. лікування вищий у порівнянні з хворими без ГГц: 156,45 ± 1,04 мм рт. ст. проти 152,55 ± 1,41 мм рт. ст. на початку ($p < 0,05$) і 130,65 ± 0,96 мм рт. ст. проти 126,97 ± 1,08 мм рт. ст. через 6 міс. ($p < 0,05$). ІМТ на початку дослідження в пацієнтів із Н-типом АГ становив 30,72 ± 0,39 кг/м^2 проти 28,3 ± 0,69 кг/м^2 у хворих без ГГц ($p < 0,05$). Пацієнти з Н-типом АГ гірше досягали цільових рівнів АТ на тлі лікування та мали високі показники артеріального тиску на початку. Пацієнти з Н-типом АГ у порівнянні з хворими без ГГц мали вираженішу інсулінорезистентність (за рівнем індексу HOMA), меншу ШКФ на початку та наприкінці лікування. За даними ДМАТ, до початку лікування пацієнти з Н-типом АГ у порівнянні з хворими на АГ без ГГц мали вірогідно вищий рівень САД. Після регресійного аналізу рівень гомоцистеїну асоціювався зі ШППХел незалежно від ступеня зниження АТ (ШППХел (6 міс.), м/с, в = 0,307, p = 0,001). У 75 % пацієнтів з АГ було діагностовано гіпергомоцистеїнемію. Рівень гомоцистеїну асоційований із жорсткістю судин незалежно від рівня зниження артеріального тиску.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.141. Новітні підходи до фармакотерапії судинної дисфункції при артеріальній гіпертонії: (огляд) / Т. В. Новохаць-

ка // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 3. ---- С. 158-168. ---- Бібліогр.: 32 назв. ---- укр.

Артеріальна гіпертонія все ще залишається хворобою, що продовжує погіршувати якість життя населення в усьому світі та збільшує кількість смертельних випадків. Сьогодні існує велика кількість препаратів для лікування гіпертензивних станів, проте всі вони не мають 100 % ефективності, оскільки існує досить велика кількість мішеней, задіяних у виникненні патологій. Учені все ще залишаються в активному пошуку як нових мішеней і ліків, так і методів доставки їх точно до цілі. Судинні дисфункції призводять до виникнення надзвичайно серйозних хвороб, таких як інфаркт чи інсульт, а також до інших порушень в організмі, що суттєво знижують якість життя. Вивчення даного питання є надзвичайно важливим для запобігання серцево-судинним захворюванням, зменшення рівня івалідизації населення та подовження тривалості життя. Головними перевагами фармакогеноміки є: створення більш ефективних і менш шкідливих специфічних препаратів на основі протеїнів, ензимів і молекул РНК, асоційованих з генами та хворобами; збільшення ефективності лікування; дозування відповідно до віку та ваги, індивідуального набору генів; зменшення ймовірності виникнення/розвитку генетичних хвороб; створення вакцин на основі ДНК або РНК, що активують імунну систему та не здатні спричинити інфікування організму, а також є недорогими, стабільними. Метод РНК-інтерференції є яскравим прикладом використання природних процесів як інструменту для дослідження та терапії. Встановлено, що застосування методу РНК-інтерференції для пригнічення експресії генів викликає тривалий і стабільний інтерференційний ефект, що проявляється в суттєвому зменшенні рівня експресії генів. Сьогодні фармакогеноміка знаходиться на стадії активного розвитку, що в майбутньому надасть змогу на новому рівні забезпечувати терапію хвороб різного генезу. Останнім часом увагу дослідників привертає вивчення механізмів регуляції судинного тонусу за участю шляхів, які прямо не пов'язані зі змінами концентрації іонів кальцію та які відіграють досить вагому роль у формуванні судинного тонусу. Артеріальна гіпертонія має велику кількість мішеней для терапевтичного впливу, тому надзвичайно важливим є застосування надточних ліків. Результати чисельних досліджень свідчать про те, що роль протеїнкінази С (ПКС) є однією з ключових у регуляції міогенного тонусу стінки кровоносних судин як за нормальних фізіологічних умов, так і, особливо, за умов розвитку гіпертензивних станів різного генезу. Доказом цього є те, що пригнічення експресії гена δ-ізоформи ПКС призводить до суттєвого зниження артеріального тиску в щурів, яке триває протягом тижня. Дотепер серед фармакологічних засобів лікування артеріальної гіпертонії не існує препаратів, дія яких спрямована на пригнічення ПКС у судинній стінці. Саме застосування фармакогеноміки у вигляді РНК-інтерференції за допомогою плазмідних векторів може стати тим інструментом, що шукають упродовж багатьох років дослідники в усьому світі.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.142. Особливості адипокінового статусу у пацієнтів з гіпертонічною хворобою у поєднанні з хронічною хворобою нирок / Я. М. Филенко, О. М. Корж // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 137-142. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- оптимізація діагностики та оцінки хронічної хвороби нирок (ХХН) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) шляхом вивчення ролі адипокінів (лептину, оментину, вісфатину, резистину) у хворих з ГХ у поєднанні з ХХН. У дослідження було включено 100 хворих на ГХ II та III ступеня 2-ї стадії, із них у 51 пацієнта було діагностовано ХХН. Групу контролю становили 20 практично здорових осіб. Дослідження показало, що рівні лептину, оментину, резистину та вісфатину були значно вищі у пацієнтів з ГХ у поєднанні з ХХН, на відміну від пацієнтів з ГХ без ХХН та групи контролю. За результатами дисперсійного аналізу Краскела ---- Уолліса, у хворих на ГХ у поєднанні з ХХН адипокіни вірогідно корелювали із систолічним артеріальним тиском (АТ), діастолічним АТ, ступенем ГХ, індексом маси тіла, ліпопротеїнами низької щільності, тиреоглобуліном, швидкістю клубочкової фільтрації, креатиніном, кінцево-діастолічним розміром, індексом відносної товщини стінок, масою міокарда лівого шлуночка, індексом маси міокарда лівого шлуночка, наявністю діастолічної дисфункції, типом діастолічної функції. Висновки: у хворих на ГХ у поєднанні з ХХН відмічається вірогідне підвищення показників рівнів адипокінів (лептину, оментину, резистину, вісфатину) в крові у порівнянні з хворими на ГХ без ХХН ($p < 0,05$) та практично здоровими особами ($p < 0,05$). Одержані дані свідчать про те, що адипокіни (лептин, оментин, резистин, вісфатин) відіграють суттєву патогенетичну роль у хворих з ГХ у поєднанні з ХХН.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.143. Особливості ремоделювання венозного русла яєчка при пострезекційній артеріальній гіпертензії у малому колі кровообігу / М. С. Гнатюк, С. О. Коноваленко, Л. В. Татарчук // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 20-24. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

За допомогою морфологічних методів досліджено венозне русло яєчка 45 лабораторних білих щурів-самців, яких було розподілено на 3 групи: 1-а група містила 15 інтактних тварин, 2-га ---- 20 щурів з легеневою артеріальною гіпертензією (ЛАГ) і компенсованим легеневим серцем, 3-тя ---- 10 тварин з ЛАГ і декомпенсованим легеневим серцем. Артеріальну гіпертензію у малому колі кровообігу та легеневе серце моделювали шляхом виконання у тварин правосторонньої пульмонектомії. Встановлено, що діаметр закапілярних венул яєчка за компенсованого легеневого серця статистично ($p < 0,01$) достовірно збільшився на 4,5 %, а діаметр венул ---- на 2,3 % ($p < 0,05$), зовнішній діаметр венозних судин статистично достовірно ($p < 0,05$) зріс на 3,1 %, а внутрішній ---- на 2,8 % ($p < 0,05$). Висота ендотеліоцитів венозних судин, діаметри їх ядер в умовах компенсованого легеневого серця суттєво не змінювалися. Незміненими при цьому виявилися ядерно-цитоплазматичні відношення в ендотеліоцитах, що засвідчило про стабільність клітинного структурного гомеостазу. Проведеними експериментами та одержаними результатами встановлено, що досліджувані морфометричні параметри венозних судин за декомпенсованого легеневого серця змінювалися більш виражено. Зокрема, діаметр закапілярних венул у вказаних експериментальних умовах збільшився на 19,1 % ($p < 0,001$), діаметр венул ---- на 22,2 % ($p < 0,001$), зовнішній діаметр венозних судин зріс на 18,5 % ($p < 0,001$), а внутрішній діаметр ---- на 22,3 % ($p < 0,001$). Виявлене ремоделювання венозних судин призводило до стоншення їх стінок. За декомпенсації легеневого серця висота ендотеліоцитів венозних судин яєчка зменшилася на 5,8 % ($p < 0,01$), діаметри ядер цих клітин ---- на 2,8 % ($p < 0,01$). Ядерно-цитоплазматичні відношення при цьому змінилися на 6,4 % ($p < 0,001$), що вказувало на виражене порушення структурного клітинного гомеостазу. Відносний об'єм пошкоджених ендотеліоцитів венозних судин яєчка за декомпенсації легеневого серця зріс у 17,5 разу ($p < 0,001$), що могло призводити до ендотеліальної дисфункції та впливати на ступінь ремоделювання досліджуваних судин. Одержані дані засвідчують, що пострезекційна артеріальна гіпертензія в малому колі кровообігу призводить до виражених структурних змін у венозному руслі яєчка, що суттєво порушує дренаж венозної крові від вказаного органа, погіршує його трофічне забезпечення та відіграє важливу роль у патоморфогенезі його ураження. Найвираженішим ступінь ремоделювання венозних судин виявився за декомпенсації легеневого серця.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.144. Ставлення до здоров'я жінок молодого віку з артеріальною гіпертензією / Л. Рубан, І. Жарова // Слобожан. наук.-спорт. вісн. ---- 2020. ---- № 5. ---- С. 33-37. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- на підставі аналізу сучасної спеціальної літератури з проблеми артеріальної гіпертензії (АГ) у жінок молодого віку провести дослідження щодо ставлення до свого здоров'я. У дослідженні брали участь 40 жінок із встановленим діагнозом АГ I ст. віком 35 ---- 42 роки, давність захворювання менше 3-х років. Діагноз було установлено сімейним лікарем, проте, медикаментозну терапію для корекції артеріального тиску не вживали. Жінки мали у наявності наступні фактори ризику, а саме: зниження рівня фізичної активності, нераціональне харчування, зайву вагу, наявність великої кількості стресів у житті, куріння. При індивідуальному спілкуванні проведено анкетування за опитувальником Р. А. Березовської «Ставлення до здоров'я». На підставі якісного аналізу одержаних за допомогою опитувальника даних за всіма сферами життя розраховано результати. На питання щодо найважливих цінностей за різними сферами життя, тільки 18 жінок оцінили стан здоров'я, як фактор, важливий для них у даний момент життя. Контент-аналіз визначення поняття «здоров'я» показав, що 35 % жінок вважають, що це гармонія фізичного та психічного благополуччя. 53 % жінок вважають, що на стан здоров'я впливає саме спосіб життя. Тільки 60 % опитуваних жінок у своєму повсякденному житті застосовують оздоровчі заходи для підтримки свого здоров'я. Встановлено, що опитувані жінки молодого віку з АГ не виконують рекомендації лікаря, не проходять профілактичні огляди, не дотримуються складових, які формують здоровий спосіб життя, незначна кількість респондентів застосовують оздоровчі заходи. Модифікація факторів ризику виникнення АГ, розробка освітніх та оздоровчих програм, спрямованих на підвищення фізичної активності буде сприяти покращанню якості життя жінок молодого віку з АГ.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.145. Структурно-функціональний стан серця і судин у хворих на артеріальну гіпертензію в середньому і похилому віці: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.11 / Г. А. Косова; Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Державний заклад «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України». ---- Дніпро, 2021. ---- 24 с.: табл., рис. ---- укр.

Дисертаційну роботу присвячено удосконаленню діагностики артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих середнього та похилого віку на основі оцінки впливу гемодинамічних і генетичних факторів на зміни структурно-функціонального стану серця і судин та оптимізації контролю ефективності антигіпертензивної терапії за даними довготривалого спостереження. На підставі даних, одержаних за результатами проведеного дослідження, удоскона-

лено діагностичну тактику обстеження хворих на АГ. Встановлено найбільш вагомі характеристики, які впливають на розвиток патологічних змін структурно-функціонального стану серця у хворих на АГ залежно від віку. Доведено необхідність визначення синхронності циркадних ритмів АТ, розрахунку індексу рівномірності АТ, індексу переважання гіпертензії у хворих на АГ в похилому і середньому віці при проведенні ДМАТ для виявлення порушень хронобіологічної структури АТ. Встановлено важливість визначення генотипу генів ренін-ангіотензинової системи у хворих на АГ середнього і похилого віку для раннього виявлення ризику розвитку ДД ЛШ у хворих на АГ.

Шифр НБУВ: РА448310

4.Р.146. Фенотипові прояви артеріальної гіпертензії з урахуванням поліморфізму гена рецептора вітаміну Д / Ю. В. Репчук, Л. П. Сидорчук // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 89-94. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- визначити фенотипові прояви есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) з урахуванням поліморфізму гена рецептора вітаміну Д (VDR rs10735810, rs2228570). В одномоментному дослідженні взяло участь 100 хворих на ЕАГ II стадії, 1 ---- 3-го ступеня підвищення артеріального тиску (АТ), високого та дуже високого серцево-судинного ризику, 21 % (21) чоловіків, 79 % (79) жінок. Середній вік пацієнтів ---- (59,86 ± 6,22) років. Групу контролю склали 60 практично здорових осіб, зіставних за віком та статевим розподілом. Для дослідження поліморфізму гена VDR (rs10735810, rs2228570) виконали якісну полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) в режимі реального часу. Майже у половини хворих з підвищеним нормальним АТ (44,4 %) та у 34 % хворих на ЕАГ 2 ---- 3-го ст. наявний супутній цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, тоді як за ЕАГ 1-го ст. ---- лише 19 %. Ожиріння (ОЖ) 1 ---- 3-го ступеня спостерігали у 53 % хворих на ЕАГ: серед ЕАГ 1-го ст. ---- 21 %, серед ЕАГ 2 ---- 3-го ст. ---- 25 %. У групі контролю на ОЖ страждали 16 %. Розподілу генотипів поліморфізму гена VDR з урахуванням наявності ЦД засвідчив: ЦД наявний у пацієнтів з АА-генотипом 35 % осіб, що в 1,6 разу частіше, ніж у пацієнтів із GG-генотипом (22 %). Найбільше курців серед осіб із GG-генотипом (26 %), що вдвічі частіше, ніж таких з АА ---- і AG-генотипом (13 і 14 % відповідно). ОЖ 1 ---- 3-го ступеня найчастіше виявлено серед носіїв GG-генотипу ---- 74 %, а в групі контролю ---- у 14 %. Підвищене співвідношення окружності живота до окружності стегон (ОЖ/ОС) серед хворих жінок наявне у 80 % носіїв АА-генотипу, у групі контролю всі жінки мали нормальні показники. У 76 % носіїв AG-генотипу та у 81 % носіїв GG-генотипу було підвищене співвідношення ОЖ/ОС, ніж у групі контролю у 2,3 і 2,8 разу, відповідно. Відхилень систолічного та діастолічного АТ (САТ і ДАТ) з урахуванням поліморфних варіантів гена VDR не встановили. Висновки: АА-генотип асоціює з частішим виявленням цукрового діабету 2-го типу, з підвищеними окружностями живота/стегон у жінок; GG-генотип і з підвищеним ІМТ, особливо у чоловіків.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.147. The influence of medical and social risk factors on the development of hypertension in the adult population at the regional level / Z. V. Lashkul, D. A. Lashkul // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 42-45. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- вивчення впливу медико-соціальних факторів ризику (ФР) на розвиток артеріальної гіпертензії (АГ) у дорослого населення на регіональному рівні (м. Запоріжжя, Україна). Здійснено дослідження, в якому взяли участь 2000 пацієнтів, жителів Запорізької обл.: 1000 пацієнтів (522 чоловіки та 478 жінок, середній вік ---- 51,60 ± 0,85 року) з АГ і 1000 пацієнтів (478 чоловіків і 522 жінки, середній вік ---- 49,80 ± 0,94 року) без АГ. Вивчено зв'язок між АГ і дією відомих ФР, вірогідний зв'язок яких доведено багатьма дослідженнями: обтяженою спадковістю, надмірною вагою, надмірним вживанням алкоголю, курінням, гіподинамією, низкою ФР соціально-економічної спрямованості. Під час дослідження використали комплекс взаємопов'язаних і послідовно застосованих загальнонаукових і спеціальних методів: системний аналіз, бібліосемантичний, описову статистику, розраховували відношення шансів (ВШ) виникнення події з 95 % довірчим інтервалом (ДІ), p ---- рівень значущості. У досліджуваній когорті під час простого логістичного регресійного аналізу було виявлено вірогідний ($p < 0,05$) зв'язок між АГ та обтяженою спадковістю, надмірною вагою, гіподинамією, курінням. Крім відомих ФР, для мешканців Запорізької обл. притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, як-от незадовільний рівень життя (ВШ 2,45; 95 % ДІ 2,04 ---- 2,94; $p < 0,0001$), безробіття (ВШ 1,9; 95 % ДІ 1,38 ---- 2,64; $p < 0,0001$), відсутність закладів охорони здоров'я в місці мешкання (ВШ 0,29; 95 % ДІ 0,22 ---- 0,35; $p < 0,0001$), низький рівень освіти (ВШ 2,39; 95 % ДІ 1,97 ---- 2,91; $p < 0,0001$). Поряд із традиційними факторами ризику для мешканців Запорізької обл. притаманні й інші фактори ризику соціально-економічної спрямованості: незадовільний рівень життя, низький середній дохід, безробіття, відсутність закладів охорони здоров'я в місці мешкання, низький рівень освіти.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.188, 4.Р.198, 4.Р.206, 4.Р.373

Серцево-судинна недостатність

4.Р.148. Актуальні питання сучасної діагностики та лікування серцевої недостатності / Л. Онищук // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2020. ---- № 4. ---- С. 50-57. ---- укр.

У червні цього року відбулася багатодисциплінарна онлайн-конференція, присвячена основним аспектам сучасних діагностично-лікувальних можливостей серцевої недостатності «Heart Failure Deep Dive». Ініціаторами науково-освітнього проєкту національного рівня стали співробітники Інституту серця МОЗ України та розташованих на цій клінічній базі кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Київ).

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.149. Імунопатологічні реакції, ендотеліальна дисфункція та патологічний ангіогенез як незалежний механізм розвитку дезадаптивного ремоделювання лівого шлуночка в пацієнтів із серцевою недостатністю коронарогенного та некоронарогенного генезу / О. В. Распутняк, Т. І. Гавриленко, К. В. Руденко, Н. О. Рижкова, О. А. Підгайна, О. В. Рибакова, В. П. Залевський, О. М. Ломаковський // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 175-183. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Более глубокого изучения требуют проявления и роль иммунопатологической реакции, патологического ангиогенеза, а также эндотелиальной дисфункции в развитии дезадаптивного ремоделирования (ДР) сердца при сердечной недостаточности. Цель работы ---- изучение особенностей иммунопатологических реакций (иммуновоспалительной и аутоиммунной), эндотелиальной дисфункции и патологического ангиогенеза у пациентов с ДР левого желудочка (ЛЖ) при сердечной недостаточности (СН) коронарогенного и некоронарогенного генеза. Обследовали 94 человека: 20 практически здоровых лиц составили группу контроля, а 74 пациента с СН III ---- IIV класса NYHA с ДР ЛЖ поделили на две группы в зависимости от этиологии СН. Первая группа ---- 31 пациент с СН коронарогенного генеза, вторая ---- 43 больных СН некоронарогенного генеза. Всем пациентам выполнена коронаровентрикулография и эхокардиография, определяли количество и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови (проточная цитометрия). Иммуновоспалительные реакции характеризовали по содержанию фактора некроза опухолей-α (ФНО-α), сосудистого эндотелиального фактора роста (СЭФР) и по концентрации С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови (иммуноферментный анализ). Для характеристики аутоиммунизации определяли уровень аутоантител против антигенов миокарда и сосудов в реакции потребления комплемента. Эндотелиальную дисфункцию оценивали по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1) и сосудистого эндотелиального фактора роста (СЭФР) (ИФА-метод). Установили, что независимо от этиологии СН ЛЖ ДР ассоциируется с активацией иммунной системы, а именно увеличением общего пула и субпопуляций Т-лимфоцитов, активацией системного воспаления (С-реактивный белок), активацией аутоиммунного процесса с повышением количества аутоантител к миокарду и сосудам, патологическим ангиогенезом (низкий уровень ФНПα и значительно повышенный уровень СЭФР), а также с эндотелиальной дисфункцией (повышение уровня ЭТ-1 и СЭФР). Выводы: значительное повышение уровня СЭФР можно считать дополнительным интегральным маркером, который характеризует иммунное воспаление, эндотелиальную дисфункцию и патологический ангиогенез, а также является основанием для определения необратимого ремоделирования сердца при тяжелой сердечной недостаточности.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.150. Оновлення 2021 року Консенсусу експертів Американського коледжу кардіологів (ACC) 2017 щодо шляхів оптимізації лікування серцевої недостатності: відповіді на 10 ключових питань про серцеву недостатність зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 179-180. ---- укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.151. Особливості структурно-геометричної перебудови серця та змін діастолічного наповнення серця у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка / В. А. Лисенко // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 17-23. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) лідирує серед серцево-судинних захворювань. Патологічне ремоделювання серця поєднує процеси гіпертрофії та дилатації його порожнин, є основною причиною прогресування серцевої недостатності, а отже високої кардіальної смертності, особливо у хворих на ХСН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ). Попри велику кількість досліджень, що присвячені вивченню особливостей структурно-геометричної перебудови серця, змін систолічної та діастолічної функції шлуночків у хворих на ХСН, це питання остаточно не вирішено. Мета роботи ---- дослідити зміни структурно-геометричних показників і діастолічної функції серця у хворих на ХСН ішемічного енезу зі зниженою ФВ ЛШ. У дослідження було залучено 79 (49 чоловіків, 30 жінок) хворих на

ХСН ішемічного генезу зі зниженою ФВ, синусовим ритмом, II А ---- Б стадії, II ---- IV ФК за NYHA (основна група). Група порівняння ---- 90 хворих на ІХС без ознак ХСН (40 (44,5 %; чоловіків; 20 (55,5 %) жінок). Групи зіставні за віком, статтю, зростом, вагою, площею поверхні тіла хворих. Доплер-ехокардіографічне дослідження виконали на апараті Esaote MyLab Eight (Італія). У хворих на ХСН зі зниженою ФВ ЛШ переважали такі показники: КДР ЛШ на 18 % (p = 0,001), КДО ЛШ на 45,8 % (p = 0,001), індекс КДО ЛШ на 44,6 % (p = 0,001), КСР ЛШ на 44,9 % (p = 0,001), задньої стінки ЛШ на 17,7 % (p = 0,001), індекс маси міокарда ЛШ на 66,6 % (p = 0,001) за формулою Penn Convention і на 62,1 % (p = 0,001) за формулою ASE, збільшення порожнини правого шлуночка на 16,1 % (p = 0,010) без змін товщини його вільної стінки. У хворих на ХСН ішемічного генезу зі зниженою ФВ основні типи геометрії ЛШ ---- ексцентрична (70 %) та концентрична (24 %) гіпертрофія ЛШ. Більшість хворих на ХСН зі зниженою ФВ ЛШ мали значущі порушення діастолічного наповнення ЛШ (25 % ---- «рестриктивне», 28 % ---- УпсевдонормальнеФ), збільшення у 2,3 разу (p = 0,001) показника E/eT медіального фіброзного кільця мітрального клапана (МК), на 35 % (p = 0,014) індексу об'єму лівого передсердя, на 32 % (p = 0,0001) тиску заклинювання в легеневій артерії, в 1,5 разу (p = 0,002) середнього та в 1,6 разу (p = 0,0001) систолічного тиску в легеневій артерії. Структурно-геометрична перебудова лівого шлуночка у хворих на ХСН ішемічного генезу зі зниженою ФВ ЛШ відбувається шляхом збільшення маси міокарда внаслідок потовщення стінок і дилатації його порожнини (збільшення індексу КДО ЛШ на 44,6 % (p = 0,001) та індексу маси міокарда ЛШ на 66,6 % (p = 0,001)) із переважанням ексцентричної (70 %) та концентричної (24 %) гіпертрофії над рештою типів геометрії ЛШ. Порушення діастолічного наповнення ЛШ (25 % ---- «рестриктивне», 28 % ---- «псевдонормальне») зумовлене суттєвим зростанням кінцевого діастолічного тиску в ЛШ (збільшенням у 2,3 разу (p = 0,001) показника E/eT медіального фіброзного кільця МК) із розвитком посткапілярної легеневої гіпертензії (збільшення в 1,5 разу (p = 0,002) середнього та в 1,6 разу (p = 0,0001) систолічного тиску в легеневій артерії).

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.152. Пентоксифілін: можливості зменшення проявів хронічної серцевої недостатності зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка в похилому віці / В. Б. Шатило, Л. А. Бодрецька, І. С. Шаповаленко, Г. П. Войнаровська, Ж. С. Бутинець // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 24-31. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- вивчення впливу додаткового лікування пентоксифіліном на показники структурно-функціонального стану серця, функцію ендотелію, якість життя та фізичні можливості пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. Ретроспективно за 67 історіями хвороб проаналізували показники структурно-функціонального стану серця, функцію ендотелію, якість життя та фізичні можливості пацієнтів старших за 60 років, які перебували під спостереженням у відділенні кардіології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», 37 із них додатково до базисної терапії отримували пентоксифілін. Статистично результати опрацювали, застосувавши пакети прикладних програм SPSS v. 22, Statistica 7.0, MedCalc statical software v. 11.5.0.0. Вірогідність оцінювали за t-критерієм Стьюдента для непов'язаних і пов'язаних величин із поправкою Бонферроні, виконали кореляційний і двофакторний дисперсійний аналіз. Під час проби з реактивною гіперемією виявили вірогідний додатковий вплив лікування пентоксифіліном на показники максимального кровотоку в мікросудинах передпліччя, що характеризують здатність ендотелію мікросудин до синтезу факторів релаксації. У хворих, які додатково одержували пентоксифілін, встановлено вірогідно кращі показники розслаблення міокарда лівого шлуночка та зменшення гіпертрофії, ніж на стандартній терапії. Зареєстровано вірогідне збільшення дистанції ходьби на третьому році лікування у групі пацієнтів, котрі додатково приймали пентоксифілін. Не визначено різниці за впливом на якість життя хворих. Додавання пентоксифіліну до стандартної терапії хворих на хронічну серцеву недостатність зі збереженою скоротливою здатністю лівого шлуночка сприяє вірогідному зменшенню гіпертрофії міокарда, поліпшенню діастолічного розслаблення, збільшенню об'ємної швидкості кровотоку в мікросудинах під час реактивної гіперемії; це, можливо, має додатковий вплив на стабілізацію клінічного перебігу захворювання та фізичні можливості хворих, як-от збільшення дистанції 6-хвилинної ходьби. Результати є додатковим підтвердженням патогенетично обгрунтованої терапії пентоксифіліном пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю зі збереженою скоротливою здатністю лівого шлуночка, а отже цей препарат можна вважати потенційно перспективним для постійного лікування таких хворих.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.153. The relationship between systolic function and serum NGAL levels in patients with chronic heart failure of ischemic origin / V. A. Lysenko, V. V. Syvolap, M. S. Potapenko // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 184-188. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- англ.

Липокалин, ассоциированный с нейтрофильной желатиназой (NGAL), считают одним из самых информативных биомаркеров хронической болезни почек (ХБП). NGAL может быть биомаркером сердечно-сосудистых заболеваний и сердечной недостаточности. Недостаточно изучен вопрос о взаимосвязи систолической функции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза (ИГ) с содержанием NGAL в сыворотке крови. Цель работы ---- исследовать взаимосвязь маркера поражения тубулоинтерстиция NGAL с систолической функцией у больных ХСН ИГ. В исследование включили 51 больного ХСН ИГ, II А ---- Б стадии, II ---- IV ФК по NYHA. Допплер-эхокардиографическое исследование проведено на аппарате EsaoteMyLabEight (Италия) по стандартной методике. Уровень NGAL анализировали с помощью набора ELISA kit (иммуноферментный анализ) (E-EL-H0096, Elabscience, США). По содержанию сывороточного NGAL больных ХСН разделили на 2 группы: в первой (n = 37) этот показатель был выше 168 нг/мл, во второй (n = 14) ---- меньше 168 нг/мл. Среднее содержание NGAL в сыворотке в первой группе составило 192 (183; 200) нг/мл, во второй ---- 154 (134; 160) нг/мл. Больные с ХСН ИГ с поражением тубулоинтерстиция (по содержанию NGAL в сыворотке) достоверно не отличались от пациентов с ХСН ИГ без поражения тубулоинтерстиция по возрасту (p = 0,950), росту (p = 0,983), весу (p = 0,681), площади поверхности тела (p = 0,975). Большинство показателей систолической функции левого желудочка свидетельствовало о тенденции к ее снижению (S 6,90 см/с против 7,67 см/с (p = 0,536); S lat 7,33 см/с против 11,00 см/с (p = 0,467); TEI LV 0,56 у. е. против 0,49 у. е., (p = 0,747)) у больных ХСН ИГ с повышенным уровнем NGAL в сыворотке по сравнению с соответствующими показателями пациентов с ХСН ИГ без поражения тубулоинтерстиция. Показатель ФВ ЛЖ существенно ниже у больных ХСН с повышенным уровнем NGAL в сыворотке по сравнению с показателем пациентов с ХСН и нормальным родержанием NGAL в сыворотке (50,43 % против 63,29 % (p = 0,021)). Выводы: сывороточный NGAL ---- не только чувствительный маркер поражения тубулоинтерстиция почек у больных ХСН ИГ, но и предиктор изменений систолической функции сердца.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.167

Хвороби серця

4.Р.154. Клінічний випадок лікування підгострого ендокардиту в пацієнта після закриття оклюдером відкритого овального вікна / Г. І. Ковтун, С. О. Шелудько, Д. О. Лоскутов, Г. Ю. Мельник // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 34-38. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Роль транскатетерного закриття відкритого овального вікна у виникненні різних ускладнень залишається дискусійним питанням. Найчастішими ускладненнями є передсердна аритмія і кровотеча. Інфекційні ускладнення надзвичайно рідкісні. Представлено клінічний випадок лікування пацієнта, який переніс транскатетерне закриття відкритого овального вікна, ускладненого підгострим ендокардитом повністю ендотелізованого пристрою через 5 років після операції. Пацієнта віком 49 років було госпіталізовано у хірургічне відділення з дифузійним болем у грудях, потовиділенням і підвищеною температурою. Трьома тижнями раніше в пацієнта була лихоманка, пов'язана із застудним захворюванням. Дані загального та біохімічного аналізу крові вказували на наявність запальної реакції організму. Після проведення трансторакальної і черезстравохідної ехокардіографії було діагностовано інфекційний ендокардит. Пацієнту в плановому порядку було проведено оперативне втручання. Після вилучення оклюдера і висічення стулок мітрального клапана, було виконано імплантацію механічного протеза мітрального клапана (St. Jude No 31). На місці вилученого оклюдера виконано пластику дефекту міжпередсердної перегородки латкою з автологічного перикарда. Черезстравохідна ехокардіографія не показала залишкового кровотоку через міжпередсердну перегородку. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнта було виписано у задовільному стані через 10 днів після операції. Загальна тривалість антибіотикотерапії становила 5 тиж.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.155. Мікроскопічна та ультрамікроскопічна будова типових сухожилкових струн двостулкового клапана лівого шлуночка серця людини / Ю. Ю. Малик, Т. О. Семенюк, Н. П. Пентелейчук // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 68-74. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- встановити особливості мікро---- та субмікроскопічної будови типових сухожилкових струн мітрального клапана серця людини. Дане дослідження проведено на препаратах 35 сердець людини, зокрема, на сухожилкових струнах двостулкових клапанів лівих шлуночків дітей та осіб зрілого віку із використанням методів світлової та електронної мікроскопії. За

допомогою мікроскопічного методу та методу електронної мікроскопії проведено дослідження типових сухожилкових струн стулок мітрального клапана. Вивчили ділянки відходження сухожилкових струн від соскоподібних м'язів, середню третину сухожилкових струн і місце прикріплення сухожилкових струн до стулок мітрального клапана. Сухожилкові струни з усіх боків вкриті ендотелієм. Під ендотелієм, по всьому периметру сухожилкових струн локалізується периферійний колагеново-еластичний шар пухкої волокнистої сполучної тканини, який у різних ділянках струн на субмікроскопічному рівні відрізняється за будовою. Стрижень сухожилкових струн утворений пучками щільно упакованих колагенових волокон, що прямолінійно орієнтовані вздовж струни. У місцях відходження сухожилкових струн від соскоподібних м'язів локалізуються пучки поперечно-посмугованих серцевих типових м'язових клітин. За порівняння типових сухожилкових струн людей різного віку виявлено, що в складі сухожилкових струн дітей у волокнистій сполучній тканині переважає клітинний компонент. Висновки: проведене морфологічне дослідження надало змогу одержати нову інформацію та уточнити дані, що вже відомі морфологам, щодо мікро---- та субмікроскопічної будови типових сухожилкових струн мітрального клапана серця людини. Встановлено, що відмінності гістологічної будови найбільше характерні для ділянок відходження типових сухожилкових струн від соскоподібних м'язів і ділянок прикріплення типових сухожилкових струн до стулок мітрального клапана. З віком діаметр стрижня сухожилкових струн збільшується, а товщина пухкого периферійного колагеново-еластичного шару зменшується. Одержані дані можуть слугувати теоретичним підґрунтям для подальших порівняльно-морфологічних і клінічних досліджень мітрального клапана серця людини, що, у свою чергу, сприятиме підвищенню рівня діагностики, удосконаленню методів профілактики та лікування малих аномалій серця, природжених і набутих вад клапанного апарату серця.

Шифр НБУВ: Ж15712

Див. також: 4.Р.151, 4.Р.157

Порушення ритму (аритмія)

4.Р.156. Перший клінічний досвід виконання алкогольної абляції вени Маршалла в комплексному лікуванні персистентної фібриляції передсердь / В. В. Бойко, С. В. Рибчинський, Д. О. Лопін, А. С. Внукова, Д. Є. Волков // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 29-35. ---- Бібліогр.: 21 назв. ---- укр.

Описано перший в Україні клінічний досвід виконання алкогольної абляції вени Маршалла в комплексному інтервенційному лікуванні персистентної фібриляції передсердь (ФП). Сучасні дані свідчать про те, що в разі неефективності медикаментозної терапії абляція субстрату ФП ---- це найважливіший етап лікування аритмії, найбільш оптимальний метод контролю та профілактики подальших серцево-судинних подій. Одним із стандартів лікування пароксизмальної ФП є радіочастотна абляція (РЧА) з метою електричної ізоляції легеневих вен (ІЛВ). Однак, за рахунок залучення інших патогенетичних механізмів, у разі персистентної форми аритмії лише ІЛВ менш ефективна. Ця ситуація при персистентній ФП часто виникає за рахунок патологічної електричної активності позалегеневих вен. Зокрема, це може спостерігатися в ділянці задньої стінки лівого передсердя та мітрального істмусу з формуванням перимітрального тріпотіння передсердь. РЧА в цій ділянці може зменшити частоту рецидивів аритмії, проте досягти стійкого двоспрямованого блоку проведення в зоні латерального мітрального істмусу в разі ендокардіальної РЧА технічно складно. Одним із варіантів поліпшити результативність РЧА у цьому випадку, крім епікардіальної РЧА в дистальному коронарному синусі, є використання альтернативного методу впливу ---- алкогольної абляції вени Маршалла шляхом введення етанолу в її просвіт, що оклюзований балоном. Наведений клінічний випадок демонструє комбінований варіант малоінвазивного лікування персистентної ФП з використанням алкогольної абляції вени Маршалла та РЧА з ІЛВ.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.157. Роль біомаркерів фіброзу у прогнозуванні розвитку електричної нестабільності міокарда (огляд літератури) / В. П. Іванов, Ю. Ю. Шушковська, І. В. Данильчук, В. П. Щербак, Т. Ю. Цибрій // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 293-303. ---- Бібліогр.: 101 назв. ---- укр.

Цель работы ---- на основании обработки последних публикаций проанализировать научные исследования по изучению биомаркеров фиброза для возможности прогнозирования развития электрической нестабильности миокарда. Проанализировали 101 источник научной литературы за последние 5 лет, в которых изучена роль биомаркеров фиброза. Анализ показал, что аритмогенный субстрат для желудочковых аритмий ---- фиброз миокарда, который создает структурные и функциональные нарушения электрической активности сердца. Маркеры фиброза, определяемые при сердечной патологии, позволяют установить риск развития электрической нестабильности миокарда, которая является патофизиологической причиной внезапной аритмической смерти. Выводы: такие маркеры фиброза, как альдостерон, галектин-3 и трансформирующий фактор роста-β1, которые определяли при сердечной недостаточности, гипертонической болезни, метаболическом синдроме, инфаркте миокарда, мерцательной аритмии, гипертрофической кардиомиопатии, аритмогенной дисплазии правого желудочка, дают возможность спрогнозировать развитие электрической нестабильности миокарда. Прогнозирование электрической нестабильности миокарда у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца на основе изучения связи между наличием частой желудочковой экстрасистолии и плазменным уровнем биомаркеров фиброза (альдостерон, галектин-3 и трансформирующий фактор роста-β1) в исследованиях не выяснено.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.158. Influence of thyroid-stimulating hormone on the recurrence after radiofrequency ablation for atrial fibrillation / M. S. Brynza, N. Yu. Bogun, O. Yu. Shmidt // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 97-99. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- англ.

Atrial fibrillation is one of the most common sustained disorders of cardiac rhythm and is associated with an increased risk of mortality, morbidity due to thromboembolic complications, and heart failure. It is important to highlight that the causative factors are vast. It is well-known that thyroid dysfunction has a proarrhythmic effect and increases the risk of cardiovascular disease. Hyperthyroidism or thyrotoxicosis is recognized to be a baseline risk factor for the development of atrial fibrillation. However, the role of hypothyroidism in atrial arrhythmogenesis is less recognized and not fully understood. At the moment radiofrequency catheter ablation is actively used in the treatment of atrial fibrillation, which in most cases has high efficiency and persistent effect. Despite that, the recurrence of supraventricular tachyarrhythmia canbe observed in some patients even after radiofrequency catheter ablation. Patients with a history of hypothyroidism or even high-normal thyroid-stimulating hormone levels are more likely to have a recurrence of supraventricular tachyarrhythmia after radiofrequency catheter ablation. Therefore, thyroid-stimulating hormone levels should be determined in patients who have undergone radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation, especially paroxysmal atrial fibrillation. Consequently, it should be noted that the assessment and correction of modifying risk factors before radiofrequency catheter ablation may provide opportunities for future prevention of recurrence of supraventricular paroxysmal arrhythmias, improve the prognosis and overall quality of life in patients of this group. We have demonstrated the clinical case and emphasized the association of high-normal thyroid-stimulating hormone levels with supraventricular tachyarrhythmia recurrence after radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.159

Ішемічна хвороба серця

4.Р.159. Вплив діастолічної дисфункції на когнітивні порушення та прогноз у пацієнтів з ішемічною хворобою серця / О. О. Нудченко, Л. І. Конопляник, Н. А. Кожухарьова, М. М. Долженко // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 4-10. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- оцінити вплив діастолічної дисфункції лівого шлуночка на когнітивні порушення та прогноз у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС). На кафедрі кардіології НМАПО ім. П. Л. Шупика виконали загальноклінічне обстеження та динамічне спостереження за 110 хворими, які одержували лікування у 2014 ---- 2016 рр. із приводу ішемічної хвороби серця. У всіх пацієнтів у період від 6 до 24 міс. була госпіталізація з приводу перкутанного коронарного втручання, ГІМ із чи без елевації сегмента ST або нестабільної стенокардії. Критерії виключення з дослідження: гострі інфекційні захворювання, алкогольна залежність, наркоманія, наявність психічних розладів; наявність протезованих клапанів серця, виражені ревматичні або дегенеративні зміни мітрального клапана; наявність в анамнезі чи під час ЕКГ фібриляції/тріпотіння передсердь; ГПМК в анамнезі. Пацієнтів було розподілено на три групи залежно від стадії діастолічної дисфункції: перша ---- 39 хворих на ІХС із нормальною діастолічною функцією; друга ---- 43 пацієнти з ІХС і діастолічною дисфункцією за типом порушення релаксації; третя ---- 28 осіб з ІХС і діастолічною дисфункцією за типом псевдонормалізації або рестрикції. Крім клінічного обстеження, зТясування анамнезу, всім пацієнтам виконали ехокардіографічне дослідження, ультразвукове дослідження екстракраніальних відділів брахіоцефальних артерій, біохімічний аналіз крові, тестування за шкалами когнітивної функції. Статистичний аналіз результатів виконали, використовуючи програми Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics v.23. Дані наведені як середнє арифметичне ± стандартне відхилення (M ± SD) або у відсотках для категоріальних значень з обраху-

ванням хі-квадрата (χ^2) Пірсона. Розбіжності середніх значень вважали статистично значущими при $p < 0,05$. Характер розподілу даних визначали за розрахунковим методом Шапіро ---- Вілка (гіпотеза про нормальність розподілу відхилялася при значеннях $p < 0,05$). Кінцеві точки аналізували шляхом будування кривої Каплана ---- Меєра. Статистично значущі відмінності кривих виживаності оцінювали за допомогою тесту Вілкоксона ---- Гехана ($p < 0,05$). За результатами однофакторного рангового дисперсного аналізу Крускала ---- Воліса, показник стану діастолічної функції мав вірогідний вплив на загальну кількість балів за шкалою MMSE ($p = 0,0002$). Аналіз факторів ризику виникнення когнітивної дисфункції за шкалою MMSE показав, що ймовірність розвитку когнітивної дисфункції найбільше підвищувалась у разі збільшення показника E/e' (ВШ 6,03, 95 % ДІ 2,32 ---- 15,69, $p = 0,0002$), погіршення стану діастолічної функції (ВШ 3,18, 95 % ДІ 1,18 ---- 8,59, $p = 0,023$), а також при збільшенні рівня Hb1AC (ВШ 2,65, 95 % ДІ 1,08 ---- 6,48, $p = 0,033$). Імовірність розвитку когнітивної дисфункції за шкалою МоСА підвищувалась тільки при погіршенні стану діастолічної функції (ВШ 2,86, 95 % ДІ 1,18 ---- 6,94, $p = 0,020$). Виявили статистично значущий вплив ДД на розвиток когнітивних порушень у пацієнтів з ІХС. Ризик розвитку когнітивних порушень за шкалою MMSE найбільше підвищувався в разі зростання показника ТНЛШ (ВШ 6,03, 95 % ДІ 2,32 ---- 15,69, $p = 0,0002$), а за шкалою МоСА підвищувалась лише при погіршенні стану діастолічної функції (ВШ 2,86, 95 % ДІ 1,18 ---- 6,94, $p = 0,02$). За результатами прямої множинної логістичної регресії, серед численних факторів ризику тільки показник ТНЛШ вірогідно впливав на загальну кількість балів за шкалою MMSE (ВШ 1,28, 95 % ДІ 1,11 ---- 1,47; $p = 0,0007$). Аналізуючи всі кінцеві точки залежно від групи ДД, виявили статистично вірогідні розбіжності кривих Каплана ---- Меєра щодо розвитку фібриляції передсердь ($p1,2 = 0,55$, $p1,3 = 0,016$, $p2,3 = 0,002$ відповідно) і госпіталізацій з приводу серцевої недостатності ($p1,2 = 0,55$, $p1,3 = 0,07$, $p2,3 = 0,006$ відповідно), але не випадків смерті, інсульту, гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії чи реваскуляризації коронарних артерій.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.160. Вплив ранолазину на перебіг ішемічної хвороби серця після черезшкірного коронарного втручання: (огляд) / О. А. Єпанчінцева, О. Й. Жарінов, І. В. Шклянка // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2020. ---- № 4. ---- С. 5-10. ---- Бібліогр.: 35 назв. ---- укр.

У багатьох пацієнтів зі стабільними формами ішемічної хвороби серця після реваскуляризаційних втручань або при їх виконанні існує потреба в оптимізації антиішемічної терапії. З позицій чинних настанов, додавання препаратів другого ряду, зокрема ранолазину, до β-адреноблокаторів та/або антагоністів кальцію розглядається при збереженні ангінозних нападів унаслідок неповної реваскуляризації, з метою профілактики пошкодження міокарда при виконанні черезшкірних коронарних втручань, а також у випадках неможливості виконання реваскуляризації. Результати багатьох клінічних досліджень довели протиішемічну дію та безпечність застосування ранолазину після стентування коронарних артерій. Потенційними перевагами ранолазину у порівнянні з іншими антиангінальними засобами другого ряду є відсутність значущих змін гемодинамічних показників, добра переносимість і доведено антиаритмічні ефекти.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.161. Значення ЕКГ у періопераційному періоді в пацієнтів з ускладненими формами ішемічної хвороби серця / Л. С. Дзахоєва, О. К. Гогаєва, А. В. Руденко, В. В. Лазоришинець // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 11-16. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- проаналізувати інформативність та особливості періопераційної динаміки електрокардіограми при ускладнених формах ішемічної хвороби серця (ІХС). Виконано ретроспективний аналіз даних ЕКГ у 100 випадкових пацієнтів високого ризику з ускладненими формами ІХС, яким здійснили оперативне втручання на базі ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» у 2009 ---- 2019 рр. Усі хворі групи дослідження мали високий ризик виникнення ускладнень і летальності ---- за шкалою EuroSCORE II пацієнти в середньому мали ризик 8,60 % (від 5,02 % до 39,38 %). Постінфарктна аневризма лівого шлуночка (АЛШ) локалізувалась у передньо-перетинковій ділянці лівого шлуночка (ЛШ) у 94 (94 %) випадках, аневризма задньо-базального відділу ЛШ (ЗБАЛШ) діагностована у 6 (6 %) пацієнтів. Мітральну недостатність (МНд) було виявлено у 8 (8,5 %) пацієнтів із передньою АЛШ, 2 (33,3 %) випадках ЗБАЛШ. Тристулкову недостатність (ТНд) діагностували у 4 (4,2 %) пацієнтів із передньою АЛШ, постінфарктний дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП) верифікували у 2 (33,3 %) хворих із ЗБАЛШ. Діагностика АЛШ передньої локалізації за методом ЕКГ характеризується високою точністю, специфічність методу ---- 94 %, чутливість ---- 95,6 %. Інтерпретація ЕКГ після операції пов'язана з певними труднощами, оскільки часто виникають неспецифічні зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу, від правильного трактування яких залежить тактика лікування. Позитивну динаміку ЕКГ, а саме поліпшення внутрішньошлуночкової провідності та появу зубця R у відведеннях I, avL, V2-V6, визначили у 66 (66 %) пацієнтів, відсутність динаміки ---- в 11 (11 %), як правило, у хворих із повною блокадою лівої ніжки пучка Гіса (ПБЛНПГ), сухий перикардит II----III стадії зареєстрували у 23 (23 %) осіб. ЕКГ зберігає своє значення, залишається інформативним і доступним методом у сучасній кардіології. Правильна інтерпретація ЕКГ до операції допомагає оцінити вихідну тяжкість стану, а в ранньому післяопераційному періоді своєчасно скорегувати терапію та тактику ведення.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.162. Кардіальна безпека режимів інтраопераційної інфузійної терапії під час розширених абдомінальних операцій у пацієнтів із супутньою ішемічною хворобою серця / Я. В. Морозова, В. Й. Лисенко, Є. О. Карпенко, В. А. Малоштан // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 202-206. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Миокардиальные биомаркеры, такие как мозговой натрий уретический пептид (BNP) и амино-концевой прогормон мозгового натрий уретического пептида (NT-proBNP), сердечные тропонины (cTn) и С-реактивный белок (CRP), считают ключевыми в стратегии лечения и прогноза сердечно-сосудистых заболеваний. Это актуально для пациентов высокого кардиологического риска при выполнении расширенных абдоминальных оперативных вмешательств и важно в контексте предупреждения кардиальных осложнений в периоперационном периоде. Цель работы ---- оценить кардиальную безопасность режимов интраоперационной инфузионной терапии у пациентов высокого кардиального риска после расширенных операций на органах брюшной полости, анализируя динамику показателей NTproBNP, Troponin I и CRP. В исследование включены 89 пациентов, которых поделили на две группы в зависимости от режима проводимой в интраоперационном периоде инфузионной терапии ---- либерального или относительно рестриктивного. Выполнили постоянный мониторинг макропоказателей состояния сердечно-сосудистой системы, количественную оценку биомаркеров повреждения миокарда (TnI, NTproBNP) и CRP методом твердофазного иммуноферментного анализа на трех этапах ---- до оперативного вмешательства, сразу после и в первые 18----24 часа. Темп интраоперационной инфузионной терапии значительно отличался в двух группах: в относительно рестриктивном ---- 7,0 мл/кг/ч ($n = 45$), в либеральном ---- 13,9 мл/кг/ч ($n = 44$). Оценка динамики биомаркеров повреждения миокарда показала отсутствие различий в уровне Troponin I и NP-proBNP на первом этапе исследования. В раннем послеоперационном периоде уровень NP-proBNP во второй группе значительно выше, чем в первой (123,1 пг/мл и 68,0 пг/мл соответственно). Повышение Troponin I в послеоперационном периоде отмечено у 5 пациентов первой и 6 больных второй группы, что диагностировали как MINS. Выводы: исследование показало относительную безопасность режимов инфузионной терапии у пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца без проявлений застойной сердечной недостаточности при расширенных абдоминальных операциях. Режим с относительным ограничением жидкости представляется предпочтительным, поскольку он в меньшей степени активирует компенсаторные механизмы с нормальными значениями NT-proBNP. Мониторинг показателей сердечно-сосудистой системы и контроль динамики биомаркеров повреждения миокарда могут быть ключевыми в предотвращении такого грозного осложнения, как послеоперационный инфаркт миокарда.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.163. Клінічні та патогенетичні особливості коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту та ішемічної хвороби серця, оптимізація лікування: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.02 / О. Б. Кузьмінська; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. ---- Тернопіль, 2020. ---- 24 с. ---- укр.

Наведено теоретичне узагальнення результатів комплексного дослідження особливостей клінічного перебігу, морфофункціонального стану печінки, метаболічної, гемокоагуляційної ланок гомеостазу, інтенсивності процесів пероксидного окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту, з урахуванням гомеостазу адипоцитокінів адипонектину та лептину, цитокератину-18 у хворих на неалкогольний стеатогепатит за коморбідності з ішемічною хворобою серця (ІХС) та ожирінням I ---- II ступеня. Увагу приділено новому вирішенню науково-практичної проблеми ---- оптимізації лікування та запобіганню прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ІХС і ожиріння залежно від інтенсивності цитолітичиого синдрому, ступеня інсулінорезистентності, оксидативного стресу, порушень ліпідного спектру крові, плазмового та тромбоцитарного гемостазу, гомеостазу монооксиду нітрогену, фібринолізу та протеолізу.

Шифр НБУВ: РА446000

4.Р.164. Особливості коронарного атеросклерозу та предиктори його вираженості в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця: статево-вікові аспекти: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.11 / І. А. Свінціцький; Національний медич-

ний університет імені О. О. Богомольця. — Київ, 2020. — 19 с. — укр.

Увагу приділено вдосконаленню підходів до виявлення й оцінювання атеросклеротичних змін артерій вінцевого русла в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) на підставі комплексного аналізу даних клініко-інструментального та лабораторного обстеження хворих і з урахуванням статевого та вікового чинників. Уперше визначено діагностичну цінність ліпопротеїну (а) та його індексів (тетрадного ліпідного індексу (LTI) та модифікованого тетрадного ліпідного індексу (MLTI)) як маркерів гемодинамічно вагомого коронарного атеросклерозу за стабільного перебігу ІХС. Уточнено наукові дані про стан вінцевого русла в пацієнтів зі стабільною ІХС без інфаркту міокарда в анамнезі, а також за супутнього цукрового діабету 2-го типу з урахуванням статевого та вікового чинників. Розширено і поглиблено наявні уявлення про кореляцію низки ліпідних показників (тригліцеридів, холестерину ліпопротеїнів дуже низької густини, холестерину ліпопротеїнів високої густини, аполіпопротеїнів А1) та їх індексів (коефіцієнта атерогенності, Castelli Risk Index I, Atherogenic Index of Plasma, співвідношення тригліцеридів до холестерину ліпопротеїнів високої густини, співвідношення холестерину ліпопротеїнів дуже низької густини до загального холестерину) з рівнем сечової кислоти в сироватці крові при стабільній ІХС. Показано, що безсимптомна гіперурикемія виступає незалежним предиктором ренальної дисфункції у хворих із хронічними коронарними синдромами. Доповнено наукові дані про взаємозв'язок показників каротидного та коронарного атеросклерозу. Одержано нові результати щодо стать- і вікозалежних відмінностей асоціації атеросклеротичних змін сонних артерій (загальної кількості каротидних стенозів, числа обструктивних і необструктивних звужень сонних артерій, товщини комплексу інтима-медіа) з кількісними параметрами ураження вінцевого русла. Набуло подальшого розвитку питання визначення найбільш вагомих предикторів обструктивного коронарного атеросклерозу в пацієнтів зі стабільною ІХС.

Шифр НБУВ: РА446089

4.Р.165. Оцінка повздовжньої деформації лівого шлуночка і її зміни при інфаркті міокарда та ішемічній хворобі серця з обструктивним ураженням коронарних артерій: (огляд) / Н. В. Титаренко, М. П. Копиця, Ю. В. Родіонова, А. В. Кобець // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2021. — № 2. — С. 5-17. — Бібліогр.: 32 назв. — укр.

Наведено дані щодо ролі нового методу ультразвукової діагностики «спекл-трекінг ехокардіографії» в діагностиці інфаркту міокарда та ішемічної хвороби серця (ІХС) з обструктивним ураженням коронарних артерій, описано переваги показника глобальної повздовжньої деформації (ГПД) у порівнянні з ехокардіографічними показниками глобальної систолічної та сегментарної систолічної функції. Цінність вимірювання ГПД при ІХС полягає в кількісному виявленні порушень регіонарної скоротливості, коли фракція викиду лівого шлуночка є в межах нормальних значень і візуальна оцінка не виявляє порушень регіонарної скоротливості. При інфаркті міокарда без елевації сегмента ST вимірювання ГПД може допомогти у відборі пацієнтів, які потребують негайної реперфузійної терапії. При ІХС ГПД може доповнити традиційну оцінку руху стінок, замінити необхідність додаткового неінвазивного тестування для деяких пацієнтів із субоптимальними тестами напруження. Описано межі норми ГПД для різних виробників ультразвукових сканерів, технічні характеристики для правильного одержання значення параметра ГПД. Значення ГПД поступово знижується при м'якій, помірній та тяжкій формах ІХС, та є найнижчим у хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST. Описано можливості виявлення басейну ураженої коронарної артерії за допомогою амплітуди сегментарної повздовжньої деформації та діаграми «бичаче око» при ізольованому ураженні однієї з коронарних артерій. Проведено аналіз кривих деформації, представлено характеристики кривої деформації в нормі та при ішемії. Імовірними ознаками ішемії є феномени раннього систолічного подовження і постсистолічного укорочення на кривих повздовжньої деформації. Описано умови, за яких постсистолічне укорочення на кривій деформації є патологічним.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.166. Періопераційний період у пацієнтів з ішемічною хворобою серця з високим ризиком / О. К. Гогаєва // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2021. — № 2. — С. 27-33. — Бібліогр.: 8 назв. — укр.

Мета роботи — провести аналіз періопераційного періоду в пацієнтів з ішемічною хворобою серця з високим ризиком. У дослідження було залучено 194 пацієнтів віком у середньому (64,2 ± 8,9) року, яких було прооперовано та виписано зі спеціалізованої клініки в період 2009 — 2019 рр. Усім пацієнтам проведено лабораторні дослідження, електрокардіографію, ехокардіографію, коронаровентрикулографію та коронарне шунтування. Усі пацієнти мали гемодинамічно значущі стенози коронарних артерій, що потребували проведення коронарного шунтування та виявлялися клінікою стенокардії IV функціонального класу у 52 (26,8 %) хворих, III функціонального класу — у 107 (55,1 %) пацієнтів. Гострий інфаркт міокарда на момент госпіталізації було діагностовано у 12 (6,1 %) пацієнтів, нестабільну стенокардію — у 72 (37,1 %) хворих. Аналіз коморбідних станів показав, що цукровий діабет 2-го типу мали 50 (25,7 %) пацієнтів, порушення толерантності до глюкози — 82 (42,2 %) хворих, ожиріння I — III ступеня — 74 (38,1 %) особи, надлишкову масу тіла з індексом маси тіла 25 — 29,9 кг/м 2 — 86 (44,3 %) хворих, хронічну хворобу нирок виявлено у 75 (38,6 %) пацієнтів. За даними коронарографії середня кількість стенозованих коронарних артерій — 3,5. При стратифікації ризику за шкалою EuroSCORE II ризик у середньому становив 7,78 % (5,01 — 68,25 %). Реваскуляризацію міокарда виконували на серці, що працює, у 187 (96,3 %) пацієнтів, в умовах штучного кровообігу — у 7 (3,6 %) осіб. У післяопераційний період у 40 (20,6 %) пацієнтів виникли пароксизми фібриляції передсердь. Гостре пошкодження нирок у вигляді підвищення рівня креатиніну на 50 % виникло у 2 (1,03 %) пацієнтів. Висновки: незважаючи на високу прогнозовану летальність (7,78 % за шкалою EuroSCORE II) у дослідній групі всіх хворих було виписано з клініки в середньому на (8,4 ± 3,5) доби. Позитивний результат хірургічної реваскуляризації міокарда в пацієнтів з високим ризиком можливий при адекватному веденні хворих на всіх етапах перебування в кардіохірургічному закладі. Ретельна доопераційна діагностика, підготовка, стратифікація ризику, визначення терміну оперативного втручання (негативний кореляційний зв'язок з тяжкістю за EuroSCORE II; r = —0,0091; p = 0,8994), вибір методики коронарного шунтування з урахуванням антропометричних даних хворого, стану венозної системи нижніх кінцівок, анатомічного розташування коронарних артерій, їх діаметра та ступеня ураження, персоналізований медикаментозний супровід, а також своєчасна компенсація коморбідних станів надають змогу провести оперативне втручання з мінімальною кількістю ускладнень та добрим результатом.

Шифр НБУВ: Ж100823

Див. також: 4.Р.193

Хвороби вінцевих судин

4.Р.167. Гендерні особливості змін клініко-лабораторних показників у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, що ускладнений гострою серцевою недостатністю та гіперглікемією під час госпіталізації / В. Д. Сиволап, Н. І. Капшитар // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 2. — С. 189-194. — Бібліогр.: 19 назв. — укр.

Цель работы — определить гендерные особенности изменений уровней маркеров сердечной недостаточности, нейрогуморального стресса и биохимических показателей крови у больных острым Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ), осложненным острой сердечной недостаточностью (ОСН) и гипергликемией (ГГ) при госпитализации. Обследовали 84 больных Q-ИМ, осложненным ОСН и ГГ при госпитализации, без сахарного диабета в анамнезе. Средний возраст составил 67,00 года (M ± m). В зависимости от пола больных поделили на 2 группы: первая (n = 52) — пациенты мужского пола, средний возраст — 63,00 года (M ± m), вторая (n = 32) — пациенты женского пола, средний возраст — 78,00 года. Больным определяли уровень гликемии при госпитализации, среднюю гликемию в течение первых суток, вариабельность гликемического профиля (ГП), уровень копептина, NTproBNP, инсулина, показатели липидограммы, коагулограммы, электролитов крови, рассчитывали HOMA-индекс. На 12 сутки больных дообследовали для определения причины развития ГГ. Мужчины имели достоверно более высокий уровень стандартного отклонения ГП на 33 %, средней гликемии в течение первых суток на 14 %. Отмечена тенденция к более высоким показателям уровня инсулина и HOMA-индекса у пациентов мужского пола по сравнению с женщинами (в 2,20 раза и 1,95 раза соответственно). У женщин уровень копептина на 12 сутки достоверно выше, чем у мужчин в 2,14 раза, а NTproBNP — в 2,09 раза. У мужчин установлена тенденция к снижению соответствующих показателей в течение острого периода ИМ, у женщин уровни маркеров повысились на 12 сутки. Уровень тропонина I у больных мужского пола в 2 раза выше по сравнению с женщинами, но недостоверно. По показателям коагулограммы не установили существенные различия. У женщин уровень общего холестерина (ОХ) в 1 сутки превышал соответствующий показатель у мужчин на 14 %, на 12 сутки — на 7 %, уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в 1 сутки — на 18 %, на 12 сутки — на 17 %. В динамике наблюдения уровень ОХ у мужчин достоверно снизился на 10 % (p = 0,002), у женщин — на 16 % (p < 0,001). Уровень ЛПНП у мужчин снизился на 17 % (p < 0,001), у женщин — на 18 % (p < 0,001). Выводы: мужчины с острым Q-ИМ, осложненным ОСН и ГГ при госпитализации, имеют достоверно более высокие средние уровни гликемии (на 14 %) и стандартного отклонения ГП в течение первых суток лечения (на 33 %) по сравнению с женщинами, а также тенденцию к более высоким уровням тропонина I, инсулина и HOMA-индекса. У женщин с острым Q-ИМ, осложненным ОСН и ГГ при госпитализации, установлены достоверно более высокие уровни копептина (в 2,14 ра-

за) и NTproBNP (в 2,09 раза) на 12 сутки, более высокие показатели ОХ и ЛПНП в 1 сутки (ОХ ---- на 14 %, ЛПНП ---- на 18 %) и на 12 сутки (ОХ ---- на 7 %, ЛПНП ---- на 17 %), однако отмечена лучшая динамика снижения показателей липидограммы на фоне лечения по сравнению с мужчинами. Показатели коагулограммы в зависимости от пола пациентов достоверно не отличались.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.168. Інвазивне ведення пацієнтів з інфарктом міокарда, ускладненим кардіогенним шоком: наукова заява Американської асоціації серця / T. D. Henry, M. I. Tomey, J. E. Tamis-Holland, H. Thiele, S. V. Rao, V. Menon, D. G. Klein, Y. Naka, I. L. Pina, N. K. Kapur, G. D. Dangas // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 39-51. ---- укр.

Кардіогенний шок (КШ) лишається найчастішою причиною смерті в пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ІМ). У дослідженні SHOCK (Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock) 20 років тому було продемонстровано вище виживання в результаті раннього проведення реваскуляризації міокарда в пацієнтів з КШ унаслідок ІМ (ІМ-КШ). Після початкового зниження рівня смертності, пов'язаного з проведенням реваскуляризації міокарда, відзначено перехід цього показника у фазу плато. Нещодавно Товариство фахівців із серцево-судинної ангіографії та інвазивних утручань (Society for Cardiovascular Angiography and Intervention) розробило класифікаційну схему з метою систематизувати широкий спектр виявів КШ. Окрім того, в останній науковій заяві Американської асоціації серця (American Heart Association) є рекомендації щодо створення спеціалізованих центрів, з упровадженням стандартизованих протоколів з діагностики і лікування пацієнтів з КШ, включаючи застосування пристроїв для механічного підтримання кровообігу (МПК). У межах низки програм, що стосуються КШ, було впроваджено різноманітні протоколи з ведення пацієнтів з ІМ-КШ, зокрема в контексті проведення МПК. Поряд з цим, було опубліковано обнадійливі результати щодо ведення пацієнтів з КШ у результаті впровадження таких стандартів лікування. Незважаючи на це, практичні аспекти інвазивного лікування пацієнтів з ІМ-КШ варіюють за різних систем охорони здоров'я, при цьому існують неузгоджені позиції щодо застосування та оптимальних часових меж проведення МПК у таких пацієнтів. Потенційний вплив застосування пристроїв для МПК на зниження смертності у пацієнтів з ІМ-КШ потребує подальшого вивчення в рандомізованих клінічних дослідженнях. У даній роботі окреслено найбільш оптимальні практичні аспекти сучасного інтервенційного ведення пацієнтів з ІМ-КШ, включаючи проведення реваскуляризації міокарда, застосування пристроїв для МПК, а також специфічні положення щодо лікування таких пацієнтів, зокрема після перенесеної зупинки кровообігу.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.169. Статеві відмінності розвитку адреналін-індукованого некрозу міокарда на тлі світлового десинхронозу: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.04 / Г. О. Безкоровайна; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. ---- Тернопіль, 2020. ---- 20 с.: табл. ---- укр.

Встановлено статеві відмінності в ступені метаболічних та структурних порушень в міокарді шлуночків, характер впливу автономної нервової системи на ритм серця, чутливість міокардіальних холінорецепторів при розвитку адреналін-індукованого некрозу міокарда на тлі світлової депривації та перманентного освітлення, кардіопротекторна роль мелатоніну. Світлова депривація (10 днів) зменшує пошкоджуючий вплив адреналіну на міокард більшою мірою в самиць щурів завдяки вищій активності ферментів антиоксидантної системи. Розвиток адреналін-індукованого некрозу міокарда на тлі світлової депривації в самців викликає переважання активності парасимпатичної ланки автономної нервової системи в умовах збільшеної чутливості холінорецепторів, а в самиць збереження регуляторного балансу активності обох ланок автономної нервової системи відбувається при полегшеному вивільненні ацетилхоліну з пресинаптичного відділу та збільшеній чутливості холінорецепторів серця. Встановлено, що перманентне освітлення (10 днів) сприяє реалізації токсичного впливу адреналіну на міокард більшою мірою в самців внаслідок більш суттєвого пригнічення активності ферментів антиоксидантної системи. Менший ступінь пошкодження адреналіном серця самиць в таких умовах забезпечується більш активною участю холінергічних механізмів у пристосуванні серця до пошкодження. Доведено виразний кардіопротекторний ефект мелатоніну на експериментальній моделі адреналін-індукованого некрозу міокарда в умовах перманентного освітлення, що суттєвіше проявляється в самиць.

Шифр НБУВ: РА446297

4.Р.170. The effect of L-arginine on the balance of essential amino acids in plasma of the patients with stable angina / T. V. Bogdan, V. O. Onishchenko, V. V. Bogdan, O. V. Savchenko // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 25-30. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- англ.

Не дивлячись на вагомі досягнення клінічної медицини в профілактиці, діагностиці та лікуванні ішемічної хвороби серця, рівень захворюваності, інвалідності та смертності серед населення України від цієї патології залишається неухильно високим. Дослідження виконано з метою оптимізування лікування хворих на стабільну стенокардію (СС) шляхом вивчення впливу L-аргініну на баланс незамінних амінокислот плазми крові. Обстежено 67 хворих на СС, яких було розподілено на дві групи: I ---- хворі одержували антиангінальну базисну терапію; II ---- хворі одержували базисну антиангінальну терапію і L-аргінін. Визначення амінокислотного спектра плазми крові хворих проводили за методом іонообмінної рідинно-колонкової хроматографії на автоматичному аналізаторі амінокислот Т-339 виробництва «Мікротехна» (Чехія, Прага). У хворих на СС, що одержували базисну терапію і L-аргінін, на відміну від хворих, що одержували тільки базисну терапію, в плазмі крові рівень аргініну нормалізувався, що, ймовірно, сприяє синтезу NO. Також нормалізувався рівень валіну, лейцину і ізолейцину, які забезпечують синтез ацил-КоА та сукциніл-КоА. Отже, додавання до антиангінальної терапії хворих на ССL-аргініну сприяє корекції порушень балансу амінокислот плазми крові, що ефективно впливає на перебіг захворювання та його прогноз.

Шифр НБУВ: Жс20661

Див. також: 4.Р.165

Хвороби кровоносних судин

4.Р.171. Атеросклероз: роль липопротеинового дисколлоидоза и физико-химического метаморфоза холестерина в индукции гранулематоза вокруг эндогенных инородных тел в интиме артерий / В. К. Казимирко, Л. Н. Иваницкая, Т. С. Силантьева, А. Г. Дубкова, В. В. Кутовой // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 5/6. ---- С. 13-28. ---- Библиогр.: 16 назв. ---- рус.

Показана роль липопротеинового дисколлоидоза и физико-химического метаморфоза холестерина в соединительной ткани интимы артерий, а также в индукции локального проявления атеросклероза ---- гранулематоза вокруг эндогенных инородных тел.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.172. Підхід до менеджменту пацієнта з хронічною венозною недостатністю в умовах спеціалізованого судинного центру — комбінація світових рекомендацій та власного досвіду / О. М. Волошин, О. В. Суздаленко, В. О. Губка, С. М. Мачуський, О. Г. Попова, С. Т. Расул-Заде // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 60-72. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- укр.

Опубліковано велику кількість рекомендацій з лікування хронічних захворювань вен, зокрема хронічної венозної недостатності, але в жодному з цих документів не відображено повний «шлях» пацієнта від етапу первинного візиту (діагностики) до вибору оптимального варіанта лікування. Тому створення протоколу, який би враховував сучасні ефективні підходи до діагностики та лікування, а також індивідуальні особливості пацієнта, є актуальним завданням. Головна мета публікації ---- створення практично орієнтованої інструкції з діагностики, комплексного лікування та профілактики хронічної венозної недостатності. Менеджмент пацієнта представлено у вигляді «АнгіоЛайф венозного протоколу» і набору чітких практичних рекомендацій для судинного хірурга та флеболога. Протокол розроблено на підставі власного практичного досвіду, існуючих протоколів та керівництв щодо лікування пацієнтів з хронічною венозною недостатністю. Венозний протокол передбачає чотири етапи комплексу медичних заходів, метою якого є формування чіткої програми подальшого обстеження та лікування хворого. Дотримання всіх рекомендацій, зазначених у протоколі, надає змогу одержати задовільні функціональні та косметичні результати лікування пацієнтів із хронічною венозною недостатністю з мінімальним ризиком рецидиву.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.173. Стентування ультраемболонебезпечних каротидних стенотичних уражень з використанням методики потрійного протиемболічного захисту / Ю. В. Чередниченко, М. О. Зорін, А. Ю. Мірошниченко, Н. О. Чередниченко // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 14-24. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- розробити методику потрійного протиемболічного захисту з одночасним використанням систем проксимального протиемболічного захисту, дистальних протиемболічних фільтрів і двошарових micromesh каротидних стентів для каротидного стентування ультраемболонебезпечних каротидних стенозів та оцінити її ефективність і безпечність. З 2016 р. виконано 23 каротидних стентування ультраемболонебезпечних каротидних стенозів з використанням методики потрійного протиемболічного захисту, суть якої полягає у спільному використанні систем проксимального та дистального протиемболічного захисту і каротидних двошарових micromesh стентів. Усі пацієнти мали симптомні стенози: транзиторні ішемічні атаки у певному каротидному басейні (n = 7), ішемічні інсульти (n = 16). Вік пацієнтів становив від 57 до 84 років. Серед пацієнтів переважали чоловіки (n = 15). Післяопераційний контроль передбачав виконання в першу або на другу добу магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку з режимами T2*, FLAIR та DWI для визначення наявності

«свіжих» емболічних ішемічних вогнищ і запереження геморагічних ускладнень. Через 6 міс. було проведено контрольне клінічне обстеження, комп'ютерну томографію або МРТ головного мозку, ультразвукове ангіосканування магістральних артерій голови. В усіх пацієнтів прохідність сонних артерій було відновлено повністю. В ранній післяопераційний період клінічно ознак повторних ішемічних уражень головного мозку та пролабування бляшки крізь стент не виявлено в жодному спостереженні. Значну кількість атероматозного дебрису було зареєстровано в 11 випадках за аспірації на зовнішнього фільтру. У 3 випадках емболи визначалися також у фільтрі дистального захисту. Це свідчить про те, що спільне використання дистальних і проксимальних протиемболічних систем найнадійніше захищає від ризику емболії в таких випадках. За даними МРТ, в 1-шу чи на 2-гу добу ознак «свіжих» субклінічних емболічних ішемічних вогнищ і геморагій не було. У 20 пацієнтів, які пройшли контрольне обстеження, ознак рестенозу в стенті не зафіксовано в жодному випадку, як і повторних ішемічних інсультів. У 7 випадках наявності виразки на бляшці виразка закрилася під стентом. Три пацієнти мають пройти контрольне обстеження. За даними дистанційного опитування, ці пацієнти не мали нових ішемічних уражень головного мозку. На ефективність методики потрійного протиемболічного захисту для лікування пацієнтів із субтотальними ультраемболонебезпечними каротидними стенозами вказує відсутність клінічних ті нейрорадіологічних ознак повторних ішемічних уражень. Висновки: методика потрійного протиемболічного захисту для лікування пацієнтів із субтотальними ультраемболонебезпечними каротидними стенозами безпечна та високоефективна. Поліпшення результатів каротидного стентування в цій найнебезпечнішій групі надає підставу говорити про перевагу каротидного стентування над каротидною ендартеректомією в цілому.

Шифр НБУВ: Ж100899

Див. також: 4.Р.134, 4.Р.164, 4.Р.185

Хвороби бронхів

Бронхіальна астма

4.Р.174. Патофізіологічні механізми розвитку експериментальної бронхіальної астми при хронічному пародонтиті та корекція їх тіотриазоліном: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.04 / Б. Ф. Щепанський; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. ---- Тернопіль, 2020. ---- 20 с.: рис. ---- укр.

З'ясовано особливості порушень прооксидантної й антиоксидантної систем, імунного гомеостазу, стану ендогенної інтоксикації в легенях, тканинах пародонта і в крові при експериментальній бронхіальній астмі окремо та за умов формування пародонтиту до та після застосування тіотриазоліну. Встановлено порушення метаболічних та імунних процесів, які проявлялися активізацією прооксидантної системи (вмісту дієнових кон'югатів і малонового діальдегіду), рівня циркулюючих імунних комплексів і В-лімфоцитів, ендогенної інтоксикації на тлі пригнічення антиоксидантної системи ---- активності супероксиддисмутази, каталази, рівня церулоплазміну та вмісту Т-лімфоцитів у крові, легенях і тканинах пародонта, особливо на 18-у і 25-у доби розвитку бронхіальної астми та пародонтиту. Доведено антиоксидантну й імунокоригувальну дію препарату тіотриазоліну на порушені метаболічні та імунні процеси за умов формування поєднаної патології ---- бронхіальної астми й експериментального пародонтиту.

Шифр НБУВ: РА446098

Хвороби легень

4.Р.175. Активність запалення у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень та анемією / О. М. Радченко, О. В. Федик // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 82-88. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Пацієнти з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) у поєднанні з анемією хронічного захворювання становлять особливий інтерес як для наукової, так і для практичної сфери охорони здоров'я. Мета дослідження ---- вивчення активності системного запалення. Аналіз результатів обстеження 475 пацієнтів із загостренням хронічного обструктивного захворювання, яких було розподілено на дві групи: I група ---- 155 осіб (61,3 % чоловіків та 38,7 % жінок) з анемією хронічного захворювання; II група --- 320 пацієнтів (46,9 % чоловіків та 53,1 % жінок) без анемічного синдрому. Визначення активності запального процесу проводили за показниками гемоцитограми, сироватковими маркерами запалення та інтегральними гематологічними індексами. Виявлено, що ХОЗЛ у поєднанні з анемією хронічного захворювання супроводжувалося активацією запального процесу (за швидкістю осідання еритроцитів, вмістом сегментоядерних нейтрофілів) та пригніченням лімфоцитарно-моноцитарної ланки запалення, суттєво вищими інтегральними гематологічними індексами (індекс зсуву лейкоцитів; індексів відношення лейкоцитів, сегментоядерних нейтрофілів та нейтрофілів до швидкості осідання еритроцитів; відношення нейтрофілів до лімфоцитів та інтегрованого індексу запалення), що збільшувалось із поглибленням анемічного синдрому, зростанням віку пацієнтів та було більш вираженим у жінок. Активація запалення асоціювалась з погіршенням бронхіальної прохідності за швидкісними показниками (індекс Тіффно, середня та пікова об'ємні швидкості, максимальні об'ємні швидкості на 25 та 75 % форсованої життєвої ємності легень). Анемічний синдром був також пов'язаний із вищими рівнями С-реактивного протеїну ($p > 0,05$), загального фібриногену ($p < 0,05$) та серомукоїдів ($p > 0,05$), вміст яких змінювався паралельно з індексом зсуву лейкоцитів. Висновок: анемічний синдром, як прояв персистувального системного запалення, погіршує перебіг ХОЗЛ, негативно впливаючи на показники функції зовнішнього дихання та активність запального процесу.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.176. Ендотеліальна дисфункція у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень: окремі аспекти медикаментозного лікування (огляд літератури) / О. І. Лемко, Н. В. Вантюх // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 138-145. ---- Бібліогр.: 57 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- дослідити загальні принципи медикаментозної корекції ендотеліальної дисфункції та їх особливості у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. В основі розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) ---- певні тригерні фактори та патогенетичні процеси (хронічне запалення низької інтенсивності, оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція), які є спільними для низки інших патологічних процесів, що призводить до розвитку системних позалегеневих ефектів і коморбідних станів. Особливої уваги заслуговує ендотеліальна дисфункція, яка зумовлює передусім ураження серцево-судинної системи. Тому сучасне лікування ХОЗЛ, крім затверджених протоколами препаратів, має супроводжуватися впровадженням тривалих програм ведення хворих поза періодом загострення з обов'язковим включенням медикаментозної корекції ендотеліальної дисфункції, яка б негативно не впливала на перебіг основного захворювання. Нині відомі препарати різних фармакологічних груп із позитивним впливом на функціональний стан ендотелію. З-поміж них медикаменти, що компенсують дефіцит ендотеліальних релаксуючих факторів, мають прямий вплив на рецептори ендотелію, стимулюють активність ендотеліальної синтетази оксиду азоту, запобігають дії медіаторів, які зумовлюють ендотеліальну дисфункцію, регулюють згортальну систему крові, забезпечують захист мембран клітин ендотелію або впливають на різні патогенетичні ланки основного захворювання (запальний процес, імунні порушення, дисбіоз тощо), що опосередковано сприяє зменшенню проявів дисфункції ендотелію. Провідна роль ендотеліальної дисфункції у формуванні коморбідної патології при ХОЗЛ, насамперед уражень серцево-судинної системи, визначає необхідність комплексного лікування таких хворих, включаючи засоби корекції ендотеліальної дисфункції, особливо у тривалих програмах ведення пацієнтів поза періодом загострення. Зважаючи на складні механізми формування ендотеліальної дисфункції, вибір засобів її корекції має бути персоніфікованим і необхідно враховувати особливості перебігу основного захворювання та спектр коморбідної патології.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.177. Информационная технология ранней диагностики пневмонии с использованием сверточных нейронных сетей / П. М. Радюк, А. В. Бармак, Ю. В. Крак // Проблемы упр. и информатики. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 101-114. ---- Библиогр.: 34 назв. ---- рус.

Медицинский опыт доказал, что ранняя диагностика пневмонии --- решающий фактор ее успешного лечения. В наше время автоматизированный рентгенографический анализ грудной клетки признан наиболее эффективным подходом в диагностике легочных заболеваний, в том числе и пневмонии. Однако до сих пор не ясно, какие пневмонические признаки на рентгеновском снимке автоматизированный метод диагностики относит к ранней стадии заболевания. Кроме того, вопрос интерпретации результатов цифровой диагностики также остается нерешенным и требует дальнейшего изучения. Поэтому предлагается информационная технология визуального анализа рентгеновских изображений для интерпретации результатов диагностики вирусной пневмонии на ранних стадиях. Технология включает модель классификации, основанную на сверточной нейронной сети, для извлечения нечетких признаков ранней вирусной пневмонии и модифицированный метод отличительной локализации для объяснения результатов классификации. Нейронная сеть, использованная в исследовании, содержит эффективную расширенную сверточную операцию для объединения признаков различных рецептивных полей на изображении. Предложенный метод интерпретации заключается в применении взвешенных градиентов к картам активации классов. По результатам вычислений использованная модель превзошла другие нейронные архитектуры по показателю precision (98,5 %), но уступила по показателям accuracy (96,1 %) и recall (93,6 %), кроме того, продемонстрировала сравнительно низкие значения ошибок первого и второго рода, достигнув 1,4 и 6,4 % соответ-

ственно. В целом, согласно вычислительным экспериментам, предлагаемая информационная технология может быть эффективным инструментом для мгновенной диагностики при первом подозрении на пневмонию.

Шифр НБУВ: Ж26990

4.Р.178. Особливості та помилки морфологічної діагностики уражень легень інфекційного генезу серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів: серія спостережень / І. В. Ліскіна, О. Д. Ніколаєва, О. О. Мельник, Л. М. Загаба // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 2. — С. 220-230. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

ВИЧ-инфекция — длительно протекающее инфекционное заболевание, характеризующееся поражением иммунной системы и часто осложняющееся развитием оппортунистических заболеваний, преимущественно инфекционного генеза. На поздних стадиях болезни ВИЧ-ассоциированные инфекции приобретают генерализованный характер, нередко сочетаются, что обусловливает трудности диагностики этих заболеваний. Дифференциальная морфологическая диагностика ВИЧ-ассоциированных инфекций легких сложная. Наиболее часто приходится дифференцировать туберкулез, бактериальные или септические пневмонии, цитомегаловирусные поражения лёгких, глубокие микозы. Цель работы — на примере серии клинических случаев показать целесообразность и необходимость комплексного применения специальных морфологических методов исследования у ВИЧ-инфицированных пациентов с вторичными поражениями лёгких. Серию наблюдений составили 7 случаев с дискордантностью клинико-рентгенологических, лабораторных данных и гистологического заключения. Среди них 5 случаев прижизненной диагностики и 2 аутопсии. Ретроспективно проанализированы все клинико-лабораторные данные этих случаев, проведен ряд дополнительных специальных гистологических исследований. Использованы методы Циля — Нильсена, флуоресцентный, Гомори — Гроккота, ШИК-реакция с альциановым синим, а также иммуногистохимическое исследование по определению микобактериальных антигенов с различными антителами к M. tuberculosis. Установлена серия случаев морфологической диагностики с начальным ошибочным или неопределенным гистологическим заключением среди госпитализированных ВИЧ-инфицированных пациентов. Клинические данные не позволяли установить точный диагноз легочной патологии. По традиционному гистологическому исследованию в 3 случаях диагностирован туберкулезный процесс, в 2 — хронический гранулематозный процесс без уточнения этиологии. В двух случаях аутопсий заподозрена пневмоцистная пневмония в сочетании с другими инфекциями. Дополнительное морфологическое исследование с применением 2 — 6 специальных методов позволило установить правильный диагноз. В двух случаях предварительного диагноза туберкулез установлен инвазивный криптококкоз, еще в одном — пневмония наркомана. В двух случаях с неуточненным процессом обнаружены криптококкоз и пневмоцистная пневмония. В случаях аутопсий снят диагноз пневмоцистной пневмонии, а диагностированы вирусно-бактериальная пневмония и ассоциация туберкулеза с цитомегаловирусной инфекцией. Выводы: представленный фактический материал демонстрирует принципиальное значение применения комплексного морфологического исследования в случаях воспалительных процессов в лёгких ВИЧ-инфицированных пациентов. Существенные вспомогательные инструменты — клинические данные пациента: ВИЧ-статус на время диагностической процедуры, результаты рентгенологических и микробиологических методов исследования.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.179. Ультрасонографія легень в умовах пандемії COVID-19: чому? як? коли? / Х. О. Пронюк, А. Д. Висоцький // Лікар. справа. — 2020. — № 5/6. — С. 3-12. — Бібліогр.: 10 назв. — укр.

В умовах боротьби з пандемією COVID-19 застосування ультразвукового дослідження легень біля ліжка хворого швидко було визнано ефективним інструментом діагностики і моніторингу вираженості та характеру легеневого ураження. Описано типові ультрасонографічні знахідки при дослідженні легень, притаманні коронавірусній хворобі (COVID-19). Здійснено порівняння рентгенографії, комп'ютерної томографії та ультрасонографії на клінічних прикладах. Показано ефективність ультразвукового дослідження легень як для первинного скринінгу, так і з моніторинговою метою, особливо за умов клінічного погіршення, для стратифікації ризиків і прийняття клінічного рішення, що надасть змогу суттєво знизити необхідність у виконанні рентгенографії та комп'ютерної томографії, особливо в системі охорони здоров'я з обмеженим доступом до ресурсів.

Шифр НБУВ: Жс20661

Хвороби системи травлення, печінки

4.Р.180. Біомеханіка утворення панкреатичного секрету і тиску в ацинусі підшлункової залози / Г. Я. Костюк, О. Г. Костюк, М. В. Бурков, І. А. Голубовський, М. П. Бульо, Л. О. Бандура, Л. В. Фоміна, О. Є. Безкоровайний, П. В. Жорняк // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 1. — С. 6-12. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

Висвітлено механізм діяльності математичної моделі ацинуса, складових утворення тиску в його порожнині та утворення панкреатичного соку. Встановлено, що механізм створення тиску в порожнині ацинуса аналогічний внутрішньопротоковому. В цьому випадку відкритим залишається питання про причини виникнення такого високого тиску, який вимірюється в декількох сотнях міліметрів ртутного стовбчика, тим більше, що, як встановлено гістологічно, підшлункова залоза та її протоки не мають м'язових структур, а ті зачатки міофібрил, які відмічаються в деяких місцях протокової системи, не можуть, звісно, забезпечувати розвиток такого тиску. Підвищення тиску в порожнині ацинуса пов'язано з явищем осмосу в його клітинах. Так як клітинні мембрани мають властивість провідності, то в результаті осмосу, вода через мембрану, спершу поступає з крові в клітину, потім з клітини через мембрану в порожнину ацинуса. Крім механізму осмосу через мембрану, в клітинах епітелію ацинуса діє механізм фільтрації через пори шару сполучної тканини лімфоканалу. В даний час, встановлено, що разом з простим осмосом у секретуючих клітин та органів виділення має місце явище електроосмосу, яке не тільки пришвидшує переніс речовин, але і підвищує тиск по іншу сторону мембрани проти градієнта майже на декілька одиниць першого порядку. Таким чином, відтік рідини з порожнини ацинуса йде безперервно, але тільки зі зміною швидкості руху, що визначається перепадом тисків у системі «ацинус — каналець — вивідна протока», відкриттям сфінктера Одді і імпульсом серцево-судинної хвилі, що створює динамічний тиск в капілярі. Весь цей механізм, в результаті, призводить до наповнення порожнини ацинуса і створення певного тиску в ньому.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.181. Гістопатологічні особливості печінки при неалкогольному та алкогольному стеатогепатитах залежно від наявності супутньої анемії / Т. М. Антофійчук, І. С. Давиденко, О. С. Хухліна, М. П. Антофійчук // Буков. мед. вісн. — 2021. — **25**, № 1. — С. 3-10. — Бібліогр.: 11 назв. — укр.

Мета дослідження — вивчити окремі гістопатологічні зміни печінки у разі стеатогепату різної етіології за умов наявної анемії. Проаналізовано біоптати печінки 30 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та 20 хворих на алкогольний стеатогепатит (АСГ). Морфологічне дослідження печінки здійснювали за стандартною методикою. Гістопатологічні особливості печінки встановлювали на основі методики забарвлення гематоксиліном та еозином з підтвердженням, у разі необхідності, з використанням гістохімічних методів і забарвлення на жир (метод із суданом-III) та на колагенові волокна (метод із хромотропом-водним блакитним за Н. З. Слінченко). Мікроспектрофотометричні дослідження виконано з використанням цитологічного аналізатора з програмним забезпеченням «ВидеоТест — Размер 5,0» (2000). За низкою параметрів встановлено статистичні розбіжності в середніх тенденціях за допомогою непараметричного методу Манна — Уітні ($p < 0,05$). Некроз гепатоцитів був найбільше вираженим у хворих на АСГ з анемією, зокрема, понад третина гепатоцитів у цих пацієнтів мали ознаки коліквaційного некрозу і був більш вираженим у разі АСГ, ніж за НАСГ. НАСГ з анемію супроводжувався більш вираженим некрозом гепатоцитів, ніж НАСГ без анемії. У разі АСГ без анемії відсоток уражених гепатоцитів був у середньому приблизно таким, як і за НАСГ без анемії. Жирова дистрофія гепатоцитів виявлялася у всіх хворих на НАСГ та АСГ, однак вираженість цього загальнопатологічного процесу була неоднаковою. Висновки: за коморбідності жирової хвороби печінки з анемією як за НАСГ, так і у разі АСГ формується значно вищий відсоток уражених оборотним набуханням гепатоцитів, що збігається з тенденціями за онкозом гепатоцитів. Анемія впливає на характер розростання сполучної тканини за НАСГ та АСГ (за АСГ питомий об'єм сполучної тканини був вищим, ніж у разі НАСГ). Водночас, інтенсивність регенераторних процесів у печінці (проточкові реакції печінки) найбільше виражені у пацієнтів із анемією, а максимально — за АСГ.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.182. Клініко-неврологічні характеристики у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії / О. В. Демидас // Укр. неврол. журн. — 2021. — № 3/4. — С. 49-53. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

Мета роботи — вивчити клініко-неврологічні характеристики за виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) у стадії загострення та ремісії, грунтуючись на даних комплексного клініко-неврологічного, нейропсихологічного і параклінічного дослідження. Проведено комплексне обстеження 84 пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення та повторно під час ремісії захворювання. Вік пацієнтів становив від 25 до 60 років, середній вік — (39,90 ± 1,29) року. Обстежених було розподілено на дві групи за наявністю загострення чи ремісії виразкової хвороби. Комплексне обстеження передбачало опитування з аналізом скарг, клініко-неврологічне обстеження з деталізацією стану вегетативної нервової системи, нейропсихологічне тестування, зокрема визначення рівня конституційної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, депресії за шкалою Бе-

ка, оцінку самопочуття, активності та настрою за допомогою опитувальника САН, когнітивних порушень за допомогою шкали MMSE, швидкості переключення уваги та динаміки працездатності за допомогою таблиць Шульте, використання лабораторних та інструментальних методів. Найчастіше обстежувані скаржилися на головний біль (74 (88,0 %) у стадії загострення та 37 (44,0 %) у стадії ремісії). Другою за частотою була скарга на біль у грудному відділі хребта (відповідно 69 (82,1 %) та 35 (41,6 %)). Часто фіксували скарги на запаморочення, болі в ділянці серця, відчуття серцебиття, «перебої» в роботі серця, парестезії. В 11 (12,4 %) пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення мали місце епізоди синкопального стану, тоді як в стадії ремісії вони були відсутні. Скаргами, які свідчили про наявність психоемоційних розладів, були тривожність, зниження пам'яті та уваги і порушення сну. У пацієнтів з виразковою хворобою ДПК виявлено ураження центрального та периферичного відділу нервової системи. Порушення з боку центральної нервової системи виявлялись у вигляді вестибуло-мозочкового синдрому (у 30 (35,7 %) пацієнтів у стадії загострення та у 14 (16,6 %) у стадії ремісії), екстрапірамідних розладів (відповідно у 10 (11,9 %) і 4 (4,76 %)) та ознаки пірамідної дисфункції (37 (44,0 %) і 15 (17,8 %)). Під час клініко-неврологічного дослідження периферичної нервової системи у 68 (80,9 %) пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення та у 31 (36,9 %) у стадії ремісії виявлено синдром полінейропатії різного ступеня. Ознаки полінейропатії супроводжувалися скаргами на порушення з боку периферичної нервової системи (відповідно 45 (53,5 %) та 15 (17,8 %) випадків). У 27,4 % пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення скарги були відсутні взагалі і лише ретельне неврологічне обстеження надало змогу виявити ознаки полінейропатії. У 56 (66,6 %) хворих з виразковою хворобою у стадії загострення та 28 (33,3 %) у стадії ремісії виявлено болючість паравертебральних точок у нижньогрудному відділі хребта. Висновки: більшість психосоматичних скарг і неврологічних виявів мали місце як в стадії загострення, так і в стадії ремісії захворювання. Всі виявлені клініко-неврологічні особливості статистично значущо частіше траплялися в стадії загострення виразкової хвороби ДПК.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.183. Поширеність, морфологічна оцінка метапластичних та диспластичних змін епітелію при стравоході Барретта, їх зв'язок з хронічним Helicobacter pylori асоційованим гастритом: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.02 / Т. В. Серга; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ---- Львів, 2021. ---- 21 с.: табл., рис. ---- укр.

Досліджено зв'язки метаплазії епітелію стравоходу з Helicobacter pylori, атрофією, кишковою метаплазією слизової шлунку, статтю та віком. У дослідженні 7396 пацієнтів протягом 9 років було виявлено високу поширеність стравоходу Барретта ---- 275 ·. Ризик кишкової метаплазії епітелію стравоходу нижчий за наявності хронічного Helicobacter pylori асоційованого гастриту. Ризик шлункової метаплазії нижчий за наявності хронічного Helicobacter pylori асоційованого гастриту без атрофії слизової шлунку. Ризик кишкової метаплазії епітелію стравоходу вдвічі вище у пацієнтів з кишковою метаплазією слизової шлунку. Ризик шлункової метаплазії епітелію стравоходу нижче у пацієнтів з кишковою метаплазією слизової шлунку. Запропоновано модель визначення ризику кишкової метаплазії епітелію стравоходу на основі наявності факторів ризику та їх поєднань.

Шифр НБУВ: РА449246

4.Р.184. Характеристика синдрому мальабсорбції на сучасному етапі: (огляд) / Л. О. Зуб, А. Є. Шкарутяк // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 121-126. ---- Бібліогр.: 34 назв. ---- укр.

На сьогодні термін «синдром мальабсорбції» широко використовується в медичній практиці як загальний термін для опису симптомів порушення перетравлювання, всмоктування і транспорту слизовою оболонкою кишківника адекватно перетравлених харчових продуктів, включаючи вітаміни і мікроелементи, що в результаті призводить до різноманітних метаболічних розладів. Мета роботи ---- здійснитити огляд наукових робіт, в яких висвітлюється інформація про сучасні погляди на етіологію, механізми розвитку та клінічні прояви синдрому мальабсорбції. Сьогодні розширено уявлення щодо механізмів розвитку та прогресування синдрому мальабсорбції. Це надає можливість розробки методів запобігання впливу тригерних факторів, своєчасного правильного лікування та профілактики ускладнень зазначеного синдрому.

Шифр НБУВ: Ж15712

Хвороби печінки, жовчного міхура та жовчних шляхів

4.Р.185. Патогенетичний вплив стеатозу печінки у пацієнтів із геморагічним васкулітом: кореляційний аналіз / О. Й. Комариця, О. М. Радченко // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 63-67. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

За одержаними даними у 74 % пацієнтів із геморагічним васкулітом спостерігалися сонографічні ознаки стеатозу печінки, однак його вплив на клінічні та лабораторні прояви дотепер точно не встановлено. Мета роботи ---- визначення патогенетичних ланок впливу стеатозу печінки за кореляційним аналізом для планування стратегії та тактики ведення таких пацієнтів. Ретроспективно проаналізовано результати обстеження 50 стаціонарних пацієнтів за кореляційним аналізом Пірсона. У пацієнтів із геморагічним васкулітом стеатоз печінки був більш вираженим у старших за віком та більших за масою осіб із вираженішими змінами правого шлуночка, лівого передсердя та аорти й асоціювався з активністю системного запалення, протеолітичною та тромботичною активністю сироватки. За умов стеатозу печінки немодифікований фактор ризику і вік асоціювалися з погіршенням стану серця та змінами протеолітичної та тромботичної активності сироватки крові, що створює підгрунтя для кардіоваскулярних подій. Стеатоз печінки супроводжується активацією системного запалення, що призводить до переходу у стеатогепатит. Висновок: єдиним шляхом профілактики кардіоваскулярних подій та стеатогепатиту є вплив на стадії стеатозу печінки.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.186. Печінкова енцефалопатія: аспекти діагностики, клініко-лабораторні та психологічні особливості, оптимізація лікування: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.36 / Е. Г. Манжалій0; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2021. ---- 39 с.: рис., табл. ---- укр.

Дисертацію присвячено обгрунтуванню комплексної діагностики та лікуванню печінкової енцефалопатії (ПЕ) у хворих на хронічні захворювання печінки (ХЗП) на основі встановлення закономірностей клініко-лабораторних, насамперед імунних, запальних, метаболічних і нейропсихічних порушень. Розроблено ефективні способи поліпшення моделювання, діагностики, профілактики та фармакологічної корекції ПЕ в експериментальній моделі та у хворих на ХЗП. Вперше поглиблено уявлення про патогенез ПЕ на тлі вивчення серотонінової системи, а саме вмісту серотоніну, триптофану й активності моноамінооксидази, активності триптофангідролази й індоламін 2, 3 в гомогенаті мозку, у сироватці крові та нейроімунологічних показників: аутоантитіл до ЗМА, ОБМ, НСЕ, білка S100. Вперше оцінено зміни функціонального стану цитокінової відповіді залежно від ступеня тяжкості тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з ПЕ. Розроблено методи профілактики ПЕ через модуляцію мікробіоти. Запропоновано спосіб лікування ПЕ, який вирішує завдання підвищення ефективності лікування ПЕ при ХЗП, скорочує строки лікування шляхом впливу на патогенетичні чинники. Результат досягається за рахунок призначення нейропротектора холіну альфосцерату, який відновлює порушення функціонування мозку та має гепатопротекторні властивості.

Шифр НБУВ: РА448321

4.Р.187. Скрининговое исследование холеретического и холекинетического эффектов густого экстракта цветков пижмы обыкновенной (Tanacetum vulgare L.) / Е. Ю. Юрченко, О. Я. Мищенко, Н. А. Гербина, И. Ю. Капустянский // Фармакология та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 3. ---- С. 197-203. ---- Библиогр.: 16 назв. ---- рус.

Заболевания гепатобилиарной системы значительно распространены среди работоспособного населения и одним из направлений их фармакотерапии является применение гепатотропных препаратов растительного происхождения. В частности, пижма обыкновенная издавна известна своими гепатотропными свойствами и до сих пор применяется в народной медицине. Цель исследования ---- скрининговое исследование холеретического и холекинетического эффектов густого экстракта цветков пижмы обыкновенной (Tanacetum vulgare L.) (ГЭЦПО) на здоровых животных. Были определены следующие показатели: объем выделенной желчи в течении 3 ч с ежечасной регистрацией после введения исследуемого экстракта и препаратов сравнения путем забора желчи из пробирки, также рассчитывали скорость желчеотделения (мг/мин/100 г массы тела). Анализ полученных данных проводили в сравнении с препаратами группы растительных желчегонных и синтетических холелитолитических средств ---- сбором «Фитогепатол» и препаратом урсофальк. Изучение влияния ГЭЦПО на процессы холереза и холекинеза показало, что субстанция проявляет стимулирующее влияние на эти процессы во всех изученных дозах. Из нескольких доз была выбрана одна условно-эффективная (100 мг/кг). Также было установлено, что эта доза проявляет стимулирующее влияние на указанные процессы в течение всего периода наблюдения в ходе эксперимента. Таким образом, в ходе скринингового исследования была установлена условно-эффективная доза ГЭЦПО, которая характеризуется значительной выраженностью и продолжительностью терапевтического действия.

Шифр НБУВ: Ж100063

Див. також: 4.Р.163, 4.Р.196

Хвороби нирок

4.Р.188. Зміни функції нирок у хворих на артеріальну гіпертензію та хронічне обструктивне захворювання легень за

даними ретроспективного аналізу медичної документації / О. Бойко, В. Родіонова // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 190-195. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Артеріальна гіпертензія (АГ) визначає як соціальну, так і економічну складову впливу на здоров'я населення із тенденцією до суттєвого зростання цієї патології. іншою поширеною недугою, якій можна запобігти і яка піддається лікуванню, є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Наявність частої коморбідності цих захворювань передбачає формування взаємозв'язків і взаємовпливу між ними на підставі існування загальних патогенетичних механізмів, а саме: хронічного запалення, оксидативного стресу, ендотеліальної дисфункції. Артеріальна гіпертензія є як причиною, так і наслідком хронічної хвороби нирок (ХХН) та сприяє її прогресуванню. Пацієнти з ХОЗЛ мають більш високий ризик супутніх захворювань. Мета роботи ---- вивчити зміни функції нирок та частоту розвитку ХХН у хворих на АГ та ХОЗЛ на підставі ретроспективного аналізу історій хвороби та медичних карт амбулаторних хворих. За критеріями включення та виключення з дослідження було обрано 188 хворих, яких відповідно до клінічного діагнозу було розподілено на три групи: 1-шу групу становили 64 хворі на артеріальну гіпертензію, 2-гу групу ---- 58 хворих на артеріальну гіпертензію та хронічне обструктивне захворювання легень, 3-тю групу ---- 66 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Середній вік хворих на АГ становив 61,0 (57,0; 72,0) року, хворих на АГ та ХОЗЛ ---- 62,3 (11,5), хворих на ХОЗЛ ---- 58,5 (55,0; 62,00). Вивчали об'єктивні клінічні дані, результати лабораторного дослідження крові та сечі на підставі аналізу історій хвороби та медичних карт амбулаторних хворих. Обробка одержаних результатів дослідження проводилася із використанням біостатистичних методів (Statistica v. 6.1). У пацієнтів не було відзначено вірогідної різниці в частоті анемії, однак відзначалася тенденція до зростання частоти анемії в пацієнтів із гіпертензією ---- 14,1 %, а в пацієнтів із поєднаною гіпертензією та ХОЗЛ ---- 8,6 %. Найменша частота розвитку анемії спостерігалась у пацієнтів із ХОЗЛ і становила 7,6 %. Рівень загального холестерину у відповідних групах дорівнював 4,8 (4,2; 5,3), 4,7 (4,0; 5,4) та 5,3 (4,5; 5,9) ммоль/л. Найбільші значення загального холестерину крові визначалися у хворих на артеріальну гіпертензію та хронічне обструктивне захворювання легень. Найвищі показники креатиніну в крові було визначено в пацієнтів з АГ і ХОЗЛ, а найнижчі ---- у хворих на ХОЗЛ. Отже, у пацієнтів із гіпертензією відзначали найнижчу швидкість клубочкової фільтрації, а в осіб із ХОЗЛ ---- найвищу. Висновки: наявність ХОЗЛ має обтяжувальний вплив на перебіг АГ з ураженням ниркової функції в пацієнтів з АГ, призводить до зростання рівня креатиніну крові зі статистичною значущістю. Крім того, у групі пацієнтів з АГ та коморбідною патологією зареєстровано вищу частоту анемії, ніж у групі хворих на ХОЗЛ. Фільтраційна функція нирок, що визначалась за рівнем ШКФ, виявилася найнижчою при АГ.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.189. Ренопротекторні можливості Lespedeza capitata у хворих на хронічну хворобу нирок із цукровим діабетом 2-го типу / С. В. Кушніренко, Д. Д. Іванов, С. О. Ротова, О. В. Кушніренко // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 162-168. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

На сьогодні питання ренопротекції вийшли за межі застосування тільки антигіпертензивної терапії. Стабільна цукрознижувальна терапія, уратзнижувальна терапія є невід'ємними фрагментами сучасної ренопротекції, що надають змогу покращувати функціональний стан нирок за рахунок збільшення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) і зменшення рівня екскреції альбуміну (РЕА) та співвідношення альбумін/креатинін (САК). Однак гіпоазотемічна терапія, спрямована на зменшення вмісту азотистих шлаків, залишається провідною складовою лікування пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН). Мета дослідження ---- оцінка ренопротекторного потенціалу препарату Лібера (Lespedeza capitata) в пацієнтів із ХХН 2 ---- 3-ї стадії на тлі цукрового діабету (ЦД) 2-го типу. У дослідження було включено 107 пацієнтів із ЦД 2-го типу, віком від 19 до 75 років (жіночої статі ---- 41,1 %, чоловічої статі ---- 58,9 %), ХХН 2 ---- 3-ї стадії, мікро---- та макроальбумінурією (категорія А2 і А3). Пацієнтів було розподілено на дві групи: група І ---- традиційна стабільна цукрознижувальна та антигіпертензивна терапія (n = 50), група ІІ ---- традиційна стабільна цукрознижувальна та антигіпертензивна терапія у поєднанні з Lespedeza capitata (Лібера) (n = 57), яку призначали по 1 капсулі тричіна добу незалежно від прийому їжі протягом 3 міс. Критеріями ефективності лікування були: динаміка ШКФ, РЕА/САК у добовій сечі. Термін спостереження за пацієнтами становив 3 міс. Ренопротекторний потенціал Lespedeza capitata (Лібера) було продемонстровано через 3 міс. лікування у вигляді вірогідного збільшення ШКФ у пацієнтів із ХХН 2-ї ст. ІІ групи до 79,0 ± 1,4 мл/хв/1,73 м^2 у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,01$) і результатами, одержаними в І групі через 3 міс. застосування тільки традиційної стабільної цукрознижувальної та антигіпертензивної терапії ($p < 0,05$). Застосування Лібери в комплексному лікуванні пацієнтів ІІ групи із ХХН 3-ї ст. на тлі ЦД 2-го типу протягом 3 міс. позитивно вплинуло на азотовидільну та водовидільну функцію нирок, що проявилось у поліпшенні ШКФ до 56,6 ± 2,1 мл/хв/1,73 м^2 у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$) і результатами, одержаними в І групі, ---- 50,8 ± 1,9 мл/хв/1,73 м^2 ($p < 0,05$). Завдяки традиційній стабільній цукрознижувальній та антигіпертензивній терапії в І групі тільки 3 пацієнти (9,1 %) з категорії А2 перейшли через 3 міс. в категорію А1 (нормоальбумінурія) і 2 пацієнти (11,8 %) ---- із категорії А3 у категорію А2. У ІІ групі призначення Lespedeza capitata (Лібера) в поєднанні зі стабільною цукрознижувальною та антигіпертензивною терапією сприяло переведенню 10 пацієнтів (27,8 %) із категорії А2 в А1 і 7 пацієнтів (33,3 %) із категорії А3 в А2 ($p < 0,001$). Висновки: Lespedeza capitata (Лібера) в поєднанні з традиційною стабільною цукрознижувальною й антигіпертензивною терапією сприяє збереженню і поліпшенню фільтраційної функції нирок, зменшенню РЕА/САК у пацієнтів із ХХН 2 ---- 3-ї ст. (3а і 3b) на тлі ЦД 2-го типу й доводить ренопротекторну ефективність і безпеку.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.190. Уромодулін як потенційний кандидат-маркер прогнозування перебігу хронічної хвороби нирок / Л. Д. Денова // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 237-243. ---- Бібліогр.: 48 назв. ---- укр.

Уромодулін ---- це нефроспецифічний білок, який є найбільш поширеним у нормальній сечі. І хоча він відомий більше 70 років, функція уромодуліну залишається до кінця не ясною. Уромодулін бере участь у регулюванні транспорту солей, захищає від інфекцій сечовивідних шляхів, зокрема слизову оболонку сечового міхура, та попереджає утворення каменів у нирках, а також відіграє роль у пошкодженні нирок та вродженому імунітеті. Досліджено сироватковий уромодулін та уромодулін сечі, добову екскрецію та екскрецію уромодуліну на мілілітр кліренсу креатиніну. Завдяки повногеномним дослідженням асоціації було встановлено зв'язок між мутаціями гена уромодуліну й автосомно-домінантними тубулоінтерстиціальними захворюваннями нирок.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.191. Acute renal failure secondary to EBV in a 21-year-old healthy male: a case report / T. Saliba, A. Huard // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 181-183. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- англ.

Epstein ---- Barr virus (EBV) affects 9 out of 10 people at some point in their lives. Though generally a benign infection, it can present with a plethora of symptoms and complications. We present the case of a 21-year-old previously healthy male suffering from EBV who presented with an 8-day history of odynophagia, pharyngitis, cough, abdominal pain and fatigue, previously he also had a fever which reached a maximum of 38,5 °C. The patient's clinical exam was positive only for abdominal tenderness. During his hospitalisation for EBV, our patient suffered sudden renal failure over the course of 4 days, with a glomerular filtration rate dropping to 33 mL/min/1,73 m^2, before spontaneously recovering to normal levels. This occurred with supportive treatment only and without the use of corticosteroids. This case illustrates an atypical presentation of EBV infection and provides a further example of spontaneous recovery of renal function.

Шифр НБУВ: Ж100881

Див. також: 4.Р.142, 4.Р.195

Хвороби ендокринної системи

Хвороби щитоподібної залози

4.Р.192. Дослідження впливу водного екстракту та настойки цетрарії ісландської на функцію щитоподібної залози та білковий обмін за експериментального гіпотиреозу / О. А. Щербак, В. М. Кравченко // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 3. ---- С. 189-196. ---- Бібліогр.: 32 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- вивчити на моделі мерказоліл-індукованого гіпотиреозу в щурів вплив водного екстракту та 30 % спиртової настойки сланів цетрарії ісландської на рівень йодвмісних гормонів щитоподібної залози і тиреотропного гормона гіпофізу, а також на метаболізм білків. Для досягнення поставленої мети було визначено рівні тироксину, трийодтироніну та тиреотропного гормона за доомогою імуноферментного методу з використанням тест-систем. Для визначення біохімічних показників (загальний білок, альбумін, сечовина, креатинін) було використано фотоколориметричний метод. У результаті проведених досліджень було встановлено, що курсове застосування водного екстракту та 30 % спиртової настойки сланів цетрарії ісландської за умов мерказоліл-індукованого гіпотиреозу призводить до вірогідного збільшення тироксину та трийодтироніну, зменшуючи рівень тиреотропного гормона. Позитивний вплив водного екстракту та 30 % спиртової настойки сланів цетрарії ісландської на обмін білків підтверджено зменшенням вмісту сечовини та креатиніну в крові експериментальних тварин. Таким чином, водний екстракт сланів цетрарії ісландської та 30 % спиртова настойка сланів цетрарії ісландської можуть бути рекомендовані до подальших поглиблених досліджень як засобів для лікування гіпофункцій щитоподіб-

ної залози та усунення порушень білкового обміну за цієї патології.

Шифр НБУВ: Ж100063

Хвороби, пов'язані з порушенням ендокринної функції підшлункової залози

4.Р.193. Безбольова ішемія міокарда у пацієнта з цукровим діабетом 2-го типу на прикладі клінічного випадку / О. О. Прохорова, М. С. Бринза // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 39-42. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу ---- важлива медико-соціальна та економічна проблема через високу поширеність цього захворювання, яке часто призводить до інвалідності та значно збільшує смертність людей середнього й похилого віку. Однією з причин ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на ЦД 2-го типу є автономна серцево-судинна нейропатія, яка характеризується ураженням вегетативної нервової системи й проявляється різною клінічною картиною, в тому числі безбольовою ішемією міокарда (ББІМ). Поширеність ББІМ серед хворих на ЦД 2-го типу значно вище, ніж у людей без нього. Мета роботи ---- вивчити клінічний випадок пацієнта із ЦД 2-го типу та іХС. Підвищити рівень обізнаності про поширеність та вплив ЦД 2-го типу на прогресування ІХС, зосереджуючись на діагностичному дослідженні та стратегіях лікування. Проаналізовано клінічний випадок виявленої безбольової форми ІХС у пацієнта з ЦД 2-го типу. Скарги: на підвищення артеріального тиску, помірну задишку при ходьбі, болі та оніміння нижніх кінцівок. З анамнезу відомо ---- ЦД 2-го типу більше ніж 20 років; ендоваскулярне стентування правої загальної клубової артерії у зв'язку з облітеруючим атеросклерозом артерій нижніх кінцівок; артеріальна гіпертензія понад 10 років; ожиріння. На підставі цих даних було запідозрено ІХС. При холтерівському моніторуванні ---- рідкісні епізоди оборотного порушення процесів реполяризації ішемічного типу. Здійснено електрокардіографію та виявлено відхилення електричної осі вліво, гіпертрофію міокарда лівого шлуночка, дифузне порушення процесів реполяризації. За результатами ультразвукового дослідження (УЗД) серця було встановлено атеросклероз аорти, гіпертрофію міокарда лівого шлуночка, помірне зниження скорочувальної здатності міокарда, за результатами УЗД судин нижніх кінцівок ---- ознаки облітеруючого атеросклерозу з декомпенсацією периферійного кровотоку. На підставі даних коронарографії було виявлено: ліва коронарна артерія ---- із критичними субоклюзіями (90 %), права коронарна артерія ---- з хронічною оклюзією у середньому сегменті (100 %). Діагностовано: ІХС (безбольова форма), дифузний стенозуючий атеросклероз коронарного русла (коронарографія у травні 2019 р.), гіпертонічну хворобу ІІ ст., 2-й ст. СН ІІА ст. ФК ІІ (NYHA), цукровий діабет 2-го типу, інсулінозалежний, декомпенсований. Ожиріння І ст, облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок (стан після ендоваскулярного стентування правої загальної клубової артерії 20.01.2018 р.), хронічний панкреатит у стадії ремісії, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (оперована в 1981 р.), жовчнокам'яну хворобу, хронічний калькульозний холецистит у стадії ремісії. Лікування: інсулінотерапія, небіволол, еплеренон, кандесартан, клопідогрель, розувастатин. Рекомендовано аортокоронарне шунтування. Висновки: своєчасна діагностика та адекватне лікування надають змогу уникнути ускладнень ЦД 2-го типу й покращити якість і тривалість життя. При ЦД 2-го типу ІХС часто маскується й залишається недіагностованою, що призводить до ускладнень та смерті, тому більше уваги до таких пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.194. Імунологічні аспекти бактеріальних кератитів у хворих на цукровий діабет / О. В. Заволока, П. А. Бездітко, Л. П. Абрамова, В. О. Векшин // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 6-9. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- провести аналіз цитокінового балансу слізної рідини у хворих на бактеріальний кератит і цукровий діабет (ЦД) при першому зверненні до лікаря та виявити імунологічні аспекти захворювання. Проведено аналіз концентрації про---- та протизапальних цитокінів у слізній рідині 17 хворих на ЦД 1-го типу й бактеріальні кератити та 15 хворих на бактеріальні кератити без ЦД при першому зверненні до офтальмолога. Для порівняння використовували дані 14 здорових осіб. Крім стандартних, методи офтальмологічного дослідження включали бактеріологічне дослідження, флюоресцеїновий тест, оптичну когерентну томографію переднього відрізка ока, безконтактне дослідження чутливості рогівки. Рівень ІЛ-1β, ІЛ-6 та ІЛ-10 у слізній рідині хворого та контрлатерального ока визначали за допомогою кількісного колориметричного імуноферментного аналізу з використанням наборів ІФА. У хворих на ЦД і бактеріальний кератит концентрація ІЛ-1β й ІЛ-6 у слізній рідині хворого ока перевищувала таку у здорових осіб ($p < 0,05$) та вірогідно не відрізнялась від показників хворих на бактеріальний кератит без ЦД ($p > 0,05$). У слізній рідині контрлатерального ока хворих на ЦД та бактеріальний кератит рівень ІЛ-1β й ІЛ-6 перевищував відповідні показники хворих на бактеріальний кератит без ЦД та здорових осіб ($p < 0,05$). Концентрація ІЛ-10 у слізній рідині контрлатерального ока у хворих на ЦД і бактеріальний кератит перевищувала таку у здорових осіб ($p < 0,05$) та вірогідно не відрізнялась від показників хворих на бактеріальний кератит без ЦД ($p > 0,05$). Висновки: у хворих на ЦД і бактеріальний кератит відзначаються імунологічні особливості захворювання.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.195. Параметри серцевої гемодинаміки у хворих на цукровий діабет із порушенням функції нирок / І. І. Топчій, О. М. Кірієнко, П. С. Семенових, Д. О. Кірієнко, О. І. Циганков, Л. М. Грідасова // Артер. гіпертензія. ---- 2021. ---- **14**, № 4. ---- С. 5-10. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

У наш час цукровий діабет (ЦД) є складною світовою проблемою, вплив якої збільшується щороку. Так, у 2019 р. ЦД у світі було виявлено у 463 млн дорослих людей (від 20 до 79 років). А основною причиною смертей у хворих на ЦД є серцево-судинні ускладнення. Мета дослідження ---- вивчення особливостей структурних і функціональних змін у серці у хворих на ЦД 2-го типу з порушенням функції нирок. Було обстежено 98 хворих із ЦД 2-го типу, із них 78 пацієнтів були з діабетичною нефропатією (ДН) різного ступеня тяжкості. Контрольну групу становили 20 здорових пацієнтів. Після клінічного обстеження залежно від стану функції нирок усіх пацієнтів було розподілено на групи: І група ---- хворі на ЦД 2-го типу без ознак нефропатії ($n = 36$), ІІ група ---- хворі на ЦД 2-го типу з нормальною швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та альбумінурією ($n = 33$), ІІІ група ---- хворі на ЦД 2-го типу зі зниженою ШКФ й альбумінурією ($n = 29$). Для дослідження змін гемодинаміки і структурних параметрів серця пацієнтам проводили трансторакальну ехокардіографію на ультразвуковому апараті «Ultima PA» (Radmir, Україна) з використанням секторального фазованого датчика з діапазоном частот 2---3 МГц за стандартною методикою згідно з рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства. Для одержання індексованих показників хворим проводили антропометричні виміри. У хворих із ДН та альбумінурією і зниженою ШКФ виявлено збільшення лінійних розмірів серця у порівнянні з контролем і хворими без ознак нефропатії. При ДН у хворих відзначається вірогідне збільшення маси міокарда лівого шлуночка й суттєве збільшення частоти виявлення гіпертрофії лівого шлуночка до 91,3 % у хворих з альбумінурією й збереженою функцією нирок і до 100 % ---- при зниженні ШКФ.

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.196. Патофізіологічні механізми варіабельності клінічного перебігу та система надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Г. П. Михальчишин; Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин. ---- Київ, 2021. ---- 40 с.: рис., табл. ---- укр.

Запропоновано нове вирішення науково-практичної проблеми ендокринології щодо підвищення ефективності комплексної медичної допомоги пацієнтам із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу у поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) на підставі вивчення вуглеводного, ліпідного, імунного та гормонального статусів у пацієнтів із різним перебігом захворювання. За одержаними результатами розроблено стратегію профілактичних і лікувальних заходів щодо корекції метаболічних порушень у хворих із ЦД 2-го типу в поєднанні з НАЖХП. Встановлено характер змін і структуру взаємозв'язків показників вуглеводного, ліпідного, гормонального й імунного статусу пацієнтів із ЦД 2-го типу та НАЖХП залежно від рівня трансаміназ. Розроблено стратегію, діагностичні та лікувальні заходи їх корекції. Створено алгоритм визначення пацієнтів високого ризику ускладненого перебігу ЦД 2-го типу на підставі розроблення прогностичних моделей швидкого прогресування фіброзу в хворих на ЦД 2-го типу та НАЖХП. Доведено, що комплексна терапія ЦД 2-го типу та НАЖХП забезпечує зменшення клінічних проявів захворювання, поліпшення вуглеводного, ліпідного й імунного статусу в пацієнтів і сповільнює прогресування захворювання.

Шифр НБУВ: РА449178

4.Р.197. Удосконалення діагностики та методів хірургічного лікування гнійно-некротичних ускладнень у хворих зі змішаною формою синдрому діабетичної стопи: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.03 / О. В. Данилова; Харківська медична академія післядипломної освіти.-- Харків, 2020.-- 20 с.: рис., табл.-- укр.

Розкрито проблеми поліпшення результатів лікування хворих з гнійно-некротичними ускладненнями СДС (синдром діабетичної стопи). Зазначено, що робота грунтується на аналізі результатів лікування 320 хворих з гнійно-некротичними ускладненнями змішаної форми синдрому діабетичної стопи. Основна група складалася зі 150 пацієнтів та групи порівняння із 170. Встановлено суттєву залежність результатів хірургічного лікування від ступеня порушення сенсорної чутливості та кровотоку. Дослідження гістоструктури біоптатів ран при змішаній формі СДС виявило, що патогенетично цих пацієнтів можна розподілити на 2 групи: з переважанням ішемічних та з переважанням нейропатичних ура-

жень м'яких тканин. Виявлено різний ступінь уражень периферичних нервових стовпчиків ---- від незначної демієлінізації в 1 групі до тотальної демієлінізації в 2 групі. Судинні зміни надають змогу виділити два типи: з вираженими судинними змінами, коли Двн (внутрішній діаметр прекапілярних артеріол) = 10,2 ± 0,44 а ІК (індекс Керногана прекапілярних артерій) = 0,74 ± мкм та невираженими, при яких Двн = 11,8 ± 0,4, та ІК = 0,49 ± 0,06 ($p < 0,05$). Встановлено, у пацієнтів при відсутності змін в кістках на рентгенограмах та при макроскопічній їх цілості, незалежно від переважання ішемії або нейропатії, є деструктивні зміни в кістках у всіх зразках. У пацієнтів, які перенесли раніше ангіокорекцію, гістологічно виявлено ознаки регенерації кісткової тканини. Доведено, що резекції проксимальних міжфалангових суглобів при молоткоподібній деформації пальців за удосконаленою технікою забезпечують не тільки санацію джерела інфекції, корекцію деформації, але й профілактику рецидиву виразок. Доведено доцільність застосування стабілографії для оцінки змін біомеханіки у пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на стопі з приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС. Зауважено, що одержані дані використовуються при подальшому веденні пацієнтів. Акцентовано, що застосування удосконаленої тактики надало змогу уникнути високих ампутацій, виконати симультанні операції, знизити ліжко-день з 40,21 ± 2,8 до 32,21 ± 3,4 ($p > 0,05$).

Шифр НБУВ: РА446161

4.Р.198. Combined influence of diabetes mellitus and obesity on left ventricle remodeling in hypertensive patients / B. O. Shelest, Yu. O. Kovalova, O. M. Shelest, Yu. V. Rodionova, Ya. V. Hilova // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 46-51. ---- Бібліогр.: 21 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- оцінити вплив цукрового діабету (ЦД) 2 типу та ожиріння на особливості ремоделювання лівого шлуночка в пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ). Обстежили 327 пацієнтів віком 38----74 роки. Обстежених було розподілено на 4 групи залежно від наявності супутнього захворювання: 1 група ---- 87 пацієнтів із гіпертонічною хворобою, ЦД 2 типу в поєднанні з ожирінням; 2 група ---- 71 хворий на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу; 3 група ---- 65 осіб із гіпертонічною хворобою та ожирінням; група порівняння ---- 74 пацієнтів із ГХ без ожиріння та ЦД 2 типу. Параметри лівого шлуночка (ЛШ) оцінювали за допомогою ехокардіографії за стандартною методикою Фейгенбаума. HbA1c визначали за турбідиметричним методом, рівні глюкози в сироватці крові ---- імуноферментним. Порівнюючи пацієнтів із трьох груп із хворими, які мали ізольований варіант ГХ, найбільший вплив на розвиток несприятливого типу ремоделювання ЛШ зі значеннями $\chi^2 = 29,371$ і коефіцієнта узгодженості Пірсона (С) ---- 0,393 ($p < 0,05$) виявили у разі одночасної наявності цукрового діабету 2 типу й ожиріння. Наявність супутнього ЦД 2 типу без ожиріння мала значущий помірний зв'язок із розвитком несприятливої геометрії ЛШ, $\chi^2 = 11,029$ і С ---- 0,266 ($p < 0,05$), що вказує на суттєво менший вплив на процес у порівнянні з поліморбідним ефектом ЦД 2 типу та ожиріння. Порівняння пацієнтів з одночасним ГХ та ожирінням із тими, в кого наявна тільки ГХ, не показало значущий вплив супутнього ожиріння на розвиток несприятливих типів геометрії ЛШ зі значеннями χ^2 і С 0,529 і 0,062 відповідно ($p > 0,05$). Гіпертонічна хвороба при поліморбідності з цукровим діабетом 2 типу й ожирінням, але не в поєднанні тільки з цукровим діабетом 2 типу або тільки з ожирінням має найбільш значущий зв'язок із гіпертрофічними типами ремоделювання лівого шлуночка. Одночасна наявність цукрового діабету 2 типу з ожирінням у гіпертензивних хворих призводить до розвитку здебільшого концентричної гіпертрофії лівого шлуночка.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.199. Molecular dynamics study of insulin mutants / O. Zhytniakivska, U. Tarabara, V. Trusova, K. Vus, G. Gorbenko // East Europ. J. of Physics. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 168-176. ---- Бібліогр.: 37 назв. ---- англ.

Інсулін людини, невеликий гормон пептидної природи, що складається з А-ланцюга (21 залишок) і Б-ланцюга, які зв'язані між собою трьома дисульфідними містками, має важливе значення для контролю гіперглікемії при діабеті I типу. За За допомогою методу молекулярно-динамічного моделювання досліджено вплив 10 точкових мутацій (His^{A8}, Val^{A10}, Asp^{B10}, Gln^{B17}, Ala^{B17}, Gln^{B18}, Asp^{B25}, Thr^{B26}, Glu^{B27}, Asp^{B28}), 6 подвійних мутацій ($Glu^{A13} + Glu^{B10}$, $Ser^{A13} + Glu^{B27}$, $Glu^{B1} + Glu^{B27}$, $Ser^{B2} + Asp^{B10}$, $Asp^{B9} + Glu^{217}$, $Glu^{B16} + Glu^{B27}$) та однієї потрійної мутації ($Glu^{A15} + Asp^{A18} + Asp^{B3}$) на структуру та динаміку інсуліну людини. З використанням програмного пакету GROMACS (версія 5.1) і силового поля CHARMM36m, проведено серію 100 нс молекулярно-динамічних (МД) симуляцій дикого типа інсуліну людини (WT) і його мутантів за температури 500 К. Результати МД моделювання (МДМ) проаналізовано в термінах параметрів, що характеризують як глобальну так і локальну структуру білка, таких як середньоквадратичне відхилення остову ланцюга, радіус інерції, площа поверхні, доступна для розчинника, середньоквадратичні флуктуації та вміст вторинної структури. Результати МДМ продемонстрували, що залежно від еволюції інтегральних характеристик, усі досліджені мутанти можна умовно розділити на 3 групи: мутанти His^{A8}, Val^{A10}, Ala^{B17}, Asp^{B25}, Thr^{B26}, Glu^{B27}, $Glu^{A13} + Glu^{B10}$, $Glu^{B1} + Glu^{B27}$ і $Glu^{B16} + Glu^{B27}$, що мають стабілізувальний вплив на структуру білка у порівнянні з диким типом інсуліну; мутанти Gln^{B17}, Asp^{B28}, Asp^{B10}, $Ser^{B2} + Asp^{B10}$ і $Glu^{A15} + Asp^{A18} + Asp^{B3}$, які суттєво не впливали на динаміку білка або мали незначний стабілізувальний вплив; мутанти $Asp^{B9} + Glu^{B27}$, $Ser^{A13} + Glu^{B27}$ і Gln^{B18}, що дестабілізували структуру білка. При аналізі еволюції вторинної структури одержано докази впливу мутацій Asp^{B28}, $Asp^{B9} + Glu^{B27}$, $Ser^{A13} + Glu^{B27}$ і Gln^{B18} на ступінь розгортання інсуліну. Результати МД демонструють, що заміна неполярних залишків у структурі інсуліну на гідрофільні, підвищує стабільність білка у порівнянні з інсуліном дикого типу.

Шифр НБУВ: Ж43925

4.Р.200. The changes of wound macrophages in patients with diabetes / S. Yu. Karatieieva // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 3. ---- С. 48-52. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- англ.

Гнійно-некротичні ураження кінцівок в 30 ---- 50 % випадків вимагають ампутації. Серед всіх випадків ампутації нижніх кінцівок 50 ---- 70 % пов'язані з діабетом. Причому 5 з 6 ампутацій, не пов'язаних з травматичним пошкодженням кінцівки, виконуються хворим сахарне діабетом. Смертність серед пацієнтів з діабетом, які перенесли ампутацію, коливається від 28 до 40 %, а 5-річне спостереження становить всього 10 ---- 25 %. За дослідження ультраструктурних змін макрофагів на 3-й день лікування в цитоплазмі макрофагів було виявлено маси хаотично розташованих фібрилярних структур, зрідка мають підвищену електронну щільність. Це явище спостерігалося на гнійно-некротичних ділянках м'яких тканин у пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною групою. У всіх випадках мітохондрії були збільшені в розмірах, набрякли, мали світлий матрикс і містили зменшену кількість крист. Крісти деформовані і вкорочені. Набряклий матрикс в мітохондріях призвів до утворення на їх місці вакуолей з дрібнозернистим вмістом. Ядро звичайної форми і розмірів з наявністю поодиноких інвагінацій. Хроматин був переважно громадсько сконцентрований у вигляді твердих електронно-щільних мас або рівномірно розподіловий по ядру. Були ядра з частковою дисперсією хроматину. Вміст ядер включало зернисть, фібрилярний і дрібнодисперсний вакуолярного матеріал. Спостерігаються пори ядерної оболонки, які з'єднують вміст цитоплазми і нуклеоплазми. Цитоплазма між зонами пластинчастого комплексу була зайнята дрібними мітохондріями, одиночними полісомальними розетками та цистернами гранулярного ендоплазматичного ретикулума, який був представлений протяжними внутрішньоклітинними каналами і вакуолярними утвореннями. Гладка ендоплазматична сітка переважно розташовувалася в центральній частині. Озонотерапія стимулює функціональну активність ранових макрофагів, так як викликає деструктивні зміни в цих клітинах без некротичних пошкоджень. Внутрішньовенне введення озонованого фізіологічного розчину сприяє елімінації ранових макрофагів, в основному за рахунок генетично запрограмованої загибелі клеток (апоптозу), яка відіграє важливу роль в механізмах регуляції запального процесу.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.138-4.Р.139, 4.Р.189, 4.Р.299

Цукровий діабет

4.Р.201. Патофізіологічні механізми діабетичної ретинопатії: (огляд) / Я. І. Пенішкевич, О. П. Кучук, С. Ю. Каратєєва, Н. Я. Музика, Н. О. Кучук // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 127-131. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Цукровий діабет ---- розповсюджене захворювання з різними ускладненнями. Одним із найбільш руйнівних судинних ускладнень є діабетична ретинопатія. За минуле десятиліття значні успіхи здійснено в патогенезі діабетичної ретинопатії (ДР) і декілька факторів залучено в його патогенез. Мета дослідження ---- вивчити патофізіологічні зміни у разі ДР, фактори ДР, наукові публікації. Вивчення патофізіологічних механізмів за ДР показали, що ранні стадії ДР характеризуються гістопатологічними змінами, що включають втрату перицитів, стовщення базальної мембрани, гемодинамічні альтерації, що призводить до зниження судинної інтеграції. Для пізніх стадій ДР характерні ускладнення, що включають порушення зору, насамперед, внаслідок макулярного набряку та проліферативної ДР. Зазначено, що складність ретинопатії була пов'язана з незадовільним метаболічним контролем, про що свідчить підвищений глікований гемоглобін. Виявлено підвищене накопичення кінцевих продуктів глікації в епіретинальних мембранах за імуногістохімічного дослідження. Зв'язування кінцевих продуктів глікації в перицитах проявляє селективну токсичність, що призводить до їх смерті. Вивчено, що судинний фактор ендотеліального росту має суттєву роль у внутрішньоочній неоваскуляризації, пов'язаній з ішемічними ретинопатіями. Висновки: ранні стадії ДР характеризуються гістопатологічними змінами, які включають втрату перицитів, стовщення базальної мембрани, гемодинамічних альтерацій, що призводить до

зниження судинної інтеграції. Пізні стадій ДР характеризуються ускладненнями, що включають порушення зору, насамперед, внаслідок макулярного набряку та проліферативної ДР. Зв'язування кінцевих продуктів глікації в перицитах проявляє селективну токсичність, що призводить до їх смерті. Судинний фактор ендотеліального росту має суттєву роль у внутрішньоочній неоваскуляризації, пов'язаній з ішемічними ретинопатіями.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.202. Теоретичне та експериментальне обгрунтування створення твердих дисперсій при розробці комплексних препаратів для лікування цукрового діабету ІІ типу: автореф. дис.... д-ра фармацевт. наук: 15.00.01 / І. В. Ковалевська; Національний фармацевтичний університет. ---- Харків, 2020. ---- 42 с.: рис., табл. ---- укр.

Увагу приділено теоретичному й експериментальному обгрунтуванню складу технології твердої дисперсії (ТД) при розробці комплексних препаратів для лікування цукрового діабету (ЦД) ІІ типу. Вперше науково обгрунтовано та експериментально опрацьовано методологічний підхід до створення ТД малорозчинних речовин і таблеток на їх основі, який полягає у плануванні експерименту, визначенні методів одержання ТД оптимізації складу, розробці технології виробництва та методик контролю якості. На підставі фізико-хімічних, фармакотехнологічних, структурно-механічних, біофармацевтичних, мікробіологічних і фармакологічних досліджень теоретично й експериментально обгрунтовано простий, конкурентоспроможний спосіб одержання ТД не розчинних у водному середовищі речовин без застосування додаткового специфічного устаткування. Вперше на підставі комплексу досліджень теоретично обгрунтовано й експериментально розроблено склад і технологію препаратів під умовною назвою гліквериН із комбінацією воглібозу та ТД кверцетину і тіокверин із ТД тіоктової кислоти у формі таблеток. При застосуванні розроблених технологій уперше доведено підвищення біодоступності тіоктової кислоти у дозі 600 мг і кверцетину в дозі 50 мг до І класу за біофармацевтичною системою класифікацією (БСК). Уперше досліджено параметри одержання ТД кверцетину та тіоктової кислоти з поліетиленоксидом-6000 та критичні стадії технологічних процесів їх одержання. Проведено випробування їх фізико-хімічних показників залежно від способу одержання. Розроблено та запропоновано для практичної фармації і медицини два нових препарати, гліквериН і тіокверин, для лікування ЦД ІІ типу. Розроблено нормативно-технологічну документацію на оригінальні препарати гліквериН і тіокверин, апробовано технологію та виготовлено їх зразки у лабораторних і дослідно-промислових умовах ПАТ «ХФЗ «Червона зірка» (акт апробації від 18.11.2019 р.). Проведено доклінічні дослідження препаратів на основі ТД із позитивними результатами. Розроблено теоретично-експериментальні підходи до створення лікарських препаратів гіпоглікемічної дії на основі ТД, а саме: методичні рекомендації «Сучасні напрямки підвищення біодоступності активних фармацевтичних інгредієнтів» і «Тверді дисперсії у технології лікарських засобів», затверджено ПК «Фармація» МОЗ і НАМН України та Вченою радою НФаУ.

Шифр НБУВ: РА446076

4.Р.203. Diabetic polyneuropathy: features of the clinical picture and electroneuromyographic parameters in the presence of comorbidity / V. M. Dubynetska // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 39-49. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- англ.

Знання певних ключових моментів у клінічному перебігу діабетичної полінейропатії (ДП) у поєднанні із різноманітною коморбідністю надасть змогу ретельніше виявляти та комплексно лікувати захворювання на різних стадіях дебюту. Мета дослідження ---- дослідити та узагальнити особливості клінічної картини, електронейроміографічних (ЕНМГ) параметрів у пацієнтів із ДП за наявності коморбідної патології. Оглянуто 111 хворих з ДП, віком від 19 до 69 років. Пацієнтів було розподілено на дві групи: ДП внаслідок цукрового діабету (ЦД) І типу (група А; n = 61) та ІІ типу (група В; n = 50). Відповідно до виявленої коморбідності виділено підгрупи: особи з ДП внаслідок ЦД І і ІІ типу із однією патологією (підгрупа 1; n = 53) та із мультиморбідністю (дві та більше патологій) (підгрупа 2; n = 21). Контрольна група ---- 30 здорових, 37 пацієнтів із ДП без коморбідності. Обстеженим було здійснено огляд неврологічного статусу, виконано лабораторні та інструментальні методи обстеження. В цілому з-поміж досліджуваних груп найнижчою швидкість проведення збудження по рухових волокнах була у n. abductor hallucis, n. tibialis зліва, n. extensor digitorum brevis, n. peroneus зліва та справа, по сенсорних волокнах ---- n. peroneus superficialis зліва та справа, n. suralis зліва та справа. Такі зміни відображають першочергово ураження дистальних відділів кінцівок, що клінічно виглядає як дистальна симетрична ДП. Переважав аксонально-демієлінізуючий тип ураження нервових волокон. Висновки: коморбідна патологія, навіть при наявності однієї патології, сприяє прогресуванню ДП та погіршенню її клінічної картини, ЕНМГ показників, незважаючи на незначну тривалість ЦД та рівень HbA1c.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.204. Effects of COVID-19, diabetes mellitus, and cardiovascular diseases on insulin receptor substrate-1 amount in the blood plasma of patients / M. D. Tronko, V. V. Pushkarev, L. K. Sokolova, S. A. Cherviakova, Yu. B. Belchina, O. I. Kovzun, V. M. Pushkarev // Доп. НАН України. ---- 2021. ---- № 5. ---- С. 114-117. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- англ.

Субстрат рецепторів інсуліну (IRS) є ключовим адаптерним білком, що опосередковує ефекти інсуліну та інсуліноподібних факторів росту (IGF) у клітинах. IRS-1 є одним із членів сімейства субстратів рецепторів інсуліну, також пов'язаний з ініціацією та прогресуванням пухлини. Досліджено рівень IRS-1 у крові пацієнтів (n = 81) із цукровим діабетом, серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) і COVID-19. Рівень IRS-1 визначено за допомогою імуноферментного аналізу (ELISA) (Elabscience, США). Вимірювання проводили за оптичної довжини хвилі 450 нм. Показано, що рівень IRS-1 у плазмі крові пацієнтів із COVID-19 був набагато (від 3,5 до більш ніж у 6 разів) вищим, ніж у крові здорових людей. Кількість IRS-1 у пацієнтів із COVID-19 і діабетом та діабетом і ССЗ є вірогідно вищою, ніж у пацієнтів із COVID-19 без супутніх захворювань. Рівень IRS-1 у плазмі крові може бути одним із перспективних маркерів COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж22412/а

Див. також: 4.Р.262, 4.Р.408

Хвороби обміну речовин

4.Р.205. Ендотелійпротекторні та антигіпоксичні властивості кверцетину у хворих літнього віку з метаболічним синдромом / О. В. Коркушко, І. А. Антонюк-Щеглова, С. С. Наскалова, О. В. Бондаренко, О. М. Гриб, В. Б. Шатило, Н. М. Кошель // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 195-201. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- укр.

Цель работы ---- исследовать влияние курсового применения кверцетина на функциональное состояние эндотелия микрососудов и резистентность организма к гипоксии у больных пожилого возраста с метаболическим синдромом. Эффективность кверцетина изучали у 110 больных пожилого возраста (60 ---- 74 года), которых поровну поделили на основную и контрольную группы. Больные основной группы в течение 3 мес. принимали кверцетин в суточной дозе 240 мг, а пациенты контрольной группы в течение такого же периода получали плацебо. До и после курса лечения проводили исследование функции эндотелия микрососудов с помощью метода лазерной допплеровской флоуметрии с проведением пробы с постокклюзивной гиперемией и гипоксической пробы (изокапническая нормобарическая гипоксия) продолжительностью 20 мин., во время которой определяли уровень сатурации крови (SpO_2), частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (АД). В группе пациентов, получавших кверцетин, отмечено улучшение вазомоторной функции эндотелия микрососудов кожи. Об этом свидетельствует статистически значимое повышение максимальной объемной скорости кожного кровотока (ОСКК) и продолжительности периода восстановления ОСКК к исходному уровню при проведении пробы с постокклюзивной гиперемией. Курсовое применение кверцетина также привело к менее значительному снижению SpO_2 в ходе гипоксической пробы, к уменьшению абсолютных величин систолического и диастолического АД; одновременно уменьшался прирост систолического АД на 20 минуте гипоксической пробы. Выводы: у больных пожилого возраста с метаболическим синдромом курсовое (в течение 3 мес.) применение кверцетина улучшает функциональное состояние эндотелия микрососудов и повышает резистентность организма к гипоксии.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.206. Молекулярно-генетичні і нейрогуморальні механізми серцево-судинного ремоделювання та їх корекція у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію із супутнім ожирінням: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.02 / В. Г. Псарьова; Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України». ---- Запоріжжя, 2020. ---- 44 с.: рис., табл. ---- укр.

Досліджено коморбідну патологію ---- есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) із супутнім ожирінням. Увагу приділено підвищенню якості діагностики й ефективності лікування есенціальної артеріальної гіпертензії та її поєднань з метаболічними розладами у хворих із супутнім ожирінням на підставі вивчення особливостей диференційованої інтеграції молекулярно-генетичних, нейрогуморальних і середовищних факторів та їх динаміки під впливом патогенетично обрунтованої терапії. Методи дослідження: клініко-анамнестичні; антропометричні; біохімічні; автоматизовані методи імунного аналізу; спектрофотометричні; молекулярно-генетичні; інструментальні; статистичні. На основі аналізу результатів обстеження 340 хворих на АГ з різною масою тіла та різними типами метаболічної коморбідності одержано дані, на підставі яких уперше встановлено поширеність сприятливих та несприятливих генотипів за поліморфізмом G972R гена IRS-1 і поліморфізмом G276T гена ADIPOQ у пацієнтів з АГ залежно від маси

тіла й типу коморбідності. Визначено, що поширеність несприятливих генотипів за поліморфізмом G972R гена IRS-1 і поліморфізмом G276T гена ADIPOQ у пацієнтів із АГ та ожирінням становить відповідно 45 % та 62 %. Доведено, що фізична активність є важливим фактором покращання ефективності лікування у хворих на АГ з ожирінням в умовах різних схем медикаментозної терапії. Вперше вивчено комбінації генетичних і нейрогуморальних факторів, що впливають на розвиток резистентності АГ до лікування, виділено основні детермінанти формування істинної та псевдорезистентної АГ.

Шифр НБУВ: РА446025

4.Р.207. «Парадокс ожиріння» — позитивний вплив на перебіг серцево-судинних подій? (огляд літератури) / В. Г. Каджарян // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 2. — С. 304-308. — Бібліогр.: 22 назв. — укр.

Цель работы — провести анализ научной литературы и изучить феномен «Парадокса ожирения», патологических состояний и категорий пациентов, у которых его наблюдают. Использовали аналитический, библиосемантичний метод, метод системного подхода и анализа. Рассмотрены основные современные взгляды относительно влияния ожирения на течение сердечно-сосудистых заболеваний с позиций доказательной медицины. Случайно полученные результаты показали снижение смертности после перенесенных кардиоваскулярных событий у лиц с избыточной массой тела. «Парадокс ожирения» обнаружен при анализе 10-летней выживаемости после инсульта у пациентов Фремингемского исследования. В группе больных с избыточной массой тела и ожирением смертность после ишемического инсульта была ниже, чем в группе с нормальной массой тела ([ОР] = 0,70, 95 % ДИ 0,55 — 0,90, М3.005). Исследователи предполагают, что умеренное увеличение веса может ассоциироваться с неизвестными ранее протективными факторами. Изучение «парадокса ожирения» у определенных категорий пациентов (с наличием в анамнезе кардиоваскулярных катастроф) показало более благоприятное течение инфаркта миокарда именно у лиц с более высокой массой тела. У больных с сердечной недостаточностью, перенесших ресинхронизирующую терапию, высокие значения индекса массы тела связаны со снижением риска развития первичных конечных точек. Прогнозирование риска острого коронарного синдрома показало лучшие результаты при избыточном весе. При наличии ожирения у пациентов отмечена менее выраженная кальцификация сонных артерий. Среди многочисленных теорий, объясняющих этот феномен, — защитная функция адипонектина, а также протективное действие мышечной ткани. Выводы: избыточная масса тела у лиц с различными патологиями при определенных условиях может улучшать течение сердечно-сосудистых событий, что лежит в основе «парадокса ожирения». В механизмах «парадокса ожирения» ведущее значение отведено защитным свойствам адипонектина, а также протективной функции мышечной ткани.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.208. Тактика ведення чоловіків з патоспермією на тлі метаболічного синдрому та підвищеного індексу маси тіла: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.06 / Т. В. Березна; Харківський національний медичний університет. — Харків, 2021. — 20 с.: рис., табл. — укр.

Досліджено підвищення ефективності діагностики та лікування чоловіків з патоспермією, що виникла внаслідок метаболічного синдрому і підвищеного індексу маси тіла, шляхом розробки оптимальної лікувально-профілактичної тактики. Доповнено наукові данні про те, що результати лікування чоловіків з патоспермією на тлі метаболічного синдрому залежать від індексу маси тіла, тяжкості загальних проявів МС, його тривалості, порушень статевої функції. Визначено, що комплексна терапія патоспермії, яка доповнена хоріонічним гонадотропіном людини з метою нормалізації ендокринної функції яєчок, суттєво покращує гормональний і ліпідний профіль та корегує прояви андрогенного дефіциту чоловіків. Розширено наукові поняття про ефективність доплерографічного ультразвукового дослідження під час оцінювання показників кровообігу яєчок і результативності запропонованої комплексної терапії у пацієнтів з патоспермією на тлі метаболічного синдрому з підвищеним індексом маси тіла. Доведено результативність комплексної терапії індукції сперматогенезу чоловіків з патоспермією на тлі метаболічного синдрому з підвищеним індексом маси тіла, що відображається у збільшенні кількісних показників спермограми: концентрації, загальної кількості зразків з урахуванням запланованої ДРТ у парах із чоловічим фактором та можливістю формування додаткових резервних кріодоз еякуляту.

Шифр НБУВ: РА449595

Див. також: 4.Р.59, 4.Р.138-4.Р.139, 4.Р.198, 4.Р.222, 4.Р.266

Хвороби опорно-рухової системи

4.Р.209. Вплив медикаментозної терапії на функціональні результати ендопротезування кульшових і колінних суглобів у хворих на ревматоїдний артрит / С. І. Герасименко, А. С. Герасименко, І. В. Гужевський, М. В. Полулях, А. М. Бабко // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 1. — С. 83-89. — Бібліогр.: 16 назв. — укр.

Мета роботи — визначити вплив медикаментозної антиревматоїдної терапії на функціональні результати ендопротезування кульшового та колінного суглобів у хворих на ревматоїдний артрит. Використовуючи математичні методи статистичного опрацювання даних, проаналізували результати 160 операцій тотального ендопротезування кульшових і 148 операцій тотального ендопротезування колінних суглобів у хворих із ревматоїдними ураженнями суглобів. Пацієнтів було розподілено на 4 групи: I — без протизапальної терапії, II — одержували гормональну терапію, III — базисну терапію, IV група — ті, хто на час операції одержував і базисну, і гормональну терапію. Результати свідчать, що помірна кореляція наявна між терапією та обсягом рухів у суглобах нижніх кінцівок при базисній терапії та поєднаній нестероїдній, гормональній і базисній терапії, а обсяг рухів вірогідно відрізняється в разі застосування комбінованої терапії від тільки гормональної. Найсильніший відгук оцінювальної шкали J. Joseph, E. E. Kaufman спостерігали на комбіновану терапію з застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), гормональної та базисної терапії; менший — на поєднання гормональної та НПЗП; найгірший — на поєднання базисної терапії та НПЗП. Найбільший приріст рухів у колінному суглобі визначили у пацієнтів, які одержували гормональну чи базисну терапію у порівнянні з пацієнтами, які зовсім не приймали ці препарати або приймали їх у комплексі. Встановили майже однаковий вплив антиревматоїдної терапії на результати ендопротезування і кульшових, і колінних суглобів, виявили тенденцію до більшого відсотка хороших і відмінних результатів у чоловіків незалежно від локалізації ураження, оптимальне співвідношення між задовільними-незадовільними та хорошими-відмінними результатами в пацієнтів віком до 40 років. Результати дослідження надають підстави вважати комбіновану медикаментозну терапію фактором слабкого та помірного впливу на функціональні результати ендопротезування кульшових і колінних суглобів на пізніх стадіях ревматоїдного артриту та вважати можливим не припиняти планову антиревматоїдну медикаментозну терапію у періопераційному періоді.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.210. Експериментальне моделювання остеопорозу на тваринах / Н. В. Дєдух, Н. М. Яковенчук, О. А. Нікольченко // Біль. Суглоби. Хребет. — 2021. — **11**, № 3. — С. 97-109. — Бібліогр.: 64 назв. — укр.

Експериментальне дослідження на тваринах в умовах моделювання остеопенії й остеопорозу значно розширює погляд на механізми розвитку первинного та вторинного остеопорозу, надає змогу визначити вплив різних факторів, які порушують стан кісткової тканини, оцінити дію медикаментозних засобів, нових біоматеріалів тощо. Остеопороз є багатофакторним захворюванням, його клінічні прояви залежать від складного взаємозв'язку факторів довкілля, способу життя та генетичних факторів. В огляді літератури проаналізовано дані щодо використання тварин для вивчення особливостей перебігу остеопорозу за моделювання хірургічними та нехірургічними методами цієї патології. Наведено моделі остеопорозу, що відтворюють на щурах і мишах, як найбільш доступні й найчастіше використовувані для експериментів. Детально розкрито особливості моделювання перебігу таких типів остеопорозу, як постменопаузальний, сенільний, викликаний дефіцитом тестостерону (орхіектомія), глюкокортикоїд-індукований, іммобілізаційний, після гіпотермії, радіації та ін. Особливістю останніх досягнень у моделюванні остеопорозу є створення трансгенних і нокаутних мишей, на моделях яких можливо виявити складові генетичних уражень, що, безумовно, сприятиме розробленню нових методів профілактики та терапії цієї тяжкої патології. Відзначено схожість і відмінності експериментальних моделей остеопорозу до патофізіологічних змін у людини внаслідок остеопорозу. Зроблено акцент на біоетичних нормах роботи з експериментальними тваринами.

Шифр НБУВ: Ж100581

4.Р.211. Захворювання кістково-м'язової системи та вік: тези IV Наук. симп. з міжнар. участю, присвяч. пам'яті В. В. Поворознюка (21 — 22 жовт. 2021 р., м. Київ, on-line) // Біль. Суглоби. Хребет. — 2021. — **11**, № 3. — С. 131-146. — укр.

Шифр НБУВ: Ж100581

4.Р.212. Механизмы атерогенеза и его интенсификации у больных ревматоидным артритом: (обзор лит.) / В. К. Казимирко, Л. Н. Иваницкая, Т. С. Силантьева, А. Г. Дубкова, В. В. Кутовой // Лікар. справа. — 2020. — № 7/8. — С. 8-24. — Библиогр.: 87 назв. — рус.

Изложена роль кристаллов холестерина (ХС) в механизме развития во внутренней оболочке артерий воспаления — гранулематоза, индуцированного инородными телами. Мельчайшие кристаллы ХС обнаруживаются уже на ранней стадии атеросклеротического поражения. Они являются фактором инициации и обострения атеросклероза, вызывают повреждение клеток и апоптоз. Образование кристаллов внутри некротических ядер бляшек может приводить к увеличению их объема и разрыву. Показано,

что повреждение поглощенными кристаллами ХС мембран фаголизосом макрофагов приводит к включению в воспалительный процесс белковых комплексов ---- инфламмасом, запускающих воспалительный сигнальный каскад и отвечающих за секрецию провоспалительных цитокинов. Инфламмасомы NLRP3 необходимы для процесса атерогенеза: их активизация является связующим звеном между метаболизмом ХС и воспалением с участием макрофагов. В отличие от атеросклероза, ревматоидный артрит (РА) проявляется реакциями гиперчувствительности, аутоиммунным воспалением, иммунокомплексным васкулитом. При сочетании этих заболеваний происходит суммация эффектов провоспалительных цитокинов, увеличение степени выраженности воспаления, усиленное повреждение тканей и прогрессирование атеросклеротического поражения артерий. Ускоренному развитию атеросклероза у больных РА способствует сочетание действия традиционных факторов риска атерогенеза и повреждения стенок (эндотелия) артерий иммунными комплексами, комплементом, нейтрофильными гранулоцитами и лимфоцитами с повышением их проницаемости для липидного фактора. Отложение иммунных комплексов в капиллярах бляшек может приводить к повреждению их стенок, дестабилизации бляшек и развитию острых сердечно-сосудистых событий. Интенсификация накопления липидов и воспаления в бляшках больных РА подтверждается на секции. Патогенетически обоснованными средствами при прогрессировании атеросклероза у больных с РА являются антицитокиновые препараты, в первую очередь, антагонисты ФНО-α и ИЛ-1β. Широко используемым классом препаратов остаются статины: кроме гиполипидемического, иммуномодулирующего и противовоспалительного действия, они влияют на кристаллизацию ХС, растворяют кристаллы и стабилизируют бляшки.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.213. Можливості магнітно-резонансної томографії у ранній діагностиці прогресування м'язових дистрофій / Г. В. Палагута // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 7. ---- С. 16-19. ---- Бібліогр.: 27 назв. ---- укр.

Прогресуючі м'язові дистрофії ---- це генетично гетерогенна група порушень, які характеризуються прогресуючою м'язовою слабкістю, атрофією м'язів і руховими порушеннями. Це рідкісна група патологій, що являє собою діагностичну проблему в практиці лікаря-невролога. Комбінація клінічних, рентгенологічних і лабораторних методів обстеження відіграє велику роль при постановці правильного діагнозу. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) м'язів використовується для діагностики первинного ураження м'язів, грунтуючись на специфічних патернах ураження м'язів. Обговорено можливості ранньої діагностики м'язових дистрофій і відзначено роль МРТ м'язів як високоінформативного діагностичного методу при прогресуючих захворюваннях м'язів.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.214. Сенільний остеопороз: сучасний погляд на проблему / В. С. Шаповалов, А. С. Мусієнко // Біль. Суглоби. Хребет. ---- 2021. ---- **11**, № 3. ---- С. 118-125. ---- Бібліогр.: 29 назв. ---- укр.

Узагальнено сучасні знання щодо сенільного остеопорозу й наведено клінічний приклад пацієнта з даним захворюванням. Наведено дані літератури щодо особливостей ремоделювання кістки при сенільному остеопорозі, патоморфологічні особливості перебудови кісткової тканини, які призводять до виражених порушень компактної кістки, що підвищує ризик переломів. Наведено дані щодо одночасного впливу на перебудову кістки при сенільному остеопорозі вітаміну D і паратгормона, а також щодо інших кумулятивних ефектів розвитку сенільного остеопорозу. Старіння супроводжується системними змінами в організмі, дефіцитом кальцію та вітаміну D із підвищеною експресією прозапальних цитокінів та локальними порушеннями будови кістки. Важливою ланкою в розвитку сенільного остеопорозу є ожиріння кісткового мозку з підвищенням адипогенезу, що призводить до зменшення кількості остеобластів за рахунок токсичного впливу адипокінів, зниження диференціювання та проліферації остеобластів. Розглянуто імунопов'язані механізми запалення, індуковані віком, які опосередковано впливають на кістку. Описано особливості в діагностиці сенільного остеопорозу при використанні методів оцінки мінеральної щільності кісткової тканини. Незважаючи на успіхи, досягнуті у вивченні механізмів розвитку сенільного остеопорозу, необхідні подальші дослідження, спрямовані на вивчення локальних і системних факторів, які беруть участь у розвитку даного захворювання.

Шифр НБУВ: Ж100581

4.Р.215. Удосконалення діагностики і прогнозування перебігу вузликового поліартеріїту та АНЦА-асоційованих системних васкулітів на основі вивчення особливостей клінічних проявів, імунобіохімічних маркерів запалення та ураження судинної стінки: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.12 / Л. Б. Петелицька; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2021. ---- 20, [1] с. ---- укр.

Дисертаційну роботу присвячено удосконаленню діагностики та прогнозуванню перебігу вузликового поліартеріїту та АНЦА-асоційованих васкулітів шляхом визначення клінічних проявів та імунобіохімічних маркерів запалення та ураження судинної стінки. Доведено, що предикторами низької виживаності хворих на вузликовий поліартеріїт є підвищення рівня креатиніну більше 140 мкмоль/л і наявність міокардиту, а у хворих на АНЦА-асоційовані васкуліти ---- підвищення рівня креатиніну більше 176 мкмоль/л і наявність геморагічного альвеоліту. Вперше вивчено діагностичне значення визначення сироваткових рівнів альфа-актину-2, ендотеліну-1, еластину, BAFF у хворих на первинні системні васкуліти. Підвищення сироваткового рівня альфа-актину-2 з високою чутливістю та специфічністю надає змогу діагностувати АНЦА-асоційований васкуліт. Сироватковий рівень еластину майже вдвічі вищий у хворих на вузликовий поліартеріїт у порівнянні з хворими на АНЦА-асоційовані васкуліти, що може бути використано при проведенні диференційної діагностики первинних системних васкулітів. Підвищений сироватковий рівень ендотеліну-1 виявляється у хворих з ураженням нирок. Для визначення активності первинного системного васкуліту доцільно визначати сироватковий рівень BAFF.

Шифр НБУВ: РА449171

Див. також: 4.Р.84, 4.Р.302, 4.Р.329, 4.Р.427

Інші внутрішні хвороби

4.Р.216. Інтоксикації свинцем і його неорганічними сполуками / В. С. Ткачишин // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 6-12. ---- Бібліогр.: 3 назв. ---- укр.

Свинець належить до групи кров'яних отрут, що викликають порушення синтезу порфіринів і гему. У виробничих умовах можливий розвиток лише хронічних отруєнь свинцем. Свинець належить до отрут, які мають ефект матеріальної кумуляції. Період напіввиведення свинцю становить 20 років. Потрапляючи в організм, він депонується в багатьох органах у вигляді нерозчинного трьохосновного фосфату свинцю. Значна частина свинцю відкладається в трабекулах кісток. Під впливом провокуючих факторів може спостерігатись інтенсивне виділення свинцю з депо. В таких випадках кількість свинцю в циркулюючій крові різко збільшується й ремісія змінюється загостренням. Спостережено хвилеподібний перебіг хронічної інтоксикації, викликаної свинцем. Свинець і його неорганічні сполуки належать до групи отрут, що справляють політропну дію на організм, уражаючи багато органів і систем. В першу чергу уражаються система крові (анемія зі специфічними характеристиками) та нервова система (поліневропатія та енцефалопатія). Уражається також низка інших органів і систем. Найбільш тяжким специфічним синдромом ураження шлунково-кишкового тракту є свинцева коліка. Внаслідок порушення синтезу порфіринів і гему в певних біологічних субстратах організму ---- в крові, еритроцитах та сечі ---- накопичуються не використані у синтезі гему речовини. Вони є маркерами хронічної інтоксикації, викликаної свинцем, за наявності відповідної клінічної картини. Діагноз базується на даних професійного анамнезу, санітарно-гігієнічної характеристики умов праці, клініко-об'єктивної характеристики захворювання та результатах лабораторних методів обстеження. Основним є припинення контакту зі свинцем і виведення його з організму. Антидотами при отруєнні свинцем є комплексони: тетацин-кальцій, пентацин, D-пеніциламін. У комплексі з технічними і санітарно-гігієнічними заходами щодо запобігання хронічним інтоксикаціям, викликаним свинцем, велике значення мають попередні та періодичні медичні огляди осіб, які контактують зі свинцем.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.217. Клінічний випадок отруєння ацетамінофеном та ацетилсаліциловою кислотою / Р. Ю. Собко, П. С. Бодак, Т. Б. Оранський, М. О. Ковальов, Т. Т. Борачок, У. А. Фесенко // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 4. ---- С. 274-283. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Описано роль специфічної антидотної терапії та екстракорпоральних методів детоксикації апаратом Prismaflex у пацієнтки з медикаментозним отруєнням парацетамолом та ацетилсаліциловою кислотою. Пацієнтка віком 16 років прийняла з суїцидальною метою 10 г ацетилсаліцилової кислоти, багато інших ліків (мефенамінову кислоту, амізон, тізалуд) і на наступний день 24 г ацетамінофену. Поступила в стаціонар за 6 год після прийому ацетамінофену. Під час надходження в стаціонар концентрація у крові ацетамінофену становила 0,9 г/л, ацетилсаліцилової кислоти ---- 0,25 г/л. Загальний стан компенсований: помірна тахікардія, ЧСС ---- 120 уд./хв, АТ ---- 104/63 мм рт. ст., SpO_2 ---- 99 %, частота дихання ---- 18/хв. За даними літератури, потенційна летальна доза ацетамінофену становить більше 150 мг/кг, доза, прийнята пацієнткою становила 394 мг/кг. Згідно з номограмою Румака ---- Метью, рівень ацетамінофену, за якого очікується розвиток гострої печінкової недостатності станом на 6 год експозиції, становить 120 мкг/мл (сироватковий рівень станом на 6 год експозиції у пацієнтки ---- 900 мкг/мл); станом на 24 год експозиції ---- цей рівень більше 5 мкг/мл (у пацієнтки ---- 53 мкг/мл). Проведено промивання шлунка. Від моменту поступлення розпочато титровану інфузію специфічного антидота ---- N-ацетилцистеїну за схемою: перша доза ---- 150 мг/кг у 200 мл 0,9 % NaCl протягом 30 хв; друга доза ---- 50 мг/кг у 400 мл 0,9 %

NaCl протягом 4 год; третя доза — 100 мг/кг у 1000 мл 0,9 % NaCl протягом 16 год. Призначено сорбенти, Н-2-гістаміноблокатор (фамотидин), інгібітор протонної помпи (пантопразол), налагоджено інфузійну терапію. Враховуючи наявні дані, що парацетамол, ацетилсаліцилова кислота та інші медикаменти частково елімінуються в разі застосування екстракорпоральних методів детоксикації, через 2 год від моменту поступлення було налагоджено центральний венозний доступ — діалізний катетер Fresenius, 11Fr, у v. jugularis interna dextra, під контролем УЗ. Через 3 год від моменту поступлення було розпочато CVVHDF (Continuous veno-venous hemodiafiltration) апаратом Prismaflex (враховуючи високий ризик фульмінантної печінкової, а також ниркової недостатності). Лабораторно: за надходження до стаціонару мав місце високий лейкоцитоз ($20{,}3 \cdot 10^9$/л), який протягом 4 діб нормалізувався. Проявів інфекції у пацієнтки не було, не гарячкувала. Тому лейкоцитоз розцінено як прояв токсичної дії медикаментів. Пацієнтка одержувала антибіотикопрофілактику (цефоперазон/сульбактам). На наступний день 15.05.2019 (24 год експозиції) спостерігалось значне зниження концентрації ацетамінофену до 0,053 г/л та ацетилсаліцилової кислоти — до 0,077 г/л. Даний клінічний випадок свідчить про ефективність застосування методики CVVHDF у запобіганні розвитку ураження печінки та гострого ушкодження нирок на фоні комбінованого отруєння ацетилсаліциловою кислотою та ацетаміофеном. За надання спеціалізованої токсикологічної допомоги подібним пацієнтам вкрай важливим є вчасний початок антидотної терапії та еферентних методів детоксикації, що надає змогу швидко виводити медикаменти та токсичні сполуки з крові та запобігти розвитку тяжких ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.218. Отруєння дихлоретаном / О. М. Арустамян, В. С. Ткачишин, В. Є. Кондратюк, О. Ю. Алексійчук, І. В. Думка // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 5. — С. 27-32. — Бібліогр.: 27 назв. — укр.

Діагностика й лікування гострих отруєнь дихлоретаном залишаються досить актуальним завданням для клінічної токсикології і клінічної лабораторної діагностики, оскільки він належить до групи сильнодіючих отруйних речовин, отруєння якими є найбільш тяжкими. Дихлоретан належить до хлорорганічних сполук і являє собою летку рідину зі специфічним солодкуватим запахом, добре розчинну в спиртах і жирах. Дана речовина використовується не тільки у виробничих цілях, але й у побутових. Його застосовують як сировину для виробництва пластмас. Він має приємний запах, що сприяє вживанню всередину з метою сп'яніння. Дихлоретан випускається у величезних кількостях і використовується у виробництві поліхлорвінілу і інших полімерних матеріалів, фумігантів, клею. Смертельний наслідок може настати навіть після прийому 10 — 20 мл дихлоретану. Після прийому всередину найвища концентрація речовин у крові спостерігається через 3 — 4 год, причому швидкість всмоктування підвищується при сумісному прийомі з алкоголем і жирами. Всмоктуючись у кров, токсичні речовини накопичуються в тканинах, багатих на ліпіди (мозок, печінка, сальник, надниркові залози). Токсичність дихлоретану зумовлена метаболізмом його до хлоретанолу й монохлороцтової кислоти, які зумовлюють у 1-шу добу клінічну картину наркотичної і депресивної дії на центральну нервову систему й екзотоксичного шоку (при дозах, вищих від летальної), токсичної дистрофії печінки (на 2-гу — 5-ту добу), токсичної нефропатії, гастроінтестинального синдрому. Заходи з профілактики отруєнь дихлоретаном включають дотримання всіх правил техніки безпеки на виробництві й у домашніх умовах. Працівники підприємств, що мають справу з даною токсичною речовиною, мають працювати в приміщеннях з постійною примусовою вентиляцією, у промислових фільтруючих респіраторах (протигазах) і в захисному спецодязі.

Шифр НБУВ: Ж25344

Хірургія

4.Р.219. Досвід застосування місцевих анестезуючих комбінацій / Ю. К. Козловський, А. В. Макогончук, І. Ю. Козловська // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 4. — С. 65-68. — Бібліогр.: 21 назв. — укр.

Найважчим проявом побічних ефектів при регіонарних блокадах є загальний токсичний вплив місцевих анестетиків на життєво важливі органи. Мета дослідження — вивчення ефективності й безпечності застосування комбінованих розчинів місцевих анестетиків при блокадах плечового сплетення. 49 хворих було розподілено у 2 групи дослідження. Першу групу (контрольну) становили 24 хворі, яким для блокування плечового сплетення застосовувався розчин бупівакаїну 0,5 % 36 мл (180 мг) з додаванням як ад'юванту адреналіну 1 : 200 000. Другу групу (основну) становили 25 хворих, яким для блокування плечового сплетення застосовувалась суміш розчинів лідокаїну 2 % 12 мл (240 мг) і бупівакаїну 0,5 % 12 мл (60 мг) з розведенням розчином NaCl 0,9 % 12 мл і додаванням як ад'юванту адреналіну 1 : 200 000. У першій групі (бупівакаїн) час до початку сенсорної блокади в середньому станов ив 11,3 хв, моторної блокади — 21,0 хв. Тривалість моторного блоку — 894 хв. У другій групі (суміш) час до початку сенсорної блокади в середньому становив 8,0 хв, моторної блокади — 14,0 хв, що було вірогідно меншим, ніж у першій групі. Тривалість моторного блоку — 539 хв. Найбільшу тривалість післяопераційної аналгезії було зареєстровано в групі бупівакаїну — 984 хв. В основній групі тривалість післяопераційного знеболювання була дещо меншою і становила 612 хв. Висновки: запропонована комбінація місцевих анестетиків бупівакаїну і лідокаїну надає змогу втричі зменшити дозу бупівакаїну, що знижує імовірність токсичних ускладнень провідникової анестезії. Клінічне застосування запропонованої комбінації препаратів скорочує тривалість латентного періоду, забезпечує тривалу післяопераційну аналгезію.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.220. Наукове обгрунтування обсягу та характеру хірургічної допомоги військовослужбовцям внаслідок сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги: автореф. дис.… канд. мед. наук: 14.01.03 / І. П. Марцинковський; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. — Вінниця, 2020. — 24 с.: рис. — укр.

Комплексно досліджено клініко-епідеміологічні характеристики, які включали в себе вік, відношення до військової служби, вид поранення у постраждалих від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації. Вперше вивчено клініко-нозологічну характеристику поранень у постраждалих від сучасних бойових дій, що опиралась на клініко-анатомічну посегментну характеристику пошкоджень на етапах медичної евакуації. Розроблено, сформовано та впроваджено нові сучасні стандартизовані системи медичної допомоги поранених унаслідок сучасних бойових дій на базовому, першому, другому, третьому та четвертому рівнях медичної допомоги, що надало змогу знизити летальність і підвищити виживаємість постраждалих на етапах медичної евакуації.

Шифр НБУВ: РА446066

4.Р.221. Нові підходи щодо лікування післяопераційного перитоніту / В. В. Максим'юк, М. І. Шеремет // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 4. — С. 43-46. — Бібліогр.: 4 назв. — укр.

Значну роль у патогенезі перитоніту відводять вільнорадикальним механізмам пошкодження тканин. Унаслідок інгібірування ряду мембранозв'язаних ферментів та вільнорадикального окиснення ліпідів плазматичних мембран у очеревині з'являються вогнища вторинного некрозу. Окиснені ліпіди мають антигенні властивості, і тому стимулюють аутоімунні процеси пошкодження тканин. У патогенезі перитоніту важливу роль відіграють медіатори запалення — цитокіни. Їх біологічна активність проявляється дією на високоспецифічні рецептори, розташовані на клітинах. Поряд з тим, інтерлейкіни та фактор некрозу пухлин діють на всі клітини, проявляючи системний ефект. Встановлено, що активність церулоплазмину у плазмі крові хворих контрольної групи прогресивно знижувалась з 1-ої до 5-ої доби післяопераційного періоду — з $77{,}2 \pm 5{,}61$ до $59{,}32 \pm 4{,}42$ о. о. г./г. білку, а у хворих дослідної групи високовірогідно зростала — з $77{,}2 \pm 5{,}61$ до $97{,}31 \pm 4{,}42$ о. о. г./г. білку ($p < 0{,}001$). Така ж закономірність характерна для активності КТ. Активність ГП у хворих обох груп суттєво знижувалась до 3-ї доби після операції і зростала на 5-у добу, причому більш виражено — у хворих дослідної групи. Під час дослідження рівня цитокінів встановлено, що експресія прозапальних цитокінів IL-1b, IL-8, TNFa перевищила контрольні показники, у той час як експресія антизапальних цитокінів IL-1Ra «запізнювалася» (майже удвічі). Найбільша експресія IL-1b, IL-8 потенціювала подальший ланцюг прозапальних реакцій, що свідчить про адекватність протизапальної відповіді і відносну рівновагу між прозапальними і протизапальними цитокінами та адекватність антитицитокінової терапії. Загальна кількість гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) у хворих контрольної групи становила 82,4 %, а у хворих дослідної групи — становила 66,7 %. Під час вивчення динаміки показників про— та антиоксидантних систем, а також сироваткових концентрацій цитокінів у хворих на гострий перитоніт встановлено високу прогностичну значимість результатів даного дослідження, що надає змогу визначити тактику лікування таких пацієнтів. Введення в комплекс післяопераційного лікування таких хворих антиоксидантної та антицитокінової терапії надало змогу знизити розвиток гнійно-септичних ускладнень з 82,4 до 66,7 % випадків, що підвищило ефективність лікування таких хворих та скоротило термін перебування їх в стаціонарі.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.222. Періопераційна аналгезія у пацієнтів з ожирінням / С. І. Воротинцев // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 5. — С. 18-26. — Бібліогр.: 99 назв. — укр.

Ожиріння та, зокрема, морбідне ожиріння (МО) набувають дедалі більшого поширення в усьому світі. МО пов'язано зі зміненою фізіологією організму та збільшенням супутніх захворювань, що може зробити особливо тяжким управління періопераційним болем у таких пацієнтів. З урахуванням більшої частоти

респіраторних розладів традиційне опіоїд-орієнтоване лікування болю у пацієнтів з МО може призвести до вентиляційних порушень та збільшення захворюваності та/або смертності. Мультимодальні стратегії знеболювання, засновані на поетапному, відповідно до ступеня тяжкості болю, опіоїд-зберігаючому підході, можуть покращити безпеку пацієнтів та результати лікування. Подальший прогрес у розумінні механізмів утворення гострого болю змушує лікарів активно виявляти та лікувати як ноцицептивні, так і проноцицептивні його компоненти (гіпералгезію тощо). Такі протоколи мультимодальної аналгезії слід стандартизувати та впроваджувати в періопераційну допомогу пацієнтам з МО. На додаток до стандартизації лікування післяопераційного болю, незалежно від застосованого режиму анестезії та аналгезії, деяким пацієнтам з МО необхідний розширений респіраторний моніторинг для запобігання можливим побічним явищам з боку дихальних шляхів. У даному огляді стисло описано фізіологічні зміни при ожирінні, патофізіологія болю та засноване на доказах клінічне оновлення щодо лікування болю при МО. Також обговорено роль опіоїд-зберігаючих фармакологічних ад'ювантів, висвітлено майбутні напрями досліджень в галузі управління періопераційним болем у пацієнтів з МО.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.62, 4.Р.65, 4.Р.117, 4.Р.261

Оперативна хірургія. Топографічна анатомія

4.Р.223. Виктор Владимирович Бобин — ученый, педагог, общественный деятель / Е. В. Бобина, В. С. Пикалюк // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 4. — С. 72-75. — Библиогр.: 6 назв. — рус.

28 марта 2020 г. исполнилось 130 лет со дня рождения крупного ученого — анатома, выпускника медицинского факультета Харьковского университета профессора Виктора Владимировича Бобина. Научная деятельность профессора В. В. Бобина протекала в трех основных направлениях, главным из которых было изучение вегетативной нервной системы. Особое внимание было уделено макромикроскопической анатомии нервов мочевого пузыря. Ученый разработал оригинальную методику окраски вне— и внутриорганных нервов этого органа на большом сравнительно-анатомическом материале. В этих работах установлены особенности внутриорганной топографии нервных сплетений и узлов в стенке мочевого пузыря у человека в возрастном аспекте, а также в ряду млекопитающих. Результаты этой работы обобщены в его докторской диссертации. Важным направлением его научной деятельности было изучение сосудистой системы с использованием метода Рентгена. Ряд работ В. В. Бобина посвящен морфологии сосудов конечностей при облитерирующем эндартериите.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.224. Особливості викладання клінічної анатомії та оперативної хірургії в сучасних умовах / С. М. Білаш, О. М. Проніна // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 4. — С. 51-55. — Бібліогр.: 5 назв. — укр.

Реформування вищої медичної освіти України передбачає впровадження у навчальний процес кредитно-модульної системи. Основним завданням під час вивчення клінічної анатомії та оперативної хірургії є зміцнення знань і фундаментальних практичних навичок з клінічної анатомії та оперативної хірургії у кожного студента для формування якісних професійних вмінь. У навчальному процесі на практичних заняттях з оперативної хірургії та клінічної анатомії викладачі кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» успішно поєднують різні новітні форми навчання. Завдяки цьому суттєво змінюється роль викладача: він стає не лише джерелом пасивного одержання знань для студентів, але й ініціатором їх творчого пошуку, організатором самостійної роботи. Використання новітніх технологій навчання надає змогу викладачеві оцінювати не окремі знання, уміння та навички студента, а рівень його професійних умінь. Цікавим є поєднання методу кейсів та ділової гри. Спочатку моделюється клінічна ситуація, коли студенту необхідно визначитися з діагнозом, тактикою оперативного лікування, вибором найраціональнішого способу хірургічного втручання. При цьому, на всіх етапах пошуку вирішення поставленої проблеми, студенти мають приділити увагу питанням клінічної анатомії. Маючи фундаментальні знання з нормальної анатомії, вони мають вміти обгрунтувати з морфологічних позицій діагноз, обрати найраціональніший хірургічний доступ, пояснити шляхи ймовірного поширення гнійно-запальних процесів та тактику припинення кровотечі за ушкодження різних судин. Значну увагу приділено можливим ускладненням або труднощам хірургічного лікування, зокрема, пов'язаним з аспектами клінічної анатомії. Таким чином розвиваються у студентів клінічне інтегроване мислення та чітке розуміння важливості міждисциплінарних зв'язків у медицині. Оптимізація навчального процесу під час вивчення даної дисципліни можлива лише із застосуванням інноваційних форм навчання.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.225. Скін-ефект в м'якій біологічній тканині і особливості її нагріву при автоматизованому біполярному зварюванні / В. Г. Соловйов, Ю. М. Ланкін, І. Ю. Романова // Автомат. зварювання. — 2021. — № 7. — С. 27-32. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

Скін-ефект, що виникає в електричному ланцюзі у процесі високочастотної електрохірургії, включаючи електрозварювання м'яких біологічних тканин (МБТ) електродами для біполярного зварювання, викликає інтерес дослідників як можливе джерело значної нерівномірності нагріву МБТ у процесі автоматизованого зварювання. Проведено дослідження за допомогою математичних методів перебігу електричних і теплових процесів у процесі автоматизованого біполярного зварювання з урахуванням і без урахування дії скін-ефекту на частоті 300 кГц. Визначено, що в біологічній тканині скін-ефект викликає нерівномірність нагріву меншою мірою. Головними причинами, які впливають на нерівномірність нагріву, є наявність гострих ребер на поверхні електродів, що контактують з тканиною, ступінь стискання м'яких біологічних тканин затискачами електродів, розмір проміжку стисненої МБТ між електродами, а також час перебіг процесу нагріву МБТ.

Шифр НБУВ: Ж26970

4.Р.226. Future of solid organ transplantation: organ-specific tolerance / Sonmez Yusuf Ercin // Нирки. — 2021. — **10**, № 3. — С. 130-136. — Бібліогр.: 84 назв. — англ.

A transplant between two people who are not genetically identical is called an allotransplant and the process is called allotransplantation. Donor organs and tissues can be from people who are living, or people who have died because of a significant brain injury or lack of circulation. Allotransplantation can create a rejection process where the immune system of the recipient attacks the foreign donor organ or tissue and destroys it. The recipient may need to take immunosuppressive medication for the rest of their life to reduce the risk of rejection of the donated organ. In general, deliberately induced immunosuppression is performed to prevent the body from rejecting an organ transplant. The adverse effects associated with these agents and the risks of long-term immunosuppression present a number of challenges for the clinician. Immune tolerance, or immunological tolerance, or immunotolerance, is a state of unresponsiveness of the immune system to substances or tissue that have the capacity to elicit an immune response in a given organism.

Шифр НБУВ: Ж100881

Хірургія окремих ділянок, систем і органів

4.Р.227. Деякі особливості паренхіматозно-стромальних співвідношень у щитоподібній залозі при вузлових формах зоба з рецидивним та безрецидивним його перебігом / Н. П. Ткачук, І. С. Давиденко // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 1. — С. 53-60. — Бібліогр.: 20 назв. — укр.

Оскільки рекомендації стосовно визначення адекватного обсягу операцій у разі вузлових та змішаних форм зоба з огляду на ймовірність рецидивування в літературі практично відсутні, метою дослідження стало з'ясування морфологічних особливостей паренхіматозно-стромальних співвідношень у щитоподібній залозі з можливістю винайдення критеріїв для прогнозування рецидиву. За вивченими показниками співвідношень паренхіми та строми, встановлено, що різні форми вузлового зоба відрізняються від тканини щитоподібної залози без патологічних змін та різняться поміж собою за низкою параметрів. Рецидив вузлового зоба має найбільше подібних рис з первинним вузловим зобом зі швидким ростом, хоча між ними все ж існує низка відмінностей. Вказана особливість надає змогу припустити, що вузловий зоб зі швидким ростом має більше шансів до рецидиву.

Шифр НБУВ: Ж24159

Хірургія ділянки грудей

4.Р.228. Вплив обструктивних порушень функції зовнішнього дихання на якість життя кардіохірургічних пацієнтів перед операцією та фізичною терапією / В. В. Вітомський, Х. М. Аль-Хавамдех // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 421-426. — Бібліогр.: 15 назв. — укр.

Цель работы — исследовать влияние функции внешнего дыхания на качество жизни кардиохирургических пациентов в начале стационарной программы физической терапии. В исследовании приняли участие 106 пациентов, которых госпитализировали для проведения кардиохирургического вмешательства. Пациентов поделили на две группы в соответствии со значениями индекса Тиффно. Исследование функции внешнего дыхания выполнено с помощью спирографа Spirodoc MIR и программного обеспечения Winspiro PRO. Оценка качества жизни проведена с использованием международного стандартизированного опросника Health Status Survey (SF-36). В ходе исследования функции внешнего дыхания у кардиохирургических пациентов установлено: у 18 % обследованных показатели индекса Тиффно были меньше 70 %.

Эти пациенты характеризовались достоверно более низкими показателями жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких (экспираторной и инспираторной), пиковой скорости форсированного выдоха, средней скоростью форсированного выдоха на уровне 25 –– 75 % от форсированной жизненной емкости легких. Сравнение показателей качества жизни показало отсутствие статистических различий между группами пациентов, которые сформированы в соответствии с уровнем индекса Тиффно, во всех доменах качества жизни. Эти результаты подтверждают первоочередность влияния состояния сердечно-сосудистой системы на показатели качества жизни кардиохирургических пациентов. Функциональный класс NYHA имел ряд корреляционных связей с показателями качества жизни почти всех доменов. Показатели функции внешнего дыхания имели слабые связи с доменами качества жизни. Среди всех доменов качества жизни –– статистические показатели домена. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности были самыми низкими в обеих группах пациентов. Лучшие показатели получены в домене Социальное функционирование. Выводы: снижение показателей функции внешнего дыхания не влияет на качество жизни кардиохирургических пациентов. Возможным объяснением этого может быть то, что снижение индекса Тиффно не было достаточно большим или критическим в группе пациентов со сниженными показателями этого индекса, а также наличие более существенного влияния кардиологических показателей на качество жизни.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.229. Комбінована терапія Медотиліном/Елфунатом у профілактиці й лікуванні психоневрологічних ускладнень після операцій на відкритому серці / О. А. Гітальчук // Медицина невідклад. станів. –– 2021. –– **17**, № 5. –– С. 38-45. –– Бібліогр.: 48 назв. –– укр.

При проведенні операцій на відкритому серці в післяопераційному періоді нерідко виникають психоневрологічні ускладнення: інсульт –– у 4,8 % випадків, дифузна енцефалопатія –– у 12 %, зміни поведінки –– у 5 –– 40 %, когнітивні порушення –– у 12 –– 79 %, психічні розлади –– у 13 –– 64 %. Причинами їх розвитку є дефіцит ацетилхоліну з подальшою дисфункцією холінергічної системи й оксидативний стрес, що виникають унаслідок гіпоксії, гіпоперфузії і системної запальної реакції. У зв'язку з цим перспективним напрямком профілактики й лікування психоневрологічних ускладнень вважається призначення препаратів, що відновлюють синтез ацетилхоліну, –– холіну альфосцерату (медотилін), і препаратів, що пригнічують оксидативний стрес, –– мексидолу (елфунат). У дослідженні, проведеному на базі регіонального кардіохірургічного центру Одеської обласної лікарні, було продемонстровано, що комплексне застосування медотиліну й елфунату надає змогу зменшити частоту психоневрологічних ускладнень, а також скоротити тривалість лікування в стаціонарі.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.230. Сучасний стан хірургічного лікування пацієнток із тубулярною груддю ІІ типу (огляд літератури) / А. А. Костенко, С. П. Галич, О. Ю. Дабіжа, К. А. Самко, Д. В. Боровик // Запорож. мед. журн. –– 2021. –– **23**, № 1. –– С. 146-151. –– Бібліогр.: 33 назв. –– укр.

Мета роботи –– проаналізувати відомості наукової літератури, узагальнити сучасні погляди на хірургічне лікування тубулярних грудей ІІ типу та виявити причини незадовільних результатів. Тубулярні груди належать до вроджених мальформацій сполучної тканини, що проявляються в пубертатному періоді та викликають чималий психологічний дискомфорт у жінок. Більшість авторів відзначають, що ІІ тип тубулярної груді є найпоширенішим під час звернення пацієнток у клініку для виконання корегувальної операції. Корекція ІІ типу –– реконструктивна операція, що характеризується низкою труднощів. Завдання такої операції полягає не тільки у створенні об'єму нижнього полюса груді в разі його дефіциту, але й у формуванні надійного чохла для імпланта при ригідності власних м'яких тканин, забезпеченні рівності контуру нижнього полюса. Нині запропоновано багато хірургічних методик для вирішення цих завдань, як-от C. Puckett і M. Concannon (1990), L. Ribeiro (1998), E. Muti (1996), A. Mandrekas (2003) і сучасні модифікації, набувають популярності методики ліпофілінгу тубулярної груді, проте всі вони мають низку недоліків. Високий рівень ускладнень і відсутність універсальної методики корекції тубулярних грудей ІІ типу зумовлюють необхідність удосконалення хірургічного лікування цієї патології.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.231. Сучасні аспекти лікування грижі стравохідного отвору діафрагми та її основних ускладнень / О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, О. П. Дмитренко, І. С. Терешкевич, І. В. Бабій // Запорож. мед. журн. –– 2021. –– **23**, № 2. –– С. 207-213. –– Бібліогр.: 15 назв. –– укр.

Цель работы –– оценить особенности и результаты миниинвазивного хирургического лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и ее основными осложнениями с применением современных эндоскопических и лапароскопических технологий. Приведены результаты лечения 244 больных с ГПОД и ее основными осложнениями. Из них у 28 (11,5 %) пациентов установлено сочетание ГПОД с пищеводом Барретта, у 34 (13,9 %) –– сочетание ГПОД со стриктурой пищевода. У 62 больных с осложнениями ГПОД применена двухэтапная тактика лечения: первый этап –– устранение осложнений, второй –– антирефлюксное хирургическое вмешательство. Полная лапароскопическая фундопликация выполнена 185 (75,8 %) больным, частичная задняя фундопликация по Тупее –– 59 (24,2 %). Лапароскопическая задняя крурорафия выполнена 198 (81,1 %) больным. В 7 (2,9 %) случаях задняя крурорафия дополнена передней. У 25 (10,3 %) пациентов при выполнении задней крурорафии использованы тефлоновые прокладки. У 14 (5,7 %) больных имплантированы синтетические сетчатые протезы. Среди пациентов со стриктурой пищевода в 70,6 % случаев эффект отмечен после второго сеанса бужирования или гидродилатации, у остальных больных –– после третьего сеанса. При пищеводе Барретта однократная аргоно-плазменная коагуляция оказалась радикальной у 100 % больных с размером поражения менее чем 1 см, у 85 % больных –– с размером поражения 1 –– 2 см. Рецидивы ІІІ типа ГСОД возникают чаще по сравнению с І типом. Хирургическое вмешательство требует достаточной медиастинальной диссекции и мобилизации пищевода для адекватного его низведения. При хирургическом лечении IV типа грыж надо рассматривать использование композитных диафрагмальных сеток. Эффективность антирефлюксного оперативного вмешательства, а также профилактика развития специфических осложнений зависят от технических особенностей формирования фундопликационной манжетки. Выводы: при лечении пищевода Барретта или стриктуры пищевода в сочетании с ГПОД оптимальна двухэтапная тактика: І этап –– абляция или дилатация, ІІ этап –– лапароскопическая антирефлюксная операция. Лапароскопическая фундопликация –– эффективный и безопасный метод лечения больных с ГСОД.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.232. Хірургічні аспекти діагностики та лікування патології органів грудної клітки, спричиненої коронавірусною хворобою COVID-19, аналіз клінічних випадків / В. В. Яцків, В. В. Максим'юк, С. Е. Фрімет, Я. В. Гирла, С. М. Мереуца // Клініч. анатомія та операт. хірургія. –– 2020. –– **19**, № 4. –– С. 25-31. –– Бібліогр.: 8 назв. –– укр.

Пандемія COVID-19 сформувала багато викликів як перед людством взагалі, так і перед системами організації медичної допомоги та багатьма напрямками спеціалізованого лікування, зокрема хірургічним. Сама динаміка пандемії, відсутність доступного специфічного лікування, різні підходи до оцінки статистичних, клінічних даних в різних країнах на сьогодні не надають змоги зробити загальноприйняті висновки. Чисельні публікації з цієї теми, як правило, містять інформацію про особистий досвід досліджень, діагностики, лікування та огляд актуальної літератури. Проаналізовано 68 випадків захворювань органів грудної клітки, спричинених COVID-19 у пацієнтів, яким надавали консультативну, спеціалізовану хірургічну торакальну допомогу у базових лікувальних установах Чернівецької обл. за період січень –– вересень 2020 р. Переважали двосторонні ураження легень –– 70,6 % у пацієнтів віком старших за 42 роки (66,2 %). Хірургічні втручання виконано у 65 (95,6 %) пацієнтів. Найбільш частим ускладненням у гострий період зареєстровано пневмоторакс на тлі активної вірусної пневмонії –– 40 (58,8 %) хворих, 6 (8,8 %) –– пацієнтів з ураженнями серця та перикарду, 7 (10,3 %) –– геморагічні, серозно-фібринозні плеврити. Основуючись на власних даних у зіставленні з наведеними в доступній літературі гістологічними та патофізіологічними дослідженнями, обгрунтовано хірургічну тактику, окремі хірургічні прийоми у хворих з вірусіндукованими ускладненнями, зокрема: дренування плевральної порожнини, перикарду, відеоторакоскопічні методики. Наведено алгоритм обстежень та лікувальну тактику за формувань внутрішньолегеневих псевдокіст після коронавірусної хвороби. Проаналізовано 5 (7,4 %) випадків, у яких виникли ускладнення основних захворювань (онкологічні, неспецифічні гнійно-септичні хвороби), спричинені COVID-19. Здійснено вивчення ефективності застосування відеоторакоскопічних електрозварювальних технологій за деструкцій легеневої паренхіми, спричинених вірусними інфекціями.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.233. The impact of mobilization protocols on the length of postoperative hospitalization among cardiac surgery patients / V. V. Vitomskyi, O. B. Lazarieva, E. Yu. Doroshenko, M. V. Vitomska, T. M. Kovalenko, A. M. Hertsyk, S. V. Gavreliuk // Запорож. мед. журн. –– 2021. –– **23**, № 2. –– С. 259-265. –– Бібліогр.: 31 назв. –– англ.

Цель работы –– оценить влияние введения протокола экстраранней мобилизации на длительность пребывания в отделении реанимации (ДПОР) и в послеоперационном отделении (ДППО) по сравнению со стандартным протоколом ранней мобилизации, а также установить роль возраста, сократимости сердца, функционального класса, показателей хирургического вмешательства. Участники исследования –– пациенты 2018 –– 2019 гг. с длительностью искусственной вентиляции легких менее чем 24 часа. Дизайн –– ретроспективный анализ. Пациентов поделили на две

группы: протоколы «ранней мобилизации» (РМ, пациенты 2018 г., n = 385) и «экстраранней мобилизации» ---- (ЭРМ, пациенты 2019 г., n = 399). Условия ---- кардиохирургический стационар. Вмешательство: главное отличие заключается в том, что ресурсы команды по мобилизации пациентов увеличились с 2019 г., а именно к ней подключен физический терапевт, что позволило изменить протокол РМ (стояние во 2 послеоперационный день (ПОД), активация с помощью медицинского персонала, дыхательные упражнения) на протокол ЭРМ (стояние в 1 ПОД по согласованию с анестезиологом, терапевтические упражнения с физическим терапевтом, дыхательные упражнения). Основные результаты: ДПОР, ДППО и продолжительность общей послеоперационной госпитализации (ДОПГ) (количество ночей). Не установили различий между ЭРМ и РМ по ДПОР (3 (2; 4) против 2 (2; 4), p = 0,182), ДППО (7 (6; 10) против 8 (6; 10); p = 0,118), ДОПГ (10 (8, 13) против 10 (9; 13); p = 0,308). Корреляционный анализ показал отсутствие, только слабые и очень слабые связи между показателями продолжительности госпитализации и другими критериями: возрастом, баллом по Euroscore II, фракцией выброса, продолжительностью искусственной вентиляции легких. Выводы: эффективность протокола ЭРМ представляется сомнительной для уменьшения ДПОР, ДППО и ДОПГ по сравнению с РМ. Результаты исследования актуализируют вопрос рационального использования времени физического терапевта.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.166, 4.Р.238

Хірургічна патологія органів грудної порожнини

4.Р.234. Ускладнене стороннє тіло шийного відділу стравоходу / О. Г. Плаксивий, І. В. Калуцький, О. О. Мазур, М. М. Сорохан // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 113-116. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Хворий П., 42 роки, поступив в ЛОР-відділення ОКЛ на 4-й день захворювання з вираженими больовими і дисфагічними явищами, гіпертермією, інспіраторною задишкою. На основі даних фаринго---- і ларингоскопії, огляду і пальпації шиї, бокової рентгенографії за Земцовим і контрастної рентгенографії стравоходу виставлено діагноз: ускладнене стороннє тіло стравоходу. Хворого консультував торакальний хірург. Вирішено видаляти стороннє тіло шляхом езофагоскопії під інтубаційним наркозом, а у разі неефективності провести шийну езофаготомію зліва з видаленням кістки та трахеотомію у зв'язку з реактивним набряком гортані. За езофагоскопії езофагоскопом Мезріна тубус № 2 в ділянці І-го звуження стравоходу виявлено кістку (шийний хребець курки) значних розмірів з чисельними шипами і виступами, що вклинені в бокову стінку гортаноглотки і стравоходу. Після неодноразових спроб, повертаючи стороннє тіло в різних площинах, видалити стороннє тіло через вклинення та загрозу розриву стінки стравоходу не вдалося. Проведено лівобічну шийну езофаготомію з розрізом по передньому краю кивального м'яза. Під час операції оголено стравохід між трахеєю і шийно-грудним відділом хребта. Стінку стравоходу було пропальповано, зроблено спроби ручного зміщення кістки в глотку. При цьому стороннє тіло, фіксоване щипцями і одночасним проведенням тракції з додатковим проштовхуванням зі сторони рани, видалено разом тубусом езофагоскопа. Потреба в розтині стравоходу відпала. У подальшому було проведено трахеотомію, поставлено назогастральний зонд для зондового харчування. Перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень. Трахеотомічну трубку було видалено через 4 дні, назогастральний зонд ---- через 7 днів. Внаслідок проведеного лікування хворий на 10-й день з одужанням був виписаний. Клінічний випадок засвідчив, що діагностика і лікування сторонніх тіл стравоходу є складною проблемою отоларингології і для видалення останніх використовуються складні маніпуляції та оперативні втручання.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.231

Хірургічна патологія серцево-судинної системи

4.Р.235. Використання персоналізованої схеми введення фентанілу під час стентування коронарних артерій / Д. О. Дзюба // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2020. ---- № 4. ---- С. 11-19. ---- Бібліогр.: 27 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- розробити персоналізовану схему застосування фентанілу під час стентування коронарних артерій. Досліджено 90 пацієнтів з ішемічною хворобою серця, яким у плановому порядку було проведено стентування коронарних артерій. Хворих було розподілено на три групи залежно від препаратів, якими проводили інтраопераційну анальгоседацію, та підходів до анестезії. Першу групу порівняння становили пацієнти, яким анальгоседацію виконували повільним внутрішньовенним введенням розчинів діазепаму та фентанілу. До другої групи порівняння віднесли хворих, у яких для забезпечення анальгоседації на рівні поверхневої анестезії використовували збалансоване введення розчинів фентанілу та пропофолу. Третю, групу дослідження, становили пацієнти з персоналізованим підходом до введення опіатів, у яких застосовували розроблену нами «фентанілову пробу». Анальгоседацію на третьому рівні поверхневої анестезії за Ramsey підтримували інфузією пропофолу. При використанні персоналізованого підходу до введення опіатів у порівнянні зі стандартною схемою седації за допомогою комбінації діазепаму та фентанілу виявлено кращі показники інтраопераційного насичення крові киснем та вуглекислим газом (відповідно (103,67 ± 22,05) і (39,64 ± 6,85) мм рт. ст. у хворих 1-ї групи, (105,70 ± 31,64) і (37,68 ± 7,11) у хворих 2-ї групи та (109,42 ± 34,36) і (36,25 ± 6,52) мм рт. ст. у хворих 3-ї групи), артеріального тиску після оперативного втручання ((127,85 ± 9,87)/(79,64 ± 8,62) мм рт. ст. у хворих 1-ї групи, (129,48 ± 8,73)/(81,05 ± 7,92) мм рт. ст. у хворих 2-ї групи і (131,15 ± 10,64)/(82,68 ± 9,72) мм рт. ст. у хворих 3-ї групи), нижчий рівень стрес-маркерів (рівень кортизолу крові під час оперативного втручання в пацієнтів 1-ї групи становив (8,83 ± 4,58) ммоль/л, у пацієнтів 2-ї групи ---- (7,73 ± 2,79) ммоль/л, у пацієнтів 3-ї групи ---- (7,55 ± 4,35) ммоль/л), а також меншу частоту епізодів періопераційного болю різного генезу. Висновки: запропоновано персоналізований підхід до анестезії, в основі якого лежить індивідуальна схема введення фентанілу («фентанілова проба»), під час стентування коронарних артерій. Її застосування є більш безпечним (за рахунок оптимальних показників газообміну й гемодинаміки і меншої кількості побічних ефектів, таких як нудота та залишкова седація) та ефективним (за рахунок меншого рівня стрес-маркерів і кількості скарг на біль різного генезу) у порівнянні з рутинною методикою.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.236. Вплив мультимодальної малоопіоїдної анестезії на динаміку анексину V у плазмі крові хворих, яким виконують кардіохірургічні втручання / С. Р. Маруняк, О. А. Лоскутов, О. М. Дружина, І. Р. Малиш, Н. В. Коротчук // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2020. ---- № 4. ---- С. 20-28. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- проаналізувати вплив анестезіологічного забезпечення на динаміку рівня анексину V під час проведення аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу (ШК), а також дослідити залежність безпосередніх клінічних результатів від експресії анексину V. У дослідження залучили 30 пацієнтів з ішемічною хворобою серця, яким виконували аортокоронарне шунтування з накладанням 2---3 аортокоронарних анастомозів в умовах ШК. Відповідно до методики анестезіологічного забезпечення пацієнтів було розподілено на дві групи: група дослідження ---- 13 хворих, у яких застосовували малоопіоїдну мультимодальну схему анестезіологічного забезпечення; контрольна група ---- 17 хворих, у яких проводили анестезію за стандартною схемою. Рівень анексину V у крові визначали за допомогою методу твердофазного імуноферментного аналізу до початку ШК та після зведення груднини. Застосування малоопіоїдної схеми анестезіологічного забезпечення асоціювалося зі статистично значуще нижчим (в 1,5 разу) рівнем анексину V та на 28,38 % нижчим рівнем інтерлейкіну-6 наприкінці оперативного втручання у порівнянні зі стандартною схемою. Між рівнями анексину V та інтерлейкіну-6 виявлено негативний кореляційний зв'язок слабкої сили (r = ----0,117, p = 0,523). Проведений однофакторний дисперсійний аналіз показав, що в пацієнтів, у яких у післяопераційний період виникав синдром низького серцевого викиду, спостерігався статистично значуще (p = 0,001) вищий рівень анексину V після ШК. Висновки: використання мультимодальної малоопіоїдної анестезії характеризується відносною безпечністю, достатнім рівнем анальгезії та нижчим рівнем анексину V у порівнянні із застосуванням стандартної схеми анестезіологічного забезпечення.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.237. Досвід лікування пацієнта з поєднанням мішкоподібної аневризми низхідного відділу аорти та спондилодисциту / М. Д. Тончев, В. М. Мужевська, О. М. Безкоровайний, В. М. Митченок, В. І. Кравченко // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 66-71. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Наведено клінічний випадок лікування пацієнтки зі спондилодисцитом двох рівнів ---- грудного та поперекового відділів хребта у поєднанні з аневризмою грудного відділу аорти. Пацієнтку віком 68 років було госпіталізовано до нейрохірургічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського в серпні 2019 р. зі скаргами на біль та дискомфорт у грудному і поперековому відділах хребта, плечових суглобах, виражену слабкість у нижніх кінцівках. Під час проведення мультиспіральної комп'ютерної томографії із внутрішньовенним контрастуванням було виявлено мішкоподібну аневризму низхідного відділу грудної аорти на рівні хребців Th4 ---- Th5 з інвазією в тіла хребців, спондилодисцит хребців Th4 ---- Th5 і Th11 ---- Th12 з деформацією осі хребта, формуванням абсолютного стенозу хребтового каналу на рівні хребців Th11 ---- Th12. Першим етапом було виконано ендопротезування грудної аорти системою TAA Stent Graft System (Ankura, Китай) 34 × 34 × 160 мм у На-

ціональному інституті серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова і забезпечено виключення з кровотока аневризми низхідного відділу аорти. Другим етапом у Полтавській обласній клінічні лікарні ім. М. В. Скліфосовського було проведено транспедикулярну стабілізацію хребта на рівні хребців Th10 –– Th11 –– L2 –– L3 системою Legacy (Medtronic, США) та усунення компресії спинного мозку. Лікування спондилодисциту на рівні хребців Th4 –– Th5 –– консервативне з використанням остеотропних антибактеріальних препаратів. У ранній післяопераційний період після стабілізації хребта пацієнтка була мобілізована. Відзначено регрес больового синдрому та нижнього парапарезу. Подальше спостереження проводили амбулаторно. За модифікованою шкалою Ренкіна, яка надає змогу оцінити ступінь незалежності пацієнта у повсякденному житті, під час виписки –– 3 бали. Контрольне обстеження, проведене через 3, 12 та 24 міс, показало, що стент-графт і транспедикулярна система функціонують задовільно. За модифікованою шкалою Ренкіна –– 0 балів. Пацієнти зі спондилодисцитом грудного відділу хребта потребують особливої уваги і проведення додаткових діагностичних процедур. Можливість наявності додаткової комбінованої патології у вигляді аневризми грудного та черевного відділів аорти слід ураховувати у разі планування хірургічного лікування.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.238. Клінічний випадок трансплантації серця в умовах транспортування реципієнта до донора / Б. М. Тодуров, О. О. Самчук, Г. І. Ковтун, А. О. Шпачук, М. В. Гончаренко, І. М. Кузьмич, О. М. Дружина, О. А. Лоскутов, О. І. Кваша, С. М. Судакевич, А. Ю. Мельник, Ю. І. Голик, Р. В. Домашич, І. З. Гуменний // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. –– 2021. –– № 1. –– С. 24-28. –– Бібліогр.: 8 назв. –– укр.

Основним чинником, що обмежує кількість трансплантацій серця в Україні, залишається мала кількість потенційних донорів. У випадках, коли час доставлення донорського органа становить більше 4 год, ризики розвитку експлантаційної ішемічної травми донорського органа багаторазово підвищуються. Транспортування реципієнта до місця перебування потенційного донора в таких випадках є вимушеним заходом, оскільки воно збільшує ризик розвитку несприятливих серцево-судинних подій у реципієнта. Надання медичної допомоги реципієнту в таких умовах може бути ускладнено, однак ці заходи повністю виправдовуються зниженням ризику післяопераційних ускладнень, пов'язаних з часом ішемії трансплантата. Описано випадок трансплантації серця в умовах транспортування реципієнта до донора. Трансплантацію серця було виконано хворому із серцевою недостатністю IV функціонального класу за NYHA, рефрактерною до медикаментозної терапії. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Час штучного кровообігу –– 90 хв, загальний час ішемії –– 180 хв. На 3-тю добу пацієнта було транспортовано у спеціалізований центр для продовження лікування та реабілітації. На 21-шу добу пацієнта в задовільному стані було виписано на амбулаторне лікування.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.239. Механізми гліколізу та біоенергетичний стан клітин на етапах кардіохірургічних втручань у пацієнтів з гіпоксично-ішемічними ураженнями головного мозку / Д. С. Маньковський // Укр. неврол. журн. –– 2021. –– № 3/4. –– С. 11-15. –– Бібліогр.: 17 назв. –– укр.

Мета роботи –– вивчити особливості біоенергетичного забезпечення окисного гомеостазу у пацієнтів з гіпоксично-ішемічними ураженнями головного мозку до та після кардіохірургічних втручань з використанням штучного кровообігу. Клініко-біохімічне дослідження проведено у 38 пацієнтів, з них у 14 –– з ішемічним інсультом, у 15 –– з енцефалопатією, у 9 –– з тяжкою когнітивною дисфункцією. Аналіз метаболічних індикаторів активності гліколізу та енергетичного гомеостазу клітин до та після кардіохірургічних втручань виявив закономірності змін: дезорганізацію механізмів гліколізу, інтенсифікацію анаеробних механізмів за одночасного обмеження енергозабезпечення клітин. Одержані дані свідчать на користь формування у пацієнтів після кардіохірургічних втручань специфічного післяопераційного метаболічного забезпечення біоенергетики, що слід розглядати як один з пускових механізмів гіпоксично-ішемічних уражень головного мозку, та індивідуалізації антиоксидантної церебропротекції в доопераційний період з урахуванням стану біоенергетичного обміну клітин та механізмів гліколізу, які домінують. Висновки: доопераційна антиоксидантна церебропротекція як засіб профілактики гіпоксично-ішемічних уражень головного мозку у разі виконання кардіохірургічних втручань з використанням штучного кровообігу має грунтуватися на визначенні біоенергетичних та метаболічних резервів, виснаження яких антиоксидантними засобами у доопераційний період слід вважати недоцільним, оскільки активація анаеробного гліколізу за одночасного метаболічного пригнічення мітохондріальної біоенергетики можуть бути чинником формування чи поглиблення ішемічного ураження головного мозку.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.240. Непосредственные результаты эндопротезирования брюшного отдела аорты у больных с неблагоприятной проксимальной шейкой аневризмы / С. Н. Фуркало, В. А. Кондратюк, Е. А. Власенко, И. В. Хасянова, А. В. Хохлов, П. А. Гиндич, И. А. Мазанович, А. А. Пустынцев // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. –– 2020. –– № 4. –– С. 34-43. –– Библиогр.: 6 назв. –– рус.

Более половины вмешательств при аневризме брюшного отдела аорты выполняются с применением эндоваскулярных методик. Однако около 40 % пациентов в силу анатомических характеристик аорты не могут являться кандидатами для эндопротезирования. Анатомические особенности, сложные или неприемлемые для установки стент-графта, включают короткую проксимальную шейку или ее отсутствие, ангулированную, коническую шейки, а также диаметр аорты, превышающий существующие возможности аортальных эндопротезов. У пациентов, у которых традиционная хирургическая коррекция не приемлема, используют различные технологические приемы и оснащение. В наблюдение были включены 16 последовательных пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты, у которых было выполнено эндопротезирование. При анализе анатомических характеристик аневризматического мешка 7 (43,7 %) пациентов были отнесены к группе больных с неблагоприятной проксимальной шейкой аневризмы, так называемой hostile neck. У них были выполнены сложные вмешательства (2 больных с применением методики параллельных графтов), что позволило добиться увеличения проксимальной инфраренальной зоны имплантации до 16 –– 20 мм, и адъювантные, или дополнительные, эндоваскулярные процедуры –– в этом случае имплантация эндоанкоров Aptus Heli-FX у 5 больных. Группу сравнения составили 9 пациентов со стандартной шейкой аневризмы, у которых были выполнены стандартные процедуры ндопротезирования брюшного отдела аорты. Основным анатомическим отличием в группах была длина шейки аневризмы –– 9,9 и 37,6 мм в первой и второй группах соответственно ($p = 0{,}0003$). Операции в группах прошли без существенных осложнений и операционной летальности, в первой группе длительность операции ($p = 0{,}01$), количество введенного контраста ($p = 0{,}03$) и лучевое время ($p = 0{,}01$) были статистически значимо больше, чем у пациентов второй группы. Послеоперационный период в группах не отличался. Выводы: применение современных технологических приемов позволяет существенно расширить показания к осуществлению операции эндопротезирования аорты у больных с неблагоприятной анатомией.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.241. Оригінальний метод лікування аневризми висхідного відділу аорти / В. Б. Демянчук, В. В. Погребняк, О. В. Зеленчук, О. І. Кваша, Б. М. Тодуров // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. –– 2020. –– № 4. –– С. 29-33. –– Бібліогр.: 12 назв. –– укр.

Необхідність хірургічного лікування аневризм висхідного відділу аорти зумовлена низкою тяжких ускладнень, які виникають при природному перебігу цього захворювання, таких як розшарування і розрив аорти. Такі втручання демонструють добрі безпосередні й віддалені результати лікування, однак досить часто супроводжуються високою крововтратою і травматичністю, що в пацієнтів похилого віку на тлі супутньої патології може призвести до серйозних серцевих та позасерцевих ускладнень і подовження термінів лікування в цілому. Представлено технологію бандажування висхідної аорти, яка надає змогу зменшити хірургічну травму і при цьому зберегти радикальність втручання. Описано клінічний випадок застосування зазначеної технології у хворого віком 63 роки, госпіталізованого до клініки ДУ «Інститут серця МОЗ України» з діагнозом: аортальна недостатність 3-го ступеня (тристулковий аортальний клапан), дилатація кореня і висхідної аорти, трикуспідальна недостатність 2-го ступеня, висока легенева гіпертензія, серцева недостатність IIA стадії зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка. Використання запропонованого способу у порівнянні з відомим способом фіксації судинного протеза має такі переваги: фіксація проксимальної частини судинного протеза здійснюється за допомогою судинного шовного матеріалу; усувається ризик пошкодження стінки аорти; усувається ризик виникнення масивної кровотечі з аорти в місці фіксації протеза; зменшується тривалість оперативного втручання.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.242. Особливості клінічного перебігу та чинники, пов'язані з короткотерміновим прогнозом у хворих з тромбоемболією легеневої артерії / В. Й. Целуйко, Л. М. Яковлева, С. М. Сухова, О. В. Радченко, Т. В. Пильова, А. С. Внукова, К. Ю. Кіношенко // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. –– 2021. –– № 2. –– С. 18-26. –– Бібліогр.: 25 назв. –– укр.

Мета роботи –– вивчити клініко-анамнестичні та інструментальні показники, пов'язані з короткотерміновим прогнозом у хворих з тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА). Дослідження проведено в період з 1 вересня 2019 до 31 грудня 2020 рр. на базі міської клінічної лікарні. До попереднього аналізу було залучено 187 хворих з діагнозом гострої ТЕЛА. Встановлено, що 25 (13,3 %) хворих померли протягом 30 діб (I група), з них 19 (76,0 %) пацієнтів мали високий ризик передбачуваної ранньої смерті та 6 (24,0 %) –– помірно-високий ризик. До групи порів-

няння (ІІ група) залучили 106 (56,7 %) осіб, які вижили протягом 30 діб від початку гострого епізоду ТЕЛА та не відрізнялися за ризиком передбачуваної ранньої смерті від хворих І групи, з них 54 (50,9 %) мали високий ризик та 52 (49,1 %) ---- помірно-високий. Усі пацієнти з ТЕЛА одержували антикоагулянтну терапію згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів 2019 р. Середній вік пацієнтів І групи становив (69,08 ± 14,15) року і був статистично значуще (p = 0,0169) більшим, ніж у хворих ІІ групи ((65,25 ± 13,29) року). У І групі статистично значуще більшою була частка хворих з високим ризиком, а у ІІ ---- частка пацієнтів з помірно-високим ризиком (p = 0,0409). Кількість пацієнтів з помірно-високим ризиком та IV і V класу за індексом PESI була однаковою в обох групах, тоді як у ІІ групі переважали пацієнти з ІІІ класом за індексом PESI (p = 0,0380). При аналізі факторів ризику венозного тромбоемболізму встановлено, що в пацієнтів І групи статистично значуще частіше спостерігалися застійна серцева недостатність (p = 0,0065) та ожиріння (p = 0,0482). Висновки: у госпіталізованих хворих з гострою ТЕЛА відзначено високу смертність протягом 30 діб (13,3 %): 26 % у групі пацієнтів з високим ризиком та 10,3 % ---- з помірно-високим ризиком. Вік понад 65 років, наявність застійної серцевої недостатності та ожиріння є незалежними чинниками, які за даними уні---- та мультиваріантного логістичного регресійного аналізу асоціюються з несприятливим короткотерміновим прогнозом у хворих із ТЕЛА (p < 0,005).

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.243. Порушення функції клапанів при міксомах серця: механізм пошкодження і методи корекції / Р. М. Вітовський, В. В. Ісаєнко, Д. М. Дядюн, І. В. Мартищенко, О. А. Піщурін, О. В. Купчинський // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 13-23. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- проаналізувати частоту і характер уражень клапанного апарату, оцінити результати хірургічної корекції уражених клапанів при міксомах серця. В одноцентровому дослідженні за період з 1.01.1969 до 1.10.2020 рр. спостерігалося 962 пацієнти з морфологічно верифікованими первинними пухлинами серця. Міксоми серця виявлено у 856 (89,0 %) хворих. Патологію клапанного апарату в поєднанні з міксомами серця відзначено у 70 (8,1 %) хворих. Обсяг і характер пошкодження клапанів були різними та залежали від розмірів, консистенції і локалізації міксоми, ступеня її рухливості й наявності ділянок вираженого фіброзу та звапнення на пухлині. Хірургічну корекцію клапанних уражень виконано у 65 хворих. У 5 пацієнтів з клапанного апарату вдалося видалити пухлинну тканину з подальшою профілактикою рецидиву захворювання, не пошкодивши клапанні й підклапанні структури. Хірургічні прийоми передбачали як пластичні маніпуляції, так і протезування клапанів. До особливостей віддаленого післяопераційного періоду в таких хворих належать порушення функції клапанів, які прогресують і виявляються посиленням недостатності внаслідок подальшої деформації клапанного апарату. Висновки: поряд із видаленням міксоми необхідно проводити ретельний огляд клапанного апарату і корекцію клапанних пошкоджень за різними методами, до яких належать пластичні операції та протезування клапана залежно від характеру і ступеня вираження пошкодження.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.244. Практичні аспекти антикоагулянтної терапії в різних категорій пацієнтів / Т. Ткаченко // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 50-55. ---- укр.

У межах онлайн-конференції з міжнародною участю «Дні аритмології в Києві» 19 ---- 20 листопада 2020 р. відбувся симпозіум «Практичні аспекти застосування прямих пероральних антикоагулянтів». Учасники наукового заходу обговорили доцільність та особливості застосування прямих пероральних антикоагулянтів для запобігання тромбоемболічним ускладненням у різних категорій пацієнтів з наголосом на доказову базу апіксабану.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.245. Ранній морфогенез судин і нервів шиї: (огляд) / Л. М. Герасим, І. О. Цуманець // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 4. ---- С. 56-64. ---- Бібліогр.: 34 назв. ---- укр.

Огляд присвячено анатомії та топографії компонентів основного судинно-нервового пучка шиї на етапах раннього онтогенезу з погляду хірургічної корекції відхилень від нормального розвитку їх у новонароджених та дітей раннього віку. Проте дані літератури суперечливі, фрагментарні щодо анатомічних особливостей сонних артерій, внутрішньої яремної вени, блукаючого нерва. Несистематизовано дані про синтопічну кореляцію компонентів основного судинно-нервового пучка шиї у плодів і новонароджених. Існують дискусійні повідомлення щодо впливу росту плода на темпи розвитку компонентів основного судинно-нервового пучка шиї або впливу суміжних органів та структур на становлення їх топографії. Відсутність комплексних досліджень щодо морфометричної характеристики та корелятивних взаємовідношень компонентів основного судинно-нервового пучка шиї в перинатальному періоді онтогенезу зумовлює потребу подальшого анатомічного дослідження. Захворювання сонних артерій призводить у 30 % випадків до інсульту. Загальна частота деформацій сонних артерій залежно від результатів ангіографічних і патологоанатомічних досліджень коливається від 10 до 40 %. Коулінг внутрішньої сонної артерії пов'язаний з ембріологічною патологією, а подовження та перегиб ---- наслідок фібром'язових дисплазій або змін, які супроводжуються атеросклеротичними пошкодженями артерій. Кінкінг ---- перегин артерії під гострим кутом. Він може бути природженим, коли з раннього дитинства виявляється порушення мозкового кровообігу та розвивається з часом з видовженої сонної артерії. Формуванню перегинів сприяє артеріальна гіпертонія, прогресування атеросклерозу. Койлінг ---- утворення петлі артерії. Не дивлячись на плавний хід петлі, зміни кровоточу в ній значні. Характер згинів за койлінгу може змінюватись залежно від положення тіла, артеріального тиску. Найбільш часто виявляється подовження внутрішньої сонної або хребтової артерії, яка призводить до формування плавних вигинів по ходу судини. Подовження артерій, як правило, виявляється під час випадкових досліджень. До основних етіологічних причин патологічної звивитості внутрішньої сонної артерії відносять: природжену деформацію судинної стінки, артеріальну гіпертензію, остеохондроз шийних хребців, компресію брахеоцефальних артерій, черепномозкових нервів.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.246. Результати алкогольної септальної абляції в лікуванні гіпертрофічної кардіоміопатії / Б. М. Тодуров, Г. І. Ковтун, А. В. Хохлов, О. В. Пантазі, А. О. Шпачук, А. Ю. Мельник, А. О. Максаков, А. С. Бацюн // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. ---- 2020. ---- № 4. ---- С. 44-49. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія ---- відносно поширене захворювання, яке є однією з найчастіших причин раптової серцевої смерті в молодих людей. Одним із варіантів хірургічного лікування цієї патології вважають септальну міоектомію, яка була золотим стандартом лікування таких хворих протягом десятиліть. Незважаючи на це, хірургічне лікування призначено для молодих пацієнтів з низьким ризиком післяопераційних ускладнень, в той час як пацієнти із супутніми захворюваннями і вищим операційним ризиком потребують альтернативного лікування. На сьогодні алкогольну септальну абляцію визнано ефективним, малоінвазивним методом лікування гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії в пацієнтів з градієнтом вихідного тракту лівого шлуночка ≥ 50 мм рт. ст. Представлено досвід використання алкогольної септальної абляції в 57 пацієнтів із обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка.

Шифр НБУВ: Ж100823

Див. також: 4.Р.129, 4.Р.131, 4.Р.161, 4.Р.166, 4.Р.173, 4.Р.229, 4.Р.390

Хірургія ділянки живота

4.Р.247. Історія розвитку лапароскопічних втручань або чи можливо розумно передбачити майбутнє? / М. М. Гресько, А. М. Гресько // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 124-128. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Проаналізовано в хронологічній послідовності основні етапи становлення ендоскопічної хірургії. Показано, що розвиток хірургічних технологій у кінці 20-го сторіччя відбувався завдяки плідній роботі окремих хірургів-унікумів, які, у тісній кооперації із інженерами, «ламал» класичне бачення розвитку хірургії своїх колег. Їх талант та наполегливість впровадження нових методів лікування сформували тенденцію до зменшення травматичності різних методів діагностики та лікування і надали змогу виконувати високотехнологічні операції з високим рівнем реабілітації. Із 1992 р. ендоскопічна методика почала широко впроваджуватися у лікарнях різних міст України, а у 1996 р. її було впроваджено на Буковині. Хірурги Буковини продовжують вдосконалювати методи ендоскопічного лікування хворих, пам'ятаючи, що це є запорукою прогресу лікування та запобігання інтра---- та післяопераційних ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.248. Підвищення ефективності анестезіологічного забезпечення оперативних втручань під час виконання лапараскопічної холецистектомії: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.30 / О. М. Машин; Державний заклад «Дніпропетровська державна медична академія Міністерства охорони здоров'я України». ---- Дніпро, 2020. ---- 24 с.: рис., табл. ---- укр.

Здійснено теоретичне узагальнення й обгрунтовано нове вирішення науково-практичного завдання щодо підвищення ефективності та безпеки анестезіологічного забезпечення оперативних втручань під час виконання лапароскопічної холецистектомії шляхом персоніфікованого анестезіологічного забезпечення. Зазначено, що роботу проведено на підставі аналізу особливостей перебігу різних варіантів анестезії в періопераційному періоді у 120 пацієнтів з жовчокам'яною хворобою, яким виконано лапароскопічну холецистектомію в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії із застосуванням препарату пропофол у ручному режимі введення, із застосуванням інгаляційної анестезії препаратом се-

вофлуран та тотальної внутрішньовенної анестезії із застосуванням препарату пропофол за методикою інфузії препарату за цільовою концентрацією. Розширено зону використання методу моніторингу біспектрального індексу та моніторингу індексу аналгезії і ноцицепції для оцінки адекватності анестезії при різних варіантах анестезіологічного забезпечення. Встановлено можливості моніторингу щодо оцінки параметрів гемодинаміки і вегетативної регуляції у реальному часі та для прогнозування змін показників інтраопераційно. Доведено інформативну цінність зміни показників параметрів центральної гемодинаміки як варіанта оцінки волемічного статусу пацієнта в передопераційному періоді з використанням неінвазивної технології esCCO. Зазначено, що одержані результати надають змогу констатувати широкі можливості щодо мінімізації впливу на серцево-судинну систему в умовах транзиторного підвищення внутрішньочеревного тиску. Доведено, що тотальна внутрішньовенна анестезія з інфузією за цільовою концентрацією анестетика має високу керованість, яку можна порівняти з низькопоточною інгаляційною анестезією севофлураном.

Шифр НБУВ: РА446022

4.Р.249. Рання діагностика та профілактика гострого пошкодження нирок у пацієнтів похилого віку після ургентної абдомінальної хірургії / Н. В. Момот, Н. В. Туманська, Ю. М. Петренко, С. І. Воротинцев // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 46-55. ---- Бібліогр.: 71 назв. ---- укр.

У зв'язку зі стрімким старінням населення кількість пацієнтів похилого віку швидко зростає. Літні хворі ---- особлива когорта пацієнтів внаслідок характерних для них фізіологічних та анатомічних вікових змін, тендітності й коморбідності. Одним із загрозливих періопераційних ускладнень у пацієнтів похилого віку є гостре пошкодження нирок (ГПН), яке пов'язане з більш тривалим перебуванням в стаціонарі, підвищенням короткочасної та довгострокової летальності. Незважаючи на постійні зусилля щодо стандартизації визначення ГПН з використанням креатиніну сироватки крові, цей метод має низку недоліків, що зумовлює актуальність пошуків інших діагностичних критеріїв пошкодження нирок. Останнім часом усе більшої популярності набуває визначення біомаркерів (ліпокалін-2, інтерлейкін-18, цистатин С), які можуть бути корисними у ранній діагностиці ГПН. Зважаючи на те, що фільтруюча здатність нирок ---- єдиний фактор, що визначає концентрацію цистатину С в сироватці крові, цей маркер є найбільш цінним. Перспективним також вважається використання ультразвуку для ранньої діагностики ГПН. Декілька досліджень демонструють, що нирковий резистивний індекс і напівкількісна оцінка ниркового кровотоку добре зарекомендували себе для діагностики стійкого ГПН. Високий рівень смертності та відсутність спеціального лікування підсилюють необхідність профілактики ГПН у літніх людей, основою якої є ретельний клінічний моніторинг зі своєчасною корекцією гіповолемії і гіпотензії. При виконанні інвазивних процедур ризик ГПН можна зменшити, підтримуючи середній артеріальний тиск > 80 мм рт. ст. і гематокрит > 30 %, а також забезпечуючи адекватну оксигенацію та відновлення об'єму крові. Призначення препаратів має бути індивідуалізованим шляхом коригування доз відповідно до швидкості клубочкової фільтрації та віку пацієнта. Проте відкритим залишається питання специфічної медикаментозної профілактики ГПН. Ренопротективні властивості дексмедетомідину було підтверджено в декількох дослідженнях у кардіохірургії, також в літературі описано певний позитивний вплив пентоксифіліну при лікуванні патології нирок. Даний огляд розкриває тему ГПН у пацієнтів похилого віку в абдомінальній хірургії та зосереджує увагу на питаннях ранньої діагностики і профілактики цього синдрому.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.162, 4.Р.250

Хірургічна патологія ділянки живота

Хірургічна патологія черевної стінки

4.Р.250. Біосумісність імплантів у плановій та ургентній герніохірургії / Б. І. Слонецький, М. І. Тутченко, І. В. Вербицький, В. О. Коцюбенко // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 152-158. ---- Бібліогр.: 48 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- проаналізувати сучасні науково-практичні здобутки щодо ефективності застосування імплантів у плановій та ургентній герніохірургії, виявити перспективні напрями наступних наукових досліджень. Наведено сучасні погляди щодо оцінювання біосумісності, ефективності та доцільності застосування імплантів у плановій та ургентній герніохірургії. Обгрунтовано важливість визначення основних факторів виникнення вентральної грижі, визначення прогностичних складових перебігу репаративного процесу в галузі герніопластики та способів корекції. Наведено фізико-хімічні особливості імплантів, що використовували раніше та застосовують нині, враховуючи планові й ургентні умови виконання хірургічного втручання в пацієнтів із вентральними грижами. Показано необхідність використання комплексного підходу під час вибору способу корекції чи реконструкції черевної стінки, враховуючи біологічні та динамічні умови її існування. Наголошено на важливості селективного підходу до вибору лікувальної тактики в пацієнтів особливо під час виконання герніопластики в умовах умовно інфікованої чи інфікованої операційної рани. Для покращання наслідків герніопластики треба більш обгрунтовано та комплексно оцінювати резерви та ризики пацієнта, а також абсолютизувати показання до застосування імплантів. Удосконалення результатів ургентної та планової герніохірургії вентральних гриж полягає у виконанні оперативних втручань тільки в хірургічних відділеннях, де постійно впроваджуються сучасні світові досягнення.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.251. Спосіб герніопластики / І. В. Шкварковський // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 4. ---- С. 47-50. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Аутопластика пахвинних гриж супроводжується високою частотою рецидиву захворювання ---- 10 ---- 12 %. Тому основним принципом хірургічного лікування гриж в теперішній час є виконання пластики «без натягу» з використанням сучасних синтетичних матеріалів. Однак за будь-якого виду алопластики, не дивлячись на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричиняє ряд специфічних ускладнень. Серед них ---- сероми, гематоми, відчуття стороннього тіла, синдром хронічного пахвинного болю. Водночас зростає кількість повідомлень про ризик виникнення специфічних ускладнень внаслідок контакту алотрансплантата із сім'яним канатиком. В основу даного дослідження покладено результати топографо-анатомічного дослідження 50 нефіксованих трупів чоловіків в першу добу після смерті віком від 34 до 65 років, зростом від 160,0 до 190,0 см. Проводились морфологічні дослідження фасціально-сухожилкових елементів пахвинного каналу, вивчалась можливість транслокації сім'яного канатика в передочеревинний простір і спосіб фіксації алотрансплантата. Запропонований спосіб використовується таким чином. Косим розрізом у пахвинній ділянці вище та за середньо від пахвинної складки розсікають шкіру та підшкірну клітковину. Виділяють та розкривають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота. Диференціюють та виділяють грижовий мішок. У разі косої грижі останній прошивають біля шийки, залишок відсікають. За прямої грижі грижовий мішок, не розкриваючи, занурюють у передо-черевинний простір. Розсікають поперечну фасцію від внутрішнього отвору пахвинного каналу до зовнішнього краю піхви прямого м'яза живота. Сім'яний канатик після мобілізації розташовують у передочеревинному просторі, а краї поперечної фасції зшивають безперервним швом з ліквідацією внутрішнього отвору пахвинного каналу. Формують нове місце виходу сім'яного канатика біля бічного краю піхви прямого м'яза живота. Виконують пластику грижового дефекту за допомогою сітчастого імплантата, по верхньому краю якого формують вирізку, розмір якої відповідає діаметру сім'яного канатика. Запропонований спосіб запобігає контакту сім'яного канатика з алопротезом, запобігаючи тим самим розвитку специфічних ускладнень. Крім цього, ушивання глибокого пахвинного кільця, як одного з найслабкіших місць пахвинного каналу, запобігає розвитку рецидиву грижі.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.252. Laparoscopic treatment of strangulation of inguinal hernias / R. N. Abu Shamsieh // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 3/4. ---- С. 76-77. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- поліпшити результати лікування хворих з ущемленою паховою грижею за допомогою лапароскопічних технологій, використовуючи легкі сітчасті імплантати і фіксацію їх за допомогою електрокоагуляції. Проаналізовано результати відеолапароскопічної хірургії пахової грижі у 112 (89,6 %) чоловіків і 13 (10,6 %) жінок у віці 17 ---- 84 року (57,0 ± 19,8) року із застосуванням техніки використання різних сітчастих імлантатов (техніка TAPP). У 3 хворих відзначався рецидив через недостатній розмір сітчастого матеріалу, у 2 хворих утворилася гематома із-за використання звичайної поліпропіленової або щільної монофіламентної поліестерової сітки і її жорсткої фіксації. При використанні легкої сітки, що самофіксується, гематома не утворювалася. Таким чином, використання легких сіток, що самофіксуються, при лапароскопічному методі лікування ущемленої грижі за допомогою техніки TAPP надає змогу уникнути утворення гематоми, зменшує набряк в області операційної рани і в післяопераційному періоді протікає практично без больового синдрому, а також використання сітчастих імплантатів, фіксованих за допомогою електрокоагуляції, удвічі знижує вартість витрат, що, у свою чергу, сприяє популяризації лапароскопічного підходу.

Шифр НБУВ: Жс20661

Хірургічна патологія органів черевної порожнини

4.Р.253. Балонна дилатація при хірургічному лікуванні пілородуоденального стенозу виразкового генезу: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.03 / С. О. Тарабаров; Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністер-

ства охорони здоров'я України». ---- Запоріжжя, 2020. ---- 24 с.: рис., табл. ---- укр.

Висвітлено можливості покращання результатів хірургічного лікування пацієнтів з пілородуоденальним стенозом (ПДС) виразкового генезу шляхом застосування ізольованої ендоскопічної та комбінованої ендолапароскопічної балонної дилатації. Обстежено та проведено лікування 114-ти хворих з компенсованим, субкомпенсованим та декомпенсованим стенозом. Чоловіків 71 (62,3 %), жінок 43 (37,7 %) віком 34 ---- 65 років (середній вік (45,3 ± 5,2) років). Науково обгрунтовано патогенетичні підходи до лікування стенозу виразкового генезу з урахуванням показників тиску в пілородуоденальній зоні та співвідношення факторів агресії та захисту в шлунковому соці. Доведено, що манометрія має високу чутливість та специфічність в діагностиці ступеня ПДС виразкового генезу, надає змогу обгрунтувати тактику хірургічного лікування стенозу з застосуванням ізольованої ендоскопічної та комбінованої ендолапароскопічної балонної дилатації. Вперше досліджено співвідношення факторів агресії та захисту в шлунковому соці у хворих з ПДС виразкового генезу та визначено показання до ізольованої ендоскопічної та комбінованої ендолапароскопічної балонної дилатації у лікуванні стенозу.

Шифр НБУВ: РА446162

4.Р.254. Генетична детермінованість післяопераційного парезу кишки на тлі перитоніту / І. Ю. Полянський, В. І. Москалюк // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 3. ---- С. 13-16. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Післяопераційний парез кишки залишається актуальною проблемою абдомінальної хірургії, оскільки є одним з найпоширеніших за частотою післяопераційним ускладненням. У більшості досліджень порушення моторної функції кишки після оперативних втручань на порожнистих органах травлення розглядається як патологічний процес, який є наслідком післяопераційного перитоніту. У роботі наведено дані про зв'язок варіантів гена SERT, який регулює зворотне захоплення серотоніну, з концентрацією його у плазмі крові та імовірністю виникнення післяопераційного парезу кишки та перитоніту. Це надало змогу не тільки прогнозувати виникнення післяопераційних порушень моторно-евакуаторної функції кишки, а й удосконалити алгоритми запобігання їм та їх патогенетично обгрунтованого лікування. Встановлено, що саме за SS-генотипу частіше виникають післяопераційні порушення моторно-евакуаторної функції кишки, які призводять до перитоніту. Це зумовлює зміну лікувальної тактики у таких хворих. У разі виявлення цих неблагоприємних варіантів генотипу до оперативного втручання у таких хворих доцільно розширити показання до інтубації кишки навіть без інтраопераційних проявів його парезу. Запропоновано методику, за якої спочатку виконують назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки, яка необхідна для виконання основного етапу операції, і у разі необхідності виведення стоми, показаннями до якої у хворих з неблагоприємними варіантами генотипу доцільно розширити, інтубаційний зонд відрізається біля першого отвору, якого розміщується у шлунку, а протилежний кінець виводиться через сформовану стому. Це значно спрощує техніку інтубації кишки, надає змогу уникнути різних ускладнень, пов'язаних з ретроградною інтубацією, у першу чергу, інфікування рани. Дослідження свідчать про високий ризик розвитку післяопераційного перитоніту у хірургічних хворих, у яких після оперативних втручань на органах травлення були наявні виражені порушення моторно-евакуаторної функції кишки. Удосконалені алгоритми лікування таких хворих надають змогу суттєво знизити ризик розвитку післяопераційного парезу кишки та перитоніту, а у разі їх виникнення ---- ефективно ліквідувати їх прояви.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.255. Гепатіко-холедохо-дуоденальна нориця, як ускладнення синдрому Міріззі / М. Г. Гнатюк, М. В. Лянскорунський, В. Ю. Бодяка, С. Ю. Шевченко, Д. Ю. Криворучко, Ю. Я. Чупровська, Ю. П. Петрук, М. І. Райчук // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 104-108. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Представлено клінічний випадок оперативного лікування гепатіко-холедохо-дуоденальної нориці, який виник внаслідок можливого утворення та розрішення підпечінкового абсцесу після хірургічного лікування синдрому Міріззі. Під час ревізії мав місце виражений спайковий процес у ділянці воріт печінки, у який втягнено печінково-дванадцятипалокишкову зв'язку та цибулину дванадцятипалої кишки. Після виконання вісцеролізу виявлено дефект стінки дванадцятипалої кишки та підтікання жовчі з позапечінкових жовчних шляхів. Дефект стінки дванадцятипалої кишки зшито дворядним швом та сформовано гепатікоєюноанастомоз на петлі за Ру. Аналізуючи даний клінічний випадок зроблено висновки: у разі розвитку післяопераційних ускладнень за синдрому Міріззі, у вигляді хронічного холангіту, жовтяниці, у разі яких консервативна терапія малоефективна, слід віддавати перевагу методам хірургічної корекції. У випадку виникнення сумніву щодо спроможності швів та майбутньої прохідності позапечінкових жовчних шляхів, за хірургічного лікування синдрому Міріззі, слід віддавати перевагу гепатікоєюностомії.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.256. Гістологічний та імуногістохімічний аналіз змін сполучної тканини у хворих із зовнішніми кишковими норицями / Я. Ю. Войтів, О. Ю. Усенко, О. О. Дядик // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 98-103. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Обстежено 43 хворих із зовнішніми тонко і товстокишковими норицями та патологією сполучної тканини, які лікувались у ДУ «НІХТ ім. О. О. Шалімова» впродовж 2017 ---- 2020 рр. Під час комплексного дослідження фрагментів тканин тонкої та товстої кишок виявлено схожі морфологічні зміни у групах з фенотипічними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини та із зовнішніми кишковими норицями. За імуногістохімічного дослідження тканин з моноклональними антитілами до α ---- SMA в обох групах виявлено нерівномірну, вогнищеву експресію в клітинах гладком'язового диференціювання та у фібробластах; з моноклональними антитілами до Collagen IV відмічено помірну позитивну експресію в базальній мембрані судин, в гладком'язових клітинах м'язового шару стінки судин, в ділянках сполучної тканини, що є ознаками патологічного ремоделювання сполучної тканини.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.257. Експериментальне обгрунтування методу ендоскопічного гемостазу / І. І. Дутка, Ф. В. Гринчук, І. С. Давиденко, А. В. Ушаков, Є. В. Уляшкевич // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 47-52. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

В експерименті на 79 білих нелінійних щурах вивчено можливість і ефективність застосування желатину сукцинільованого (ЖС) для проведення ін'єкційного ендоскопічного гемостазу. Після лапаротомії у передню стінку шлунка шприцом уводили 0,5 мл розчину. У контрольній групі (35 тварин) використали суміш 0,9 % розчину NaCl та епінефрину гідротартрату (1,8 мг/1 мл) у співвідношенні 1:20. У дослідній групі (35 тварин) ---- суміш розчину ЖС (40 мг/1000 мл води для ін'єкцій) та епінефрину гідротартрату (1,8 мг/1 мл) у співвідношенні 1:20. Безпосередньо після ін'єкції та через 1, 3, 6, 12 год. (після релапаротомії) забирали стінку шлунка для гістологічного дослідження, протягом якого визначали товщину стінки шлунка. Безпосередньо після ін'єкції товщина стінки шлунка в обох групах статистично суттєво не відрізнялася. Через 1 год. після ін'єкції товщина стінки шлунка статистично суттєво збільшилася в обох групах, параметри показників у дослідній групі були значно більшими. Через 3, 6, 12 год. товщина стінки шлунка в обох групах зменшувалася. Параметри показників у дослідній групі були значно більшими, ніж у контрольній. Через 12 год. у контрольній групі показники майже не відрізнялися від вихідних, а у контрольній були значно, статистично суттєво більшими. Гістологічні дослідження засвідчили, що структура тканин шлунка в обох групах не відрізнялася. Ін'єкція желатину не спричиняла негативну дію на тканини стінки шлунка. Товщина підслизового шару одразу після ін'єкції майже не відрізнялася. Через 12 год. у дослідній групі товщина (26,95 ± 5,34 мкм) була більшою, ніж у контрольній (15,45 ± 4,38 мкм, $p < 0,01$). Більшість судин у тварин дослідної групи через 12 год. залишаються стиснутими, натомість у контрольній групі їх діаметр збільшується. Це засвідчує, що ЖС можна використати для виконання ін'єкційного ендоскопічного гемостазу в клінічних умовах.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.258. Оптимізація заходів хірургічного лікування холангіту та його ускладнень: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.03 / В. А. Вовк; Харківська медична академія післядипломної освіти. ---- Харків, 2020. ---- 39 с.: рис., табл. ---- укр.

Наведено теоретичне обгрунтування і практичне розв'язання наукового завдання ---- покращання результатів хірургічного лікування при холангіті та його ускладненнях. Представлено результати дослідження 319 хворих із холангітами різноманітної етіології та їх ускладненнями. Визначено нові аспекти патогенезу розвитку гострого холангіту (ГХ), пов'язані зі змінами концентрації жовчних кислот у жовчі. Зазначено, що запальному процесу жовчних протоків сприяють великі концентрації цитотоксичних гідрофобних жовчних кислот у жовчі біліарного дерева, які мають ушкоджуючий ефект на епітелій жовчовивідних шляхів. У результаті ексудації протоковим епітелієм запальної рідини та зменшення виділення гепатоцитами жовчних кислот їх концентрації у протоковому змісті різко знижуються. Внаслідок зменшення концентрації жовчних кислот антимікробні властивості жовчі зникають, виникає інфікування жовчі у просвіті біліарних протоків. Інфікований запальний внутрішньопротоковий процес одразу набуває гнійного характеру на фоні збільшеного інтрапротокового тиску. Клінічно при цьому виникають прояви ГХ. На підставі проведеного клініко-морфологічного та бактеріологічного дослідження доведено, що оптимальними строками для проведення операцій на жовчному міхурі і гепатодуоденальній зв'язці при етапному хірургічному лікуванні є період до 7-ми діб або після

18-ої доби після ендоскопічних транспапілярних втручань з усунення перешкоди відтоку жовчі. За результатами всебічного аналізу лікування хворих на холангіт розроблено способи застосування мініінвазивних хірургічних втручань при непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки, синдромі Міріззі, постінтервенційних ускладненнях із боку підшлункової залози, парапапілярних виразках та абсцесах печінки з використанням комбінованих ендоскопічних, рентгеніінтервенційних і лапароскопічних підходів. У результаті впровадження розроблених методів хірургічного лікування хворих із порушенням прохідності жовчовивідних шляхів різноманітної етіології досягнуто зниження післяопераційних ускладнень з 23,4 % до 9,2 %. Застосування розроблених хірургічних підходів сприяло зниженню післяопераційної летальності у хворих на холангіт та ускладненнями холангіту з 12,0 до 5,9 %.

Шифр НБУВ: РА446100

4.Р.259. Особливості патогенезу та лікування повної і часткової обструкції позапечінкових жовчних шляхів (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.03 / І. М. Мамонтов; Харківська медична академія післядипломної освіти. ---- Харків, 2020. ---- 36 с.: рис., табл. ---- укр.

Під час експерименту встановлено, що при повній обструкції позапечінкових жовчних шляхів (ПОПЖШ) зменшення об'ємної щільності гепатоцитів (ОЩГ) < 0,6 $см^3/см^3$ і загального об'єму гепатоцитів (ЗОГ) менше нормального значення призводить до декомпенсації та загибелі тварин; часткова обструкція є фактором, що сприяє розвитку холангіту ($p < 0,05$); часткова обструкція позапечінкових жовчних шляхів (ЧОПЖШ) без гіпербілірубінемії призводить до збільшення числа синусоїдальних клітин (ЧСК), проліферації жовчних проток, зменшення ОЩГ, збільшення ЗОГ, фіброзу печінки; морфологічні зміни печінки при експериментальній обструкції позапечінкових жовчних шляхів (ОПЖШ), що перебігає з гострим біліарним панкреатитом (ГБП), зумовлені тільки холестазом. Проаналізовано результати лікування 576-ох хворих з ОПЖШ різного генезу. Визначено фактори, що сприяють розвитку холангіту, ГБП і синдрому Міріззі (СМ). Сформовано діагностичну систему, що надає змогу з високою надійністю (> 95 %) невідкладно діагностувати холангіт. Розроблено шкалу визначення показань до невідкладної ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) при ОПЖШ, що надає змогу виокремити пацієнтів, які потребують екстрених (до 12-ти годин) і термінових (протягом 24 год.) ендоскопічних втручань. Удосконалено класифікацію СМ II типу та розроблено новий спосіб його хірургічного лікування ---- холецистофістулолітотомію. Зазначено, що впровадження розроблених діагностичних і лікувальних заходів надало змогу при лікуванні СМ зменшити необхідність відкритих втручань із 86,2 до 21,4 % ($p < 0,001$); знизити частоту помірних і тяжких форм холангіту та/або ГБП із 29,1 до 11,9 % ($p < 0,05$); зменшити летальність, зумовлену холангітом та/або ГБП, із 10,9 до 4,8 % та загальну летальність із 2,3 до 1,3 %.

Шифр НБУВ: РА446069

4.Р.260. Поєднана абдоміно-вертебральна травма у постраждалих в результаті дорожньо-транспортних пригод: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.03 / С. Я. Балясевич; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. ---- Вінниця, 2020. ---- 24 с.: рис. ---- укр.

Уперше встановлено та верифіковано вплив клініко-епідеміологічних характеристик перебігу травматичного процесу у постраждалих з абдоміно-вертебральною травмою в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП). Визначено вплив клініконозологічних характеристик пошкоджень у постраждалих з абдоміно-вертебральними пошкодженнями в результаті ДТП на перебіг травматичного процесу. Встановлено та науково верифіковано клінічні результативні ризики летального результату у постраждалих з абдоміно-вертебральною травмою в результаті ДТП. Розроблено науково обгрунтовані заходи щодо покращання сучасної концепції лікування постраждалих з абдоміно-вертебральною травмою в результаті ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги. Сформульовано науково обгрунтовані протокольні схеми надання допомоги постраждалим з абдоміно-вертебральною травмою в результаті ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги.

Шифр НБУВ: РА446067

4.Р.261. Транскутанні мініінвазивні втручання в лікуванні гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту / І. В. Хомяк, О. В. Ротар, І. С. Терешкевич, В. І. Ротар, А. І. Хомяк, О. В. Грама // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 89-92. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- оцінити ефективність транскутанних мініінвазивних втручань в лікуванні гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту. Проведено аналіз результатів лікування 85 хворих на гнійно-септичні ускладнення гострого некротичного панкреатиту, в яких протягом 2014 ---- 2019 рр. використовували мініінвазивні транскутанні втручання. Для оцінки ефективності лікування вивчали вперше виявлену органну недостатність після операції, тривалість інтенсивної терапії, післяопераційні ускладнення та летальність. Транскутанні пункції та дренування були остаточним хірургічним методом лікування в 74,1 % хворих з інфікованими патологічними вогнищами, у 25,9 % пацієнтів ---- як етап підготовки до відкритої некрсеквестректомії, що сприяло зниженню післяопераційної летальності до 4,5 %. Висновки: транскутанні мініінвазивні втручання є дієвим засобом в покроковому лікуванні гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту, зменшують потребу в широких лапаротомних некрсеквестреткоміях та сприяють зниженню рівня післяопераційної летальності.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.248

Хірургія кінцівок

4.Р.262. Медико-соціальні та економічні питання в лікуванні хворих із синдромом діабетичної стопи / П. О. Герасимчук, Д. Б. Фіра, А. В. Павлишин // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 3/4. ---- С. 42-48. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

На основі аналізу лікування 1963 хворих з різними патогенетичними формами синдрому діабетичної стопи виділено низку медичних, економічних і соціальних питань, які потребують свого вирішення. Проаналізовано найбільш типові помилки та недоліки в лікуванні цих хворих. Запропоновано програму покращання якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим із синдромом діабетичної стопи.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.263. Оптимізація хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок з використанням абляціонно-термічних втручань: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.03 / Є. Г. Черкашенінов; Харківський національний медичний університет. ---- Харків, 2020. ---- 20 с.: рис., табл. ---- укр.

Наведено результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 150 хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок і хронічною венозною недостатністю (ХВН) 2 ---- 6 ступеня та варикотромбофлебітом. На підставі аналізу й узагальнення одержаних результатів установлено взаємозв'язок між діаметром вени, рівнем рефлюксу та методом хірургічного лікування. Вперше запропоновано тактику мініінвазивного лікування варикозної хвороби при тромбозі підшкірних вен, суральних вен, однієї з глибоких вен гомілки. Встановлено, що при збільшенні рівня розчинних комплексів мономера фібрину (РКМФ) і концентрації фібриногену (КФ) після хірургічного лікування варикозної хвороби необхідність використання антикоагулянтної терапії знижує ризики венозного тромбозу в післяопераційному періоді. Науково обгрунтовано терміни ендовазального лікування вен при тромбозі та термін антикоагулянтної терапії. Доповнено наукові дані про морфологічні зміни стінки вен при радіочастотній абляції стовбура великої підшкірної вени.

Шифр НБУВ: РА445657

4.Р.264. Порівняння ефектів комбінованої нейроаксіальної анестезії та багатокомпонентної низькопотокової інгаляційної анестезії у структурі періопераційного анестезіологічного забезпечення при артроскопічних втручаннях на колінному суглобі / В. В. Євсєєва, Є. О. Скобенко, Л. М. Зенкіна, М. О. Малімоненко, С. О. Савченко // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 80-85. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Артроскопічні втручання на колінному суглобі (АКС) ---- найпоширеніший вид хірургічного втручання у світі. Але питання щодо найкращого анестезіологічного забезпечення при цьому поки не вирішене. Мета роботи ---- покращання якості анестезіологічного забезпечення артроскопічних втручань на колінному суглобі шляхом удосконалення персоніфікованого періопераційного анестезіологічного менеджменту. У дослідженні взяли участь 142 пацієнти віком від 18 до 78 років, яким було зроблено АКС, рандомізовані на дві групи за видом обраного пацієнтом анестезіологічного забезпечення. У першій групі (n1 = 82) пацієнтам проводили нейроаксіальну анестезію у поєднанні з внутрішньовенним уведенням дексмедетомідину, у другій групі (n2 = 60) ---- багатокомпонентну низькопотокову інгаляційну анестезію севофлюраном у поєднанні з мультимодальною аналгезією. До операції оцінювали рівень передопераційного стресу. Протягом перших 24 год. після оперативного втручання оцінювали рівень післяопераційного болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), частоту виникнення післяопераційної нудоти і блювання (ПОНБ), загальну задоволеність пацієнта оперативним втручанням. Рівень болю за ВАШ, частота випадків ПОНБ, рівень задоволеності в піддослідних групах суттєво не відрізнялися. На вибір пацієнта виду анестезіологічного забезпечення суттєвий вплив мав рівень доопераційного стресу. Висновки: нейроаксіальна та загальна анестезія при артроскопічній хірургії колінного суглоба мають переваги та недоліки. Прийняття рішення про метод анестезіологічного забезпечення має базуватися на бажанні пацієнта та на його можливому попередньому оперативному досвіді.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.197, 4.Р.200

Травматологія та ортопедія

Травматологія

4.Р.265. Аналіза скорочення скелетних м'язів хронічно-алкоголізованих щурів за дії водорозчинного C_{60} ---- фуллерену / Д. М. Ноздренко, Ванг Нан, О. П. Мотузюк, О. В. Вигівська, К. І. Богуцька, Н. Є. Нурищенко, Ю. І. Прилуцький // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології: зб. наук. пр. ---- 2021. ---- **19**, вип. 2. ---- С. 475-485. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Досліджено дію водорозчинних C_{60} ---- фулеренів на скорочення скелетних м'язів хронічно-алкоголізованих щурів. Одержані дані свідчать про зменшення флуктуаційних коливань м'язової сили на фазах утримання максимальних силових відповідей і рівнів ферментів (креатиніну, креатинфосфокінази, лактату та лактатдегідрогенази) у крові експериментальних тварин за введення водного розчину C_{60} ---- фулерену. Це вказує на те, що водорозчинні C_{60} ---- фулерени можна розглядати як перспективні лікарські засоби для профілактики та корекції функціональної активності пошкодженого м'яза за розвитку алкогольної міопатії.

Шифр НБУВ: Ж72631

4.Р.266. Вплив надмірної ваги на перебіг механічної травми / М. Гогія, М. Водка // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 33-37. ---- Бібліогр.: 41 назв. ---- укр.

Огляд літератури присвячено значенню надмірної ваги у постраждалих з тяжкою механічною травмою. Механічна травма залишається важливою медичною та соціальною проблемою людства. Перебіг травми та її наслідки залежать не тільки від особливостей травми, але й від вихідного стану постраждалого. Велике значення мають індивідуальні особливості постраждалого (стать, вік, супутня соматична патологія та ін.) та застосована лікувальна тактика, зокрема своєчасність та обсяг хірургічних втручань. У цьому аспекті заслуговує на увагу роль надмірної ваги, яка є серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. За результатами багатьох клінічних досліджень та метааналізів встановлено наявність впливу надмірної ваги та ожиріння на тяжкість окремих ушкоджень, на перебіг посттравматичного періоду, частоту загальних і місцевих ускладнень та летальність. У більшості досліджень встановлено, що ожиріння є маркером негативного прогнозу абдомінальної травми та збільшує ризик тяжких ускладнень і ризик смерті. Ожиріння визнано фактором ризику ранових ускладнень, внутрішньочеревної гіпертензії та абдомінального компартмент-синдрому, гострого ураження нирок, інфекційних ускладнень, частоти тромбозу глибоких вен, тромбоемболії та пневмонії. У постраждалих з ожирінням, які перенесли лапаротомію з приводу абдомінальної травми, виявлено більшу летальність, більшу тривалість стаціонарного лікування, більшу тривалість знаходження у відділенні інтенсивної терапії. Крім цього, ожиріння утруднює здійснення інтервенційних маніпуляцій (встановлення центральних венозних катетерів, інтубація трахеї, штучна вентиляція легень) та оперативних втручань (стабілізація переломів, абдомінальні та торакальні втручання), а також зменшує діагностичну цінність традиційних методів обстеження постраждалих. Негативний вплив надмірної ваги та ожиріння необхідно враховувати під час планування діагностичної та лікувальної тактики, однак це потребує подальшого вивчення.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.267. Вплив олігопептидів — гомологів фрагмента $АКТГ_{15-18}$ на прооксидантно-антиоксидантний баланс у печінці щурів на моделі гострої гіпотермії / О. В. Кудіна, С. Ю. Штриголь, Н. А. Сліпцова, Л. М. Пальчак, О. О. Колобов // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 4. ---- С. 249-255. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- укр.

Ураження організму низькими температурами є актуальною проблемою медицини. Лікарські препарати для підвищення резистентності організму до впливу гіпотермії впливають на обмежену кількість ланок патогенезу холодової травми. З урахуванням складності патогенезу гіпотермічних уражень закономірний інтерес являють нейропептиди, здатні виявляти поліфункціональність. Мета дослідження ---- з'ясувати вплив олігопептидів ---- гомологів фрагмента $АКТГ_{15-18}$ на перебіг процесів пероксидного окиснення ліпідів у печінці щурів на моделі гострої холодової травми. Прооксидантно-антиоксидантний баланс досліджували на моделі гострої холодової травми (експозиція тварин 2 год. за ---- 18 °С). Олігопептиди та препарат порівняння семакс вводили інтраназально окиснення ліпідів у печінці щурів визначали вміст ТБК-активних продуктів, відновленого глутатіону, активність каталази та супероксиддисмутази. Досліджувані пептиди статистично значуще перешкоджали розвитку гіпотермії. Холодова травма спричинила порушення прооксидантно-антиоксидантного балансу в печінці щурів. Цей стан характеризувався підвищенням рівня ТБК-активних продуктів у тварин групи контрольної патології у 2,8 разу проти показника інтактних щурів, зниженням рівня відновленого глутатіону в 1,4 разу, зменшенням активності каталази на 13 % і підвищенням активності супероксиддисмутази на 19 %. Олігопептиди та препарат порівняння знижували рівень ТБК-активних продуктів у 1,5 разу (пептид КК-1) і в 2,0 разу (пептид КК-5 і семакс). За нормалізацією вмісту відновленого глутатіону досліджувані пептиди КК-1 і КК-5 перевершували референс-препарат, оскільки вірогідно підвищували цей показник у 1,2 і 1,3 разу відповідно. Під впливом обох пептидів активність каталази підвищилась на 15 % проти показника контрольної патології. Активність супероксиддисмутази не мала значних змін під впливом як пептидів КК-1 і КК-5, так і семаксу. Таким чином, встановлено, що на моделі гострої холодової травми олігопептиди ---- гомологи фрагмента $АКТГ_{15-18}$ виявили фригопротекторні й антиоксидантні властивості, запобігаючи розвитку гіпотермії та нормалізуючи прооксидантно-антиоксидантний статус у печінці щурів.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.268. Історичний приклад економічного ефекту внаслідок комплексної міжвідомчої взаємодії при наданні догоспітальної допомоги потерпілим у дорожньо-транспортних пригодах / А. І. Процик, Г. І. Герцен, Г. Г. Білоножкін, С. О. Мовчан, С. В. Дибкалюк, Р. М. Остапчук // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 33-37. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Висвітлено актуальність проблеми, важливість своєчасної та якісної догоспітальної допомоги потерпілим внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП). Мета роботи ---- показати важливість комплексної міжвідомчої взаємодії в наданні допомоги потерпілим на автомагістралях. Проаналізовано існуючі у світі тактичні схеми надання допомоги потерпілим на догоспітальному етапі. Показано успіхи європейських країн щодо зниження рівня ДТП та їх негативних наслідків порівняно з даними України на сьогодні. Також наведено історичний приклад економічного ефекту від впровадження у 1985 та 1986 рр. в УРСР низки заходів та дій щодо удосконалення догоспітальної допомоги потерпілим на автомагістралях. Завдяки впровадженням економія від запобігання втратам на догоспітальному етапі становила 96,85 % від загальних втрат внаслідок смертності постраждалих на автомагістралях. Наведені дані свідчать про необхідність удосконалення універсальної організаційної схеми надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі в Україні, що потребує значної уваги з боку державних структур різного рівня.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.269. Морфологічна реорганізація сім'яників при експериментальній термічній травмі та застосуванні субстрата ліофілізованої ксеношкіри: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.01 / С. Ю. Муха; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. ---- Тернопіль, 2020. ---- 20 с.: рис. ---- укр.

Комплексно досліджено реорганізацію сім'яників при експериментальній термічній травмі та застосуванні з метою корекції субстрата ліофілізованої ксеношкіри. В експерименті на білих щурах-самцях встановлено, що тяжка термічна травма викликає глибокі морфологічні зміни структурних компонентів сім'яників, ступінь прояву яких залежить від терміну експерименту та супроводжується високим рівнем ендогенної інтоксикації, першоджерелом якої є опікова рана. Застосування кріоліофілізованого ксенодермального субстрату після ранньої некректомії уражених опіком тканин забезпечує адсорбцію токсинів з опікової рани, знижує вміст токсинів у крові тварин. Це сприяє зменшенню ступеня судинних розладів і деструкції компонентів сім'яників, активізує регенераторні процеси, що веде до відносної нормалізації морфофункціонального стану органу наприкінці експерименту.

Шифр НБУВ: РА446293

4.Р.270. Результати експериментально-клінічного дослідження загоєння опікових ран та запобігання їх ускладнень під впливом нановмісних біодеградуючих полімерних технологій / О. Я. Попадюк, Е. О. Кіндратів, К. Б. Кіршак, А. М. Яворський // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 32-36. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Опікові рани викликають високий рівень захворюваності та смертності в усьому світі. Неправильне початкове лікування або затримка початкового лікування може чинити несприятливі наслідки для подальшого загоєння ран. Мета дослідження ---- вивчити вплив біодеградуючих полімерних плівок «біодепнано» на загоєння опікових ран шкірних покривів та профілактику ускладнень. Завдання роботи ---- дослідити вплив розробленої авторами біодеградуючої полімерної плівки «біодепнано», що додатково насичена гідратованим фуллереном C_{60} на загоєння тяжких нагноєних опіків в експерименті на тваринах та ефективність застосування цієї плівки у профілактиці вторинного інфікування у хворих з легкими ступенями опіків шкірних покривів. Моделювання опіку шкірних покривів проводили на 50 дорослих білих щурах лінії «Вістар» середньою вагою 300,0 г, під струп вводили St. aureus, через 3 доби струп видаляли хірургічно та очищували рану з накладанням плівки «біодепнано», заміну матеріалу проводили кожні 2 доби з планіметричним, мікробіологічним та патоморфологічним дослідженням на 3-тю, 7-му, 14-ту та 21-шу добу. В умовах опікового відділення Івано-Франківської ОКЛ застосовували впроваджені у виробництво біодеградуючу полімерну плівку «біодепнано» для запобігання вторинного інфікування опікових ран. За застосування розробленої авторами плівки площа зменшувалась на 21,6 % на 3-тю добу, на 44,5 % ---- на 7-му

добу, на 67,8 % ---- на 14-ту добу. До 21-ї доби було повне закриття ранового дефекту. Результати мікробіологічного дослідження вказують, що рівень забруднення опікових ран після застосування досліджуваної плівки з нанооксиду цинку зменшувався у процесі лікування та вже на 3-тю добу до $(4,3 \pm 3,3) \cdot 10^5$ КОЕ/мл, а це рівень бактерій, що не є патогенним. Після 14-ї доби збудник не висівався, і рани добре загоювались. Одержані дані продемонстрували, що у групі І, де застосовувалась плівка, вторинне інфікування було на 11 % нижчим, що, у свою чергу, показало менший час загоєння ран, який на 2 доби менший у порівнянні з групою ІІ. Висновки: розроблений біодеградуючий матеріал надійно захищає опікові рани від вторинного інфікування, є безпечним, еластичним, а у експериментальному дослідженні продемострував високі лікувальні властивості по відношенню до нагноєних опікових ран ІІІб ст.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.271. Структурна перебудова органів нейроімуноендокринної системи за умов опікової хвороби / О. І. Ковальчук, І. В. Гунас // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 3. ---- С. 27-32. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Актуальність даного дослідження зумовлена відсутністю спеціальних досліджень, предметом яких є аналіз показників ендогенної інтоксикації та структурних змін гістогематичних бар'єрів органів нейроімуноендокринної системи у випадку опікової хвороби за умов її лікування шляхом інфузії колоїдно-гіперосмолярних розчинів. Встановлено, що особливе значення в розвитку морфологічних змін в аденогіпофізі, кірковій речовині надниркової залози і тимусі мають зміни проникності судинної стінки та загибель ендотеліоцитів, що на кінцевому етапі зазначених реакцій зумовлює появу характерних для опікової травми внутрішньоорганних набряків і крововиливів. Можна стверджувати про наявність специфічного, але загального для усіх вивчених органів, механізму трансформації гістогематичних бар'єрів, який полягає у формуванні під впливом лактопротеїну-С певним чином структурованого розгалуженого мембраноподібного комплексу. Його складові забезпечують не тільки укріплення судинної стінки (як компонента власне гістогематичного бар'єра), але й ізоляцію кластерів клітин (що уможливлює функціонування неушкоджених клітин або клітин з відновленою структурою, а також надає змогу секвеструвати незворотно ушкоджені клітини). Отже, одержані дані свідчать не про відновлення (репарацію) структури гістогематичних бар'єрів, а про їх структурну трансформацію, яка призводить до появи нового утвору і мембраноподібного комплексу, що ефективно (з огляду на показники ендогенної інтоксикації) забезпечує необхідну бар'єрну функцію. Провідним фактором ушкодження гістогематичних бар'єрів в досліджених органах у разі опікової хвороби є широкий діапазон морфофункціональних змін судинного ендотелію, які зумовлюють утворення наскрізних трансмуральних дефектів у стінці кровоносних судин («протікань») і відповідних внутрішньоорганних міжклітинних розширень («проникнень»), маркером яких є електроннощільний лактопротеїн-С. Лактопротеїн-С та HAES-LX-5 % за умов розвитку опікової хвороби здійснюють цито- та ангіопротекторний вплив, гальмують розвиток крововиливів, набряку, запобігають альтерації клітин аденогіпофіза, кіркової речовини надниркової залози і тимуса та сприяють репарації органів. Лактопротеїн-С виявляє уперше описані мембранопластичні властивості, які забезпечують реалізацію специфічного механізму структурної трансформації гістогематичних бар'єрів, а саме ---- утворення розгалуженого мембраноподібного комплексу.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.70

Пошкодження окремих ділянок тіла

4.Р.272. Інноваційні технології в хірургічному лікуванні ран м'яких тканин та профілактика їх ускладнень (клінічно-експериментальне дослідження): автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.03 / О. Я. Попадюк; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. ---- Тернопіль, 2020. ---- 35 с.: рис., табл. ---- укр.

Запропоновано поліпшення результатів лікування гнійних ран шляхом розробки нового методу лікування на основі нановмісних біодеградуючих полімерних матеріалів. Розроблено біодеградуючий полімерний матеріал для лікування гнійних ран, вивчено його фізико-хімічні та механічні властивості in vitro. Апробовано в експерименті in vivo на тваринах при моделюванні різаних, площинних та опікових ран ускладнених гнійною інфекцією, досліджено можливість застосування розроблених полімерів при оперативних втручаннях на органах черевної порожнини. Вивчено протимікробні властивості нанорозмірних частинок металів та обгрунтовано механізм їх дії. Доведено ефективність застосування розроблених полімерів у хірургії ран різного генезу залежно від фаз ранового процесу. Застосування у клініці біодеградуючої полімерної плівки «Біодеп-нано» як допоміжного засобу у профілактиці вторинного інфікування при хірургічних ранах та опіках І, ІІ та ІІІ ступенів є виправданим, високоефективним та сучасним. Запропонований спосіб лікування гнійних ран на основі застосування нановмісних полімерних матеріалів надає змогу покращити лікування гнійних ран, зменшити час загоєння ран, а розроблений полімерний матеріал є основою для розробки та вдосконалення матеріалів лікування ран нового покоління.

Шифр НБУВ: РА446294

4.Р.273. Клінічні аспекти біомеханіки травматичних ушкоджень шийного відділу хребта / О. С. Нехлопочин, В. В. Вербов // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 4-15. ---- Бібліогр.: 112 назв. ---- укр.

Травма шийного відділу хребта ---- одне з найтяжчих ушкоджень опорно-рухового апарату людини, оскільки структурні порушення шийного відділу хребта призводять до неврологічних розладів через ушкодження спинного мозку та/або його корінців або створюють умови, за яких нестабільність становить значну потенційну загрозу для анатомічної цілісності та функціональної спроможності структур хребтового каналу. Існує велика кількість класифікацій травматичних ушкоджень шийного відділу хребта, які грунтуються на біомеханіці травми, але жодна не є загальновизнаною та універсальною. Невдачі з розробкою системи, яка могла б чітко детермінувати причинно-наслідковий зв'язок між впливом травмувального агента і кістково-травматичними змінами, зумовлені великою кількістю причин. Великий клінічний матеріал, накопичений за роки дослідження травматичних змін шийного відділу хребта, надав змогу виявити основні критерії, що визначають характер і ступінь травматичних ушкоджень. До них належать параметри травмувальної дії та індивідуальні особливості постраждалих, зокрема фізіологічні параметри та наявність супутніх захворювань. Наведено стислу характеристику основних клінічних чинників, що впливають на біомеханіку травматичного ушкодження шийного відділу хребта (характер, напрямок та інтенсивність травмувальної дії, вік потерпілого, стан мускулатури й вихідна кривизна шийного відділу хребта, а також низка супутніх захворювань: дегенеративні зміни хребта, остеопороз, системні захворювання сполучної тканини, вроджені аномалії розвитку). Зазначені критерії мають практичне значення, що надає змогу використовувати зібрану інформацію не лише в теоретичному, але й у прикладному аспекті.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.274. Характер та інтенсивність больових відчуттів у пацієнтів у віддалений період хребетно-спинномозкової травми / О. С. Нехлопочин, В. В. Вербов, Я. В. Цимбалюк // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 9-19. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Біль є одним із найпоширеніших вторинних станів, що спостерігаються у пацієнтів, які перенесли хребетно-спинномозкову травму (ХСМТ). Від 65 до 85 % пацієнтів з ХСМТ мають больові відчуття, причому у третини реєструють сильний/нестерпний біль. Незважаючи на велику кількість досліджень, низка питань, що мають принципове значення для вибору терапії больових відчуттів, практично не вивчена. Мета дослідження ---- визначити типи, підтипи й інтенсивність больових відчуттів у пацієнтів, які перенесли ХСМТ шийного відділу хребта на субаксіальному рівні. Проведено ретроспективний аналіз даних пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України в період з 2010 до 2020 р. з приводу травматичного пошкодження шийного відділу хребта на субаксіальному рівні. Оцінювали стан через 12 ---- 18 міс. після травми. Функціональний клас неврологічних розладів визначали з застосуванням шкали ASIA. Больові відчуття характеризували з використанням Міжнародної класифікації болю при ушкодженні спинного мозку. інтенсивність больових відчуттів оцінювали з використанням цифрової рейтингової шкали. Стійкі больові відчуття через 12 ---- 18 міс. після перенесеної ХСМТ на субаксіальному рівні шийного відділу хребта зареєстровано у 86,42 % із 81 постраждалого, із них один підтип болю відзначався у 38,57 % пацієнтів з больовими відчуттями, два підтипи ---- у 40,0 %, три підтипи ---- у 21,43 %. Елементи ноцицептивного болю відзначались у 54,32 % потерпілих, нейропатичного ---- у 71,6 %. Розподіл за підтипами болю був таким: скелетно-м'язовий біль зафіксували у 54,32 % (95 % довірчий інтервал (ДІ) 44,44 ---- 66,16) обстежених, нейропатичний на рівні травми ---- у 51,85 % (95 % ДІ 41,98 ---- 63,77), нейропатичний біль нижче за рівень травми ---- у 43,21 % (95 % ДІ 33,33 ---- 54,91). Ноцицептивний вісцеральний та інший нейропатичний біль реєстрували епізодично ---- у 4,94 % (95 % ДІ 1,23 ---- 9,09) і 3,7 % (95 % ДІ 1,23 ---- 7,94) пацієнтів відповідно. При зіставленні характеру болю та функціонального класу за ASIA виявлено, що частотний патерн розподілу підтипів болю статистично значуще корелював з рівнем неврологічних розладів. Найбільшу інтенсивність больових відчуттів відзначено у пацієнтів з функціональним класом неврологічних розладів С за ASIA. Висновки: одержані дані надали змогу виявити закономірності клінічної картини у потерпілих з різним рівнем неврологічних розладів, що має практичне значення для розроблення оптимальних схем фармакологічної дії.

Шифр НБУВ: Ж25223

Див. також: 4.Р.260

Пошкодження кінцівок

4.Р.275. Аналіз віддалених результатів оперативного лікування вивихів акроміального кінця ключиці / О. А. Бур'янов, В. П. Кваша, Д. А. Чекушин, В. О. Науменко // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 6. ---- С. 4-9. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Вивихи акроміального кінця ключиці є доволі поширеним травматичним пошкодженням апарату руху та опори і, за даними різних авторів, становлять від 3 до 26,1 % від вивихів інших локалізацій і близько 10 % у структурі гострих пошкоджень плечового пояса, займаючи третє місце після вивихів плеча та передпліччя. Зустрічаються переважно у чоловіків молодого, найбільш працездатного віку, що зумовлює соціальну значущість даного пошкодження. Мета дослідження ---- визначити чинники, що негативно впливають на анатомо-функціональний результат оперативного лікування вивихів акроміального кінця ключиці. За період з 2015 по 2020 рр. проведено ретроспективний аналіз 93 пацієнтів, яким було виконано оперативне втручання з приводу вивиху акроміального кінця ключиці. Стабілізація акроміального кінця ключиці забезпечувалась фіксацією за Вебером і використанням Hookplate. Хороші результати одержано в 49,5 % випадків, задовільні ---- у 31,2 %, незадовільні ---- у 19,3 % пацієнтів. Незадовільні результати лікування пацієнтів мають прямий зв'язок зі зростанням тяжкості пошкодження. Так, при використанні способу фіксації за Вебером при вивихах II типу за Tossy незадовільні результати становлять 9,7 %, в той час як при вивихах III типу за Tossy ---- 27,0 %, при застосуванні Hookplate ---- 15,8 та 29,4 % відповідно. Висновки: причиною незадовільних результатів оперативного лікування вивихів акроміального кінця ключиці є тяжкість пошкодження та відсутність діагностично-лікувального алгоритму при діагностиці та лікуванні. При вивихах III типу за Tossy фіксація за Вебером або використання Hookplate та ушивання пошкоджених акроміально-ключичних зв'язок не забезпечує достатньої ефективності оперативного втручання.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.276. Міографічна система біонічної руки з оптичною ідентифікацією типу поверхні: автореф. дис.... канд. техн. наук: 05.11.17 / К. П. Вонсевич; Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського». ---- Київ, 2020. ---- 25 с.: рис., табл. ---- укр.

Увагу приділено створенню міографічної системи протезної руки з розширеними можливостями рухів і жестів із розпізнаванням міоелектричних сигналів нейромережевим інтерфейсом та оптичним ідентифікатором контактної поверхні для дотику пальців. Вдосконалено метод розпізнавання категорій фізіологічних рухів і жестів шляхом аналізу електро---- та форсміографічних сигналів мультирівневими штучними нейронними мережами, що надало змогу підвищити точність класифікації жестів кисті руки. Вдосконалено метод розпізнавання контактної поверхні пальцем протезу шляхом оптичної ідентифікації із засобами концентрації оптичної енергії, що надало можливість підвищити достовірність ідентифікації структури об'єктів маніпуляції. Вдосконалено метод координації рухів протезу кисті руки на основі одночасної реєстрації і розпізнавання фізіологічних сигналів і сигналу оптичної ідентифікації.

Шифр НБУВ: РА446154

4.Р.277. Оперативне лікування переломів вертлюгової западини / І. І. Труфанов // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 46-51. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Переломи вертлюгової западини ---- це тяжкі внутрішньосуглобові пошкодження, які потребують анатомічної репозиції та ранньої функції, однак вони дуже часто ускладнюються дегенеративними змінами як самої вертлюгової западини, так і голівки стегнової кістки, що призводить до розвитку посттравматичного коксартрозу. Мета роботи ---- дослідження клінічної ефективності оперативного лікування та післяопераційного ведення хворих із використанням автологічної плазми, збагаченої тромбоцитами, у постраждалих із переломами вертлюгової западини. У період із 2017 по 2019 рр. у КНП «Міська лікарня швидкої та медичної допомоги м. Запоріжжя» ЗМР та КНП «Міська клінічна лікарня № 9» ЗМР прооперовані 28 хворих із переломами вертлюгової западини різного ступеня. Гендерний склад: чоловіки ---- 22 (78,57 %), жінки ---- 6 (21,43 %), середній вік яких становив 46,64 ± 2,21 року при 95 % довірчому інтервалі (42,31 ---- 50,96). У 19 постраждалих (67,86 %) відзначено дорожньо-транспортні травми, у 7 (25 %) ---- побутові, у 2 (7,14 %) ---- виробничі. В основній групі пацієнтів, в лікуванні яких використовували плазму, збагачену тромбоцитами, рентгенологічно видиме зрощення ключової травмованої зони через 8 тиж. настало в 10 осіб (83,4 %). У 1 пацієнта (8,3 %) зрощення настало через 12 та ще в 1 (8,3 %) ---- через 16 тиж. після операції. У контрольній групі зрощення на 8-му тиж. виявлено в 14 пацієнтів (60,87 %), у 8 (34,78 %) ---- на 16-му тиж. З огляду на загальне відновлення організму в основній групі активізація та соціальна адаптація хворих настала на 2 ---- 3 тиж. раніше. Оцінку проведено рентгенологічно та за критеріями функціонального відновлення.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.278. Оцінювання ефективності комплексної програми фізичної терапії в пацієнтів після хірургічного лікування розриву ахіллового сухожилля / Е. Ю. Дорошенко, О. К. Ніканоров, І. М. Ляхова, О. Є. Черненко, А. М. Гурєєва, В. І. Глухих, С. Г. Польський, І. О. Сазанова, М. М. Сиром'ятников // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 427-436. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- укр.

Цель работы ---- оценить эффективность комплексной программы физической терапии у пациентов после восстановления ахиллова сухожилия хирургическими методами. Контингент исследования ---- 58 пациентов в возрасте 34 ---- 57 лет: 39 (67,24 %) мужчин, 19 (32,76 %) женщин. Обследованным показано восстановление ахиллова сухожилия с помощью оперативного хирургического вмешательства. Из пациентов сформированы две группы: основная (ОГ, n = 29) и контрольная (КГ, n = 29). Методы исследования: анализ научной литературы и научных изданий, представленных в сети Internet; экспериментальные исследования констатирующей и формирующей направленности, педагогическое наблюдение; гониометрия, плантодинамометрия, модифицированный тест Ромберга; методы математической статистики. Угол плантарной флексии на после оперативного вмешательства был лучшим ($p < 0,01$) у пациентов ОГ по сравнению с показателями пациентов КГ (4 неделя): 29,1° и 28,1° соответственно. Статистически достоверные различия между пациентами ОГ и КГ при последующих измерениях не установлены ($p > 0,05$). Процентные значения распределения нагрузки на оперированную конечность улучшились до срока итогового измерения (16 недель), что повлияло на снижение разницы в распределении нагрузки на конечности до 9,20 % у пациентов ОГ, до 14,6 % у пациентов КГ (Me (25; 75 %) ---- 8 (6; 12) % и 16 (12, 18) %). Показатели итогового выполнения теста Ромберга достоверно лучше у пациентов ОГ и составили 11,4 с, что на 2,5 с лучше, чем у пациентов КГ ($p < 0,01$). Выводы: для восстановления динамических характеристик плантарной флексии использованы упражнения адаптивного физического воспитания и корректирующей гимнастики, разновидности ходьбы, упражнения с фитболом, занятия на велотренажере, степ-платформах, применены гидротерапевтические упражнения, физиотерапевтические методы и массаж, больные использовали ортопедическую обувь. Предложенная комплексная программа эффективна и может быть использована в процессе физической терапии больных с диагнозом разрыв ахиллова сухожилия после хирургического вмешательства.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.279. Результати застосування програми фізичної терапії із залученням методик етнічного масажу при ушкодженнях гомілковостопного суглобу / Ю. Шарбель, Т. Підкопай, Д. Підкопай // Слобожан. наук.-спорт. вісн. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 50-56. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- оцінка результатів фізичної терапії спортсменів футболістів із внутрішньосуглобовими ушкодженнями (ВСУ) гомілковостопного суглоба (ГСС) на амбулаторному етапі при застосуванні заходів програми фізичної терапії з залученням методик етнічного східного масажу. Проаналізовано результати дослідження, які проводилися в м. Бейрут (Ліван), клініці Медичного центру «Mir Majid Erslan». Ефективність фізичної терапії 36 футболістів із ВСУ ГСС на амбулаторному етапі оцінювали за методикою А. В. Калашнікова та шкалою LEFS. Установлено, що у разі позитивних змін функціонального стану постраждалих спортсменів обох клінічних груп достовірно кращими є результати, що було одержано футболістами основної групи, яким було запропоновано фізичну терапію згідно з розробленою програмою. Проведений аналіз результатів дослідження показав, що у травмованих спортсменів основної групи, за однакових термінів та об'ємів спостереження, результати методів дослідження були достовірно вищими та об'єктивно більш вираженими, ніж у контрольній групі.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.280. Сучасні підходи до методики і тактики лікування переломів надп'ятково-гомілкового суглоба з розривом міжгомілкового синдесмозу (огляд літератури) / А. В. Чужак // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 16-22. ---- Бібліогр.: 55 назв. ---- укр.

Проведений огляд літературних джерел довів, що проблема лікування переломів надп'ятково-гомілкового суглоба з розривом міжгомілкового синдесмозу (МГС) ще далека від вирішення, про що свідчить частота незадовільних результатів при хірургічному лікуванні переломів кісточок із розривом МГС ---- 4,8 ---- 36,8 % випадків. Надалі залишається актуальним питання та потреба в розробці динамічного фіксатора, здатного дублювати втрачену при пошкодженні МГС функцію.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.281. Тактика хірургічного лікування хворих з переломами п'яткової кістки / М. В. Гаєько, П. Є. Ковальчук, С. В. Тулюлюк, Д. М. Гаєько // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 109-112. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Проаналізовано результати лікування 45 пацієнтів із переломами п'яткових кісток. З метою вивчення ефективності лікування

осіб із переломами п'яткових кісток усіх пацієнтів було розподілено на три клінічні групи. До першої групи увійшли 10 (25,64 %) пацієнтів із позасуглобовими переломами п'яткових кісток, яким проводили оперативне втручання з використанням гвинтів та дротяної петлі. До другої групи увійшли 16 (41,04 %) пацієнтів із внутрішньосуглобовими переломами п'яткових кісток, яким виконували закриту репозицію під ЕОП-контролем та фіксацію спицями. До третьої групи ввійшли 13 (33,4 %) пацієнтів із внутрішньосуглобовими переломами п'яткових кісток, яким проводили відкриту репозицію та остеосинтез пластинами та гвинтами. Віддалені результати показали, що 8 (80,00 %) пацієнтів I групи одержали добрі результати, у 2 (20,00 %) ---- спостерігалось нагноєння м'яких тканин. У 13 (81,20 %) пацієнтів другої клінічної групи одержано позитивні результати у 3 (18,80 %) осіб через 1 ---- 2 роки виник деформуючий артроз із больовим синдромом. Із 13 пацієнтів третьої клінічної групи в 2 (15,4 %) осіб у післяопераційному періоді спостерігались некрози шкіри, у 3 (23,10 %) ---- настав деформуючий артроз підтаранного суглоба з вираженим больовим синдромом та порушенням ходи, тільки в 8 (61,50 %) пацієнтів одержано позитивні результати лікування і 79 балів за шкалою AOFAS. Отже, аналіз віддалених результатів оперативного лікування внутрішньосуглобових переломів п'яткової кістки показав, що застосування закритої репозиції під ЕОП-контролем та фіксації спицями призводить до покращання результатів лікування та зменшення термінів непрацездатності.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.282. Хірургічне лікування хворих із позасуглобовими переломами дистального відділу плечової кістки / О. І. Бодня, С. Л. Дубовик // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 6. ---- С. 32-38. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Розглянуто позасуглобові переломи дистального відділу плечової кістки (ПК) згідно з класифікацією AO/ASIF, до яких залежно від площини зламу та характеру зміщення уламків відносять типи 12А-С. Мета роботи ---- вивчити особливості переломів ПК в нижній третині і провести порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування. Під наглядом перебували 127 пацієнтів із позасуглобовими дистальними переломами ПК. Для ретроспективного аналізу пацієнтів було розподілено на групу порівняння (92 особи), в якій було виконано традиційний накістковий остеосинтез, і групу дослідження (35 осіб), в якій застосовували розроблений пристрій зовнішньої фіксації стрижневого типу. Найближчі та віддалені функціональні результати вивчено з використанням шкали MEPS. Проаналізовано різні показники, встановлені для порівняння, і результати лікування в 101 пацієнта (група порівняння ---- 68 осіб, група дослідження ---- 33 особи). Більшість значень цих показників були цілком порівнянними за віком, статтю, термінами госпіталізації, тривалістю операцій тощо, але виявлені відмінності показників все ж таки не досягали рівня статистичної вірогідності ($p > 0,05$). Оцінка клінічного застосування запропонованого пристрою показала цілком порівнянне з накістковим остеосинтезом відновлення анатомії плечової кістки і досягнення кінцевого результату лікування. Однак число ускладнень за видом і загальною кількістю було вірогідно ($p < 0,001$) вищим у 4,5 разу у групі порівняння, де на їх частку припадала найбільша кількість випадків нейропатій (16,18 %), незрощень (8,82 %), контрактур ліктьового суглоба (8,82 %) і гетеротопічної осифікації (4,42 %). Підсумкові значення за шкалою MEPS серед обстежених хворих у групі порівняння становили $84,9 \pm 10,2$ бала, у групі дослідження ---- $92,6 \pm 3,7$ бала. При цьому сумарна оцінка позитивних результатів лікування після накісткового остеосинтезу становила 66,18 %, після черезкісткового остеосинтезу ---- 81,82 %. Висновки: аналіз одержаних даних надає змогу рекомендувати спосіб малоінвазивного остеосинтезу стрижневим пристроєм зовнішньої керованої фіксації як метод вибору для більш широкого клінічного використання при лікуванні пацієнтів із переломами ПК на рівні нижньої третини.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.283. Treatment outcomes in humeral fractures of different location (review) / I. M. Zazirnyi, V. Savych, Ye. Levytskyi // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 6. ---- С. 39-43. ---- Бібліогр.: 19 назв. ---- англ.

The choice of treatment (open reduction and internal fixation) for a humeral fracture with a plate versus an intramedullary nail is highly debated. We compared outcomes (fracture union, reoperation, and adverse events) of intramedullary nailing and plate fixation in patients with proximal humeral, humeral shaft, and distal humeral fractures. No significant differences were found between intramedullary nailing and plate fixation for fracture union, reoperation, or adverse events in patients with proximal humeral or humeral shaft fractures. There is a scarcity of evidence comparing intramedullary nailing and plating for distal humeral fractures. No recommendations can be given from current evidence. Surgeons may have to continue to use discretion based on their personal preference, experience as well as patient's characteristics and fracture features before more high-quality evidence is available.

Шифр НБУВ: Ж23024

Ортопедія та протезування

4.Р.284. Аналіз напружено-деформованого стану моделі хребта із заднім спондилодезом при лікуванні сколіотичних деформацій у дітей / А. Ф. Левицький, В. О. Рогозинський, М. М. Доляницький, О. В. Яресько, М. Ю. Карпінський // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 6. ---- С. 19-25. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- укр.

Математичне моделювання корекції сколіотичних деформацій хребта надає змогу без хірургічного втручання провести аналіз ефективності різних методів лікування в декількох варіантах. При дослідженні тракційних способів лікування застосовувалися переважно експериментальні методи досліджень. Мета дослідження ---- дослідити напружено-деформований стан моделей хребта з різним ступенем сколіотичної деформації при задньому спондилодезі. Моделювали деформації хребта 40, 70 і 100° при задньому спондилодезі хребців Th1-Th12. Використовували навантаження величиною 300 Н. При деформації 40° найбільш напруженими є ділянки вигину хребта у фронтальній площині. Для верхніх хребців Th1-Th4 спостерігається більш рівномірний розподіл напруження по тілу хребця. Для блоку хребців Th5-Th10 більш напруженою є увігнута сторона тіл хребців. У грудному відділі хребта найбільш напруженими є хребці Th2 і Th5. Основне навантаження несе фіксуюча конструкція, у якій рівень напруженого стану значно вищий, ніж у кісткових структурах хребців. У задньому опорному комплексі хребців ділянки концентрації напруження розташовані у місцях входу фіксуючих гвинтів у кістку. Збільшення величини сколіотичної деформації хребта до 70° викликає збільшення рівня напруження в усіх елементах моделі, за винятком хребців Th9-Th10. При деформації 100° у задньому опорному комплексі хребців ділянки концентрації напруження розташовані у місцях входу фіксуючих гвинтів у кістку. Рівень напруження 116,0 МПа перевищує межу міцності кортикального шару кісткової тканини хребта, що може призвести до мікроушкоджень кісткової тканини та розхитування гвинтів. Висновки: при всіх величинах сколіотичної деформації хребта найбільш напруженими є хребці Th4 та Th5. Зменшення ступеня деформації значно впливає на напружено-деформований стан хребетного стовпа. У тілі хребця Th4 рівень напруження при деформації 100° більш ніж удвічі вищий, ніж при деформації 70°, та більш ніж у 4 рази, ніж при деформації 40°. У тілі хребця Th5 рівень напруження при деформації 70° в 1,5 разу менше, ніж при деформації 100°, а при деформації 40° ---- менше утричі. Рівень напруження в тілах хребців Th1-Th5 вищий, ніж у Th6-Th12. У задньому опорному комплексі в місцях входу гвинтів у кістку максимальне значення напруження при деформації 40° дорівнює 34,0 МПа, що не є критичним для кісткової тканини. При деформації 70° значення напруження дорівнює 85,0 МПа, що може перевищувати межу міцності для кортикальної кістки і призводити до мікроруйнування кісткової тканини в ділянці контакту «гвинт ---- кістка». При деформації 100° напруження дорівнює 116,0 МПа, що перевищує межу міцності для кортикальної кістки і може призвести до мікроруйнування в ділянці контакту «гвинт ---- кістка».

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.285. Діагностика та лікування підошовних ентезопатій: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.21 / О. А. Турчин; Національна академія медичних наук України, Інститут травматології та ортопедії. ---- Київ, 2020. ---- 28 с.: рис., табл. ---- укр.

Увагу приділено підвищенню ефективності лікування пацієнтів із підошовними ентезопатіями шляхом удосконалення діагностики та лікування, розробки системи прогнозування результатів лікування. На підставі гістологічного дослідження встановлено, що плантарна пластинка капсули плесно-фалангового суглоба та ділянка кріплення підошовного апоневрозу до п'яткової кістки морфологічно відповідають фіброзно-хрящовому ентезису; підошовним ентезопатіям властиві однотипні морфологічні зміни, характерні для фіброзно-хрящових ентезопатій. На підставі клініко-інструментального дослідження встановлено кореляційні залежності і причинно-наслідкові зв'язки між факторами ризику та підошовними ентезопатіями; удосконалено інструментальну діагностику підошовних ентезопатій. Розроблено схему диференційної діагностики підошовного фасціїту та метатарзалгії; запропоновано алгоритм консервативного лікування підошовного фасціїту та хірургічного лікування метатарзалгії; створено систему прогнозування віддалених результатів лікування. Зазначено, що застосування розробленої системи прогнозування, діагностичного та лікувального алгоритмів надає змогу підвищити ефективність лікування, покращити статико-динамічну функцію стопи, зменшити відсоток ускладнень і підвищити якість життя пацієнтів обраної категорії.

Шифр НБУВ: РА446097

4.Р.286. Дослідження міцності великогомілкової кістки у разі заміщення післярезекційного дефекту сегментарним алоімплантатом із блоківним інтрамедулярним остеосинтезом (експериментально-клінічне дослідження) / О. Є. Вирва, Я. О. Головіна, Р. В. Малик, М. Ю. Карпінський, О. Д. Кар-

пінська // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 25-32. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Для досягнення успіху в інкорпорації кісткових алоімплантатів та кістки реципієнта береться до уваги багато чинників, які можна розподілити на дві основні групи ---- фактори, що стосуються стерилізації та обробки кісткового алоімплантату, та фактори, що впливають на надійність фіксації імплантату у кістці реципієнта. Другим важливим фактором є методика фіксації алоімплантатів та кістки реципієнта. Мета дослідження ---- визначити механічні властивості кістки після сегментарної кісткової алопластики. Хвора Ш., 30 років, із діагнозом «остеогенна саркома дистального відділу лівої великогомілкової кістки Т2№ 0М0 GIII, II стадія, II клінічна група», якій було проведено курси поліхіміотерапії, оперативне втручання за розробленою методикою. Видалено пухлини en block, заміщено післярезекційний дефект артикулюючим сегментарним кістковим алоімплантатом, який було фіксовано до кістки реципієнта через сходинкоподібну остеотомію, та інтрамедулярним блоківним стрижнем. У зоні контакту алоімплантату та кістки реципієнта додатково розміщено кісткові автотрансплантати. Через 2 роки пацієнтці було проведено оперативне втручання: ампутація лівої нижньої кінцівки на рівні н/3 стегна. Рентгенологічно відзначалося зрощення алоімплантату та кістки реципієнта. Проведено експериментальне дослідження межі міцності великогомілкової кістки після сегментарної алопластики післярезекційного дефекту із застосуванням розробленої методики оперативного втручання та сегментарного алоімплантату. Для порівняння результатів експериментального дослідження препарату великогомілкової кістки після сегментарної кісткової алопластики було одержано дані про величини межі міцності кісткової тканини при навантаженнях на стиск і згин. Як показав проведений експеримент, межа міцності препарату великогомілкової кістки після її кісткової алопластики дорівнює 51,82 МПа. Це значення відповідає мінімальній величині межі міцності компактної кістки при згинанні ---- 51 МПа. Хоча це вдвічі поступається максимальному значенню межі міцності компактної кістки на згін (133 МПа), але треба зважати на те, що всі наведені довідкові показники було одержано при випробуваннях неушкоджених препаратів компактної кістки. Висновки: застосування сегментарного кісткового алоімплантату для заміщення післярезекційного дефекту довгої кістки з фіксацією його до кістки реципієнта через сходинкоподібну остеотомію та інтрамедулярний блоківний остеосинтез із додатковою кістковою автопластикою у зоні контакту алоімплантату та кістки реципієнта надає змогу одержати в зоні остеотомії кістку, межа міцності якої відповідає неушкодженій компактній кістковій тканині.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.287. Математичне моделювання двохопорного стояння в умовах обмеження рухів у кульшовому суглобі: (огляд) / О. А. Тяжелов, О. Д. Карпінська, Д. О. Юрченко, О. Ю. Браніцький // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 15-24. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- укр.

Остеоартроз кульшового суглоба є одним із найбільш поширених та інвалідизуючих станів, що вражають людей похилого віку. Коксартроз супроводжується порушенням амортизаційних властивостей хряща, його потоншенням і руйнацією, появою больового синдрому, порушенням рухових функцій внаслідок зменшення сили м'язів і розвитку стійких згинально-привідних контрактур, які змінюють вроджені рухові програми, а при тривалому перебігу дегенеративного захворювання призводять до формування патологічних звичок. Мета роботи ---- визначити необхідну силу м'язів нижньої кінцівки в умовах обмеження рухів у кульшовому суглобі для підтримки вертикальної пози при двохопорному стоянні. Моделювання роботи м'язів нижніх кінцівок в умовах обмеження рухів у кульшовому суглобі проводили в програмі OpenSim 4.0. В основу покладено модель ToyLandingModel, яка має об'єкти контактної геометрії для фіксування моделі на площі опори. Створено 4 моделі: норма (без обмеження рухливості суглобів), модель 2 ---- привідна установка 5°, модель 3 ---- привідна установка 7°, згинальна установка ---- 10°, модель 4 ---- привідна установка 10°, згинальна ---- 20°, вкорочення стегнової кістки 2 см. Визначено, що при незначних привідних контрактурах кульшового суглоба робота м'язів нижньої кінцівки при двохопорному стоянні змінюється мало. При згинально-привідних контрактурах спостерігаються зміни практично в усіх м'язах нижньої кінцівки. Є деякі особливості в роботі м'язів в умовах контрактур. Усі м'язи навколо стегна зменшують необхідну силу для підтримки рівноваги, а м'язи гомілки, навпаки, збільшують необхідну силу в декілька раз. Наприклад, m. medial gastrocnemius при згинально-привідній контрактурі з вкороченням кінцівки розвиває компенсаторну силу в 10 раз більше (200 Н), ніж в нормі (20 Н), і хоча ресурси м'яза становлять 1500 Н, для підтримки вертикальної пози це дуже затратно. Аналогічно потребують збільшення сили m. tibialis posterior (збільшення втричі), але м'яз-антагоніст m. tibialis anterior, навпаки, зменшує силу скорочення в середньому на 100 Н. Висновки: за даними проведеного моделювання двохопорного стояння з обмеженням рухів у кульшовому суглобі було доведено, що збільшення обмеження рухів змінює характер скорочення м'язів усієї нижньої кінцівки та таза. Аналіз одержаних результатів показав, що обмеження рухів зменшує необхідну силу стабілізації м'язів навколокульшового суглоба і збільшує необхідну силу скорочення м'язів гомілки. Тобто спостерігається порушення балансу м'язів.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.288. Математичне моделювання остеосинтезу кісток гомілки з використанням титанової сітки при їх вродженому псевдоартрозі в нижній третині / С. О. Хмизов, Є. С. Кацалап, М. Ю. Карпінський, О. В. Яресько // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 23-29. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Уроджений псевдоартроз кісток гомілки належить до групи орфанних захворювань і проявляється незрощенням (псевдоартрозом) кісток гомілки, що призводить до формування деформації та вкорочення кінцівки і, як наслідок, супроводжується стійким порушенням опороздатності кінцівки. На сьогодні питання вибору хірургічної методики й оптимальної фіксації при хірургічному лікуванні уродженого псевдоартрозу кісток гомілки залишається невирішеним. Мета роботи ---- дослідити напружено-деформований стан моделі гомілки з псевдоартрозом її кісток у нижній третині при їх остеосинтезі з використанням титанової сітки. Змодельовано остеосинтез інтрамедулярним стрижнем, шпицею та блоком із кісткових трансплантатів на обидві кістки гомілки з накладанням сітки з титану поверх трансплантатів під впливом двох видів навантажень ---- на стиск та кручення. Проведені дослідження показали, що додаткова фіксація блока кісткових трансплантатів титановою сіткою надає можливість знизити рівень напружень практично на всіх контрольних точках моделі остеосинтезу кісток гомілки при їх вродженому псевдоартрозі при навантаженні як на стиск, так і на кручення. Як найбільш позитивні зміни можна відмітити зниження величин напружень на великогомілковій кістці навколо лінії незрощення, що можна пояснити тим, що блок кісткових трансплантатів, зміцнений титановою сіткою, бере на себе більше навантаження. Це впливає на підвищення рівня напружень на нижній межі блока трансплантатів та великогомілкової кістки. До негативних факторів слід віднести підвищення рівня напружень вздовж лінії незрощення малогомілкової кістки. Це також пояснюється підвищенням модуля пружності блока кісткових трансплантатів, що ще більше навантажує малогомілкову кістку. Висновки: використання титанової сітки для додаткової фіксації кісток гомілки при лікуванні їх вродженого псевдоартрозу позитивно впливає на напружено-деформований стан моделі, що підтверджується зниженням рівня напружень практично на всіх контрольних точках моделі, при навантаженнях як на стиск, так і на кручення. Найбільш позитивні зміни спостерігаються вздовж лінії незрощення великогомілкової кістки.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.289. Морфологічні особливості будови тканин міжхребцевих дисків при експериментальному дегенеративно-дистрофічному ураженні хребта та після його корекції збагаченою тромбоцитами плазмою: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.01 / О. В. Цюрупа; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. ---- Вінниця, 2021. ---- 20 с.: рис. ---- укр.

Дисертаційну роботу присвячено комплексному морфологічному вивченню тканин міжхребцевих дисків за умов моделювання дегенеративно-дистрофічного ураження хребта та після його корекції збагаченою тромбоцитами плазмою. Для досягнення мети відпрацьовано експериментальну модель дегенеративно-дистрофічного ураження хвостового відділу хребта у щурів. Вона полягала у підшиванні кукси хвоста до зв'язок і м'язів крижового відділу хребта на рівні LIV-SI, внаслідок чого в тканинах найбільшого вигину хвостового відділу хребта утворювалися умови, подібні до вісьового навантаження хребта у людини. Встановлено достовірні анатомічні та морфометричні відмінності, які свідчать про дегенеративні зміни в тканинах міжхребцевого диску через 60 діб після моделювання патології, які прогресують через 90 діб після моделювання. Застосування диклофенаку натрію не чинить суттєвого впливу на дегенеративно-дистрофічні процеси у тканинах диску. Застосування збагаченої тромбоцитами плазми у щурів з модельованим дегенеративно-дистрофічним ураженням міжхребцевих дисків впродовж 60 діб відтворює його структуру. Введення збагаченої тромбоцитами плазми щурам модельованого впродовж 90 діб дегенеративно-дистрофічного ураження міжхребцевих дисків сприяє частковому відновленню анатомії тканин дисків.

Шифр НБУВ: РА449170

4.Р.290. Особливості проведення реабілітаційного масажу при дисфункціях м'язів передпліччя / П. Єфіменко, О. Каніщева // Слобожан. наук.-спорт. вісн. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 57-62. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- знайти можливість проведення реабілітаційного масажу передпліч за наявності больового синдрому їх м'язів. Дослідження проведено за поточним методом у 2 етапи. На першому етапі спостереження взяли участь 14 здорових осіб, яким перевіряли реакцію м'язів внутрішньої поверхні передпліч на одну процедуру класичного масажу тільки на відповідних сухожиллях. За допомогою методів оцінки ефективності призначали динамометрію та міотонометрію. У другому етапі дослідження взяли

участь 7 музикантів із гіпертонусом і м'язовими болями по внутрішній поверхні передпліччя, що виникли за різними причинами. Лікарем було рекомендовано витримати спокій до одного місяця. Проте, в зв'язку з напруженою професійною діяльності ці рекомендації музикантів не влаштували та вони надали згоду прийняти участь у дослідженні. У цій групі застосовували такі методи дослідження: візуально-аналогову шкалу болю (Quadruple Visual Analogue Scale (VAS); міотонометрію. Результати першого етапу проведеного спостереження показали, що після однієї процедури масажу м'язових сухожиль різниця між тонусом спокою та тонусом напруги здорових м'язів ---- контракція, збільшилась у середньому на 11,7 %. Середній показник динамометрії тієї ж кисті збільшився на 4 %. Результат другого етапу спостереження, проведеного серед осіб зі скаргами на м'язові болі передпліччя, після десяти процедур масажу відповідних сухожиль, виявив зниження больових відчуттів майже удвічі, і зменшення м'язового гіпертонусу у середньому на 11,3 %. Встановлено, що масаж сухожиль патологічних м'язів надав підставу вважати, що розроблена методика масажу має знеболювальний вплив і значно зменшує гіпертонус м'язових тканин. Одержані показники тонусу спокою та рівня болючості м'язів підтверджують позитивний вплив запропонованої методики масажу на патологічний стан м'язів передпліч і можливість проведення їх ранньої реабілітації.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.291. Особливості статографічних показників хворих на коксартроз до та після ендопротезування / С. Є. Бондаренко, О. Д. Карпінська // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 30-36. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Дегенеративні захворювання кульшових суглобів супроводжуються не тільки больовим синдромом, а й зміною анатомічних співвідношень у суглобі. Ендопротезування усуває больовий синдром, у більшості хворих відновлюються анатомічні співвідношення у суглобах, але якщо рентгенологічно можна оцінити клінічний результат операції ендопротезування, то результат функціонального відновлення оцінити важко, особливо в динаміці. Статографічні дослідження сьогодні є одним з основних діагностичних методів, які надають змогу проводити моніторинг відновлення хворих після ортопедичних операцій. Мета роботи ---- за даними статографічних досліджень визначити параметри, що відображають функціональну спроможність хворих підтримувати рівновагу при вертикальному стоянні, та відслідкувати їх зміну у процесі відновлення хворих після операції ендопротезування кульшового суглоба. Обстежено 50 хворих на дегенеративні захворювання кульшового суглоба до та після ендопротезування. Проаналізовано дані стандартних протоколів дослідження. До операції коефіцієнт хитання помітно відрізняється від норми при всіх видах стояння. Через 6 міс. після операції спостерігається нормалізація хитання для двохопорного стояння та для одноопорного стояння на здоровій кінцівці, але для протезованої кінцівки коефіцієнт хитання покращується незначущо. До операції при двохопорному стоянні є зміщення загального центру мас у бік здорової кінцівки, через 6 міс. відхилення значущо зменшується. При одноопорному стоянні спостерігається помітне зміщення тіла у бік здорової кінцівки, яке після ендопротезування зменшується. Після ендопротезування у хворих спостерігається зменшення відхилення тіла назад при всіх типах стояння, а також зменшується ротація тіла при одноопорному стоянні, збільшується навантаження на оперовану кінцівку. Висновки: у хворих на коксартроз порушується опора на пошкоджену кінцівку, що підтверджується зміщенням загального центру мас у бік здорової кінцівки, зменшується навантаження на стопу хворої кінцівки, зменшується здатність підтримки рівноваги як при двохопорному, так і при одноопорному стоянні. Відслідковування цих параметрів є засобом контролю відновлення функції підтримки рівноваги хворих після ендопротезування кульшового суглоба.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.292. Особливості ходьби хворих з остеоартрозом колінного суглоба до та після ендопротезування за даними системи GAITRite / О. Д. Карпінська, Г. С. Московко // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 6. ---- С. 10-18. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Апаратні обстеження є запорукою стандартизації оцінки стану хворих, які мінімізують помилку лікаря, надають можливість одержати цифровий матеріал, за яким можна визначити функціональну спроможність пацієнта. Одним із таких досліджень є система GAITRite, призначенням якої є оцінка параметрів ходьби людини. Мета дослідження ---- визначити основні параметри ходьби хворих на гонартроз до та після операції ендопротезування. Обстежено 23 пацієнти з гонартрозом після одностороннього ендопротезування. Проведені дослідження стосуються аналізу часових, геометричних параметрів ходьби, а також оцінки функціональної спроможності хворих із дегенеративними захворюваннями колінного суглоба до лікування та через 1 рік після ендопротезування. До лікування з приводу остеоартрозу колінного суглоба у хворих спостерігається порушення ходьби у вигляді несиметричності кроків. Спостерігаються зменшення часу опори на стопу хворої кінцівки і, відповідно, збільшення часу переносу стопи даної кінцівки. Зміни на хворій кінцівці відображуються і на протилежній. Після операції зміни параметрів кроків у хворих відбуваються так: збільшення часу опори на протезовану кінцівку і, відповідно, зменшення часу опори на стопу протилежної кінцівки, що проявляється у збільшенні симетричності параметрів кроків. Зменшення больового синдрому та відновлення опірності кінцівки збільшують показник функціональності ходьби. Остеоартроз є системним захворюванням, що розвивається частіше на обох колінних суглобах, і часто в дегенеративний процес залучаються інші структури скелета. Тому у хворих похилого віку FAP після ендопротезування сягає тільки задовільних значень. Розглянуто хворих після ендопротезування на одному колінному суглобі, а це не завжди надає одразу очікуваний гарний результат. Висновки: інструментальні методи дослідження ходьби хворих надають можливість визначити ступінь порушення динаміки. Ендопротезування колінного суглоба усуває больовий синдром і відновлює опірність кінцівки, що сприяє покращанню ходьби. Даний метод оцінки ходьби надає можливість визначити ступінь відновлення хворих та скорегувати необхідність подальших методів корекції ходьби чи план подальшого лікування.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.293. Передопераційне застосування модифікованої методики радіочастотної нейроабляції генікулярних і шкірних нервів колінного суглоба для зменшення больового синдрому після ендопротезування / М. Л. Головаха, Є. О. Білих, І. В. Шишка, І. М. Забєлін, В. І. Перцов // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 266-273. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Цель работы ---- повысить эффективность лечения болевого синдрома (БС) в послеоперационном периоде у больных гонартрозом после эндопротезирования коленного сустава (КС) с помощью радиочастотной нейроабляции (РЧНА). Проведено открытое проспективное рандомизированное исследование, в котором проанализировали данные 93 пациентов, у которых был диагностирован нартроз III ---- IV стадии с преобладанием БС одного КС. Пациентов поделили на две группы: исследования (n = 44) и сравнения (n = 49). Пациентам группы исследования проведено тотальное эндопротезирование (ТЭП) одного из КС, в предоперационном периоде выполнена РЧНА геникулярных и кожных нервов. Пациентам группы сравнения ---- только эндопротезирование КС. Интенсивность БС, функциональный статус и качество жизни пациентов оценивали с использованием ВАШ, опросников WOMAC, KOOS до лечения, через 1,5, 3 и 6 месяцев после операции, с учетом общего качества жизни по опроснику SF-36 и возможности развития нейропатического компонента боли по опроснику PainDetect. Анализ показателей, полученных по ВАШ, выявил уменьшение БС в обеих группах: через 6 мес. после эндопротезирования в группе исследования ---- 2 (2; 2) балла, в группе сравнения ---- 3 (2; 3) балла. Анализ результатов, полученных при использовании опросника WOMAC, показал более выраженное улучшение результатов лечения пациентов, которым выполнено ТЭП КС в сочетании с РЧНА ---- 32 (28; 34) балла через 6 мес. В группе сравнения также отмечено улучшение функционального статуса при обследовании через 1,5 мес. после операции, но с менее эффективным уменьшением БС и физическим восстановлением, установленным при опросе через 6 мес. ---- 33,0 (28,5; 37,0) балла. Анализ данных, полученных с использованием опросника KOOS, показал положительную динамику показателей после операции в обеих группах пациентов (41,88 (37,2; 44,79) балла в группе сравнения, 47,67 (40,63; 50,51) балла в группе исследования) во время контрольного опроса через 6 месяцев после ТЭП. Анализ результатов опроса по SF-36 через 6 мес. после оперативного лечения показал почти одинаковую динамику восстановления психологического компонента здоровья у двух групп пациентов (56,63 (55,83; 59,03) балла в группе сравнения, 58,96 (54,24; 60,35) балла в группе исследования) и физического компонента здоровья с лучшими результатами в группе исследования. При использовании опросника PainDetect нейропатический компонент боли у пациентов исследуемых групп не обнаружен. Выводы: использование метода РЧНА геникулярных нервов с дополнительной абляцией кожных веточек позволяет снизить интенсивность БС в послеоперационном периоде после эндопротезирования КС, пациенты могут быстрее и в большем объеме восстановить функциональную активность.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.294. Профілактика ресорної функції стопи з урахуванням анатомічних особливостей її будови / А. Сак, Р. Антіпова // Слобожан. наук.-спорт. вісн. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 47-52. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- вивчення можливостей розширення консервативних способів корекції склепінь стопи з урахуванням анатомічних особливостей їх будови, оскільки на ранніх стадіях придбаних деформацій стопи її патологічна установка, зазвичай, зумовлена змінами м'яких тканин: шкіри, зв'язкового апарату та м'язів. В експериментальному обстеженні брало участь 48 студентів ХДАФК віком від 18 до 20 років чоловічої статі. Проведено обстеження представників 4-х спортивних спеціалізацій, по 12 спортсменів у кожній групі: «футбол», «важка атлетика», «баскетбол, волейбол», «дзюдо, самбо, тхеквондо». Проведено оцінку висоти стояння поздовжнього склепіння на підставі розрахунку «подометричного індексу» (Індекс Фрідланда). Проведено оцінку

стану поздовжнього та поперечних склепінь стопи методом плантометрії. Оцінка метричних показників стопи проводилася на початку обстеження та після навчання студентів методикам ручної корекції стопи: згідно з методикою релаксації м'язів стоп за K. Lewit і Г. Іванічевим. При цьому проводилася ауторелаксація спазмованих м'язів стопи та гомілки з використанням методики «пальцевих вправ» впливу на точки болючих м'язових ущільнень підошовної та тильної поверхонь стопи. Відзначено зміну склепінь стопи двох типів (різка та помірна плоскостопість) у спортсменів спеціалізацій: «футбол», «баскетбол, волейбол», «дзюдо, самбо, тхеквондо», та помірну плоскостопість у спортсменів спеціалізації «важка атлетика». Надано рекомендації щодо консервативних методів корекції порушень будови стопи. Одержані дані свідчать, що у разі консервативних способів корекції склепінь стопи відзначаються позитивні суб'єктивні зміни. Цього впливу недостатньо, щоб зберегти структуру стопи за постійних її перевантажень. Оскільки спортсмени мають розвинений м'язово-зв'язковий апарат, що міцно утримує склепіння стопи та забезпечує щільне прилягання кісток стопи одна до одної, особливо важливо застосування консервативних способів корекції склепінь стопи до 20---25-річного віку, тобто до часу припинення росту кісток.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.295. Результати оперативного лікування хворих з асептичною нестабільністю компонентів ендопротезів кульшового суглоба / Г. В. Гайко, В. М. Підгаєцький // Запорож. мед. журн. --- 2021. --- **23**, № 1. --- С. 90-97. --- Бібліогр.: 31 назв. --- укр.

Мета роботи --- вивчити результати ревізійних ендопротезувань у хворих з асептичною нестабільністю компонентів ендопротезів кульшового суглоба. Проаналізовано результати 158 випадків ревізійного протезування у 152 хворих з асептичною нестабільністю компонентів ендопротеза кульшового суглоба. Пацієнтів прооперували в ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» у 2008 --- 2018 рр. Тотальну нестабільність компонентів ендопротеза встановили в 43 (27,2 %), нестабільність ацетабулярного компонента --- в 65 (41,1 %), нестабільність стегнового компонента --- в 50 (31,6 %) випадках. Більшість ендопротезів дестабілізувалась у період від 5 до 9 років після операції протезування. Протягом роботи використали клінічний, рентгенологічний і статистичний методи дослідження. У хворих із нестабільністю ацетабулярного компонента результати ревізійної заміни найкращі при дефектах кульшової западини I --- II типів за Paprosky. Так, через 10 років після ревізійної заміни абсолютна більшість ацетабулярних компонентів (n = 33; 86,8 %) залишалися стабільними ($t = 9,3$; $p < 0,05$). Результати ревізійної заміни нестабільних феморальних компонентів компонентами з цементним і безцементним типами фіксації через 10 років після ревізії вірогідно не відрізнялися. Рецидив асептичної нестабільності зареєстрували у 7 випадках, з-поміж них 5 (71,4 %) --- із цементним типом фіксації. У разі тотальної нестабільності не виявили різницю за результатами ревізійної імплантації при застосуванні тільки первинних компонентів і в комбінації первинних із ревізійними реконструктивними системами компонентів. Через 10 років визначили вірогідно більше (n = 35; 81,4 %) випадків зі збереженою стабільністю компонентів ($t = 7,3$; $p < 0,05$). Рецидив нестабільності одного з компонентів визначили у 8 випадках, тобто 18,6 % від загальної кількості тотальної ревізійної заміни компонентів. У хворих із нестабільністю ацетабулярних і стегнових компонентів за наявності кісткових дефектів I --- II типів за Paprosky результати ревізійної заміни найкращі в разі імплантації первинних компонентів із безцементним типом фіксації. За наявності кісткових дефектів кульшової западини та стегнової кістки III типу за Paprosky результати найкращі в разі застосування ревізійних антипротрузійних ацетабулярних і подовжених стегнових модульних чи моноблокових систем із безцементним типом фіксації. Застосування для ревізії компонентів із цементним типом фіксації показало вірогідно гірші результати у порівнянні з безцементними та суттєво менший термін функціонування.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.296. Терапевтические возможности карбокситерапии в ортопедии / С. М. Дроговоз, Л. Б. Иванцык, Ю. В. Столетов, А. Л. Штробля // Лікар. справа. --- 2020. --- № 3/4. --- С. 21-26. --- Библиогр.: 17 назв. --- рус.

Заболевания аппарата движения и опоры являются достаточно распространенными. Применение фармакотерапии не всегда может быть эффективным, что связано с большим количеством побочных эффектов современных нестероидных противовоспалительных препаратов. Выходом из данной ситуации может быть применение карбокситерапии (CO_2 --- терапия), казывающей комплекс фармакологических эффектов: аналгизирующий, противовоспалительный, спазмолитический, антигипоксический и антиоксидантный. Данные положительных эффектов CO_2 используются для устранения симптомокомплекса, связанного с болью, воспалением, ишемией, гипоксией и тугоподвижностью в суставах. Применение карбокситерапии в ортопедии в первую очередь направлено на устранение болевого синдрома при различных заболеваниях позвоночника, суставов, мышц в области спины, шеи, бедер, коленей и других органов. Основной мишенью действия карбокситерапии при заболеваниях аппарата движения и опоры являются зоны Захарьина --- Геда, триггерные точки, зоны миофибралгии и точки акупунктуры. При воздействии CO_2 на эти зоны и точки рефлекторно происходит расширение сосудов, релаксация мышц и усиление оксигенации тканей, что приводит к уменьшению воспаления, боли и других функциональных расстройств в суставах и мышцах. Карбокситерапия, благодаря полиэтиопатогенетической фармакодинамике CO_2, часто применяется при посттравматических и воспалительных заболеваниях суставов, других острых и хронических патологиях суставов разной этиологии. Кроме того, при комбинированной фармакотерапии этих заболеваний карбокситерапия сокращает длительность приема НПВП и других препаратов, уменьшает их дозировку, что снижает риск развития побочных эффектов и повышает эффективность терапии CO_2.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.297. Фізична терапія пацієнтів з посттравматичними контрактурами ліктьового суглоба / Б. Пустовойт, С. Пашкевич, О. Без'язична, Т. Парфанюк // Слобожан. наук.-спорт. вісн. --- 2021. --- № 1. --- С. 27-35. --- Бібліогр.: 32 назв. --- укр.

Мета роботи --- розробити та обгрунтувати сучасну програму фізичної терапії осіб із посттравматичними контрактурами ліктьового суглоба у пізньому післяопераційному періоді з використанням оціночних шкал для окремих категорій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) для оцінки ефективності реабілітації. У дослідженні брали участь 17 пацієнтів віком від 28 до 50 років. Виділено контрольну групу (КГ) --- 9 осіб (4 жінки, 5 чоловіків) та основну (ОГ) --- 8 осіб (3 жінки, 5 чоловіків). У пацієнтів ОГ програма фізичної терапії поряд із загальноприйнятими зараз засобами включала ультразвукову терапію з негайними наступними мобілізаційними техніками для ліктьового суглоба. За даними літератури визначено оціночні шкали категорій МКФ: гоніометрія, мануальне м'язове тестування, опитувальники Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure (QuickDASH), Patient-rated elbow evaluation (PREE). З базового набору МКФ для станів рук виділено 8 категорій, що були значимими для пацієнтів і встановлено відповідні оцінки категорій за шкалами. Після проведення фізичної терапії у пацієнтів ОГ оцінки категорії b710 «Функції рухливості суглоба» за результатами гоніометрії покращилися з $2,8 \pm 0,2$ до $1,9 \pm 0,2$ ум. од., $p < 0,001$, у пацієнтів у КГ --- з $2,9 \pm 0,2$ до $2,4 \pm 0,6$ ум. од., $p < 0,05$, із достовірною різницею між групами порівняння, $p < 0,05$. Також оцінки категорії d445 «Використання кисті та руки» за шкалою функцій PREE у пацієнтів ОГ мали позитивну динаміку: з $3,5 \pm 0,5$ до $2,4 \pm 0,5$ ум. од., у порівнянні з КГ --- з $3,5 \pm 0,5$ до $3,0 \pm 0,2$ ум. од., $p < 0,05$, $p < 0,001$, за достовірної різниці між показниками ОГ і КГ, $p < 0,05$. Середня тривалість пізнього післяопераційного періоду у пацієнтів ОГ була $21,62 \pm 2,28$ днів, у пацієнтів КГ --- $27,11 \pm 2,52$ із достовірною різницею між групами, $p < 0,05$. Визначено найбільш значимі категорії МКФ для контрактури ліктьового суглоба, їх оціночні шкали. На підставі достовірних відмінностей за оцінками двох категорій МКФ (b710 «Функції рухливості суглоба», d445 «Використання кисті та руки», $p < 0,05$) і скороченням тривалості періоду реабілітації ($p < 0,05$) доведено переваги розробленої програми фізичної терапії.

Шифр НБУВ: Ж70281

4.Р.298. Фізична терапія хронічної латеральної тендопатії ліктьового суглобу (ліктя тенісиста) / Б. Пустовойт, С. Пашкевич, Л. Дугіна // Слобожан. наук.-спорт. вісн. --- 2020. --- № 5. --- С. 45-51. --- Бібліогр.: 26 назв. --- укр.

Мета роботи --- оцінити ефективність включення вправ для стабілізаторів лопатки у фізичну терапію (ФТ) пацієнтів із хронічною латеральною тендопатією ліктьового суглобу (ЛТЛС). Проведено тримісячне дослідження, в якому прийняли участь 32 пацієнти, яких було розподілено на дві групи --- основну (ОГ) --- 17 осіб і контрольну (КГ) --- 15. Пацієнти ОГ виконували програму ФТ у складі: навчання пацієнтів, вправ для лопатки і передпліччя (лікоть/зап'ястя), глибокого масажу м'яких тканин у поєднанні з маніпуляцією Мілля, фонофорезу з гідрокортизоном. Пацієнти КГ мали ту ж саму програму, але без вправ для стабілізаторів лопатки. Оцінка результатів за критеріями --- визначення інтенсивності больового синдрому (visual analog scale --- VAS); вимір сили м'язів передпліччя та кисті (динамометрія); тест-опитувальник функціонального стану верхньої кінцівки --- Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure (DASH). Визначено особливості застосування ФТ для реабілітації пацієнтів із ЛТЛС із вправами для стабілізаторів лопатки у поєднанні з глибоким масажем м'яких тканин та маніпуляцією Мілля. Встановлено, що застосований реабілітаційний комплекс мав перевагу перед ФТ тільки зі спеціальними вправами для передпліччя, про що свідчили достовірні позитивні зміни за VAS і шкалою DASH ($p < 0,005$ та $p < 0,001$ відповідно) у короткотривалому періоді оцінки ефективності.

Шифр НБУВ: Ж70281

Див. також: 4.Р.76, 4.Р.209, 4.Р.237, 4.Р.264, 4.Р.276-4.Р.277, 4.Р.334-4.Р.335, 4.Р.349

Інфекційні та паразитарні хвороби

4.Р.299. Аналіз причин ускладненого перебігу COVID-19 у пацієнтів із цукровим діабетом / О. А. Галушко, О. А. Лоскутов, М. А. Тріщинська, І. А. Кучинська, М. В. Болюк // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 4. — С. 23-31. — Бібліогр.: 66 назв. — укр.

Із грудня 2019 р. нова коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) впевнено й агресивно крокує по планеті. 11 березня 2020 р. Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила коронавірусну хворобу COVID-19 пандемією. Серед основних факторів ризику розвитку і тяжкого перебігу COVID-19 називають похилий вік, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет (ЦД), хронічні обструктивні захворювання легень, серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання. Проте останнім часом на підставі одержаних епідеміологічних даних ЦД не вважається фактором ризику зараження SARS-CoV-2, але він пов'язаний із більш тяжким перебігом даного захворювання і погіршенням результатів лікування. У чому ж причина ускладненого перебігу COVID-19 у хворих на ЦД. Необхідність надати відповідь на дане питання зумовила проведення цього дослідження. Мета роботи — встановити причини ускладненого перебігу COVID-19 у хворих на цукровий діабет. Було проведено пошук публікацій за допомогою пошукових систем PubMed та Google Scholar за ключовими словами: COVID-19, цукровий діабет, гіперглікемія, порушення вуглеводного обміну, ускладнення. В огляді наукової літератури розглянуто основні причини і патогенетичні механізми розвитку ускладнень перебігу COVID-19 у хворих на ЦД. Визначено групи факторів, що погіршують перебіг захворювань, і доведено, що сучасне лікування COVID-19 у хворих на ЦД має враховувати всі наявні фактори ризику і включати багатодисциплінарний командний підхід із залученням фахівців із невідкладної медицини, ендокринології, інфекційних захворювань, респіраторної підтримки, дієтології та реабілітації. Висновки: основними причинами, що погіршують перебіг COVID-19 у хворих на ЦД, є: особливості власне ЦД і взаємовплив ЦД і COVID-19; вплив окремих груп препаратів, що застосовують при лікуванні обох захворювань; недоліки в організації лікування і догляду за хворими. Головний фактор, що має вирішальне значення у веденні таких пацієнтів, — нормалізація рівня глікемії і вуглеводного балансу, якої потрібно досягати усіма можливими засобами.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.300. Вплив бактеріоцину Enterococcus italicus ONU 547 та ефірних олій на ріст умовно-патогенних мікроорганізмів / Н. Ю. Васильєва, Г. В. Ямборко, А. Г. Мерліч, І. В. Страшнова, І. П. Метеліцина // Мікробіологія і біотехнологія. — 2021. — № 2. — С. 68-82. — Бібліогр.: 20 назв. — укр.

Мета роботи — оцінити вплив бактеріоцину (БЦ) Enterococcus italicus ONU 547 та ефірних олій (ЕО) окремо та в комбінації до тест-штамів умовно-патогенних мікроорганізмів. Антагоністичну активність БЦ та ЕО визначали за показником оптичної щільності суспензії бактерій тест-штамів (Salmonella enterica NCTC 6017, Escherichia coli ATCC 25922, Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853, Pseudomonas putida KT 2440, Enterococcus faecalis ATCC 29212, Klebsiella pneumoniae ATCC 10031, Staphylococcus aureus ATCC 25923). Індекс фракційної пригнічувальної концентрації (FIC) розраховували шляхом складання значень FIC бактеріоцину E. italicus ONU 547 і дослідних ЕО. Максимальний антимікробний ефект спричиняли ЕО Анісу лікарського (Anisum officinalisa) та Меліси лікарської (Melissa officinalis), які пригнічували ріст тест-штамів більше ніж на 50,0 %. У разі використання бактеріоцину E. italicus ONU 547 пригнічення життєздатності індикаторних штамів не перевищувало 30,0 %. Дослідні комбінації ЕО та БЦ спричиняли 4 типи наслідків: ефект синергії; адитивний ефект; антагоністичний ефект; інтерактивний ефект (відсутність ефекту взаємодії). У більшості випадків сукупна дія БЦ та ЕО спричиняла адитивний ефект. У ході дослідження продемонстровано потенціал використання різних комбінацій природних протимікробних сполук. Одержані результати надають підстави для подальшої розробки та оптимізації комбінацій ЕО і пробіотичних штамів мікроорганізмів із метою використання у харчових і фармацевтичних біотехнологіях.

Шифр НБУВ: Ж25976

4.Р.301. Вплив внутрішньовенного імуноглобуліну на перебіг гострої респіраторної хвороби COVID-19. Власні спостереження / М. В. Мокіна, О. Д. Мельник // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 5. — С. 84-88. — Бібліогр.: 18 назв. — укр.

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) заразила людей у багатьох країнах світу. Виявлення ефективного лікування цієї хвороби, особливо у тяжких випадках, стало предметом інтенсивних наукових досліджень. Мета дослідження — оцінити ефективність внутрішньовенного введення імуноглобуліну (ВВІГ) у пацієнтів з тяжкою інфекцією COVID-19. Проведено спостереження хворих з гострою респіраторною хворобою COVID-19, які одержували внутрішньовенний імуноглобулін у відділенні інтенсивної терапії. Усім пацієнтам проводилась неінвазивна вентиляція легень (НІВЛ), усі пацієнти мали супутню патологію. У дослідженні брали участь 20 хворих, 10 хворим було проведено інфузію внутрішньовенного імуноглобуліну. Хворі, які одержували ВВІГ, знаходились на НІВЛ в середньому 7 діб, стан хворих покращувався на 2-гу — 3-тю добу. На момент переводу в суміжні відділення (у середньому 14-та доба) динаміка захворювання покращувалася. Частота дихання — 23 за 1 хв. SpO_2 без O_2 — 92 % У всіх хворих спостерігались лімфопенія та підвищення трансаміназ, показники яких нормалізувалися до 2 — 3-ї доби. У хворих при ультразвуковому обстеженні легень були відсутні консолідації легень. Смертність у групі пацієнтів, які одержували ВВІГ, була нижче, ніж у хворих, які не одержували ВВІГ.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.302. Імунопатогенез інфекційного реактивного артриту на тлі активованих облігатних інфекцій (Chlamydia trachomatis та Епштейна — Барр вірус), тактика ведення хворих: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.08 / М. П. Ломіковська; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. — Харків, 2021. — 20 с.: табл., рис. — укр.

На підставі комплексного дослідження імунологічних, серологічних, молекулярно-генетичних досліджень розширено знання щодо участі фагоцитарних, лімфоцитарних, цитокінових і метаболічних механізмів в розвитку реактивного артриту на тлі C. trachomatis і вірусу Епштейна — Барр. Вперше досліджено рівень молекул BART-13, BART-15 вірусу Епштейна — Барр і регуляторних молекул miR155 та miR146a у хворих на реактивний артрит на тлі C. trachomatis і Епштейна — Барр вірусної інфекції. Доведено наявність кореляційної залежності між рівнем молекул BART-13, BART-15 ВЕБ і регуляторних молекул miR155 та miR146a у хворих на реактивний артрит на тлі комбінованої інфекції (C. trachomatis+ВЕБ). У хворих на РеА на тлі C. trachomatis і Епштейна — Барр вірусної інфекції досліджено рівень продуктів глікації AGE в сироватці крові. На підставі комплексного вивчення імунологічних і молекулярно-генетичних параметрів запропоновано математичну модель прогнозування ризиків трансформації реактивного артриту на тлі комбінованої інфекції (C. trachomatis+ВЕБ) в ревматоїдний артрит. Доведено клінічну ефективність і безпечність як терапії супроводу застосування ліофілізованого діалізату лейкоцитів «Імодин» у хворих на реактивний артрит на тлі комбінованої інфекції (C. trachomatis+ВЕБ).

Шифр НБУВ: РА448322

4.Р.303. Клініко-лабораторні прояви в тяжкохворих із COVID-19 та померлих / В. І. Трихліб, Т. І. Лисенко, А. О. Єрошенко, О. С. Мартинчик, К. П. Бєляєва, Н. Р. Цюрак, С. О. Невмержицький, В. В. Грушкевич, О. І. Самойленко, О. В. Кульова, Ю. І. Даниленко, В. І. Лисько, Ю. О. Боклан // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 4. — С. 51-64. — Бібліогр.: 6 назв. — укр.

Наведено огляд літератури стосовно симптомів, лабораторних показників крові тяжкохворих, які одужали, та померлих із новою коронавірусною інфекцією COVID-19. Лікарям при прогнозуванні перебігу хвороби слід враховувати таке: у перші 3 дні після госпіталізації у хворих, які одужали, дещо частіше реєструвались лейкоцитоз та лейкопенія, нормальна та збільшена кількість лімфоцитів, частіше виявляються хворі зі збільшеною кількістю паличкоядерних нейтрофілів, а у хворих, які в подальшому померли, частіше реєструвались нормоцитоз, гранулоцитоз, лімфопенія, тромбоцитопенія, більш висока швидкість осідання еритроцитів. Важливе значення при прогнозуванні має оцінка лабораторних показників у динаміці: у динаміці у хворих, які одужали, на 4 — 6-ту добу спостерігалось менш виражене зростання лейкоцитів і в подальшому, навпаки, їх зниження; на 4—6-ту добу перебування в стаціонарі відмічалось зниження кількості лімфоцитів із наступним їх зростанням; високі показники креатинфосфокінази на початку госпіталізації з 7—9-ї доби значно зменшились до референтних значень; із часу перебування в стаціонарі спостерігалось зменшення показників лактатдегідрогенази, середнє значення протромбінового індексу мало тенденцію до зниження, але в межах норми. У хворих, які померли, вже з 4і6-ї доби відмічаються зростання кількості лейкоцитів, зменшення рівня лімфоцитів, частіше реєструвалась тромбоцитопенія, яка зберігалась із часом, та її значне зменшення, особливо після 9-ї доби; у всі періоди спостереження були вищі показники швидкості осідання еритроцитів (медіана близько 30 — 40 мм/год); із 7-ї доби спостерігаються значні коливання максимальних показників креатинфосфокінази із суттєвим їх збільшенням; уже на початку госпіталізації дані хворі мали вищі показники лактатдегідрогенази у порівнянні з першою групою та зберігали свою перевагу протягом усіх періодів спостереження зі значними коливаннями максимальних значень; при порівнюванні даних хворих за періодами спостереження відмічались незначні коливання показників протромбінового індексу, які найчастіше реєструвались у близько 80 % хворих із подальшим збільшенням після 9-ї доби, але в межах норми, також на початку госпіталізації відмічались і значні коливання мінімальних значень протромбінового індексу до дуже низьких показників.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.304. Клінічні детермінанти маніфестації коронавірусної хвороби (COVID-19) / О. М. Ковальова // Артер. гіпертензія.---- 2021.---- **14**, № 5.---- С. 29-35.---- Бібліогр.: 32 назв.---- укр.

Надано огляд сучасних публікацій, присвячених визначенню факторів, що впливають на інфікування, клінічний перебіг та наслідки коронавірусної хвороби (COVID-19). Наведено статистичні дані щодо частоти підвищеного артеріального тиску та несприятливих клінічних проявів вірусного захворювання в різних популяціях. Показано провідну роль ангіотензинперетворюючого ферменту 2 як функціонального клітинного рецептора для коронавірусу та його участь у формуванні множинних системних проявів COVID-19. Надано механізм пошкоджуючих ефектів тютюнопаління при вірусній пневмонії. Відповідно до літературних даних висвітлено взаємозв'язок між метаболічними порушеннями при ожирінні та ризиком тяжкого перебігу коронавірусної хвороби. З патофізіологічних позицій надано пояснення виникнення загрозливих ускладнень у хворих на нову коронавірусну інфекцію за наявності цукрового діабету ---- масивне ураження легень, гострий респіраторний дистрес-синдром, протромботичний стан, венозний та артеріальний тромбоз.

Шифр НБУВ: Ж100050

4.Р.305. Коронавірусна хвороба (COVID-19). Виклики та перспективи специфічної діагностики: (огляд) / К. М. Гуменюк, Д. О. Дубина, О. О. Юрченко // Мікробіологія і біотехнологія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 6-44. ---- Бібліогр.: 139 назв. ---- укр.

Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19), яка стартувала наприкінці 2019 р. у Китаї, стала непередбаченим викликом для системи охорони здоров'я абсолютно всіх країн світу. Серед проблем, які потребували негайного вирішення, стало налагодження масової специфічної діагностики емерджентної інфекції, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. В огляді наведено технології, які застосовуються для специфічної діагностики COVID-19. Обговорено переваги та обмеження найбільш поширених методологій, спрямованих на виявлення збудника або специфічних до нього антитіл. Виявлення фрагментів геному вірусу за допомогою полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією в реальному часі (рЗТ-ПЛР) надало можливість досягти високої точності діагностики. З самого початку пандемії та дотепер цей метод вважається «золотим» стандартом, незважаючи на обмеження, пов'язані з його високою вартістю, трудомісткістю та необхідністю проведення досліджень у спеціалізованих лабораторіях. Більш дешеві імунологічні методи мають недостатню діагностичну ефективність і можуть використовуватися лише як додаткові до молекулярного тестування. Наведено перспективні методи специфічної діагностики COVID-19, які засновані на молекулярно-генетичних технологіях, характеризуються простотою та швидкістю виконання, не потребують дорогого обладнання та можуть виконуватись у пунктах надання медичної допомоги.

Шифр НБУВ: Ж25976

4.Р.306. Коронавірусна хвороба COVID-19 (клініка, діагностика, терапія): навч. посіб. / В. П. Малий, О. М. Карабан, І. М. Асоян, А. М. Бондаренко, П. В. Нартов, І. В. Андрусович; ред.: В. П. Малий, О. М. Карабан. ---- Харків: Естет Прінт, 2020.---- 105 с.: рис., табл.---- Бібліогр.: с. 92-102. ---- укр.

Зазначено, що посібник підготовлено на основі літературних джерел і особистих досліджень, присвячених інфекційній хворобі COVID-19, що викликана коронавірусом SARS-CoV-2. Зауважено, що пандемія охопила практично всі континенти, характеризується швидким розповсюдженням, високою контагіозністю збудника, небезпечними ускладненнями зі сторони легень, нерідко летальністю з переважним ураженням людей старше 65 років, а також серед інших груп ризику, що страждають на хронічні соматичні захворювання. Надано грунтовну характеристику нового варіанта збудника хвороби. Розглянуто шляхи інфікування, патогенез, особливості клініки, діагностики, можливої етіотропної терапії. Увагу приділено профілактиці, організації та наданню медичної допомоги населенню.

Шифр НБУВ: ВА853020

4.Р.307. Математическая модель выбора режимов дыхания при искусственной вентиляции легких / Н. И. Аралова // Проблемы упр. и информатики. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 130-140. ---- Библиогр.: 22 назв. ---- рус.

Заболевание COVID-19 поражает преимущественно нижние дыхательные пути, и у 20 % зараженных вирус SARS-CoV-2 проникает глубоко в легкие. При этом состояние больного быстро становится критическим, и самых тяжелых пациентов необходимо срочно поместить в отделение интенсивной терапии и подключить к аппаратам искусственной вентиляции легких (ИВЛ). ИВЛ в тех случаях, когда легкие больше не могут вдыхать достаточно кислорода и выдыхать собравшийся в них углекислый газ. В этом случае аппараты ИВЛ берут на себя функции дыхательной системы. Методы осуществления ИВЛ требуют не только экспериментального, но и теоретического обоснования. Для исследования предлагается применить математическую модель функциональной системы дыхания, в которой процесс дыхания представляется как управляемая динамическая система и которая позволяет прогнозировать в динамике дыхательного цикла процесс газообмена в легочных структурах при различных возмущающих воздействиях. Предлагается дополнить модель уравнениями, учитывающими эластичность легких и сопротивление легочных структур. Поскольку существенное значение имеет возможность получения количественных и качественных характеристик процесса массопереноса газов при различных видах ИВЛ, предлагаются уравнения для описания разных видов легочного дыхания. Реализация предложенной модели позволит получить результаты по исследованию процесса динамики респираторных газов при ИВЛ, способствующие решению практических задач по оптимизации параметров технических аппаратов ИВЛ. Последующее объединение предложенной модели с моделью развития вирусного заболевания при наличии массива индивидуальных данных может оказать существенную помощь в выборе режимов ИВЛ при осложненном течении вирусного заболевания.

Шифр НБУВ: Ж26990

4.Р.308. Неврологічні порушення в пацієнтів, які перенесли COVID-19: як лікувати в умовах пандемії / Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко, В. В. Соколік, А. В. Фисенко, І. В. Здесенко // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 10-22. ---- Бібліогр.: 82 назв. ---- укр.

Подано огляд даних світової літератури стосовно уражень нервової системи в пацієнтів, які перенесли COVID-19. Також наведено результати власного відкритого порівняльного дослідження ефективності комплексного застосування ксаврону, тіворелю й ксилату в пацієнтів з неврологічними порушеннями в постковідному періоді. Продемонстровано позитивний вплив вищезазначеного комплексу препаратів на когнітивні функції, що мало прояв у збільшенні темпу психічної діяльності, покращанні короткочасної і оперативної пам'яті, підвищенні стійкості психічних процесів і зниженні рівнів реактивної та особистісної тривожності.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.309. Нова коронавірусна інфекція (COVID-19): симптоми, лабораторні показники крові у тяжкохворих та померлих / В. І. Трихліб, А. П. Казмірчук, В. В. Грушкевич, Т. В. Буракова // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 13-22. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Вказано, що при новій коронавірусній інфекції спостерігаються різноманітні клінічні прояви, розвиток різноманітних ускладнень, невідповідність клініко-лабораторно-інструментальних даних стану хворого, що спостерігали у певний час за результатами попередніх їх досліджень. Наведено огляд літератури стосовно симптомів, лабораторних показників крові тяжкохворих, які одужали, та померлих із новою коронавірусною інфекцією (COVID-19). Серед госпіталізованих тяжкохворих переважно були чоловіки, значна кількість хворих мали супутні захворювання. За даними літератури, у госпіталізованих тяжкохворих із підтвердженою новою коронавірусною хворобою у більшості спостерігалися: кашель, лихоманка, озноб, задишка, лімфопенія. Серед інших симптомів реєструвалися: виділення мокротиння, головний біль, запаморочення, ринорея, аносмія, дисгевзія, біль у горлі, біль у животі, анорексія та блювання, діарея, нудота, міалгія. Згідно з результатами дослідження зроблено висновок, що лікарям, особливо після третьої доби хвороби пацієнта, при оцінці ступеня тяжкості варто звертати увагу на наявність наступних даних або ступінь їх вираженості, поєднання декількох симптомів, що можуть підказати необхідність госпіталізації, зокрема у відділення реанімації та інтенсивної терапії: вік хворого; супутня патологія (серцево-судинні, церебральні захворювання, хронічні захворювання органів дихання, цукровий діабет, ожиріння), особливо в стадії декомпенсації; наявність та ступінь порушення рівня свідомості (шкала коми Глазго); синюшність, блідість шкірного покриву, слизових; акроціаноз або центральний ціаноз; тривалість високої температури (> 38 °С) понад три доби, особливо > 39 °С; прояви диспное (відчуття браку повітря, стиснення в грудній клітці, задишка чи тахіпное, задишка при фізичних навантаженнях), ЧД > 24 вд/хв або ЧД < 10 вд/хв; пульс ≥ 125 уд/хв (при вимірюванні, коли хворий сидить); систолічний артеріальний тиск < 100 мм рт. ст.; оцінка за SOFA (> 2); оцінка за CURB-65 (> 2); ознаки невідкладних станів (гострий респіраторний дистрес-синдром, гостра ниркова недостатність, кровотечі та інші); SpO_2 < 93 %; лейкоцитоз > $10 \cdot 10^9$/л, лімфопенія, тромбоцитопенія, С-реактивний білок сироватки крові > 10 мг/л; збільшення протромбінового часу (> 16); збільшення D-димеру (> 1,5 нг/мл), збільшення рівня феритину > 300; збільшення концентрації лактатдегідрогенази (понад 360 Од/л); збільшення вмісту прокальцитоніну ≥ 0,5 нг/мл; лактат > 2 ммоль/л; NT-proBNP ≥ 400 пг/мл; збільшений високочутливий серцевий тропонін I (> 5 пг/мл), зміни на ЕКГ; ураження легень за даними комп'ютерної томографії понад 25 %.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.310. Опыт профилактики и эффективности лечения коронавирусной инфекции на догоспитальном этапе / В. Е. Казмирчук, Н. В. Дендерук, В. Ф. Орлик // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 3-7. ---- Библиогр.: 3 назв. ---- рус.

Изложен опыт профилактики и лечения коронавирусной инфекции на догоспитальном этапе. Указаны профилактические схемы внутримышечного использования иммуноглобулина челове-

ка нормального, схемы использования 10 % биовена, альбумина, дексаметазона, бициллина. Приведены примеры лечения больных с различной хронической коморбидной патологией. Из 150 пациентов, получавших вышеуказанную профилактику и лечение, не отмечалось проблем с психикой и со стороны сердечно-сосудистой системы, не наблюдалось постковидного синдрома. Ни один из пациентов не попал в стационар на кислородотерапию и не умер.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.311. Основні підсумки досліджень з розробки засобів профілактики та лікування COVID-19 у 2020 — 2021 роках (огляд) / Т. А. Бухтіарова // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 4. ---- С. 219-238. ---- Бібліогр.: 76 назв. ---- укр.

Здійснено огляд досліджень лікарських засобів для профілактики та лікування COVID-19, проведених протягом 2020 р. та першої половини 2021 р. в межах глобальних ініціатив, які переважно було зосереджено на розробці вакцин і випробуваннях відомих ліків за новими показаннями. Безпрецедентно швидку роботу було проведено з розробки вакцин проти COVID-19, що надало людству потужний інструмент для боротьби з хворобою. Результати багатоцентрових клінічних випробувань потенційних методів лікування COVID-19 на платформах «Solidarity», «Recovery», «ACTT» і деяких інших надали змогу зробити висновки про відсутність клінічної користі від застосування гідроксихлорохіну та лопінавіру/ритонавіру в лікуванні госпіталізованих пацієнтів з COVID-19, здатність низьких доз дексаметазону зменшувати на третину смертність госпіталізованих пацієнтів з COVID-19 з тяжкими респіраторними ускладненнями (зниження ризику смерті та необхідності штучної вентиляції легенів, скорочення терміну перебування в лікарні), відсутність позитивного впливу аспірину та азитроміцину на виживаність госпіталізованих пацієнтів з COVID-19. Результати численних випробувань ремдесивіру (Veklury з Gilead Sciences Ireland UC) стали основою для його використання в США, Японії та ЄС за новими показаннями і лікування підозрюваного або лабораторно підтвердженого COVID-19 у дорослих, людей похилого віку та дітей старше 12 років з тяжким перебігом і необхідністю додаткового кисню, механічної вентиляції легенів або екстракорпоральної мембранної оксигенації. Низку лікарських засобів схвалено FDA для екстреного використання в США за COVID-19. Кілька лікарських засобів для лікування COVID-19 наразі розглядається EMA з використанням інструмента прискорення «Rolling Review». Подальші плани глобального співробітництва передбачають початок нового етапу дослідження ВООЗ «Solidarity» («Solidarity PLUS») у серпні 2021 р., в якому заплановано випробування трьох препаратів, схвалених за іншими показаннями (артесунат, іматиніб та інфліксимаб). Вважається, що ці препарати потенційно можуть знизити ризик смерті в госпіталізованих пацієнтів з COVID-19. Великі сподівання покладаються на пероральний противірусний препарат прямої дії молнупіравір (розробляється компанією MERCK у співпраці з Ridgeback Biotherapeutics). Результати досліджень потенційних засобів лікування COVID-19 і його ускладнень, проведених українськими вченими, надали змогу МОЗУ затвердити нові показання в інструкції для медичного застосування лікарських засобів амізон макс (АТ «Фармак»), аміксин ІС (ТДВ «Інтерхім»), квертин і корвітін (ПАТ НВЦ «Борщагівський хімфармзавод»), біовен (ТОВ «БіОФАРМА ПЛАЗМА») і внести відповідні зміни в протоколи надання медичної допомоги хворим на COVID-19. 6 травня 2021 р. Європейська Комісія оголосила про намір затвердити рішення щодо забезпечення масового виробництва та використання ліків від COVID-19 до листопада 2021 р7 для скорочення кількості госпіталізацій і подолання довгострокових наслідків захворювання. EMA вже здійснює огляд трьох лікарських засобів на основі моноклональних антитіл (комбінація моноклональних антитіл Regeneron і Celltrion, та Eli Lilly), які зменшують ризик госпіталізації та смерті на 87 %.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.312. Особливості церебральних та спінальних неврологічних ускладнень у пацієнтів із COVID-19: власний клінічний досвід і огляд літератури / А. В. Паєнок, А. М. Нетлюх, О. Я. Кобилецький, Р.-М. М. Юнко, В. І. Куц-Карпенко, О.-Н. А. Бакун, Н. В. Матолінець // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 50-59. ---- Бібліогр.: 37 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- висвітлити високу ймовірність та особливості розвитку неврологічних ускладнень у пацієнтів, які перенесли пневмонію, асоційовану з COVID-19. Проведено ретроспективне когортне дослідження історій хвороби 57 пацієнтів із COVID-19-пневмонією, які перебували на лікуванні у ковід-локації відділення судинної та малоінвазивної нейрохірургії і неврології КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» в період із 29 червня до 28 вересня 2020 р. (91 доба). Із 57 пацієнтів за допомогою методу проспективного аналізу було відібрано 14 (24,6 %), у яких був наявний чіткий зв'язок між COVID-19-пневмонією та неврологічними ускладненнями, що виникли. Неврологічні ускладнення COVID-19 виявлялися у вигляді гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у 57,1 % хворих, енцефалопатією із судомами та без судом ---- у 35,7 %, полінейропатією з тетрапарезом, вторинним гнійно-запальним ураженням хребта ---- у 7,2 %. Неврологічні ускладнення виникали в середньому через (20,4 ± 6,1) добу від початку захворювання. Ураження хребта і структур у каналі хребта після перенесеної коронавірусної інфекції мали значне поширення вздовж вісі хребта і тяжкий перебіг. Найбільшою (57,1 %) у структурі неврологічних ускладнень COVID-19 була частка ішемічного інсульту, що свідчило про тяжкість коронавірусної інфекції та її агресивний вплив на нервову систему. Ефективність лікування неврологічних ускладнень COVID-19 залежить від ургентності госпіталізації пацієнтів, що підтверджує наявність кореляційного зв'язка між сприятливими результатами лікування та часом від початку захворювання до надходження пацієнтів як у терапевтичне (r = +0,37), так і у неврологічне відділення (r = +0,32).

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.313. Патогенетичні механізми сенсоневральної втрати слуху в пацієнтів з COVID-19 і методи їх корекції / М. А. Тріщинська, О. Є. Кононов // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 7. ---- С. 20-26. ---- Бібліогр.: 65 назв. ---- укр.

Описано основні патогенетичні механізми розвитку гострої сенсоневральної втрати слуху, у тому числі інфекційного генезу. Розглянуто можливі чинники й механізми розвитку сенсоневральної втрати слуху на фоні коронавірусної інфекції, спричиненої вірусом SARS-CoV-2. Описано випадки зниження слуху в пацієнтів з COVID-19. Наведено патогенетично обгрунтований терапевтичний підхід у лікуванні таких пацієнтів, що заснований на оптимізації ацетилхолінової нейромедіації в структурах головного мозку, які беруть участь у проведенні й сприйнятті слухового імпульсу.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.314. Про епідемічну ситуацію з кліщових плямистих гарячок в Україні (огляд літератури) / О. З. Зарічна, Ю. О. Логінов, І. М. Лозинський // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 115-120. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- вивчити поширення рикетсій групи кліщових плямистих гарячок, у тому числі збудника марсельської плямистої гарячки, у різних регіонах України. Висновок: доведено ендемічність рикетсійних інфекцій групи кліщових плямистих гарячок в Україні. Одержано дані про нові види переносників і полівекторність природних осередків. Встановлено циркуляцію збудника марсельської плямистої гарячки шляхом серологічного моніторингу сукупного населення.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.315. ЧСЧ середнього та старшого віку: чому складно залучати до діяльності ВІЛ-сервісних організацій / М. Г. Касянчук, М. Ю. Варбан, М. С. Корнілова, О. В. Трофименко // Укр. соціум. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 183-197. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Дослідження (30 напівструктурованих інтерв'ю у 5 адміністративно-територіальних одиницях України) охопило чоловіків, які мають статеві відносини з чоловіками (ЧСЧ), середнього та старшого віку (35 років і старше) з метою знайти фактори, які слід враховувати при плануванні нових послуг чи доповненні вже наявних у профілактичних проєктах. Стиль життя ЧСЧ середнього та старшого віку може бути охарактеризований як властивий для зрілих особистостей. Показано, що одним з головних факторів, який впливає на залучення цієї соціально-демографічної групи до діяльності ВІЛ-сервісних організацій, є конкуренція пропонованих організаціями послуг з іншими способами проведення вільного часу, а зміст послуг має узгоджуватись з виявленими потребами потенційних клієнтів (зокрема, у сфері здоров'я, взаємин з партнерами й партнерками, хобі), розкладом повсякденного життя та способами комунікації з іншими членами ЛГБТ-спільноти. ЛГБТ-організації мають створювати безпечний фізичний і психологічний простір, консультувати в питаннях прийняття старіння, розлучення з партнером чи партнеркою, показувати безпечніші моделі проживання стресових ситуацій, підтримувати та формувати поведінку, спрямовану на збереження здоров'я, формування здорового способу життя та підвищення його якості як у контексті соціалізації клієнтів, так і збереження чи відновлення сексуальної привабливості й активності. Клієнти повинні мати можливість обирати найбільш відповідні їхнім запитам послуги з широкого переліку (зокрема, для одно---- та різностатевих пар), а також спосіб одержання послуг (з візитом або без візиту в офіс організації). Підхід до організації послуг має створювати впізнаване обличчя кожної організації в межах міста чи області, а не пропонувати однаковий набір сервісів). Проведене дослідження має низку обмежень, головним з яких є неможливість узагальнення одержаної інформації на всю досліджувану популяцію через суто якісний характер застосованої методології. Досліджена група (ЧСЧ віком 35 років і старше) складається з кількох відмінних вікових груп, серед яких найстарша матиме додаткову травму минулого.

Шифр НБУВ: Ж24215

4.Р.316. Dynamics of COVID-19 specific G-class immunoglobulins levels in patients after the recovery / E. I. Dub-

rovskyi, B. V. Dons'koi // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 3/4. ---- С. 3-8. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- англ.

Визначено рівні захисних антитіл, що перехворіли на COVID-19, на ранніх та більш віддалених строках. Для першого етапу дослідження було обстежено 66 пацієнта різного віку та статі. Всі пацієнти мали обов'язково позитивний результат на COVID-19 з використанням методу ПЛР. Частина пацієнтів знаходилась на лікуванні в інфекційному відділенні КМКЛ № 4, інші лікувались амбулаторно. Всіх пацієнтів за віком було умовно розподілено на дві групи: I (39 осіб) ---- від 18 до 39 років; II (27 осіб) ---- від 40 до 65. Серед обстежених 8 осіб хворіли безсимптомно. Легкий перебіг відмічався у 40 осіб, середньотяжкий ---- у 15 осіб, тяжкий ---- у 3 осіб. Було госпіталізовано в інфекційний стаціонар 11 пацієнтів. Надалі контроль рівня антитіл було проведено на 60-ту, 90-ту та 150-ту добу від початку захворювання. Всім пацієнтам було проведено дослідження на антитіла на COVID-19 за методом імуноферментного аналізу, виконаному на обладнанні: імуноферментний аналізатор Tecan (Австрія); PW 40 Microplate Washer (Франція); набір ELISA для серології COVID-19 тест системами на IgG SARS-CoV-2 VitroTest (Україна). Аналізуючи одержані дані, зазначено, що у 82 % обстежених сформувалась імунна відповідь на COVID-19. IgG збільшувався з 12 до 40-ту добу, а потім суттєво не змінювався на 60-ту, 90-ту та 150-ту добу. У 4 пацієнтів спостерігалося помітне зменшення на 150-ту добу (однак вони все ще мали позитивний рівень). Рівень IgG у пацієнтів, що перехворіли на Sars-Cov2, залишається високим щонайменше 150 днів. Відзначено, що на формування гуморальної відповіді вік та тяжкість перебігу захворювання не впливає.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.317. Features of comorbid pathology spectrum and age structure of oxygen-dependent patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) depending on outcomes of the disease / O. V. Riabokon, V. V. Cherkaskyi, T. Ye. Onishchenko, Yu. Yu. Riabokon // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 214-219. ---- Бібліогр.: 21 назв. ---- англ.

Цель работы ---- проанализировать спектр коморбидной патологии и возрастной структуры кислородзависимых больных с тяжелым течением коронавирусной болезни COVID-19 в зависимости от последствий заболевания. В исследование были включены 85 кислородзависимых больных с тяжелым течением коронавирусной болезни COVID-19. Больные были поделены на группы: I ---- 70 пациентов, которые выздоровели; II группа ---- 15 пациентов, у которых заболевание завершилось летально. Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica for Windows 13 (Stat Soft Inc., № JPZ804I382130ARC№ 10-J). Среди пациентов с летальным исходом болезни преобладали больные пожилого и старческого возраста ---- 93,3 % (14 из 15) против 67,1 % (47 из 70) пациентов, которые выздоровели ($p < 0,05$). Анализ структуры коморбидной патологии у кислородзависимых больных с тяжелым течением коронавирусной болезни COVID-19 показал, что у умерших больных чаще, чем у пациентов, которые выздоровели, имели место гипертоническая болезнь (93,3 % против 30,0 %, $p < 0,001$), постинфарктный кардиосклероз (26,7 % против 2,9 %, $p < 0,001$), нарушения ритма в виде постоянной формы фибрилляции предсердий (20,0 % против 1,4 %, $p < 0,01$). Среди коморбидной патологии, которая была чаще диагностирована у больных II группы, отмечено наличие хронической болезни почек (20,0 % против 4,3 %, $p < 0,05$). Наличие ишемического инсульта на момент развития коронавирусной болезни COVID-19 повлияло на исход заболевания (20,0 % против 4,3 %, $p < 0,05$). Среди больных, у которых коронавирусная болезнь COVID-19 завершилась летальным исходом, 46,7 % пациентов имели комбинацию трех и более коморбидных состояний против 17,4 % кислородзависимых пациентов с тяжелым течением заболевания, которые выздоровели ($p < 0,01$). Выводы: среди кислородзависимых больных с тяжелым течением коронавирусной болезни COVID-19 и летальным исходом преобладают больные пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$). У больных коронавирусной болезнью COVID-19, которые умерли, чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов, которые выздоровели, имеет место коморбидная гипертоническая болезнь, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма в виде постоянной формы фибрилляции предсердий, хроническая болезнь почек и ишемический инсульт, а также сочетание трех и более коморбидных состояний.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.318. Final results of BIRCOV trial (ARB, ACEI, DRi in COVID-19) / D. D. Ivanov, M. D. Ivanova, T. Crestanello // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 143-149. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- англ.

The question of the possible effect of the inhibitors of the renin-angiotensin system (iRAS) on hypertensive subjects who fell ill with COVID-19 has been discussed in the literature. SARS-CoV-2 is well-known to use an angiotensin-converting enzyme 2 receptors facilitating virus entry into host cells. There are three possible mechanisms of angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEi) and angiotensin receptor blockers (ARB) effect in COVID-19 in clinical practice: with worsening, neutral, or helpful function. Considering the different mechanisms of blood pressure reduction by iRAS, one can expect differences in people with COVID-19 receiving these drugs. The purpose of the BIRCOV study is to pinpoint possible clinical and laboratory differences in hypertensive people who received iRAS and suffered from coronavirus infection. Patient-Oriented Evidence that Matters (POEM) intervention was designed as an open prospective randomized two medical centers trial in subjects suffering from COVID-19 who have been receiving iRAS, either ACEi, ARB, or direct renin inhibitor (DRi) as basic antihypertensive therapy. One hundred and twenty people with stage 1 ---- 2 hypertension have been screened, 108 subjects were enrolled in the BIRCOV study. COVID-19 was confirmed by a PCR test; the disease follow-up was divided into 2 periods: up to 12 weeks and up to 24 weeks. The primary outcome measure was as follows: blood pressure (BP) was known one week before COVID-19 onset and was measured during the disease on weeks 2, 4, 12, 24. The secondary outcome measures were clinical features. The BIRCOV trial documented the trend of BP lowering in the first two weeks of the COVID-19 disease with its gradual return to baseline values up to the 12th week. Twenty-three (21 %) patients have withdrawn medicine for up to 2 weeks due to severe hypotension. However, the BP values after COVID-19 in most subjects remained lower than the baseline ones for 4 weeks. The use of ACE inhibitors significantly increased the risk of withdrawal compared to DRi (RR 1,648; 95 % CI 0,772 ---- 3,519; NNT 7.0) and ARB (RR 13,023; 95 % CI 1,815 ---- 93,426; NNT 2.9) due to COVID-19. The synchronous decline of estimated glomerular filtration rate (eGFR) and systolic BP was more pronounced in CKD patients. The greatest decrease in eGFR was noted in people who have been taking ACEi. The drop in eGFR ranged from 23 % in CKD stage 1 to 45 % in CKD stage 4. Two people required short-term dialysis. The analysis of secondary outcome points demonstrated that in 23 % of people without preceding albuminuria it developed in the A2 range. During 12 weeks of observation, 81 % of patients had spontaneous albuminuria reduction. Post-COVID-19 (above 12 weeks) albuminuria remained in 19 % of patients, 90 % of them had a history of CKD. Patients with preceding CKD had an increase in albuminuria in 78 % of cases, and its return to the baseline was observed only in 24 % of patients by the 12th week and in 49 % of individuals in 24 weeks. Conclusions: people with stage 1 ---- 2 hypertension who are receiving chronic iRAS and suffer from COVID-19 may develop hypotension with ACE inhibitors.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.319. UAV-system for remote assisted medical diagnostics and pulmonological monitoring of potentially infected with COVID-19 patients «TREMBITA-CORONA UAV NAU» / V. Isaienko, V. Kharchenko, V. Astanin, G. Shchegel, V. Olefir, O. Olefir, A. Olefir, O. Khomych, V. Khomych // Proc. of the Nat. Aviation Univ. ---- 2020. ---- № 3. ---- С. 63-70. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- англ.

Розроблено БПЛА-систему дистанційної акустичної діагностики і моніторингу стану легенів для ведення пацієнтів в межах застосування телемедицини, яка представляє собою користувацький набір контрольно-вимірювального обладнання та БПЛА-носій для доставки і організації процедури тестування пацієнта.

Шифр НБУВ: Ж70861

Див. також: 4.Р.128, 4.Р.136, 4.Р.178-4.Р.179, 4.Р.204, 4.Р.232, 4.Р.339, 4.Р.347, 4.Р.429

Фтизіологія

Туберкульоз легень

4.Р.320. Визначення генотипу CYP3A4 як імовірного маркера гепатотоксичності протитуберкульозної терапії / Г. О. Полуденко // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 4. ---- С. 266-273. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Серед заходів, що можуть запобігти розвитку побічних реакцій протитуберкульозної терапії, важливе місце посідає корекція фармакотерапії залежно від генетичних особливостей хворих. Відомо, що фермент цитохром (CYP) 3A4/5 бере участь у метаболізмі понад третини лікарських препаратів. Мета дослідження ---- вивчити значення поліморфізму CYP3A4 для функціонального стану печінки хворих на туберкульоз (ТБ) легень під час протитуберкульозної терапії. Для цього за допомогою ПЛР досліджено поліморфізм генів CYP3A4*1B, CYP3A4*1G, що визначають активність ферменту CYP3A4 у 105 хворих на ТБ легень, що вперше виявлено. Враховано біохімічні показники: вміст загального білірубіну, тимолову пробу, активність аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), гамма-глутамілтрансферази (ГТФ) у плазмі хворих на початку лікування та після завершення стаціонарного лікування. Було встановлено, що серед 105 хворих на ТБ 84 індивіди (80,0 %) належали до «швидких метаболізаторів», 15 осіб (14,3 %) і 6 осіб (5,7 %) ---- до «помірних» і «повільних метаболізаторів» відповідно. На початку стаціонарного лікування найвищий рівень загального білірубіну

спостерігався в носіїв генотипу швидких метаболізаторів, дещо менший рівень був у «помірних» і «повільних метаболізаторів», причому в останніх він був на 79,5 % нижче, ніж у «швидких метаболізаторів» ($p = 0,047$). На початку лікування найвища активність маркерів цитолізу і ферментів АлАТ і АсАТ спостерігалась у ішвидких метаболізаторіві, найнижча ---- у «повільних метаболізаторів». Початкова активність АсАТ у плазмі крові носіїв генотипу «повільних метаболізаторів» була на 43,0 % нижчою, ніж у «швидких метаболізаторів» ($p = 0,025$). Після закінчення стаціонарного етапу лікування у «швидких метаболізаторів» і «помірних метаболізаторів» спостерігалось зниження вмісту загального білірубіну в крові; водночас у носіїв генотипу «повільних метаболізаторів» спостерігали зворотну закономірність і зростання вмісту загального білірубіну на 42,9 % ($p < 0,001$). Після проведення стаціонарного лікування активність маркерів цитолізу АлАТ і АсАТ у хворих на ТБ з генотипом «швидких» і «помірних метаболізаторів» незначно й недостовірно зросла ($p > 0,05$). У «повільних метаболізаторів» активність АсАТ і АлАТ зросла на 98,9 % ($p = 0,025$) і на 76,1 % ($p > 0,05$). Отже, наявність генотипу «повільних метаболізаторів» є несприятливим фактором щодо ймовірності виникнення ураження печінки під час протитуберкульозної терапії. Тому визначення генотипу CYP3A4 у хворих на ТБ надасть змогу виділити групи ризику щодо ураження печінки та своєчасно проводити корекцію фармакотерапії.

Шифр НБУВ: Ж100063

Онкологія

4.Р.321. Контроль розміру простих кіст нирок комбінацією засобів рослинного походження / Д. Д. Іванов // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 150-155. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Розглянуто ефективність застосування дієтичної добавки анеза, що рекомендується для контролю розмірів простих кіст нирок. Розглянуто властивості дієтичної добавки, що стали основою для проведення 6-місячного ініціативного дослідження «Ефективність анеза при простих кістах нирок» (ЕТАП). Дизайн дослідження був заснований на доказовій практиці РОЕМ, воно проводилось як відкрите перспективне рандомізоване в одній групі на безоплатній основі в 60 осіб віком від 30 до 65 років з діагностованою кістою нирки I ---- II категорії за Bosniak. Критерії виключення: інвазивний урологічний анамнез, ниркова недостатність (хронічна хвороба нирок 3-ї стадії і вище). Середнє зменшення об'єму кісти на фоні прийому анеза в правій нирці становило 46,5 %, у лівій ---- 39,9 %, у середньому 42,9 % ($P \le 0,01$). Найкраща динаміка зменшення об'єму кіст спостерігалась у жінок віком понад 40 років ---- 66,8 % проти 52,5 % до 40 років ($t = 0,97$) і в чоловіків віком понад 40 років: 27,1 % проти 30,5 % ($t = 0,29$). Проведене дослідження підтверджує ефективність анеза в осіб з простими кістами нирок, дієтична добавка може бути рекомендована як додатковий засіб контролю росту кіст нирок I ---- II категорії за Bosniak.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.322. Analgesic choice in patients presenting to emergency department with cancer pain: a prospective study / Seref Emre Atis, Bora Cekmen, Asim Kalkan, Oner Bozan, Mucahit Senturk, Edip Burak Karaaslan // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 68-73. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- англ.

Acute onset pain is one of the common reasons for cancer patients to present to the emergency department. In our study, we compared painkillers used in cancer patients admitted to the emergency department with pain complaints and their effectiveness and the superiorities of these painkillers in pain relief and their superiorities over each other. The pain scores of the patients were asked at the time of admission by showing a visual analogue scale. Before treatment, pain scores were recorded. The patients were divided into four different groups according to the type of given treatment: nonsteroidal anti-inflammatory drugs; opioid painkillers; paracetamol; paracetamol and opioid therapy. After the treatment, we asked which painkiller written in the treatment form was administered to the patient and recorded the pain score. It was observed that the median pain score before and after treatment of the patients in all painkiller groups differed statically. When the median scores before and after treatment were compared according to drug types, no difference was found between the decrease in pain scores ($p = 0,956$ and $p = 0,705$, respectively). It was concluded that the pre-treatment and post-treatment median pain scores of patients who are using non-steroid anti-inflammatory drugs and opioids at home did not differ statistically ($p = 0,063$). Conclusions: the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, paracetamol or opioids was not found to be superior to each other in patients with acute severe cancer pain.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.323. Correction of redox metabolism and the relationship of markers of systemic chronic inflammation with a measure of overall survival in cancer patients with multiorgan resections / Ye. V. Shulga // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 74-79. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- англ.

According to the literature, multiorgan resections are carried out with the most radical removal of healthy tissue. Therefore, there is a need for the most favorable preparation of the patient with perioperative therapy to reduce further complications with obtaining improved clinical and pathological prognostic indicators to increase the overall survival. Purpose: correction of redox metabolism based on the data of the oxidative modification of proteins, degree of their catabolic reaction, and data on the enzymatic state and lipid peroxidation in cancer patients with multiorgan resections on the gastrointestinal tract under conditions of perioperative intensive care. The study involved 117 cancer patients aged $67,6 \pm 3,7$ years with locally advanced tumor processes of the gastrointestinal tract. Studies have been conducted on the enzymatic state, lipid peroxidation and oxidative modification of proteins, both in terms of the degree of fragmentation of their products in spontaneous and iron-induced reactions, and the level of medium-weight protein molecules. Serum levels of circulating tumor necrosis factor alpha, interleukin-6 and ----8 were determined. Survival analysis was performed using the Kaplan ---- Meier method. The study of patients has shown an improvement in the indicators of oxidative modification of proteins and lipid peroxidation. Survival in cancer patients with multiorgan resections demonstrated dependence on the levels of tumor necrosis factor alpha, interleukin-6 and ----8 in the blood serum. Conducting perioperative intensive care makes it possible to reliably restore indicators of the enzymatic state, lipid peroxidation and oxidative protein modification products (on the fourth day and second week, $p < 0,05$). This gives us grounds for recommending the determination of these parameters in the group of cancer patients and the implementation of metabolic intensive care. In the group of L-ornithine L-aspartate and quercetin combination with povidone, the lowest indicators of systemic chronic inflammation and the best overall survival were found.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.324. On possible role of hydrogen peroxide molecules in ion beam therapy of cancer cells / S. N. Volkov // Фізика низ. температур. ---- 2021. ---- **47**, № 3 (спец. вип.). ---- С. 235-240. ---- Бібліогр.: 24 назв. ---- англ.

Досліджено можливу роль молекулярних продуктів радіолізу клітин, зокрема молекул перекису водню (ПВ), у блокуванні активності ДНК у ракових клітинах під час опромінення важкими іонами. Припускається, що молекули ПВ можуть утворювати довготривалі молекулярні комплекси з атомними групами ДНК і, таким чином, перешкоджати реалізації генетичної інформації в біологічних клітинах. За допомогою квантово-механічного підходу, заснованого на використанні метода функціонала густини та неявного урахування водного середовища, проаналізовано конкурентні взаємодії молекул води (МВ) і ПВ із нуклеїновими основами ДНК. Оцінки характерних часів життя комплексів МВ і ПВ з атомними групами ДНК надають змогу показати можливість блокування генетичної активності ДНК молекулами ПВ у біологічних клітинах після їх опромінення пучками іонів. Ефект блокування ДНК у ракових клітинах може бути посилений зниженням клітинної температури.

Шифр НБУВ: Ж14063

4.Р.325. Synthesis and properties of nanostructures based on lanthanum fluoride for photodynamic therapy of tumors of the cranial cavity and bone tissue / A. P. Kusyak, A. L. Petranovska, S. P. Turanska, O. I. Oranska, Yu. M. Shuba, D. I. Kravchuk, L. I. Kravchuk, V. S. Chornyi, O. A. Bur'yanov, Yu. L. Sobolevs'kyy, P. P. Gorbyk, V. A. Dubok // Хімія, фізика та технологія поверхні. ---- 2021. ---- **12**, № 3. ---- С. 216-225. ---- Бібліогр.: 27 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- синтез наноструктур на основі фториду лантану, перспективних для застосування в фотодинамічній терапії пухлинних захворювань органів черепної порожнини та кісткових тканин; дослідження їх структурних властивостей і спектрів люмінесценції. Синтез $LaF_3:Tb^{3+}$ здійснено співосадженням компонентів із водного та спиртового (метанол) розчину. Як прекурсори використано: $La(NO_3)_3 \times 6H_2O$, $TbCl_3$, NH_4F. Всі реактиви кваліфікації «хч». Як розчинники використано дистильовану воду, метанол. Синтез нанорозмірного магнетиту в однодоменному стані виконано за методом Елмора. Синтезовані нанодисперсні зразки (НДЗ) охарактеризовано з застосуванням методів рентгенівської дифракції, диференціального термогравіметричного аналізу, просвічувальної електронної мікроскопії (ПЕМ). Вивчено магнітні властивості та спектри УФ-люмінесценції. Виявлено, що дифрактограми зразків $LaF_3:Tb^{3+}$, синтезованих у середовищі води та метанолу, принципово не різняться. В умовах експериментів найбільш досконалі кристали гексагональної сингонії утворювались у процесі кристалізації в автоклаві. Їх середній розмір становив ~ 15 нм. Довжина ПЕМ-зображень кристалів $LaF_3:Tb^{3+}$ перевищує ширину в 3----4 рази. Кристали схильні до агрегації та утворення ланцюжкових структур. Спектр УФ-люмінесценції синтезованих НДЗ у середовищі води в концентрації 0,5 мг/мл і збудженні ультрафіолетовим випромінюванням є характерним

для структури $LaF_3:Tb^{3+}$. Синтезовано ансамблі частинок НК $Fe_3O_4/LaF_3:Tb^{3+}$. За допомогою методів ПЕМ встановлено, що форма частинок НК і нанокристалів $LaF_3:Tb^{3+}$ принципово відрізняється. Частинки НК $Fe_3O_4/LaF_3:Tb^{3+}$ мають кулясту форму, що є характерним для структур типу ядро — оболонка. Рентгенівські дифрактограми НК підтверджують цей висновок. Умови синтезу НК суттєво не змінювали магнітні властивості їх ядер — однодоменних НЧ Fe_3O_4. Спектр люмінесценції НК $Fe_3O_4/LaF_3:Tb^{3+}$ суттєво відрізняється від спектра зразків нанодисперсних $LaF_3:Tb^{3+}$ як за інтенсивністю, так і за структурою смуг. Вказані спектральні відмінності можуть бути зумовлені відмінностями будови, особливостями нанокристалічної структури, вмістом сцинтилятора $LaF_3:Tb^{3+}$ та іонів Tb^{3+} у зразках нанокристалів $LaF_3:Tb^{3+}$ та оболонках нанокомпозитів $Fe_3O_4/LaF_3:Tb^{3+}$. Композити диспергованого біоскла 60S із нанодисперсним кристалічним $LaF_3:Tb^{3+}$ у сухому стані та середовищі дистильованої води демонстрували наявність люмінесценції у разі збудження УФ-випромінюванням. Результати роботи свідчать про перспективність синтезованих структур для подальших досліджень в умовах збудження високопроникним «м'яким» рентгенівським випромінюванням з метою їх використання в оптофармакології та фотодинамічній терапії пухлинних захворювань органів черепної порожнини та кісткових тканин. Оптимізація властивостей вихідних нанодисперсних люмінофорів, їх композицій із біоактивним склом і магніточутливими носіями Fe_3O_4 надасть можливість суттєво покращити експлуатаційні характеристики.

Шифр НБУВ: Ж100480

Пухлини окремих ділянок, систем і органів

4.Р.326. Динаміка регіональної захворюваності на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини з урахуванням окремих чинників / О. І. Іващук, І. О. Малишевський, Ю. М. Мишковський // Буков. мед. вісн. — 2021. — **25**, № 1. — С. 37-45. — Бібліогр.: 8 назв. — укр.

Мета роботи — визначити динаміку захворюваності на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (ЧП) в Буковинському регіоні та можливі детермінантні чинники. Дослідження виконано на базі ОКНП «Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер» та клініки онкології Буковинського державного медичного університету й охоплює матеріали спостереження упродовж 2015—2019 рр. та статистичної звітності стосовно 102 247 випадків захворювань на новоутворення різної локалізації. Розрахунок показників здійснювали за допомогою програмних пакетів Access та Excel на базі середовища Microsoft Office. Загальна чисельність злоякісних новоутворень різних локалізацій є відносно стабільною упродовж усього періоду дослідження і складала від 19 903 до 21 259 випадків на рік (у середньому 20 449,4 ± 508,2 на обліку впродовж року). Новоутворення органів ЧП складають близько третини від загальної кількості новоутворень різної локалізації з певною тенденцією до зростання. Розподіл хворих на новоутворення органів ЧП за стадіями розвитку відносно рівномірний, незважаючи на вірогідні відмінності за різних локалізацій новоутворень. Висновки: значна частина пухлин органів ЧП діагностується у пізніх (III — IV) стадіях розвитку патологічного процесу, що призводить до зниження ефективності лікування. Виявлено суттєві відмінності у клінічно-епідеміологічних характеристиках новоутворень різних органів ЧП, що потребує подальшого дослідження.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.327. Застосування пекторальної та паравертебральної блокади в хірургії злоякісних новоутворень молочної залози з позиції концепції швидкого відновлення / В. В. Марцінів // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 4. — С. 43-50. — Бібліогр.: 29 назв. — укр.

Мета дослідження — порівняти вплив пекторальної, паравертебральної блокади та системної аналгезії на потребу в наркотичних анальгетиках, виникнення післяопераційної нудоти і блювання (ПОНБ), початок прийому їжі та активізацію пацієнтів в постопераційному періоді хірургічних втручань з приводу новоутворень молочної залози. Було проведено дослідження 91 жінки після унілатеральної мастектомії або квадрантектомії з аксилярною лімфодисекцією. Пацієнтів було рандомізовано в три групи залежно від виду анестезії: виключно загальна анестезія (ЗА) (група контролю), ЗА та пекторальна блокада розчином ропівакаїну 0,375 % 30 мл (група ПБ), ЗА та грудна паравертебральна блокада розчином ропівакаїну 0,5 % (група ПВБ). Оцінювали потребу в наркотичних анальгетиках під час і після операції, виникнення ПОНБ, час до першого прийому їжі та активізації пацієнтів у післяопераційному періоді. Доза фентанілу під час операції становила в групі контролю 2,6 (2,07 — 3,62) мкг/кг/год, у групі ПБ — 2,3 (1,86 — 2,94) мкг/кг/год, у групі ПВБ — 1,9 (1,62 — 2,24) мкг/кг/год (p = 0,003). Кількість пацієнтів, які потребували знеболювання промедолом 2 % після операції, у групі контролю становила 9 (31 %), у групі ПВБ — 8 (27 %) та в групі ПБ — 6 (19 %) (p = 0,542). Час до першого вставання з ліжка був 360 (150 — 360) хв., 170 (120 — 240) хв. та 162,5 (120 — 240) хв. (p = 0,003), а час до першого прийому їжі — 360 (240 — 360) хв., 165 (120 — 240) хв. та 180 (120 — 220) хв. (p < 0,001) у групах контролю, ПБ та ПВБ відповідно. Частота виникнення ПОНБ була найменша в групі ПБ — 6 проти 27 — 31 % в групах ПВБ і контролю (p = 0,027) відповідно. Висновки: найбільше переваг з позиції концепції швидкого відновлення після онкологічних втручань на молочній залозі серед досліджуваних методів аналгезії має використання пекторальної блокади.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.328. Множинна мієлома та кардіоваскулярний ризик (огляд літератури) / Б. Б. Самура, М. О. Панасенко, С. Я. Доценко // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — **13**, № 3. — С. 437-444. — Бібліогр.: 54 назв. — укр.

Множественная миелома (ММ) — злокачественное новообразование, которое характеризуется неконтролируемой клональной пролиферацией плазматических клеток, по распространенности составляет 10 % от всех онкогематологических заболеваний. Больные ММ — обычно люди пожилого и старческого возраста, медиана возраста — около 70 лет. Многие из этих пациентов при установлении диагноза ММ имеют коморбидную патологию и кардиоваскулярный риск. Нарушения сердца при назначении цитостатических препаратов и моноклональных антител могут быть лимитирующими факторами в лечении ММ. Побочные действия химиотерапии: гипотензия, гипертензия, аритмии, нарушение проведения импульса, перикардит, тромбоэмболические осложнения, сердечная недостаточность, смерть. Современная фармакотерапия ММ, которая предусматривает прием иммуномодуляторов, ингибиторов протеосом, моноклональных антител, существенно улучшила продолжительность жизни пациентов, но новые классы препаратов ассоциируются с неблагоприятными событиями, включая кардиоваскулярные заболевания. Риск развития кардиотоксичности увеличивают некоторые факторы, а именно степень экспозиции препарата, возраст, заболевания сердца в анамнезе, артериальную гипертензию, комбинированную терапию, предыдущие лучевую терапию и химиотерапию. Тем не менее оценка риска, тщательный мониторинг, профилактика многих кардиоваскулярных осложнений помогают достичь успеха в лечении. Принципиально установление признаков кардиоваскулярной токсичности до развития клинических проявлений повреждения миокарда и сосудов. Остается невыясненной роль маркеров в определении группы риска неблагоприятных кардиоваскулярных событий. Ранняя диагностика и определение прогностических факторов кардиоваскулярной токсичности, которые развиваются после полихимиотерапии онкогематологических заболеваний, — важная и до конца невыясненная задача.

Шифр НБУВ: Ж69485

4.Р.329. Прогностичне значення КТ-визначеної саркопенії в пацієнтів із метастатичною аденокарциномою легень / В. В. Кечеджиєв, О. П. Колеснік // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 2. — С. 231-235. — Бібліогр.: 23 назв. — укр.

Цель работы — установить прогностическую роль саркопении, определенной с помощью компьютерной томографии (КТ), у пациентов с метастатической аденокарциномой легких. Обследовали 30 пациентов с метастатической аденокарциномой легких, которые получали полихимиотерапию в медицинском центре «ОНКО-ЛАЙФ» в 2019—2020 гг. Площадь поперечного сечения измеряли с помощью архивных КТ-изображений. Критерий саркопении — скелетно-мышечный индекс на уровне третьего поясничного позвонка < 55 $см^2/м^2$ для мужчин и < 39 $см^2/м^2$ для женщин. Среди 30 больных с IV стадией неплоскоклеточного рака легких саркопения диагностирована в 17 (56,6 %) случаях. Однолетняя общая выживаемость у пациентов с саркопенией хуже по сравнению с больными без саркопении (23,5 % против 65,9 % соответственно, p = 0,024 по логранговому критерию). Статистически значимой разницы выживаемости между группами по полу пациентов не было. Саркопения, которая определена с помощью КТ, — важный прогностический маркер у пациентов с метастатической аденокарциномой легких. Необходимы исследования, направленные на улучшение результатов лечения саркопении у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.321

Пухлини системи травлення та печінки

4.Р.330. Ендоваскулярне лікування поширеної гепатоцелюлярної карциноми: досвід одного центру / В. А. Кондратюк, І. А. Мазанович // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія.— 2021.— № 3. — С. 57-61. — Бібліогр.: 8 назв. — укр.

Мета роботи — визначити місце трансартеріальної хіміоемболізації (ТАХЕ) в сучасному протоколі лікування пацієнтів з поширеною гепатоцелюлярною карциномою та шляхом оптимізації показань і протипоказань поліпшити результати комплексного лікування цих пацієнтів. У 2011 — 2021 рр. було виконано 242

процедури TAXE 112 пацієнтам з неоперабельною гепатоцелюлярною карциномою, зокрема емболізацію з використанням ліпіодо ---- 53 пацієнтам, із застосуванням елютувальних сфер ---- 58. Усім пацієнтам проводили як мінімум 1 процедуру TAXE (максимально ---- 5). Рішення про повторну процедуру TAXE приймали індивідуально з урахуванням поширення ураження (при білобарних ураженнях виконували як мінімум 2 унілобарні процедури TAXE) і реакції пухлини на втручання. Оцінку результатів TAXE проводили згідно з критеріями mRECIST. Повну відповідь пухлини (CR) відзначено в 3 (2,7 %) випадках, часткову (PR) у 68 (60,7 %), стабілізацію процесу (SD) ---- у 29 (25,9 %), прогресування (PD) ---- у 12 (10,7 %). Переконливих даних щодо переваги однієї із застосованих методик TAXE не виявлено. Повторні курси TAXE збільшують загальну ефективність методики. Висновки: застосування TAXE у пацієнтів з неоперабельною гепатоцелюлярною карциномою надало змогу з мінімальною інвазивністю зменшити або стабілізувати ріст пухлини в 89,3 % випадків. Багаторазове виконання процедури надало змогу підвищити ефективність методики на 21,2 %.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.331. Клінічне обгрунтування пристрою для попередження післяопераційної евентрації / І. К. Морар // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 78-83. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Нині існує величезна кількість способів запобігання післяопераційній евентрації у пацієнтів із високим ризиком виникнення даного ускладнення, проте всі вони поруч із своїми перевагами мають ряд недоліків, які значно обмежують їх застосування. Розробка ефективного, неінвазивного пристрою для запобігання післяопераційній евентрації може певною мірою вирішити дану проблему. Мета дослідження ---- обгрунтувати ефективність застосування пристрою для запобігання післяопераційній евентрації шляхом вивчення частоти розвитку післяопераційних ускладнень у хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини. Запропоновано пристрій для запобігання післяопераційній евентрації, застосування якого не потребує виконання додаткових оперативних прийомів під час оперативного втручання, а також надає змогу використовувати останній у разі виникнення неповної (підшкірної) евентрації (пат. № 120209 від 25.10.2017). Пристрій складається з п'яти пластикових пластин, обшитих м'якою тканиною, та рухливо сполучених між собою найбільш широкими частинами. Центральна пластина регулюється залежно від ширини задньої поверхні тулуба пацієнта. Дві бокові пластини на вільних краях мають 11 петель для шнурування. Для обгрунтування ефективності застосування даного пристрою досліджено 107 прооперованих хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини. Групу порівняння становили 60 осіб, яким запропонований пристрій не застосовувався, основну групу ---- 47 пацієнтів, яким у ранньому післяопераційному періоді застосовували представлений пристрій. Одержані результати вказують на вірогідне переважання частоти розвитку післяопераційної евентрації у пацієнтів основної групи. Відзначено відсутність вірогідної різниці частоти розвитку «системних» та інших «локальних» післяопераційних ускладнень між обома дослідними групами пацієнтів, що свідчить про репрезентативність вибірки, оскільки «локальні» післяопераційні ускладнення призводять до розвитку евентрації. У пацієнтів основної групи, починаючи з 2-ї доби після виконання оперативного втручання, відмічається вірогідно менший рівень внутрішньочеревного тиску протягом перших 12 діб раннього післяопераційного періоду. Висновок: застосування запропонованого пристрою для запобігання післяопераційній евентрації надає змогу неінвазивним способом запобігти розвитку останньої, а також у разі виникнення неповної евентрації запобігти розвитку повної, не маючи суттєвого впливу на рівень внутрішньочеревного тиску у порівнянні із загальноприйнятим застосуванням бандажу.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.332. Ультразвукове дослідження особливостей порушення акту ковтання в пацієнтів з онкопатологією порожнини рота / А. О. Кушта // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 236-241. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Цель работы ---- с помощью ультразвукового исследования сравнить динамику сокращения мышц полости рта (ПР) и ротоглотки во время акта глотания(АГ) в норме и у пациентов со злокачественными опухолевыми процессами в зависимости от клинического заболевания. В исследование включили 29 больных в возрасте 38----55 лет (мужчины). Все пациенты ---- нормотрофики, находились на лечении в отделении опухолей головы и шеи Подольского регионального центра онкологии со злокачественными опухолями языка, дна ПР и ротоглотки. Обследовали 12 больных раком боковой поверхности языка, 9 ---- раком слизистой оболочки дна ПР, 8 пациентов с раком корня языка (КЯ). Сканирование выполнили в сагиттальной и фронтальной плоскостях с датчиком 7,5 МГц в двух режимах (В и М) в покое и во время АГ в несколько этапов на аппарате TOSHIBA (ModelUSDI-A500A/EL; Serial № ELA14Z2082). В-режим основной во всех областях исследования, позволяет вертикально выстраивать один кадр изображения. В М-режиме оценивали АГ: диаметр объекта и величину перемещения в осевом направлении. Результаты сравнивали с показателями нормы. Проведена верификация костно-мышечного комплекса, который принимает участие в АГ. Обнаружено нарушение АГ, а именно снижение показателей в продольном и поперечном исследованиях надподъязычной группы мышц в В- и М-режимах у пациентов с диагнозом рак КЯ и слизистой оболочки дна ПР. В ходе исследования АГ в М-режиме у пациентов с диагнозом рак боковой поверхности языка отмечено отклонение и смещение костно-мышечного комплекса в здоровую сторону, где функция мышц была сохранена. Выводы: у пациентов со злокачественными опухолями боковой поверхности языка установлено снижение показателей при продольном исследовании надподъязычной группы мышц в В-режиме на 7 %, в боковой проекции переднего брюшка двубрюшной мышцы в М-режиме ---- в 3,5 раза. У больных со злокачественными опухолями КЯ установлено снижение показателей подбородочно-подъязычной расстоянии во время АГ (сокращение лишь около 4 мм), при продольной проекции надподъязычной группы мышц ---- лишь 5 %; у пациентов с раком слизистой оболочки дна ПР наблюдали наименьшее сокращение подбородочно-подъязычного расстояния ---- около 4 мм) при АГ, а у здоровых людей ---- 8----12 мм и снижение показателей в продольном на 8 %, в поперечном исследовании надподъязычной группы М мышц в В- и М-режимах ---- на 2 мм.

Шифр НБУВ: Ж16789

Пухлини опорно-рухової системи

4.Р.333. Застосування комбінованого підходу в лікуванні агресивних гемангіом хребта / Ю. М. Самоненко, О. Є. Свиридюк, А. В. Найда, О. В. Слободян // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 3. ---- С. 82-88. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Агресивна гемангіома хребта ---- це доброякісна судинна пухлина. Методами лікування є стабілізація, вертебропластика, часткова резекція або тотальна корпектомія ураженого хребця, променева терапія. Гемангіоми хребців зазвичай мають асимптомний перебіг. За даними літератури, 3 ---- 5 % гемангіом є симптомними (наявний больовий синдром). В 1,0 % випадків спричиняють появу симптомів компресії нервових структур, поширюючись епідурально навколо спинного мозку та/або корінцевих нервів. Представлено клінічний випадок 63-річної пацієнтки, прооперованої в 2016 р. в іншій клініці з приводу агресивної гемангіоми тіла хребця Th4. Проведено лікування біфосфонатами. Незважаючи на лікування, посилювався нижній парапарез. Виконано спінальну ангіографію і тотальну емболізацію гемангіоми рідкими емболізувальними речовинам. Одразу після емболізації пацієнтка відзначила зменшення інтенсивності болю. Відкрите хірургічне втручання було виконано через 40 хв після трансартеріальної емболізації (видалення транспедикулярної стабілізувальної металоконструкції, ламінектомія хребця Th4, декомпресія спинного мозку, парціальне видалення гемангіоми хребця Th4, біопсія). Об'єм інтраопераційної крововтрати становив 200 мл. Рановий дренаж установлено та видалено на другу післяопераційну добу. Жодних системних ускладнень (тромбоз глибоких вен, пневмонія) не відзначено. Хвору вертикалізовано на другу післяопераційну добу. Після операції неврологічна функція відповідала доопераційному рівню (Frankel C). Через 5 днів після операції спостерігали регрес неврологічного дефіциту у вигляді збільшення сили та обсягу рухів нижніми кінцівками (Frankel D-E), поліпшення функції тазових органів. Гістологічне дослідження підтвердило діагноз гемангіоми. Хвору виписано зі стаціонару з неврологічним поліпшенням. Рекомендовано проведення променевої терапії. Через 3 міс. після операції неврологічну функцію оцінено як Frankel E.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.334. Порівняльний аналіз даних напружено-деформованого стану математичних моделей індивідуального ендопротеза й алокомпозитного ендопротеза у разі заміщення дефектів довгих кісток / О. Є. Вирва, Я. О. Головіна, Р. В. Малик, М. Ю. Карпінський, О. В. Яресько // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 4. ---- С. 37-45. ---- Бібліогр.: 18 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- порівняти дані напружено-деформованих станів у математичних моделях «алокомпозитний ендопротез» та «індивідуальний ендопротез» проксимального відділу стегнової кістки. Створено математичні моделі стегнової кістки з формуванням післярезекційного дефекту її проксимального відділу, що заміщений сегментарним кістковим алотрансплантатом у комбінації з індивідуальним ендопротезом. Модель наведено у двох варіантах ---- з формуванням поперечної остеотомії та з формуванням східцеподібної остеотомії. Кожну модель досліджено окремо з цементним і безцементним прошарком у зоні ніжки ендопротеза. Для порівняння обрано модель з повною заміною проксимального кінця стегнової кістки індивідуальним ендопротезом без кісткової пластики. Виконання остеотомії стегнової кістки у вигляді сходинки надає змогу значно знизити рівень напружень саме в зоні остеотомії. Це відбувається завдяки тому, що виконання східцеподібної остеотомії надає можливість кістковим фрагментам надавати спротив зсувним переміщенням. Використання кісткового це-

менту надає змогу значно знизити рівень напружень навколо ніжки ендопротеза при обох варіантах виконання остеотомії стегнової кістки (поперечна та східцеподібна). Це відбувається за рахунок того, що кістковий цемент, маючі модуль пружності за проміжною величиною між титаном і кістковою тканиною, утворює між ними прошарок, який виконує демпферну функцію, чим згладжує різницю величин деформації металу та кісткової тканини, тим самим знижуючи рівень напружень в них. Ендопротезування без виконання кісткової пластики призводить до виникнення підвищених напружень у кістковій тканині завдяки наявності жорсткої опори ендопротеза на кортикальну кістку в діафізі по лінії її резекції. Висновки: виконання остеотомії стегнової кістки у вигляді сходинки надає змогу вдвічі знизити рівень механічних напружень саме в зоні остеотомії у порівнянні з моделями з поперечною остеотомією, що має особливе значення на ранніх післяопераційних етапах. Використання кісткового цементу для фіксації ніжки ендопротеза також надає змогу значно знизити рівень напружень у всіх варіантах досліджених моделей за рахунок утворення демпферного прошарку між металом і кістковою тканиною. Рівень напружень в моделях ендопротезування без кісткової пластики не залежить від використання кісткового цементу, а визначається наявністю жорсткої опори ендопротеза на кортикальну кістку по лінії її резекції.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.335. Modular endoprosthetic replacement for proximal tibia tumor patients / O. Ye. Vyrva, I. O. Skoryk, V. D. Tovazhnianska // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 242-249. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- англ.

Основной метод лечения злокачественных опухолей костей ---- хирургическое вмешательство. Важнейшей задачей ортопеда является сохранение сустава. В настоящее время существует большое количество различных реконструктивных операций, включая структурную костную аллопластику, аллокомпозитное и модульное эндопротезирование (МЭ). Цель работы ---- проанализировать результаты хирургического лечения злокачественных опухолей проксимального отдела большеберцовой кости (ПОБК) с использованием МЭ. Проведена оценка результатов МЭ ПОБК 48 пациентов с опухолевыми поражениями. Пациенты были разделены на две группы: I (n = 36) ---- первичное МЭ после удаления опухоли, II (n = 12) ---- ревизионное МЭ по поводу осложнений. Осложнения разделяли на онкологические, механические и немеханические. Функциональный результат оценивали с помощью шкал MSTS и TESS. Во время лечения 10 (21,2 %) пациентам была проведена миофасциопластичная ампутация на уровне средней трети бедра: 8 обследованным в связи с перипротезной инфекцией, 2 больным в связи с рецидивом опухоли. Установлено, что в среднем через 2,0---2,5 мес. пациенты возвращались к нормальной жизни. Функциональные результаты по шкале MSTS составили 73 %, по шкале TESS ---- 74 %, что соответствует хорошим функциональным результатам. Среди пациентов, перенесших органосберегающую операцию, в течение периода наблюдения от 6 мес. до 11 лет рецидивы опухоли не обнаружены. Выводы: выбор хирургического лечения зависит от размера опухоли, ее локализации, патогистоморфологической картины, возраста, наличия патологических переломов, инвазии в сосуды и нервы. Использование современных конструкций модульных эндопротезов ПОБК и совершенных оперативных вмешательств позволяет минимизировать количество осложнений.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.336. Surgical treatment of bone tumors using segmental bone allografts / O. Ye. Vyrva, Ya. O. Holovina, R. V. Malyk, Z. M. Danishchuk, N. O. Ashukina, P. M. Vorontsov // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 159-164. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- удосконалити метод хірургічного лікування хворих із кістковими пухлинами, застосовуючи сегментарні кісткові алоімплантати. Удосконалено метод хірургічного лікування хворих із кістковими пухлинами, застосовуючи сегментарні кісткові алотрансплантати. Виконано сходинкоподібну остеотомію для досягнення найбільшого контакту між кістковим алоімплантатом і кісткою реципієнта, фіксацію інтрамедулярним блоківним стрижнем без використання кісткового цементу, а також для досягнення кращої репарації виконували первинну кісткову аутопластику. Здійснено клінічну апробацію методу та вивчено результати застосування (рентгенологічно, морфологічно). Виконано морфологічне дослідження зони контакту алотрансплантата та кістки реципієнта. Доведено ефективність розробленого методу. У результаті спостереження за хворими, яким було виконано хірургічне лікування за розробленою методикою, визначили такі ускладнення: ішемічний некроз м'яких тканин (унаслідок інтраопераційного перев'язування артерії, що була інтимно оточена пухлиною) ---- 1 випадок; рецидив пухлини, що призвело до ампутації кінцівки, ---- 1 хворий. Під час дослідження видаленого препарату (після ампутації) макроскопічно виявили зрощення алоімплантата та кістки-реципієнта. За даними гістологічного та рентгенологічного досліджень показано регенерацію кістки в ділянці контакту алотрансплантата й кістки-реципієнта. У результаті гістологічного дослідження видаленого препарату ураженої гомілки, зокрема зони контакту алоімплантата й кістки-реципієнта, чітко візуалізували матеріал кісткового імплантата, на зовнішній поверхні та у внутрішніх відділах якого виявили утворення молодої кісткової тканини як нашарування кісткових трабекул. Кісткова тканина формувалася на поверхні кісткового алогенного матеріалу, проростала в його внутрішні відділи, утворюючи міцний контакт «кістка ---- імплантат». Використання методики біореконструкції дефектів довгих кісток надає змогу максимально зберегти кісткову тканину ураженої кінцівки, уникнути інфекційних та алергічних реакцій. Фіксація алоімплантата й кістки-реципієнта, застосовуючи step-cut остеотомію з додатковим уведенням інтрамедулярного блоківного стрижня, надає змогу одержати стабільну «конструкцію» та максимально збільшити площину контакту кісткової тканини (ало- та кістки-реципієнта). Ці чинники зумовлюють хорошу кісткову регенерацію.

Шифр НБУВ: Ж16789

Пухлини нервової системи

4.Р.337. К вопросу о степени радикальности удаления глиом супратенториальной локализации / С. А. Усатов, Б. Р. Рашиди, Ю. В. Богуславский // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 50-55. ---- Библиогр.: 18 назв. ---- рус.

Цель работы ---- улучшить качество лечения больных с глиомами головного мозга супратенториальной локализации путем определения оптимальной хирургической тактики и показаний к разным видам оперативных вмешательств. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 103 больных с глиомами супратенториальной локализации. Изучен катамнез больных. В динамике оценивали компьютерные и магнитно-резонансные томограммы. При операциях с воздействием на функциональные зоны головного мозга использовали метод «awake craniotomy». Проведены следующие операции с разным объемом удаления опухоли: биопсия, part resection (PR), subtotal resection (SR), near total resection (NTR), gross total resection (GTR). При проведении биопсии выявлены осложнения: кровоизлияния в структуру опухоли, увеличение отека, незначительные пластинчатые кровоизлияния. Гистологическая характеристика тканей при биопсии и открытом удалении не всегда совпадала. PR выполняли при росте опухоли в двигательных и речевых структурах головного мозга, для устранения дислокации и создания резервной полости, что целесообразно при медленнорастущих доброкачественных новообразованиях. NTR и STR являются методом выбора, если глиомы частично располагаются в функционально значимых зонах. GTR использовали преимущественно при локализации опухоли в области полюсов лобной и височной долей, теменной области, чаще ---- справа. Срок жизни у 12,8 % больных после выполнения GTR превышал среднестатистические (более 5 лет). Выводы: «условно» радикальное удаление (STR, NTR, GTR) глиом головного мозга является оптимальным, поскольку увеличивает срок жизни больных даже при злокачественном характере заболевания. Применение метода «awake craniotomy» расширяет возможности при всех видах хирургического лечения, позволяя сохранить функционально значимые участки мозга. Использование биопсии не всегда оправдано, поскольку имеют место осложнения, а гистологическая характеристика структуры опухоли не всегда корректна.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.338. Радіохірургічне лікування резидуальних та рецидивних аденом гіпофіза / О. М. Возняк, О. С. Сілаєва, М. Є. Поліщук, Н. О. Гринів // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 26-32. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- оцінити результати лікування пацієнтів із субтотально видаленими та рецидивними аденомами гіпофіза з використанням різних алгоритмів радіотерапії та радіохірургії. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 21 пацієнта з аденомами гіпофіза. Серед пацієнтів було 11 жінок та 10 чоловіків. Вік пацієнтів становив від 18 до 72 років (середній вік ---- 45 років). Всі хворі одержали променеве лікування з приводу рецидиву або залишку аденоми гіпофіза після її неповного хірургічного видалення. Метод опромінення обирав лікар-радіолог. Розмір пухлини оцінював незалежний рентгенолог через 3 міс та 1 рік після лікування, ендокринну функцію ---- незалежний ендокринолог у ті самі терміни. Транссфеноїдальне видалення проведено 13 пацієнтам (4 з них прооперовано двічі), краніальну хірургію застосовано у 5 хворих, прооперовано послідовно трансназально і транскраніально 3 особи. Опромінення в 14 випадках залишкової пухлини виконали не пізніше 6 міс. після операції. Пацієнтам з рецидивними аденомами розпочинали опромінення через 8 ---- 17 міс. після хірургії (у середньому ---- через 12 міс). У 16 випадках лікування було проведено з використанням VARIAN Novalis, у 4 ---- VARIAN Clinac iX, в 1 ---- VARIAN TrueBeam STx. Разові та сумарні дози опромінення визначали індивідуально. У жодного пацієнта не зафіксовано погіршення зору після лікування. Поглиблення чи появу гіпопітуїтаризму не

відзначено. Висновки: гіпофракціонована стереотаксична радіохірургія надає змогу підвести велику дозу опромінення до аденоми гіпофіза зі швидким спадом, що мінімізує пошкодження зорових структур, гіпофіза та його стебла, а також зменшити токсичність методики. Використання сучасних технологій опромінення під час лікування резидуальних і рецидивних аденом гіпофіза сприяє зменшенню дози для здорових оточуючих тканин і негативних наслідків лікування.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.339. Хронічний нейробореліоз із синдромом церебральної псевдопухлини (клінічне спостереження, обговорення) / К. А. Таряник, М. Ю. Дельва, Т. И. Пурденко, Л. А. Самарченко // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 6. — С. 57-61. — Бібліогр.: 22 назв. — укр.

Описано клінічний випадок хронічного нейробореліозу із синдромом церебральної псевдопухлини у пацієнтки віком 30 років, яка звернулася зі скаргами на головокружіння, двоїння в очах, зниження гостроти зору на обидва ока, відчуття «туману перед очима», постійний головний біль (7 — 8 балів за візуальною аналоговою шкалою), порушення сну. За 5 — 6 міс. до початку захворювання, протягом літнього періоду, неодноразово були укуси кліщів із почервонінням шкіри, за медичною допомогою не зверталася. Пацієнтка хворіла упродовж останніх 1,5 міс., коли без видимих причин з'явився головний біль, 1 міс. тому почала відмічати зниження зору, двоїння в очах. У неврологічному статусі: ураження лівого відвідного нерва. МРТ головного мозку — симптом порожнього турецького сідла, сплющення заднього полюса склер, звивистість зорових нервів. Окуліст: гострота зору правого ока — 0,3, лівого ока — 0,8, набряк диска зорового нерва обох очей. Аналіз ліквору: тиск 300 мм вод. ст. (при люмбальній пункції в положенні лежачи), загальний білок — 0,198 г/л, цитоз — 5 в 1 мкл (лімфоцити), протибореліозні IgG — 38,15 од/мл, IgM — 5,61 од/мл. Відразу після люмбальної пункції пацієнтка відмітила значне зменшення головного болю та двоїння в очах. Індекс лікворно-сироваткових протибореліозних IgG — 1,2. Установлений діагноз: хронічний нейробореліоз із синдромом церебральної псевдопухлини, з ураженням лівого відвідного нерва та зоровими порушеннями. Лікування: цефтріаксон, реосорбілакт, цитиколін, ацетазоламід, мелатонін, фенібут. Від повторних люмбальних пункцій пацієнтка відмовилась. За час стаціонарного лікування стан хворої покращився: зменшилися головні болі (до 3 — 4 балів за візуальною аналоговою шкалою), зникло двоїння в очах, відновилися в повному обсязі рухи лівого очного яблука, зменшився набряк дисків зорових нервів. Пацієнтка через 3 міс. телефоном повідомила про відсутність будь-яких скарг, окрім зниження зору. Таким чином, у пацієнтів із синдромом церебральної псевдопухлини серед потенційних етіологічних чинників захворювання необхідно виключати в тому числі і хворобу Лайма.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.340. Diagnostic value of ophthalmological investigation in patients with brain tumors / K. Yrysov, M. Mamytov, E. Alik Kyzy // Лікар. справа. — 2020. — № 3/4. — С. 36-41. — Бібліогр.: 11 назв. — англ.

Мета роботи — виділення клінічних проявів окремих ланок патогенезу застійного диска зорового нерва як основи вдосконалення їх діагностики. Роботу грунтовано на аналізі нейроофтальмологічної симптоматики у 169 хворих з об'ємним утворенням головного мозку, оперованих в клініці нейрохірургії національного госпіталю мінохоронздоров'я Киргізской Республіки з 2014 по 2019 рр. Вік пацієнтів — 14 — 67 років, сердний вік — 34 роки. Чоловіків було 63, жінок — 106. Усім пацієнтам проведено неврологічне обстеження, МРТ головного мозку до операції, МРТ/КТ головного мозку після операції. Доброякісні пухлини було виявлено у 56 хворих, злоякісні — у 50. Найбільшу кількість склали пухлини гліального ряду (49 хворих). З 169 хворих із застійним диском зорового нерву, зумовленим наявністю об'ємного утворення головного мозку, зорові функції вдалося досліджувати у 55 пацієнтів (93 %). Зниження гостроти зору, зумовлене наявністю застійного диску зорового нерву було виявлене у 46 (27,4 %) хворих. У 22 (13,1%) пацієнтів гострота зору на обидва очі рівнялася 0,1; у 6 (3,3 %) сліпим або практично сліпим було одне око зі зниженням гостроти зору на іншому оці; 7 (4 %) пацієнтів були сліпими або практично сліпими на обидва ока. Висновок: частота і міра вираженості зорових порушень при застійном диске зорових нервів залежать від стадії застою дисків зорових нервів. Прогностично несприятливими для зорових функцій у пацієнтів із застійними дисками зорових нервів є стадія виражених застійних дисків зорових нервів і наявність зорових порушень. Терміни регресу застою дисків зорових нервів залежать від методів лікування: при медикаментозній терапії у пацієнтів з доброякісною внутрішньочерепною гіпертензією регрес застійних дисків зорових нервів відбувається повільно (від 1 міс до 3 років), при хірургічному видаленні об'ємного утворення або шунтуючої операції на лікворній системі регрес застою дисків зорових нервів відбувається значно швидше (від 1 до 1,5 міс).

Шифр НБУВ: Жс20661

Пухлини жіночої статевої системи

4.Р.341. Діагностична цінність тривимірної допплерографії в диференційній діагностиці пухлин міометрія: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.23 / К. В. Яковенко; Харківська медична академія післядипломної освіти. — Харків, 2020. — 19 с.: рис., табл. — укр.

Увагу приділено підвищенню ефективності диференційної діагностики пухлин міометрія шляхом удосконалення існуючих і розробки нових діагностичних критеріїв тривимірної допплерографії. Дослідження засновано на аналізі результатів обстеження та лікування 382-ох жінок віком від 18-ти до 75-ти років на базі ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва» НАМН України, яких було розподілено на 2 групи: групу порівняння (Г) та основну групу, що складалася з трьох підгруп (А, Б, В). У підгрупу А увійшли 46 жінок з аденоміозом, що склало 12,04 % від загальної кількості хворих. У підгрупу Б включено 169 (44,24 %) пацієнток із лейоміомою матки. У підгрупу В увійшли 10 (2,61 %) жінок із лейоміосаркомою. Групу Г склали 157 (41,09 %) жінки без патології матки, у яких дослідження гемодинаміки матки за методом тривимірної допплерографії наддало змогу розробити нові номограми шийки матки й удосконалити існуючі номограми показників об'ємного кровотоку (VI, FI, VFI) тіла матки. Використано клінічні, ультразвукові, морфологічні, гістохімічні та статистичні методи. Вперше розроблено номограми показників об'ємного кровотоку (VI, FI, VFI) шийки матки здорових жінок різного віку за допомогою 3D-реконструкції матки в ангіорежимі із застосуванням опції VOCAL й удосконалено номограми показників об'ємного кровотоку (VI, FI, VFI) тіла матки здорових жінок різного віку. Одержано дані закономірностей динаміки показників тривимірних індексів кровотоку в порівнянні з номограмами хворих на аденоміоз, лейоміому та лейоміосаркому залежно від вікового періоду хворих, об'єму тіла матки та ступеня її васкуляризації. Виявлені закономірності тривимірних допплерограм підтверджено морфологічними дослідженнями судинного русла хірургічно видалених маток із різними видами патології міометрія. На підставі даних тривимірної допплерографії та морфології судин одержано тривимірні ангіографічні диференціально-діагностичні критерії аденоміозу, лейоміом і лейоміосарком матки. Діагностична значущість тривимірних допплерографічних показників кровотоку щодо діагностики аденоміозу склала: чутливість методу 85,4 %, специфічність — 89,2 %, точність — 88,1 %; щодо діагностики лейоміом — 87,6 %, 88,2 %, 88,7 %, відповідно; щодо діагностики лейоміосарком матки: чутливість — 82,3 %, специфічність — 76,6 %, точність — 80,1 %.

Шифр НБУВ: РА446099

4.Р.342. Діагностичні критерії верифікації епітеліальних пухлин яєчників (імуноморфологічні аспекти): автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.02 / О. А. Савченко; Запорізький державний медичний університет. — Запоріжжя, 2021. — 20 с.: рис. — укр.

Дисертаційну роботу присвячено вивченню комплексу морфологічних критеріїв та особливостей експресії ІГХ маркерів у ЕПЯ. За результатами дослідження було уточнено гістологічні особливості та імунофенотипи гістологічних варіантів ЕПЯ різного потенціалу злоякісності згідно до новітньої класифікації новоутворень ВООЗ: серозні, муцинозні, ендометриоїдні, світлоклітинні. серозно-муцинозні, пухлини Бреннера, недиференційовані карциноми. З метою визначення гістологічного варіанту ЕПЯ статистично аргументовано застосування комплексного аналізу площі гістологічних компонентів (макро-, мікропапіл, залоз/фолікулярних та солідних структур, строми) в пухлині та експресію маркерів СК7, СК20, WT-1, СА-125, ER, PGR, Кі-67, p53 ($p < 0,05$ за всіма показниками). З метою визначення ступеня злоякісності ЕПЯ також статистично аргументованим був комплексний підхід із врахуванням площі зазначених гістологічних патернів та експресії Кі-67, p53, СК7 (останній лише для групи серозних новоутворень) ($p < 0,05$ за всіма показниками). З метою верифікації гістогенезу злоякісних пухлин яєчників додатково до вищезазначених маркерів необхідно застосувати віментин, РапСК, СА-125, WT-1, ЕМА, калретинін, S100 ($p < 0,05$ за всіма показниками).

Шифр НБУВ: РА448270

4.Р.343. Особливості гормональної контрацепції у жінок з лейоміомою матки: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.01 / О. П. Фінкова; Дніпровський державний медичний університет. — Дніпро, 2021. — 18 с.: рис. — укр.

Наведено комплесне дослідження 230 жінок з лейоміомою матки (ЛМ), в якому одержано нові дані про вплив різних гормональних контрацептивів на проліферативну активність клітин пухлини, зТясовано механізми впливу їх естрогенних і гестагенних компонентів на молекулярні механізми клітинної проліферації (Кі-67, Cdk-1, p21, ER, PgR) і експресію ростових, факторів (VEGF, eNOS), що надало змогу виділити групу гормональних контрацептивів з найбільш вираженим цитопротекторним ефектом і оптимізувати підходи до персоніфікованого вибору ефективної контрацепції у жінок з ЛМ. Доведено, що досліджені гормональні контрацептивні засоби, до складу яких входили дієногест (2 мг), гестоден (0,075 мг) і левоноргестрел (0,15 мг), здатні

гальмувати проліферативні процеси у клітинах ЛМ через механізми супресії експресії антигену Кі-67, кіназозалежного циклiну Cdk-1, ангіогенних факторів VEGF і eNOS, а також позитивно впливати на експресію гену-супресору p21. В той же час, гормональні контрацептиви не впливають суттєво на експресію рецепторів естрогенів (ER) і прогестерону (PgR) в тканинах ЛМ, яка була підвищена майже втричі в клітинах ЛМ, отже не підвищують її проліферативний потенціал. ЗТясовано, що збільшення в комбінованих гормональних контрацептивах дози етинілестрадіолу з 20 мкг до 30 мкг не призводило до суттєвого підвищення експресії антигену Кі-67, а доза 20 мкг етинілестрадіоду не сприяла зниженню числа мітозів, що свідчить про відсутність потенціюючого впливу естрогенів в сучасних комбінованих оральних контрацептивах (КОК) на прогресування росту ЛМ. Також встановлено, що внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ) суттєво не впливає на проліферативний потенціал ЛМ, а також на механізми ініціації (кіназозалежний циклін Cdk-1) і гальмування мітозов в пухлині (ген-супресор p21), а відтак, не стримує її зростання, але у порівнянні з КОК, більш суттєво знижує обсяг менструальної крововтрати в циклі у жінок з симптомною ЛМ. Обгрунтовано критерії вибору засобу гормональної контрацепції у жінок з ЛМ з акцентом на КОК, які містять в своєму складі гестагени з найбільш вираженими антипроліферативними властивостями (дієногест, дезогестрел і левоноргестрел), особливо після операції міомектомії у жінок для профілактики рецидиву пухлини.

Шифр НБУВ: РА449183

4.Р.344. Профілактика післяопераційних ускладнень у хворих з субмукозною лейоміомою матки після гістероскопії: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.01 / О. В. Забудський; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2020. ---- 20, [1] с.: рис., табл. ---- укр.

Розкрито питання профілактики інтраопераційних і післяопераційних ускладнень у пацієнток з субмукозною лейоміомою матки при гістерорезектоскопії. Зазначено, що на догоспітальному етапі, за 28 днів до гістерорезектоскопії, проведено обстеження пацієнток шляхом трансвагінального ультразвукового, соноеластографічного та допплерометричного досліджень. Визначено особливості якості життя досліджуваних жінок. Залежно від обраної тактики, жінкам, які одержували запропонований діагностично-лікувальний комплекс, виконувалось поглиблене дослідження піхвового біоценозу (Фемофлор-скрін) та призначалась патогенетично-зумовлена санація статевих шляхів. З метою зменшення розмірів лейоматозних вузлів та профілактики кровотечі жінкам основної групи призначали однократне введення трипторeліну ацетату 3,75 мг. В подальшому, через 28 днів, на етапі гінекологічного стаціонару, з метою контролю стану лейоматозних вузлів проводилось повторне трансвагінальне, соноеластографічне та допплерометричне обстеження. Безпосередньо перед оперативним втручанням, за 15 хв., жінкам основної групи призначалось парацервікальне введення терліпресину ацетату 0,2 мг та застосування модифікованого FTS-алгоритму. Розроблено та впроваджено комплексну двоетапну підготовку жінок з субмукозною лейоміомою матки до гістерорезектоскопії, яка надає змогу зменшити кількість інтраопераційних та післяопераційних кровотеч, інфекційно-запальних та анестезіологічних ускладнень, а також надає змогу суттєво зменшити рівень травматизації матки та пізніх ускладнень після гістерорезектоскопії. Зазначено, що результати проведених досліджень підтверджуються більш високою оцінкою якості життя у пацієнток, які одержували запропонований діагностично-лікувальний комплекс.

Шифр НБУВ: РА446149

4.Р.345. Ультразвукова абляція міом тіла матки: обгрунтування показань, режимів процедури та способів оцінки ефективності лікування: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.23 / І. Ю. Карачарова; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. ---- Київ, 2020. ---- 21 с.: рис., табл. ---- укр.

Розкрито проблеми підвищення ефективності лікування хворих на міому матки шляхом розробки персоніфікованих алгоритмів діагностики, сфокусованої ультразвукової абляції новоутворень та оцінки ефективності терапії. Зазначено, що основою роботи є результати обстежень 110-ти пацієнток із міомою тіла матки, з яких 79-ти жінкам було виконано ультразвукову абляцію в Київському міському клінічному онкологічному центрі, Центрі ядерної медицини за період з 2016 р. по 2019 р. На доопераційному етапі всім пацієнткам виконували ультразвукове дослідження (УЗД) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) для визначення критеріїв включення та виключення з групи пацієнток для виконання ультразвукової абляції. Зауважено, що методами контролю в післяопераційному періоді були УЗД, МРТ органів малого тазу із використанням парамагнетику через 1, 3 і 6 міс. З урахованням результатів променевих методів розроблено алгоритм обстеження пацієнток перед проведенням ультразвукової абляції. Акцентовано, що виключно сонографія надає можливість визначити безпечний акустичний шлях для планування проведення ультразвукової абляції, а також детектувати наявність кальцинатів. На наступному етапі необхідно застосовувати МРТ органів малого тазу як єдиного методу визначення МР типу міоматозного вузла та уточнюючого методу дня визначення локалізації, розміру та кількості міом тіла матки. Досліджено ефекти кавітації вузла шляхом виявлення статистично значущого впливу факторів на ймовірність прояву кавітації вузла. За результатами дослідження побудовано спеціалізовану прогностичну математичну модель, яка надає змогу з відповідною апріорною ймовірністю, яка задається лікарем, прогнозувати саму подію кавітації залежно від виду вузла, його об'єму та терміну інсонації та кількісно розрахувати оптимальні параметри операції. Контроль безпосереднього результату грунтувався на сірошкальних змінах при ультразвуковому дослідженні в режимі реального часу на моніторі апарату JC. Після процедури моніторинг регресу вузлів проводився із застосуванням УЗД та МРТ з контрастним підсиленням через 1,3 і 6 міс. після HIFU-абляції. Середнє значення показника регресу в 6 міс. локального контролю, що дорівнює 57 %, розглядається в роботі як нормативний (критичний) показник успішності лікування. Для практичного застосовування описаного алгоритму моделювання ймовірності виникнення позитивного ефекту лікування розглядали рівняння моделі пропорційних ризиків Кокса. Формули реалізовано у вигляді програмного продукту.

Шифр НБУВ: РА446011

4.Р.346. Фактори ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнток із підвищеним індексом маси тіла в періопераційному періоді лапароскопічної міомектомії / Т. О. Максимець // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 89-95. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- виявлення стану тромбонебезпеки для проведення адекватної комплексної тромбопрофілактики пацієнток із підвищеним індексом маси тіла (ІМТ) в періопераційному періоді при лапароскопічній міомектомії, використовуючи інструментальний метод діагностики ---- низькочастотний п'єзоелектричний гемовіскозиметр. Вік пацієнток ---- 30 ---- 45 років, які підлягали лапароскопічній міомектомії (n = 60). Пацієнток було розподілено на 3 групи залежно від величини індексу маси тіла та вибору методу тромбопрофілактики. До 1-ї групи (16 пацієнток) увійшли хворі з ІМТ < 30 кг/м^2, яким медикаментозна тромбопрофілактика не проводилась. До 2-ї групи (18 пацієнток) увійшли хворі з ІМТ > 30 кг/м^2, які з метою тромбопрофілактики одержували еноксапарин в дозі 2000 анти-Ха МО/0,2 мл підшкірно (при ІМТ 30 ---- 40 кг/м^2) та 4000 анти-Ха МО/0,4 мл підшкірно (при ІМТ > 40 кг/м^2). До 3-ї групи (26 пацієнток) увійшли хворі з ІМТ > 30 кг/м^2, які з метою тромбопрофілактики одержували еноксапарин та пентоксифілін. За даними низькочастотного вібраційного п'єзоелектричного гемовіскозиметра було виявлено статистично вірогідні ($p < 0,05$) відхилення від референтних величин показників гемостазіограми в бік структурної (збільшення показника максимальної щільності згустка (МА)) та хронометричної (прискорення часу утворення фібрин-тромбоцитарної структури згустка (Т5), зміщення точки желювання (Т3) вліво, підвищення показника інтенсивності коагуляційного драйву (ІКД)) гіперкоагуляції, підвищення тромбінової активності (підйом показника константи тромбінової активності (КТА), скорочення часу досягнення константи тромбіну (Т2)), активації судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу (скорочення періоду початку реакції (Т1), збільшення показника інтенсивності контактної коагуляції (ІКК)), пригнічення літичної активності (зниження показника інтенсивності лізису та ретракції згустка) крові в 2-й і 3-й групах пацієнтів. На першу добу після оперативного втручання в 2-й і 3-й групах відмічається вірогідне збільшення (у порівнянні з доопераційними показниками) таких хронометричних показників, як Т1, Т2, Т5; зниження структурного показника МА, а також вірогідне зниження КТА, ІКД, що підтверджує ефективність антитромботичної терапії. Однак у 2-й групі було спостережено підвищену активність судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу у порівнянні з 3-ю групою, вищий показник ІКК, коротший час Т1, Т2, а також вищий показник КТА. На 5-ту добу після оперативного втручання в усіх групах пацієнтів було відмічено нормокоагуляційний тренд гемостатичного потенціалу. Висновки: використання низькочастотної п'єзоелектричної гемовіскозиметрії надає змогу вірогідно та швидко оцінити кінетику тромбоутворення.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 4.Р.429

Венерологія. Дерматологія

4.Р.347. Актуальні питання дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД-інфекції: матеріали наук. конф., присвяч. 130-річчю проф. І. С. Попова / ред.: В. А. Капустник, В. М. Лісовий, Ю. В. Андрашко, О. Д. Александрук, С. А. Бондар, Л. А. Болотна, А. М. Дащук, О. І. Денисенко, Є. І. Доброжанська, А. Д. Дюдюн, Л. Д. Калюжна, В. Г. Кравченко, Я. Ф. Кутасевіч, М. М. Лебедюк, А. І. Літус, Г. І. Макуріна, В. В. М'ясоєдов, Л. В. Рощенюк, О. О. Сизон, В. І. Степаненко; Хар-

ківський національний медичний університет. ---- Харків: ЕСТЕТ ПРИНТ, 2021. ---- 187 с.: іл. ---- укр.

Висвітлено роль професора С. Попова в історії становлення та розвитку кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету. Розглянуто актуальні проблеми дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб. Наведено результати дослідження фармакодинаміки густого екстракту з коренеплодів пастернаку ---- потенційного засобу для лікування захворювань шкіри. Розкрито особливості визначення антимікотичної активності наночастинок міді та світлодіодного випромінювання. Вивчено можливості оптимізації терапевтичних заходів у хворих на нумулярну екзему. Розкрито особливості етіологічних аспектів, клінічних проявів урогенітальної інфекції. Увагу приділено питанням експериментального визначення якості життя на початку коронавірусної епідемії в Україні.

Шифр НБУВ: ВА853032

Хвороби придатків шкіри

Хвороби волосся

4.Р.348. Гніздова алопеція: клініко-морфологічні та патогенетичні аспекти, лікувально-діагностична тактика: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.20 / І. М. Сербіна; Національна академія медичних наук України, «Інститут дерматології та венерології Національної академії медичних наук України», державна установа. ---- Харків, 2020. ---- 32 с. ---- укр.

Удосконалено методи діагностики, підвищення ефективності терапії хворих на гніздову алопецію шляхом розробки комплексного диференційованого методу лікування на підставі вивчення особливостей морфологічних, патофізіологічних, імунологічних та гормональних змін з урахуванням клінічних особливостей захворювання. Для дослідження застосовано методи: клінічні, соціально-психологічні, імуноферментні, біохімічні, патоморфологічні й імуногістохімічні, інструментальні, статистичні. Установлено імуноморфологічні зміни залежно від стадії патологічного процесу з порушенням експресії цитокінів. Виявлено розлади системного цитокінового гомеостазу (IL-1бета, IL-17, IL-4, IL-10) та HBS-70, маркерів ангіогенезу (sVEGFR1, VEGF, EGF, NO, NOS). Зміни рівня адаптивних гормонів, зниження якості життя свідчили про зрив регуляторних механізмів. Розроблено алгоритм лікування з урахуванням стадійності перебігу та ступеня тяжкості гніздової алопеції, що полягає в диференційному використанні глюкокортикостероїдів, тівортіну, даларгіну, міноксидилу. Терапія сприяла підвищенню ефективності лікування, відновленню більшості лабораторних показників. Основні положення дисертації впроваджено в практику роботи КНП Харківської обласної ради «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», КНП «Міський шкірно-венерологічний диспансер № 1» Харківської міської ради, КНП «Міський шкірно-венерологічний диспансер № 4» Харківської міської ради, КП «Кременчуцький обласний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради», КП «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Рівненської обласної ради, КП «Обласний шкірно-венерологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради, також у навчальний процес кафедр: дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, дерматології, венерології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, загальної та клінічної імунології та алергології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна.

Шифр НБУВ: РА446284

Невропатологія

4.Р.349. Вивчення ефективності та переносимості ін'єкційних міорелаксантів із центральним механізмом дії при неспецифічному болі в спині з м'язово-тонічним синдромом та при міофасціальному больовому синдромі спини / М. М. Орос // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 48-53. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- порівняти ефективність та переносимість ін'єкційного тіоколхікозиду та метокарбамолу (дорсум) при неспецифічному болі в спині з м'язово-тонічним синдромом та міофасціальному больовому синдромі спини. Було проведено багатоцентрове порівняльне дослідження. Обстежено 90 пацієнтів із неспецифічним болем у спині з м'язово-тонічним синдромом або з міофасціальним больовим синдромом спини, яких було розподілено на групи по 30 пацієнтів: активна група 1 ---- метокарбамол (дорсум), активна група 2 ---- тіоколхікозид, група 3 (контроль) ---- нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Оцінювали динаміку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), динаміку за голковою ЕНМГ (у половини пацієнтів у кожній групі), переносимість (оцінювалася тільки в активних групах). Через 3 дні лікування біль у спині за ВАШ зменшився: на 48,9 % ---- у групі ін'єкційного метокарбамолу (дорсум), на 35,5 % ---- у групі ін'єкційного тіоколхікозиду та на 16,7 % ---- у групі НПЗП. Через 3 дні лікування зникнення електроміографічних ознак м'язового спазму за даними голкової ЕНМГ було відмічено: у 80 % (12 із 15) пацієнтів із групи ін'єкційного метокарбамолу (дорсум), у 53,3 % (8 з 15) осіб із групи ін'єкційного тіоколхікозиду та у 46,7 % (7 з 15) хворих із групи НПЗП. У групі ін'єкційного метокарбамолу (дорсум) скарг на переносимість зареєстровано не було; у групі ін'єкційного тіоколхікозиду 23,3 % пацієнтів (7 із 30) повідомили про побічну дію: 10 % (3 із 30) ---- про сонливість, 6,7 % (2 з 30) ---- нудоту, із них 3,3 % (1 із 30) ---- однократне блювання, 6,7 % (2 з 30) ---- біль в епігастрії. Висновки: ін'єкційний метокарбамол (дорсум) виявився більш ефективним за ін'єкційний тіоколхікозид у пацієнтів із неспецифічним болем у спині з м'язово-тонічним синдромом або з міофасціальним больовим синдромом спини та продемонстрував кращу переносимість.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.350. Досвід спостереження хворих на герпетичний гангліоневрит в умовах неврологічного стаціонару / Г. Г. Симоненко // Укр. неврол. журн. ---- 2021. ---- № 3/4. ---- С. 42-48. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- оцінити клінічні, лабораторні та функціональні показники пацієнтів з герпетичним гангліоневритом трійчастого нерва в умовах неврологічного відділення. Ретроспективно проаналізовано історії хвороби пацієнтів (26 (60,5 %) жінок і 17 (39,5 %) чоловіків) з діагнозом герпетичного гангліоневриту трійчастого нерва, встановленим за клінічною картиною, результатами загального аналізу крові та сечі, біохімічного дослідження крові, електрокардіографії, ультразвукового дослідження магістральних артерій голови, органів черевної порожнини і малого таза, реоенцефалографії. Із 43 госпіталізованих пацієнтів у 31 (72,1 %) була уражена лише I гілка (64,5 % жінок і 35,5 % чоловіків), у 9 (20,9 %) ---- II гілка, у 3 (7,0 %) ---- III гілка трійчастого нерва. Переважали особи віком понад 46 років (86,0 %). Правобічне ураження спостерігали у 22 (51,2 %) випадках, лівобічне ---- у 21 (48,8 %). Жінки мали переважно правобічне ураження (16 (61,5 %)), чоловіки ---- лівобічне (11 (64,7 %)). Основною скаргою, крім висипу, був місцевий лицьовий біль, який переважно мав пекучий характер (24 (55,8 %)) з одночасним свербежем (15 (34,9 %)). Виразний біль мав місце у 23 (53,5 %) випадках, помірний ---- у 14 (32,6 %), легкий ---- у 6 (13,9 %). Гіперестезія супроводжувала біль у 28 (65,1 %) хворих, гіпестезія ---- у 6 (14,0 %). У разі залучення і гілки у 9 (29,0 %) пацієнтів спостерігали герпетичний кератоувеїт. У 17 (54,8 %) хворих мав місце набряк навколоочної ділянки. У літніх пацієнтів зареєстрували інтелектуально-мнестичне зниження (45,0 %), позитивні субкортикальні рефлекси (46,5 %), помірні координаторні порушення (34,9 %). З даних загальних та функціональних досліджень увагу привернуло збільшення швидкості осідання еритроцитів (39,5 %), а також метаболічні зміни міокарда на електрокардіограмі (65,1 %). У старшій віковій групі серед супутніх захворювань домінували дисциркуляторна енцефалопатія (45,0 %), гіпертонічна хвороба (40,0 %), цукровий діабет 2 типу (25,0 %), остеохондроз хребта (20,0 %). Висновки: клінічні спостереження герпетичного ураження підтвердили ураження здебільшого і гілки трійчастого нерва та переважання серед хворих жінок похилого віку з правобічними симптомами. У клінічній картині на тлі типових висипів домінує виразний пекучий місцевий біль, який супроводжується свербежем та гіперестезією. Незважаючи на інколи відкладену госпіталізацію внаслідок спроб амбулаторного або самостійного лікування, загальний аналіз крові часто виявляє маркери запалення. Комплексність і варіабельність скарг і результатів обстеження можна пояснити переважно похилим віком пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.351. Професор М. М. Лапінський і студентство / Т. А. Довбонос // Укр. неврол. журн. ---- 2021. ---- № 3/4. ---- С. 5-10. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

26 жовтня 1881 р. на базі медичного факультету імператорського університету ім. Святого Володимира у Києві виникло Клінічне товариство студентів-медиків ---- перше на теренах Російської імперії об'єднання молодих науковців у галузі медицини. У 1889 р. головою Клінічного товариства студентів-медиків був обраний студент Михайло Лапінський, який на цій посаді продемонстрував неабиякі організаторські здібності. Активну життєву і наукову позицію М. Лапінський займатиме впродовж усього подальшого життя вже як викладач, власним прикладом і підтримкою допомагаючи молодим науковцям у прагненні до оволодіння професійними знаннями. Широке коло патологій, які у різні роки досліджував М. М. Лапінський, ---- це проблеми алгології (зокрема невралгії трійчастого і сідничного нервів), механізми ноцицепції, опис больових точок (телалгій) у надпліччі (дерматом CIV) і нижній третині стегна, проб для оцінки стану сегментарного вегетативного апарату, формулювання принципу метамерно-

сті та використання «сигнальних точок» в акупунктурі, розвиток концепції проекційних зон Захар'їна-Геда, трактування вісце-росенсорного рефлексу, дослідження трофічної функції нервової системи, нейрокогнітивних наслідків черепно-мозкової травми, екстрапірамідних порушень, основ експериментальної епілептології, соматоневрології тощо. Численні посилання на праці М. М. Лапінського можна зустріти у роботах XX ---- XIX ст. фахівців різних спеціальностей: неврологів, психіатрів, психологів, фізіологів, вертебрологів, ортопедів, акушерів-гінекологів, гастроентерологів, хірургів, рефлексотерапевтів, фізіотерапевтів, реабілітологів, ревматологів, соціологів, педагогів.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.352. Ураження нервової системи в пацієнта із синдромом Еді (клінічний випадок) / О. Л. Сіделковський // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 7. ---- С. 36-38. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Синдром Еді (Adie ---- Holmes), або синдром тонічної зіниці, ---- стан, що характеризується тріадою основних симптомів: одностороннім тонічним розширенням зіниці, парезом акомодації з відсутністю або значним зменшенням реакції зіниці на світло і зниженням сухожильних рефлексів. В основі захворювання лежить порушення функції парасимпатичної нервової системи. Синдром виникає внаслідок ураження циліарного ганглія, що забезпечує парасимпатичну іннервацію м'яза зіниці (m. sphincter pupillae), рогівки й оболонки очного яблука. Нерідко стан супроводжується порушенням функції спінальних гангліїв і, як наслідок, вегетативною дисфункцією у вигляді розладу потовиділення, зазвичай на одній стороні тіла, рідше ---- розладом серцевого ритму, лабільністю артеріального тиску. Частий супутник синдрому Еді ---- відсутність або зниження колінних рефлексів, рідше ---- ахіллових. Етіологія захворювання остаточно не з'ясована, не виключений бактеріальний або вірусний чинник. Діагностика синдрому Еді переважно заснована на клінічному зіставленні симптомів захворювання, а також на ретельному й всебічному огляді нейроофтальмолога з обов'язковим проведенням тестування зіничних реакцій за допомогою низьких доз пілокарпіну (характерне звуження зіниці). Незважаючи на позитивний прогноз щодо життя хворого і його працездатності, стан належить до групи складнокурабельних, а лікування зводиться до симптоматичної корекції зору.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.353. Morphometric characteristics of the sciatic nerve trunk structural components with a single introduction of cryoconserved placenta against the background of acute aseptic inflammation in rats / R. V. Svyrydyuk // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 67-71. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- англ.

Дослідження проведено на 55 статевозрілих щурах самцях. Показано динаміку змін морфометричних параметрів за одноразового введення кріоконсервованої плаценти на тлі гострого асептичного запалення у щурів. Таким чином, доведено, що одноразове введення кріоконсервованої плаценти на тлі гострого асептичного запалення стовбура сідничного нерва, викликаного одноразовим внутрішньочеревинним введенням λ-карагенену, призвело до загальних змін у стовбурі сідничного нерва максимально на 10-у добу дослідження, з достовірною різницею ($p > 0,05$) і подальшим достовірним відновленням показника на 21-у добу. Термін 21-а діба після одноразового введення кріоконсервованої плаценти на тлі гострого асептичного запалення сідничного нерва у щурів є достатнім для того, щоб оцінити кінцеві результати регенераторних процесів структури сідничного нерва, ушкодженого запальним процесом у щура.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.182, 4.Р.203, 4.Р.308, 4.Р.388

Хронічно-прогресуючі захворювання та дисплазії нервово-м'язового апарату і нервової системи

4.Р.354. Перспективи успішного лікування хвороби Паркінсона із застосуванням апоморфіну / І. М. Карабань, Н. В. Карасевич, Т. В. Гасюк // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 54-73. ---- Бібліогр.: 148 назв. ---- укр.

Оптимізація лікування ідіопатичної хвороби Паркінсона є складним, багатогранним і безперервним процесом, що безпосередньо впливає на якість життя. Основне положення даного огляду ---- необхідність індивідуалізованої терапії, що забезпечує оптимальну рухову функцію з найменшими негативними наслідками. Апоморфін, агоніст дофаміну, що використовується як невідкладна терапія для пацієнтів з моторними флуктуаціями, з потенційним позитивним впливом на немоторні симптоми, ---- це єдиний антипаркінсонічний препарат, спроможність якого контролювати рухові симптоми прирівняна до здатності леводопи. Підшкірне введення у вигляді періодичної ін'єкції ---- найбільш ефективний і доступний шлях для корекції дофамінергічної недостатності при хворобі Паркінсона. Наведені в огляді дані багатоцентрових досліджень підтверджують високу ефективність, адекватну переносимість і перспективність застосування апоморфіну в комплексній патогенетичній терапії захворювання. Даний огляд містить історичну довідку й узагальнює структуру, механізм дії, фармакодинаміку, показання, протипоказання й побічні ефекти при застосуванні підшкірних ін'єкцій апоморфіну на виражених стадіях клінічного перебігу хвороби Паркінсона.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.355. Ранні інфантильні епілептичні енцефалопатії типів 1 та 2: огляд літератури та власне спостереження / Л. Г. Кирилова, О. О. Мірошников, О. О. Юзва // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 74-81. ---- Бібліогр.: 21 назв. ---- укр.

Епілептичні енцефалопатії та енцефалопатії розвитку є групою тяжких розладів, що характеризуються затримкою або регресом когнітивних і поведінкових навичок, які розвиваються внаслідок резистентних епілептичних нападів. З огляду на клінічну та генетичну гетерогенність цих розладів секвенування нової генерації є важливою складовою обстеження пацієнтів з метою індентифікації генетичної етіології розладу та призначення таргетної протиепілептичної терапії. Подано сучасні погляди на епілептичні енцефалопатії 1-го та 2-го типів, зумовлені патогенними мутаціями генів ARX та CDKL5. Наведено основні особливості клінічної симптоматики, дані додаткових інструментальних методів обстеження та можливі варіації таргетного застосування комбінацій протиепілептичних препаратів при даних розладах. Описано власний досвід ведення пацієнта з мутацією в гені CDKL5.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.356. Шкала вираженості екстрапірамідного тонусу / О. Л. Сіделковський // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 23-26. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Відомо, що прогресування нейродегенеративних захворювань значно обмежує повсякденну побутову й професійну активність хворих, суттєво впливаючи на функції, пов'язані з пересуванням, самообслуговуванням і когнітивним контролем. Незважаючи на значний прорив науки в галузі нейровізуалізації і патогенетичної терапії, діагностика й лікування цієї категорії пацієнтів залишається складним, а іноді й важко вирішуваним завданням. Один з базових принципів ідентифікації порушень функції нервової системи реалізується шляхом використання спеціалізованих індексів, тестів і шкал. Ці діагностичні маркери знаходять своє широке застосування у неврологів, лікарів фізичної і реабілітаційної медицини, ортопедів, ерготерапевтів, фізичних терапевтів, допомагаючи експертам визначити не лише факт наявності патології, але й еволюцію розвитку тих чи інших ознак захворювання з можливістю подальшого своєчасного динамічного контролю, що має особливе значення в реабілітології. Серед пацієнтів з руховими порушеннями окрему групу, що потребує реабілітаційної допомоги, становлять хворі з екстрапірамідними розладами. Питання лапідарної діагностики екстрапірамідних розладів залишаються актуальними і сьогодні. У доступній спеціалізованій науково-практичній літературі авторам не вдалося виявити зручну шкалу для вимірювання вираженості екстрапірамідного тонусу з метою оцінки дієвості медикаментозного й комплексного немедикаментозного відновного лікування. Рекомендована до практичного застосування Шкала вираженості екстрапірамідного тонусу надасть змогу неврологам оволодіти нескладним, але разом з тим дієвим інструментом, що полегшує ранню ідентифікацію і визначення стадії розвитку дегенеративних захворювань нервової системи, які супроводжуються специфічною зміною м'язового тонусу, а фахівцям у галузі нейрореабілітації дасть надійний орієнтир, що вказує на правильність обраного шляху відновного лікування.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.357. Neuroinflammatory penumbra in Parkinson's disease / V. V. Ponomarev, A. V. Boika, Z. A. Hladkova, T. Y. Kuznetsova, M. M. Sialitski, N. E. Aleinikava, V. A. Bahamaz // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 82-85. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- англ.

To date, the etiology and pathogenesis of Parkinson's disease (PD) are not fully understood. In this publication, we present a critical review of the available international data on the involvement of inflammation processes in the etiopathogenesis of the disease in the context of our research results. The data obtained by us during modeling of parkinsonian syndrome of neuroinflammatory origin (lipopolysaccharide endotoxin was used) in laboratory rats (basic group, n = 21; control group, n = 7) indicate that intranasal administration of lipopolysaccharide in all three studied doses (1, 10 and 100 μg/kg/ml) seven days after the end of the experiment (21 injections) causes the same moderate morphological degenerative and inflammatory changes in the histostructure of the substantia nigra, extending to the striatum area ($p > 0,05$). This fact can bebest explained by the all-or-none law. The staged, sequential transition of primary reversible (neuroinflammatory) pathomorphological changes to secondary irreversible (neurodegenerative) ones in PD, as well as secondary activation of microglia during neuronal degeneration, allows proposing the term «neuroinflammatory penumbra», which will best help understand the pathogenesis of the disease and the development of therapies that change the course of Parkinson's disease. Our data on the use of mesenchymal

multipotent stromal cells in rats with neurotoxic (rotenone) parkinsonian syndrome (n = 10) and in PD individuals (n = 10) demonstrate a decrease in motor impairment, overall improvement of patients and an effect on laboratory parameters compared with control groups. We associate the early positive effect, observed already in the first week after the administration of mesenchymal multipotent stromal cells, with their paracrine action, including on the neuroinflammatory penumbra.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.358. To search for targets of therapy that changes the course of Parkinson's disease / V. V. Ponomarev, A. V. Boika, M. M. Sialitski, V. A. Bahamaz // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 5-9. ---- Бібліогр.: 31 назв. ---- англ.

Parkinson's disease (PD) is a multisystem disease that requires a more comprehensive approach to its study and treatment. The purpose was to give clinical and laboratory characteristics of PD patients, in whom the onset of motor symptoms of the disease is associated with the action of precipitating factors and provide a theoretical justification for the underlying and/or associated electrophysiological phenomena. Materials and methods. Two hundred and seven patients with PD were examined. Questionnaire analysis and laboratory research were performed. Among patients with a rapidly progressive type of PD, pain during the survey was registered in 49 (42,2 %) cases, and stress in 73 (62,3 %). In cases of a slowly progressive course, 14 (15,4 %) individuals experienced pain syndromes, and 53 (58,2 %) patients ---- stress. Statistically significant differences between patients with rapidly and slowly progressive PD courses were noted in the number of cases of herpetic diseases, inflammatory diseases of the oral cavity. The results of laboratory tests also showed statistically significant differences between these groups in the blood serum level of IL1β and cortisol, the level of IL1β in the cerebrospinal fluid, and the albumin coefficient. The patients with a rapidly progressive type of disease presented with a greater number of precipitating factors for PD development. In patients with rapidly progressive PD, the number of precipitating factors and the serum level of antibodies to α-synuclein (r = –0,18), IL10 (r = 0,31), and cortisol (r = 0,18) correlated. Some objective characteristics of non-motor PD symptoms statistically significantly correlated with a level of laboratory biomarkers in blood serum (Montreal Cognitive Assessment value with cortisol level (r = –0,4); Pittsburgh Sleep Quality Index value with antibodies to α-synuclein (r = 0,31); Epworth Sleepiness Scale value with IL10 level (r = –0,21)). Significant acute psychological stresses and pain syndromes may change the pattern of propagation of depolarization waves in the nervous system with the formation of «autowave penumbra». Possible clinical criteria for the effectiveness of therapy that change the course of PD are presented. Pain syndromes and acute significant psychological stresses not only contribute to the onset of motor symptoms of PD but also lead to the rapid progression of the disease. The effect of precipitating factors may manifest itself not only in clinical, morphological, and laboratory changes but also in changes in the excitability of nerve cells. The electrophysiological penumbra («autowave penumbra») can be considered a possible target for the action of a therapy method that modifies the course of PD.

Шифр НБУВ: Ж25223

Див. також: 4.Р.362

Хвороби центральної нервової системи

4.Р.359. Значення часових етапів при різних типах перебігу розсіяного склерозу для формування прогнозу / Н. П. Волошина, В. В. Василовський, Т. В. Негреба, В. М. Кіржнер, І. К. Гапонов, Т. М. Погуляєва, М. Є. Черненко // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 7. ---- С. 5-10. ---- Бібліогр.: 32 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- розробити систему оцінки характеру прогнозу на основі клініко-математичного аналізу показників, що виникають на різних етапах при різних типах перебігу розсіяного склерозу (ПРС). Використано клінічні (клініко-неврологічний і метод анкетування ---- за анкетою, розробленою у відділі аутоімунної і дегенеративної патології нервової системи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України») і математико-статистичні (метод пермутації) методи. За допомогою методу пермутації (перестановочного тесту) в групах хворих з різними типами перебігу обчислювалися відмінності в середніх значеннях клінічних показників, що характеризують ПРС на різних часових етапах: доклінічному етапі, етапі дебюту, рецидивному етапі для рецидивуючого й вторинно-прогредієнтного перебігу, етапі прогресування ---- для вторинно---- і первинно-прогредієнтного. На цій підставі було виділено клінічні показники, які з високою вірогідністю (рівень зв'язку 0,95) на кожному часовому етапі ПРС визначають кінцевий варіант прогнозу захворювання. Обстежено 280 хворих, серед них: 80 (50 жінок і 30 чоловіків) ---- з рецидивуючим перебігом, 140 (80 жінок і 60 чоловіків) ---- із вторинно-прогредієнтним і 60 (30 жінок та 30 чоловіків) ---- із первинно-прогредієнтним. Проведені дослідження показали, що сприятливий прогноз при рецидивуючому перебігу з високою вірогідністю зустрічався при поєднанні таких клінічних показників, як легка тяжкість дебюту, повна ремісія після дебюту, легкі рецидиви, що розвиваються швидкими темпами, і тривалі ремісії між рецидивами на рецидивному етапі; невизначений прогноз ---- за наявності дебютів середньої тяжкості, стовбурової симптоматики в дебюті, тяжких і середньої тяжкості рецидивів і тенденції до обтяження й подовження рецидивів на рецидивному етапі. Несприятливий прогноз при вторинно-прогредієнтному перебігу вірогідно пов'язаний з перенесеною вітряною віспою на доклінічному етапі в преморбідному анамнезі, блискавичними темпами розвитку дебюту, неухильним варіантом прогресування, що перебігає без клінічно окреслених періодів стабілізації; невизначений прогноз ---- із швидкими темпами розвитку дебюту. Несприятливий прогноз при первинно-прогредієнтному перебігу був тісно асоційований з перенесеною тяжкою черепно-мозковою травмою на доклінічному етапі в преморбідному анамнезі, мозочковою симптоматикою в дебюті, формуванням етапу прогресування безпосередньо після дебюту, минаючи етап стабілізації, неухильним варіантом прогресування на етапі прогресування; невизначений прогноз ---- із перенесеними герпетичними інфекціями на доклінічному етапі в преморбідному анамнезі, легкою тяжкістю дебюту, формуванням етапу прогресування після періоду стабілізації, що настала слідом за дебютом, поступальним варіантом прогресування на етапі прогресування, який перебігає у вигляді чергування періодів повільного накопичення неврологічного дефіциту, що має, як правило, локальний акцент. Висновки: отже, за допомогою клініко-математичного аналізу було показано, що формування альтернативних варіантів прогнозу при різних типах ПРС відбувається шляхом вибіркового залучення до єдиного патерну клінічних показників, які мають діагностичне значення на різних часових етапах перебігу захворювання.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.360. Оцінка впливу різних факторів ризику на тяжкість психоемоційних розладів у хворих на розсіяний склероз / Т. А. Одінцова, О. О. Копчак // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 31-35. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Розсіяний склероз ---- хронічне демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи, що характеризується не лише фізичною інвалідизацією, а й психоемоційними розладами, серед яких найчастіше зустрічаються депресія та тривога. Мета дослідження ---- оцінка особливостей впливу соціально-демографічних даних, характеристик захворювання та зовнішніх факторів на депресію та тривогу у пацієнтів з рецидивуюче-ремітуючим розсіяним склерозом. Виділено основні фактори ризику та характер їх впливу на вказано розлади за допомогою мультифакторіального аналізу, а також продемонстровано, з якою частотою зустрічаються депресія та тривога різного ступеня тяжкості за наявності кожного фактора ризику.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.361. Порушення ліквороциркуляції в пацієнтів з мальформацією Кіарі: предиктори розвитку сирингомієлітичних кіст і динаміка післяопераційного регресу / Л. А. Ктракян, Т. С. Гаврилів, В. І. Смоланка, А. В. Смоланка, М. М. Орос // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 27-36. ---- Бібліогр.: 40 назв. ---- укр.

Мальформація Кіарі (МК) ---- це дефект розвитку центральної нервової системи, що проявляється у невідповідності розмірів задньої черепної ямки і розташованих у цій ділянці структур мозку і, як наслідок, опусканням мигдаликів мозочка (МК типу 1), зазвичай з каудальним зміщенням нижніх відділів стовбура мозку, у великий отвір (МК типу 1,5). Унаслідок порушення ліквороциркуляції в 60 ---- 90 % пацієнтів із МК спостерігається сирингомієлія. Проведено ретроспективний аналіз клінічних даних 24 пацієнтів із мальформацією Кіарі типу 1 і 1,5, які перенесли оперативні втручання в Ужгородському обласному клінічному центрі нейрохірургії і неврології в період з грудня 2006 р. по грудень 2017 р., під час яких було виконано субокципітальну декомпресивну краніектомію, ламінектомію на рівні С1, пластику твердої мозкової оболонки. Середній період спостереження після операції становив 5 років. У пацієнтів, у яких симптоми тривали понад 3 роки, частота утворення сирингомієлітичних кіст становила 57 %. Динаміка регресу порушень ліквороциркуляції в післяопераційному періоді значно варіює залежно від віку. Висновки: ризик утворення порожнин, заповнених рідиною, у спинному мозку вищий у пацієнтів із МК типу 1 і 1.5, які хворіють понад 3 роки. Хірургічне лікування є ефективним методом, що використовується для корекції порушень ліквороциркуляції. Пункція кісти не є обов'язковою під час хірургічних втручань.

Шифр НБУВ: Ж25223

Див. також: 4.Р.312, 4.Р.356

Хвороби головного мозку та його оболонок

4.Р.362. Взаємозв'язок між параметрами ходьби, когнітивними порушеннями та атрофією головного мозку у пацієнтів із

хворобою Паркінсона та «населення, яке нормально старіє» / П. Ю. Дяченко, І. І. Лета, Г. С. Московко // Укр. неврол. журн. — 2021. — № 3/4. — С. 54-60. — Бібліогр.: 22 назв. — укр.

Мета роботи — за результатами дослідження взаємозв'язку між когнітивними порушеннями, параметрами ходьби і атрофією мозкових структур у пацієнтів із хворобою Паркінсона та «населення, яке нормально старіє» визначити найбільш значущі маркери ходьби, які вказують на зниження когнітивної функції. Обстежено 66 осіб, з них 30 пацієнтів із хворобою Паркінсона (середній вік — (54,9 ± 5,9) року, 50 % чоловіків) та 33 особи без неврологічної патології із загальної популяції (середній вік — (52,7 ± 7,6) року, 66 % чоловіків). Усім пацієнтам проведено неврологічне обстеження, оцінку часово-просторових параметрів ходьби за допомогою системи GaitRite, атрофії структур мозку за комплексною візуальною шкалою оцінювання на магнітно-резонансних томограмах, когнітивного статусу за допомогою Монреальської когнітивної шкали. Когнітивна успішність була статистично значущо нижчою у пацієнтів з хворобою Паркінсона. Профіль ходьби пацієнтів з хворобою Паркінсона статистично значущо відрізнявся від такого в осіб з «нормальним старінням»: менша швидкість ходьби, менша довжина кроку та циклу кроку обох кінцівок. Параметри ходьби, які демонстрували сильний кореляційний зв'язок з когнітивними тестами, відрізнялись у групах, проте спільними серед них були швидкість, довжина кроку, довжина циклу кроку. Спільні параметри ходьби мали сильний прямо пропорційний зв'язок з атрофією головного мозку у пацієнтів з хворобою Паркінсона, але лише швидкість корелювала з атрофією в групі «нормального старіння». Згідно з результатами множинного регресійного аналізу атрофія головного мозку була чинником, який найбільше впливав на зниження когнітивної функції в обох групах. Висновки: профіль ходьби пацієнтів з хворобою Паркінсона характеризувався меншою швидкістю ходьби, меншою довжиною кроку та довжиною циклу кроку обох кінцівок і статистично значущо відрізнявся від такого у групі «нормального старіння». Ці зміни є закономірним наслідком впливу хвороби на рухову сферу. Швидкість ходьби в обох групах мала сильний кореляційний зв'язок не лише з когнітивними здібностями, а і з атрофією головного мозку. Це підтверджує гіпотезу про можливість використання швидкості ходьби як універсального чутливого маркера для зрізової та лонгітудинальної опосередкованої оцінки когнітивної функції.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.363. Морфометрична характеристика вентрикулярної системи мозку у людей літнього віку / О. М. Слободян, В. В. Кривецький, Т. В. Хмара // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 4. — С. 15-19. — Бібліогр.: 9 назв. — укр.

Введення в медичну практику нових методів нейровізуалізації — комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії змінило принципи діагностики морфологічних змін головного мозку (ГМ) і відкрило нові горизонти у вивченні його будови. У джерелах літератури наводяться суперечливі і фрагментарні дані про анатомічні особливості та морфометричні параметри відділів ГМ, і насамперед його вентрикулярної системи, в різні вікові періоди життя людини. Головному мозку людини притаманна значна статево-вікова анатомічна мінливість. Він різниться у чоловіків і жінок, у різних рас, етнічних груп. Ознаки відмінностей зберігаються з покоління в покоління і можуть бути важливою характеристикою варіабельності мозку людини, як біологічного виду. Проте, статево-вікові особливості будови шлуночків головного мозку з урахуванням їх індивідуальної анатомічної мінливості вивчено недостатньо. У ході морфометричного дослідження магнітно-резонансних томограм надано комплексну прижиттєву характеристику вентрикулярної системи ГМ у людей літнього віку. Вивчено гендерні особливості та міжпівкульну асиметрію відповідних параметрів. Обстеження проводились у стандартних анатомічних площинах (сагітальній, фронтальній і аксіальній) у людей без візуальних ознак органічних уражень ГМ і черепа. Проаналізовано 38 томограм осіб літнього віку (14 чоловіків та 24 жінок). Вивчено 13 показників лікворної системи ГМ та виявлено вірогідне збільшення у осіб чоловічої статі наступних параметрів: довжини переднього рога правого бічного шлуночка, довжини та ширини центральної частини бічного шлуночка як справа, так і зліва, довжини нижнього рога бічного шлуночка зліва і справа, та передньозаднього розміру бічного шлуночка справа і зліва. Деякі із вивчених параметрів мали вірогідну міжпівкульну асиметрію, а саме у чоловіків зліва: ширини тіла бічного шлуночка, довжини та ширини заднього рога бічного шлуночка, передньозаднього розміру бічного шлуночка; у жінок — довжини нижнього рога бічного шлуночка справа.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.364. Субмікроскопічні перетворення структур гіпоталамуса за умов цілодобового освітлення / Р. Є. Булик, К. В. Власова // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 4. — С. 5-9. — Бібліогр.: 8 назв. — укр.

Світлова інформація, що сприймається фоторецепторами сітківки, передається по ретиногіпоталамічному шляху (наявних у ньому гангліонарних клітинах сітківки) і волокнах супраоптичних, супрахіазматичних, паравентрикулярних, аркуатних ядрах гіпоталамуса, через стовбур верхньої грудної частини і латеральні інтермедіальні ядра спинного мозку, симпатичні нейрони верхнього шийного ганглія в шишкоподібній залозі. У темряві сигнали від супрахіазматичних посилюють синтез і вивільнення норадреналіну із симпатичних закінчень. Експерименти проведено на 40 статевозрілих самцях безпородних білих щурів масою 0,15 — 0,18 кг. Тварин утримували в тваринному за сталої температури, вологості повітря та вільного доступу до води та їжі. Експериментальних тварин було розподілено на дві серії, у кожній з яких забір біоматеріалу здійснювався о 14.00 год і о 02.00 год. Обрані терміни проведення експерименту зумовлені різною функціональною активністю шишкоподібної залози у вказані часові періоди доби. Субмікроскопічні дослідження супраоптичних ядер гіпоталамуса інтактних тварин о 14.00 год показали, що більшість нейросекреторних клітин округло-овальної форми з поодинокими інвагінаціями та ядра неправильної форми з неглибокими інвагінаціями каріолеми. Каріоплазма містить грудочки хроматину та щільне осміофільне ядерце. Нейроплазма займає невеликий об'єм, у ній щільно упаковані з невеликим просвітом канальці гранулярного ендоплазматичного ретикулуму, де спостерігається багато рибосом та полісом, а також невелика кількість рівномірно розподілених гранул. Біля комплексу Гольджі утворюються секреторні гранули різних розмірів. Невеликі зі щільним матриксом мітохондрії містять не багато крист. Деякі з них знаходяться в енергетично напруженому стані, здатні гіпертрофуватися та частково втрачати кристи або й гинути. Досліджено ультрамікроскопічну організацію нейросекреторних клітин супраоптичних ядер переднього гіпоталамуса щурів. За стандартного режиму освітлення (12.00С:12.00Т) ультраструктура нейронів свідчить про зниження їх функціональної активності у світловий період доби та зростання — у темновий період доби. Світловий стрес (24.00С:00Т) призводить до суттєвого десинхронозу та спричиняє деструктивні зміни компонентів досліджуваних структур, які більш виражені о 02.00 год.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.365. Regional-specific activation of phagocytosis in the rat brain in the conditions of sepsis-associated encephalopathy / T. V. Shulyatnikova, V. O. Shavrin // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 1. — С. 111-119. — Бібліогр.: 21 назв. — англ.

В умовах сепсис-асоційованої енцефалопатії (САЕ) внутрішньомозкову нейрозапальну відповідь вважають одним із головних механізмів тканинного пошкодження та порушення мозкового гомеостазу. Основна клітинна популяція мозку, що відповідає за імунну відповідь, — мікроглія, а її фагоцитарна активність — основна функція, яка забезпечує її гомеостатичні та пошкоджувальні властивості. Мета роботи — визначити імуногістохімічні й ультраструктурні особливості активації фагоцитозу в різних відділах мозку щурів в умовах експериментального сепсису. Дослідження виконано на щурах лінії Вістар: 5 хибнооперованих тварин і 20 щурів із перев'язкою та пункцією сліпої кишки (CLP). Здійснено імуногістохімічне дослідження експресії маркера CD68 у корі, білій речовині, гіпокампі, таламусі, хвостатому ядрі/путамені в термін 20 — 48 год. післяопераційного періоду. За допомогою трансмісійної електронної мікроскопії дослідили кору великих півкуль. У термін від 20 год. післяопераційного періоду спостерігали суттєве динамічне підвищення значень відносної площі експресії CD68, кількості імунопозитивних клітин, а також відсотка імунопозитивних клітин з амебоїдною морфологією в усіх тварин CLP групи з переважанням показників у щурів летальної групи. Найвищі показники активності фагоцитозу визначили у білій речовині та хвостатому ядрі/путамені у групі й померлих тварин, і тих, які вижили. Ультраструктурно для мікрогліоцитів померлих тварин характерні ознаки клітин, що активно фагоцитують, і поширеної гліо-нейрональної взаємодії; у тварин, які вижили, фагоцитуюча мікроглія показала активну участь у процесах елімінації некротичного детриту в судинне русло. В умовах САЕ в паренхімі мозку відбувається раннє та динамічне зростання фагоцитарної активності клітин із переважанням процесу в білій речовині та хвостатому ядрі/путамені. Теоретично це може вказувати на особливу роль цих ділянок мозку в механізмах нейрозапальної відповіді в умовах системного запалення. У мозку тварин, які померли, показники фагоцитозу мали вищі значення у порівнянні з тваринами, які вижили. Найімовірніше, це свідчить про закономірну реакцію мікроглії на вираженіші процеси деструкції, але не виключає одночасний нейротоксичний вплив CD68-позитивних клітин на навколишню нервову тканину.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.90

Порушення мозкового кровообігу

4.Р.366. Венозна дисциркуляція та когнітивні порушення / М. М. Орос, М. М. Орос (мол.) // Міжнар. неврол.

журн. — 2021. — **17**, № 6. — С. 43-50. — Бібліогр.: 106 назв. — укр.

Розглянуто вплив старіння на функціональну та структурну цілісність венозного кровообігу мозку з точки зору потенційних механізмів, що беруть участь у патогенезі нейродегенерації та когнітивного спаду. Повідомлялося про збільшення венозного колагенозу в мозку з явним лейкоареозом, що свідчить про те, що патологічна перебудова венозної стінки може сприяти ураженню білої речовини як при нормальному старінні, так і при хворобі Альцгеймера. Імовірно, що через вікове зниження розтяжності внутрішня яремна вена втрачає компенсаторну здатність збільшувати трансмуральний тиск і тим самим спричиняє у венозній системі мозку венозну гіпертензію. Діосмін підвищує тонус венозних і лімфатичних судин, зменшує венозний і лімфатичний застій, зміцнює стінки капілярів і знижує їх проникність, виявляє протизапальний, протинабряковий і анальгезивний ефекти, перешкоджає тромбоутворенню. Гесперидин сприяє зміцненню стінок дрібних судин, завдяки чому знижується їх проникність, що зумовлює зменшення набряків.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.367. Діагностична та прогностична цінність сироваткової концентрації гепсидину в пацієнтів у гострому періоді спонтанного супратенторіального внутрішньомозкового крововиливу / О. А. Козьолкін, А. А. Кузнєцов // Запорож. мед. журн. — 2021. — **23**, № 2. — С. 168-174. — Бібліогр.: 16 назв. — укр.

Цель работы — определить диагностическую и прогностическую ценность сывороточной концентрации гепсидина у пациентов в остром периоде спонтанного супратенториального внутримозгового кровоизлияния (ССВМК). Проведено проспективное, когортное исследование 88 пациентов в остром периоде ССВМК на фоне консервативной терапии. Уровень неврологического дефицита оценивали по шкале комы FullOutline of Unresponsiveness, шкале комы Глазго и шкалы инсульта Национального Института здоровья США. По данным компьютерной томографии головного мозга определили объем внутримозгового кровоизлияния (ОВМК), объем вторичного внутрижелудочкового кровоизлияния (ОВВЖК) и общий объем интракраниальной геморрагии (ООИКГ). Лабораторные образцы крови забирали в течение 24 часов после госпитализации. Определяли содержание гепсидина, сывороточную концентрацию железа и общую железосвязывающую способность сыворотки, рассчитывали коэффициент сатурации трансферрина. Конечные точки — раннее клинико-неврологическое ухудшение и неблагоприятные варианты исхода острого периода ССВМК (летальный исход, значение 4 — 5 баллов по модифицированной шкале Рэнкина на 21 сутки заболевания). Статистическая обработка полученных результатов включала корреляционный анализ, логистический регрессионный анализ и ROC-анализ. Установлено, что концентрация гепсидина в сыворотке крови у больных ССВМК коррелирует с ОВМК ($R = 0,44$, $p < 0,01$), ОВВЖК ($R = 0,45$, $p < 0,01$) и ООИКГ ($R = 0,57$, $p < 0,01$). Содержание гепсидина в сыворотке крови пациентов с ОВМК > 30 мл превышает значение соответствующего показателя у больных с ОВМК ≤ 30 мл 69,0 % ($p < 0,0001$). Пациенты с неблагоприятными вариантами течения и исхода острого периода ССВМК в первые сутки после госпитализации достоверно отличаются более высокими уровнями сывороточной концентрации гепсидина ($p < 0,0001$). По результатам множественного логистического регрессионного анализа построены высокочувствительные и высокоспецифичные мультипредикторные модели, которые учитывают содержание гепсидина в сыворотке вместе с клинико-нейровизуализационными данными и позволяют прогнозировать летальный и неблагоприятный функциональный исходы острого периода заболевания (AUC = 0,93, $p < 0,0001$). Выводы: содержание гепсидина в сыворотке крови больных ССВМК ассоциировано с тяжестью поражения церебральных структур. Интеграция показателя сывороточной концентрации гепсидина с клинико-нейровизуализационными данными в структуре мультипредикторных логистических регрессионных моделей позволяет определять витальный и функциональный прогноз исхода острого периода ССВМК с точностью > 85 %.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.368. Ендоваскулярна емболізація артеріовенозних мальформацій головного мозку / Д. В. Щеглов, О. Є. Свиридюк, С. В. Чебанюк, М. Б. Виваль // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 3. — С. 69-76. — Бібліогр.: 36 назв. — укр.

Ендоваскулярна емболізація є однією із найважливіших складових лікування багатьох пацієнтів з артеріовенозними мальформаціями головного мозку. Її можна використовувати як окрему лікувальну процедуру або як допоміжний метод перед мікрохірургією або радіохірургією. Проаналізовано базу даних PubMed до вересня 2021 р. з посиланням на результати емболізації артеріовенозних мальформацій головного мозку з використанням рідких емболізувальних речовин. Дедалі більше повідомлень про тотальну емболізацію артеріовенозних мальформацій головного мозку з остаточним вилікуванням. Незважаючи на те, що кількість ускладнень та смертність після ендоваскулярної емболізації артеріовенозних мальформацій значно зменшилися, рішення про її використання слід приймати на підставі зіставлення ризиків та переваг. Лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку потребує мультидисциплінарного підходу з участю судинних нейрохірургів, ендоваскулярних інтервенціоністів та радіаційних онкологів, а також глибокого розуміння природного перебігу і ризиків багатомодального лікування. Лише такий підхід може збільшити ймовірність позитивного результату лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.369. Когніції та хронічне порушення мозкового кровообігу (патологія дрібних судин) / М. М. Орос // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 5. — С. 76-81. — Бібліогр.: 21 назв. — укр.

Судинні когнітивні порушення (СКП) стосуються станів, при яких цереброваскулярні захворювання сприяють зниженню розумових здібностей, хоча ці захворювання можуть самостійно призвести до когнітивних дефіцитів і становлять 15 — 30 % випадків деменції. Важливо, що вікові когнітивні порушення, як правило, зумовлені супутніми судинними та нейродегенеративними патологіями. Серед численних механізмів, що беруть участь у СКП, церебральна хвороба дрібних судин (ХДС) є, мабуть, найбільш поширеною, сприяючи когнітивним порушенням незалежно від інсульту. ХДС характеризується аномаліями, що впливають на структуру і функцію дрібних судин головного мозку, з безліччю нейровізуалізаційних та неврологічних проявів. ХДС пов'язана з різними спорадичними та спадковими захворюваннями, що є наслідком складної взаємодії генетичних та судинних факторів ризику. Поширеність ХДС зростає з віком, і двома найпоширенішими спорадичними типами є артеріолосклероз, який також називають гіпертонічною артеріопатією або глибокою перфораторною артеріопатією, та церебральна амілоїдна ангіопатія. Нові погляди на лікування надають можливість використовувати для лікування даної патології препарати, що доступні в Україні, зокрема тіколін та дінар.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.370. Нові можливості в лікуванні хворих із хронічною ішемією мозку / В. М. Міщенко, Л. П. Забродіна, Т. С. Міщенко, Ю. В. Бовт // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 5. — С. 47-57. — Бібліогр.: 53 назв. — укр.

Мета дослідження — оцінка клінічної ефективності екстракту Hericium erinaceus (Цеброфіт) у комбінації з вінпоцетином у порівнянні з монотерапією вінпоцетином у пацієнтів з хронічною ішемією мозку. Було визначено 2 групи пацієнтів — основну та контрольну, до яких увійшли 160 пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією I та II стадії віком від 30 до 80 років. Усім обстеженим проводилась базова терапія, на тлі якої протягом 3 міс. пацієнти основної групи приймали препарат цеброфіт по 1 капсулі 150 мг двічі на добу і вінпоцетин (Віцеброл) по 1 таблетці 5 мг тричі на добу, а пацієнти контрольної групи застосовували тільки вінпоцетин за описаною вище схемою. На підставі комплексного дослідження було встановлено, що застосування цеброфіту у комбінації з вінпоцетином у порівнянні з монотерапією вінпоцетином призводило до прискорення регресування суб'єктивних та об'єктивних проявів хронічної ішемії мозку з перевагою у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією I стадії. У пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією I стадії застосування цеброфіту у комбінації з вінпоцетином справляло виражений нейропротекторний ефект, що проявлявся у вірогідному покращанні загального стану, зниженні вираженості неврологічної симптоматики, зменшенні проявів астенії та тривоги через 28 днів терапії і вірогідному підвищенні когнітивної продуктивності вже через 7 днів терапії із збереженням даної позитивної тенденції до кінця курсу лікування. У пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II стадії під впливом цеброфіту у комбінації з вінпоцетином вірогідні позитивні відмінності у вигляді зменшення вираженості клініко-неврологічної симптоматики, проявів астенії, тривоги та депресії, а також покращання когнітивних функцій було зафіксовано через 84 дні лікування, що надає змогу рекомендувати використання даних схем у клінічній практиці.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.371. Остаточна оцінка результатів дослідження СТІКс (Супутня Терапія Інсульту Ксавроном) / С. П. Московко, О. В. Кириченко, Г. С. Руденко // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 5. — С. 18-30. — Бібліогр.: 5 назв. — укр.

Патогенез ішемічного інсульта складається з послідовного каскаду реакцій у мозку, які, на додаток до ішемії, відповідальні за подальше пошкодження мозкової тканини й уповільнюють розвиток компенсаторних і регенеративних механізмів. Спроби перервати патологічний каскад тривають декілька десятиліть. Першою перспективною молекулою, що продемонструвала в доклінічних дослідженнях потенціал скавенджера (прибиральника, поглинача) надлишкових агресивних перекисів, стала MCI-186, яка застосовується в клінічній практиці під назвою едаравон. Мета дослідження — встановлення клінічних ефектів застосування едаравону (ксаврон) як супутньої терапії гострого періоду ішемічного інсульту (СТІКс) у режимі реальної клінічної практики.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.372. Порушення ліквородинаміки як ускладнення аневризматичного субарахноїдального крововиливу: предиктори розвитку та вплив методу оклюзії аневризми на розвиток шунт-залежної гідроцефалії / О. Ю. Полковніков, В. І. Перцов, М. В. Єлейник, Н. В. Ізбицька // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 3. — С. 62-68. — Бібліогр.: 11 назв. — укр.

Мета роботи — вивчити вплив локалізації аневризми, що розірвалася, тяжкості крововиливу і методу оклюзії аневризми на вірогідність розвитку шунт-залежної гідроцефалії (ШЗГ) та оцінити прогностичну чутливість клінічних і радіологічних шкал. Проаналізовано результати лікування 597 пацієнтів з аневризматичним субарахноїдальним крововиливом (САК) різного ступеня тяжкості. У 282 випадках проведено ендоваскулярну оклюзію аневризми, у 315 — мікрохірургічне кліпування. Виділено групу із 63 пацієнтів, які потребували імплантації вентрикуло-перитонеальної шунтувальної системи в терміни від 3 до 15 тиж. після розриву аневризми. Із пацієнтів, яким проведено койлінг розірваної аневризми, імплантації ліквороншунтувальної системи потребували 22 (7,8 %), із хворих, прооперованих мікрохірургічно, — 41 (13,0 %). Середній вік пацієнтів у групі ендоваскулярної оклюзії становив 64,28 року, в групі мікрохірургічного кліпування — 50,64 року. За локалізацією переважали аневризми комплексу передньої мозкової (ПМА) — передньої сполучної артерії (ПСА) — 37 (58,7 %) спостережень, внутрішньої сонної артерії — 15 (23,8 %), вертебробазилярного басейну (ВББ) — 9 (14,3 %) та середньої мозкової артерії — 2 (3,2 %). Виявлено переважання аневризм комплексу ПМА-ПСА серед прооперованих за мікрохірургічним методом (29 (70,7 %)) і аневризм ВББ — серед прооперованих ендоваскулярно (9 (40,9 %)). Розрив аневризми ускладнився масивним САК у 20 (31,7 %) спостереженнях, субарахноїдально-паренхіматозним крововиливом — у 7 (11,1 %), субарахноїдально-вентрикулярним — у 4 (6,4 %), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярним — у 32 (50,8 %). Розподіл за тяжкістю крововиливу за шкалою Hunt-Hess був таким: II ступінь — 10 (15,9 %) випадків, III ступінь — 26 (34,9 %), IV ступінь — 27 (49,2 %). За виразністю крововиливу відповідно до радіологічної шкали Fisher III ступінь відзначено у 20 (31,7 %) випадках, IV — у 43 (68,3 %). Аналіз із застосуванням шкали Graeb засвідчив відсутність крові в шлуночковій системі у 27 (42,9 %) спостереженнях, 1 — 3 бали — у 9 (14,3 %), 4—6 балів — у 12 (19,0 %), 7—12 балів — у 15 (28,8 %). Розрив аневризм комплексу ПМА-ПСА, що супроводжується тяжким ускладненим САК у пацієнтів, прооперованих за мікрохірургічним методом, і аневризм ВББ в осіб, прооперованих ендоваскулярно, підвищує ризик розвитку ШЗГ. Ендоваскулярна оклюзія аневризм, що розірвалися, не підвищує ризик розвитку ШЗГ. Тяжкість крововиливу III — IV ступеня за шкалою Hunt — Hess і III — IV ступеня за шкалою Fisher є предикторами розвитку ШЗГ.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.373. Структура та характер гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливів супратенторіальної локалізації / А. А. Камінський // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 2. — С. 44-49. — Бібліогр.: 16 назв. — укр.

Мета роботи — проаналізувати дані пацієнтів із гіпертензивними супратенторіальними крововиливами, які перебували на стаціонарному лікуванні у лікарні швидкої медичної допомоги м. Київ у 2019 — 2020 рр. Проаналізовано дані 232 хворих, пролікованих з приводу гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливів у Київській міській клінічній лікарня швидкої медичної допомоги в період у 2019 — 2020 рр. Пацієнтів залучали в дослідження незалежно від стану під час госпіталізації та лікувальної тактики (хірургічна, медикаментозна). У дослідження не залучали осіб з крововиливами субтенторіальної локалізації, крововиливами в пухлини, артеріовенозними мальформаціями, аневризмами, ангіомами, ішемічними та змішаними інсультами. Серед пацієнтів переважали особи чоловічої статті (64 %). Середній вік пацієнтів — 60 років (група чоловіків була молодше (середній вік — 56 років), ніж група жінок (середній вік — 69 років)). У коматозному стані (за шкалою ком Глазго ≤ 8 балів) було госпіталізовано 77 (33 %) пацієнтів, у сопорі (9 — 12 балів) — 36 (16 %), у стані оглушення (13 — 14 балів) — 81 (35 %), у ясній свідомості — 31 (13 %). У 7 (3 %) випадках визначити рівень свідомості було неможливо (у пацієнтів із судомними нападами або після введення седативних препаратів до госпіталізації у лікарню). Прооперовано 85 пацієнтів (хірургічна активність — 37 %), яким було виконано 97 хірургічних втручань. Загальна летальність становила 42 %, післяопераційна летальність — 43 %. Оперували пацієнтів із компресійно-дислокаційним синдромом. Летальність у групі пацієнтів, госпіталізованих у стані коми, становила 85 % незалежно від методу лікування. Висновки: геморагічні інсульти значно переважають в осіб чоловічої статі, що зумовлено способом життя та неконтрольованою артеріальною гіпертензією. Результати лікування хворих із гіпертензивними внутрішньомозковими крововиливами свідчать про необхідність ранньої госпіталізації та раннього проведення комп'ютерної томографії, диференційованого підходу до хірургічного видалення гематом (лобарні, латеральні із синдромом дислокації), проведення інтенсивної терапії у хворих у коматозному стані навіть у випадку масивних крововиливів. За гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливів результати лікування залежать від локалізації крововиливу, тяжкості стану пацієнтів, терміну госпіталізації у спеціалізовані інсультні відділення, динаміки розвитку порушення мозкового кровообігу (завершений інсульт та інсульт, який розвивається).

Шифр НБУВ: Ж100899

Інсульт

4.Р.374. Делирий в неврологической практике / О. Е. Дубенко, В. В. Никонов // Медицина невідклад. станів. — 2021. — **17**, № 4. — С. 86-92. — Библиогр.: 27 назв. — рус.

Делирий представляет собой острое, обычно обратимое флуктуирующее нарушение уровня сознания, внимания, познавательной деятельности, причиной которого является нарушение метаболизма мозга в результате широкого спектра различных неврологических и не неврологических заболеваний, воздействия лекарственных и других средств. Основными проявлениями делирия являются острое изменение сознания, расстройство внимания, восприятия, часто с развитием галлюцинаций, эмоций, цикла «сон — бодрствование», психомоторной и автономной активности. В зависимости от выраженности психомоторных и эмоциональных расстройств выделяют гипоактивный и гиперактивный варианты делирия. Пациенты с острым инсультом также часто подвержены эпизодам делирия, при этом факторами риска являются возраст, предшествующий когнитивный дефицит, присоединение пневмонии, инфекции мочевыводящих путей, правополушарная локализация инсульта. Патофизиология делирия изучена мало, но имеются данные о роли холинергической недостаточности. Делирий является транзиторным состоянием, но нуждается в своевременном купировании для предотвращения развития осложнений, так как он связан с ухудшением функциональных исходов, увеличением продолжительности госпитализации и повышением смертности. Стратегия по лечению пациентов с делирием должна быть направлена на своевременное распознавание его симптомов, устранение модифицируемых факторов риска и метаболических причин. У пациентов с выраженными симптомами ажитации и галлюцинациями возможно краткосрочное назначение нейролептиков для их купирования.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.375. Клініко-нейровізуалізаційний аналіз каротидних інфарктів у гострий період ішемічного інсульту / М. М. Прокопів // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 5. — С. 36-46. — Бібліогр.: 16 назв. — укр.

Оцінка клінічних проявів у пацієнтів із гострим передньоциркулярним інфарктом має важливе значення для верифікації вогнища ураження, вибору програми лікування, прогнозування наслідків інсульту. Мета дослідження — дослідити клініко-неврологічні та нейровізуалізаційні особливості лакунарних і нелакунарних каротидних інфарктів у гострому періоді ішемічного інсульту та оцінити їх короткострокові наслідки. Проведено клініко-радіологічний аналіз особливостей каротидних інфарктів у 540 хворих із гострим ішемічним інсультом, яких було розподілено на дві групи: у 155 пацієнтів верифікували інфаркти в ділянці кори і білої речовини головного мозку в руслі васкуляризації передньої та середньої мозкової артерії; у 385 хворих інфарктні вогнища виявляли в ділянці глибоких відділів півкуль головного мозку (підкірково-капсулярні інфаркти). Проведений клініко-нейровізуалізаційний аналіз хворих з ішемічним інсультом у руслі васкуляризації кіркових гілок передньої та середньої мозкової артерій передньоциркулярного басейну показав, що гостре порушення мозкового кровообігу спричиняло розвиток у 89 (57,4 %) пацієнтів малих кортикальних інфарктів і в 65 (41 %) — лакунарних інфарктів; в 1 (0,7 %) хворого з оклюзією проксимального відділу передньої мозкової артерії — тотального інфаркту. Ішемічні інфаркти глибоких відділів мозку каротидного басейну в більшості випадків були зумовлені тромботичними або емболічними наслідками атеросклерозу артерій великого калібру (макроангіопатії), ураженням судин дрібного калібру (мікроангіопатії), а також кардіоемболією. Описано неврологічну клініку інфарктів різної локалізації, що визначалася локалізацією вогнища ураження, його розміром. Висновки: одержані результати показали, що наслідки передньоциркулярних інфарктів були зумовлені локалізацією ураження артеріальної території, калібром інфаркт залежної артерії, розміром інфарктного вогнища. Здебільшого ці чинники визначали фонову тяжкість неврологічного дефіциту після розвитку гострого ішемічного інсульту.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.376. Клінічний протокол лікування хворих на ішемічний інсульт / Д. В. Щеглов, С. В. Конотопчик, О. А. Пастушин // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 3. — С. 14-56. — Бібліогр.: 99 назв. — укр.

Нині в Україні не існує єдиного стандартизованого протоколу лікування пацієнтів у найгострішій період ішемічного інсульту із

застосуванням сучасних методів діагностики та лікування (тромболітична терапія та ендоваскулярне лікування). Даний протокол створено та впроваджено в Науково-практичному центрі ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України. Він грунтується на останніх рекомендаціях Американської колегії кардіологів/Американської кардіологічної асоціації (ACC/AHA), European Stroke Organisation (ESO), а також на реєстрах хворих з ішемічним інсультом. Основною метою публікації є впровадження інструкції з діагностики та вибору об'єктивної тактики лікування пацієнтів у найгостріший період ішемічного інсульту.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.377. Механічна тромбекстракція в пацієнтки з гострим ішемічним інсультом на тлі антикоагулянтної терапії / В. О. Ярош, В. В. Бабенко, О. Є. Свиридюк, О. Й. Жарінов, О. А. Єпанчінцева, Б. М. Тодуров // Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2021. — № 1. — С. 36-40. — Бібліогр.: 18 назв. — укр.

Тромболітична терапія, яка є пріоритетною лікувальною стратегією у хворих з гострим ішемічним інсультом при застосуванні в перші 3 — 4,5 год після виникнення церебральної катастрофи, має суттєві обмеження при фоновій терапії антикоагулянтами. Як альтернативну терапевтичну стратегію в разі неефективності тромболітичної терапії або наявності протипоказань до її проведення розглядають механічну тромбекстракцію. Описано клінічний випадок пацієнтки віком 75 років, у якої на тлі серцевої недостатності та фібриляції передсердь виник гострий кардіоемболічний ішемічний інсульт. Тривалий фоновий прийом прямого перорального антикоагулянта з огляду на фібриляцію передсердь був протипоказанням для проведення у хворої тромболітичної терапії, тож пацієнтці виконали механічну тромбекстракцію. Представлений клінічний випадок ілюструє можливості успішного інтервенційного лікування гострого кардіоемболічного ішемічного інсульту. Розглянуто приклад фармакологічної взаємодії, яка могла призвести до зниження ефективності антикоагулянтної терапії.

Шифр НБУВ: Ж100823

4.Р.378. Можливість збільшення «терапевтичного вікна» реваскуляризації сонних артерій у найгостріший та гострий період ішемічного інсульту / О. А. Спінул, О. А. Карташов, Я. О. Шпак // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 1. — С. 43-49. — Бібліогр.: 11 назв. — укр.

Мета роботи — оцінити можливість збільшення часу хірургічного відновлення кровотока в найгостріший та гострий період порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом унаслідок оклюзійного ураження внутрішньої сонної артерії (ВСА). Серед хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Одеській обласній клінічній лікарні з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом у каротидних басейнах виділено групу із 6 пацієнтів, у яких причиною інсульту була оклюзія ВСА атеросклеротичною бляшкою. Вік хворих — від 54 до 71 року. Хворих було госпіталізовано пізніше 6 год. від початку інсульту. Неврологічний дефект — від легкого до середнього ступеня тяжкості. Для усунення оклюзії ВСА всім хворим було виконано операцію — ендартеректомію. Каротидну ендартеректомію виконано в терміни від 2 до 11 діб після початку ГПМК. Ретроградний кровотік по ВСА одержано в 3 (50 %) пацієнтів, оперативні втручання в яких виконано до 4-ї доби після захворювання. У післяопераційний період проводили подвійну антитромбоцитарну терапію та лікувальну фізкультуру. У випадках ретроградного кровотока на контрольних каротидних ангіограмах реваскуляризація басейну ВСА за mTICI (Modified treatment in cerebral ischemia score) — 3. Під час контрольної комп'ютерної томографії головного мозку в післяопераційний період в одному випадку визначено точкові субарахноїдальні крововиливи, у двох випадках даних щодо геморагічної трансформації не було. Клінічно у прооперованих хворих спостерігали позитивну динаміку: зменшення геміпарезу на 1 ступінь та регрес психічних розладів. Хворих виписано в стані 1—2 бали за модифікованою шкалою Ренкіна. Під час контрольного огляду через 90 діб неврологічний стан у цих хворих поліпшився до 1—0 бала за модифікованою шкалою Ренкіна. Позитивні результати щодо збільшення «терапевтичного вікна» реваскуляризації оклюзованої ВСА надають підставу продовжити дослідження в цьому напрямку для підвищення якості надання хірургічної допомоги хворим з ГПМК.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.379. Мультимодальність фармакологічного захисту мозку як основа успішної терапії в ангіоневрології / С. Г. Бурчинський // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 4. — С. 40-47. — Бібліогр.: 26 назв. — укр.

Комбінована нейропротекція в даний час є світовим трендом у неврологічній практиці. Запропоновано зупинитися на препаратах-нейропротекторах, що впливають на фундаментальні, провідні механізми розвитку цереброваскулярної патології і при цьому є наочним прикладом можливості успішного застосування ефективної комбінації даних засобів у лікуванні конкретної форми захворювання в конкретного пацієнта. Оптимальним варіантом вибору інструментів комбінованої нейропротекції є цитиколін і етилметилгідроксипіридину сукцинат. Крім взаємодоповнюючих механізмів дії для цієї комбінації препаратів характерний синергізм у розвитку терапевтичних ефектів, тобто не просто сумація, а взаємне посилення дії кожного з компонентів комбінації.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.380. Неврологічні та соматичні ускладнення у пацієнтів з мозковим інсультом до госпіталізації і протягом стаціонарного лікування в інсультному центрі клініки «Оберіг» / Ю. В. Фломін // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія.— 2021.— № 1.— С. 14-25. — Бібліогр.: 22 назв. — укр.

Мета роботи — встановити частоту соматичних і неврологічних ускладнень у пацієнтів з мозковим інсультом (МІ) до госпіталізації та в період стаціонарного лікування в інсультному центрі (ІЦ), визначити незалежні предиктори нових соматичних ускладнень та побудувати відповідну прогностичну модель. Усіх пацієнтів після госпіталізації оцінювали за допомогою шкали інсульту Національних інститутів здоров'я (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)) та модифікованої шкали Ренкіна (мШР). Для кількісної оцінки ступеня впливу факторних ознак на ризик виникнення ускладнень використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії. Аналіз проведено за допомогою пакета MedCalc v. 19.1. Загальна оцінка тяжкості МІ за NIHSS після госпіталізації варіювала від 0 до 39 (11 [6; 18]) балів. Серед досліджених пацієнтів 119 (22,1 %) мали легкий МІ, 218 (40,5 %) — помірної тяжкості, 114 (21,2 %) — тяжкий, 88 (16,3 %) — дуже тяжкий. На момент госпіталізації 11 (2,0 %) пацієнтів мали оцінку 0 балів за мШР, 34 (6,3 %) — 1 бал, 58 (10,8 %) — 2 бали, 65 (12,1 %) — 3 бали, 136 (25,2 %) — 4 бали, 235 (43,6 %) — 5 балів. Неврологічні або соматичні ускладнення до госпіталізації в ІЦ мали місце у 303 (56,2 %) пацієнтів, зокрема у 111 (20,6 %) — неврологічні ускладнення, у 192 (35,6 %) — соматичні. У 52 (9,6 %) осіб зафіксовано більше, ніж одне ускладнення. Під час перебування в ІЦ ускладнення розвинулись у 153 (28,4 %) пацієнтів: у 50 (9,3 %) — неврологічні, у 103 (19,1 %) — соматичні. Частота нових неврологічних і соматичних ускладнень в ІЦ була значно нижчою ($p < 0,001$), ніж до госпіталізації в ІЦ. Незалежними предикторами нових соматичних ускладнень були кардіоемболічний підтип ішемічного інсульту (відношення шансів (ВШ) — 2,08; 95 % довірчий інтервал (ДІ) — 1,11 — 3,92), наявність соматичних ускладнень до госпіталізації в ІЦ (ВШ — 2,58; 95 % ДІ — 1,51 — 4,42), більша сума балів за NIHSS (ВШ — 1,11; 95 % ДІ — 1,06 — 1,16 на кожний додатковий бал) та вища початкова оцінка за мШР (ВШ — 1,62; 95 % ДІ — 1,07 — 2,48 на кожний додатковий бал) за госпіталізації в ІЦ. Прогностична модель, побудована на виділеному наборі ознак, має хорошу чутливість (86,4 %) та задовільну специфічність (68,4 %). Площа під кривою операційних характеристик (AUC) — 0,85 (95 % ДІ — 0,82 — 0,88), що свідчить про сильний зв'язок цього набору факторних ознак з ризиком виникнення соматичних ускладнень у період перебування в ІЦ. Висновки: до госпіталізації в ІЦ ускладнення, здебільшого соматичні, мали місце у більшості пацієнтів. Вища частота соматичних ускладнень асоціюється з тяжчим МІ, більшою залежністю від сторонньої допомоги, старшим віком і тривалішим періодом від початку захворювання до госпіталізації в ІЦ. Частота нових ускладнень, які виникли під час стаціонарного лікування, була значно нижчою, ніж до госпіталізації в ІЦ, що може свідчити про переваги лікування в інтегрованому інсультному блоці.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.381. Постінсультні когнітивні порушення: результати скринінгу з використанням MMSE і MoCA та предиктори їх збереження після лікування в інсультному центрі / Ю. В. Фломін, В. Г. Гур'янов, Л. І. Соколова // Укр. неврол. журн. — 2021. — № 3/4. — С. 31-41. — Бібліогр.: 38 назв. — укр.

Мета роботи — проаналізувати результати скринінгу щодо постінсультних когнітивних порушень (ПКП) у пацієнтів з мозковим інсультом (МІ), які перебували на стаціонарному лікуванні в інсультному центрі (ІЦ) у різні періоди захворювання, визначити незалежні предиктори збереження ПКП на момент виписки. У дослідження було залучено 399 пацієнтів з МІ, які у 2010 — 2018 рр. перебували на стаціонарному лікуванні в ІЦ, з них 242 (60,7 %) чоловіка та 157 (39,3 %) жінок. Медіана віку — 66,2 (58,5 — 76,3) року. У 331 (82,9 %) пацієнта було діагностовано ішемічний інсульт (ІІ), у 68 (17,1 %) — внутрішньомозковий крововилив. Серед пацієнтів з ІІ у 137 (41,4 %) виявлено атеротромботичний підтип, у 152 (46,0 %) — кардіоемболічний, у 21 (6,3 %) — лакунарний, ще у 21 (6,3 %) була інша чи невстановлена причина інсульту. Проведено скринінг щодо ПКП з використанням шкал Mini-Mental State Examination (MMSE) та Montreal Cognitive Assessment (MoCA) після госпіталізації та перед виписуванням. Ознакою ПКП вважали оцінку за MMSE 0 — 24 бали або оцінку за MoCA 0 — 25 балів. Загальна оцінка тяжкості МІ за NIHSS під час госпіталізації варіювала від 0 до 39 балів (медіана — 11 (6 — 18) балів). Більшість (64,2 %) пацієнтів було госпіталізовано протягом перших 30 днів від початку МІ. Оцінка за MMSE під час госпіталізації варіювала від 0 до 30 балів (медіана — 20 (2 — 27) балів), причому у 179 (44,9 %) пацієнтів початкова оцінка була 0 — 17 балів (тяжкі

ПКП), у 61 (15,3 %) ---- 18 ---- 24 бали (ПКП помірної тяжкості) і лише у 159 (39,8 %) не було ПКП (25 ---- 30 балів). Оцінка за МоСА під час госпіталізації варіювала від 0 до 30 балів (медіана ---- 15 (1 ---- 24) балів), у більшості пацієнтів (356 (89,2 %)) ---- від 0 до 25 балів (наявні ПКП). За результатами скринінгу за допомогою MMSE перед виписуванням у 125 (31,4 %) пацієнтів зберігалися тяжкі ПКП, у 67 (16,8 %) ---- помірно тяжкі ПКП. Оцінка за МоСА свідчила про наявність ПКП у 324 (81,2 %) пацієнтів. Згідно з оцінками за MMSE та МоСА, частота ПКП під час госпіталізації була статистично значуще вищою, ніж перед виписуванням ($p < 0,001$). Із 240 пацієнтів, які мали ПКП згідно з MMSE, у 239 (99,6 %) ПКП виявлено також з використанням МоСА. Проте зі 159 пацієнтів, у яких результат скринінгу щодо ПКП після госпіталізації за допомогою MMSE був негативним, у 117 (73,6 %) результат скринінгу з використанням МоСА виявився позитивним. Результати скринінгу з використанням як MMSE, так і МоСА, не мали суттєвої залежності від ураженої півкулі. Внутрішньомозковий крововилив асоціювався з нижчими ($p < 0,0001$) оцінками за MMSEto МоСА у порівнянні з ІІ. Предикторами збереження ПКП перед виписуванням згідно з MMSE були більша тривалість періоду від початку захворювання до госпіталізації в ІЦ та нижча початкова оцінка за MMSE. Відповідно до МоСА такими предикторами були атеротромботичний підтип ІІ, ураження басейну правої чи обох середніх мозкових артерій, старший вік пацієнта та нижча початкова оцінка за МоСА. Висновки: у пацієнтів з МІ зареєстровано високу частоту ПКП за госпіталізації, але після лікування в ІЦ цей показник значно знизився. У пацієнтів з ПКП згідно з MMSE використання МоСА для скринінгу видається недоцільним, але застосування МоСА надало змогу у 75 % пацієнтів з нормальною оцінкою за MMSE виявити ПКП.

Шифр НБУВ: Ж25729

4.Р.382. Эндоваскулярное лечение тандемных окклюзий при остром ишемическом инсульте / Д. В. Щеглов, В. Н. Загородний, С. В. Конотопчик, А. А. Пастушин // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 73-81. ---- Библиогр.: 15 назв. ---- рус.

Представлено наблюдение эндоваскулярного лечения острой тандемной окклюзии внутренней сонной (ВСА), передней мозговой (ПМА) и средней мозговой артерий (СМА) в сочетании с тромбозом правой ВСА и критическим стенозом левой позвоночной артерии. Мужчина, 61 год, доставлен в Научно-практический Центр эндоваскулярной нейрорентгенохирургии НАМН Украины 15.01.2021 г. с клиникой острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой ВСА. Заболел остро ---- на фоне полного благополучия появились сенсомоторная афазия и правосторонняя гемиплегия. При поступлении по шкале тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)) ---- 18 баллов. Проведена мультиспиральная компьютерная томография головного мозга. По шкале ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT score) ---- 8 баллов. В эндоваскулярной операционной проведены церебральная ангиография и оперативное вмешательство, направленное на восстановление мозгового кровотока. Время от начала заболевания до пункции составило 330 мин., продолжительность операции ---- 135 мин. Таким образом, время от начала заболевания до реперфузии ---- 465 мин. На ангиограммах выявлен острый тромбоз левой ВСА, начиная с устья, M_1 ---- сегмента левой СМА и A_2 ---- сегмента левой ПМА. Выявлена частичная компенсация бассейна через надблоковый анастомоз (наружная сонная артерия ---- ВСА), а также из вертебробазилярного бассейна через сеть лептоменингеальных артерий. Коллатерали ---- ACG 3. Также выявлен тромбоз правой ВСА и критический стеноз (95 %) V_1 ---- сегмента левой позвоночной артерии. Выполнена операция ---- реканализация тромбоза устья левой ВСА с последующей баллонной ангиопластикой, тромбэктомия из бассейнов СМА и ПМА. Конечный результат ---- реперфузия eTICI 2c. Осложнений при выполнении этой операции не отмечено. Пациент выписан на следующий день (переведен в неврологическое отделение по месту жительства). По данным контрольной мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга выявлена положительная динамика (по шкале ASPECTS ---- 1 балл).

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.383. Якість надання допомоги при гострому мозковому інсульті: оцінка на основі госпітальних регістрів: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.15 / Д. О. Фікс; Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет». ---- Ужгород, 2021. ---- 24 с.: табл. ---- укр.

Уперше в межах госпітальних регістрів обох стаціонарів м. Вінниця (обласна та міська ---- відповідно ЛА та ЛБ) досліджено структуру і поширеність інсульту у чоловіків і жінок різних вікових груп. Показано нестабільність в динаміці епідеміологічних та клінічних показників, відмінність одержаних результатів від даних офіційної статистики. Виявлено суттєву різницю в організації та контролі процесів у догоспітальний період у різних лікарнях. Уперше визначено розбіжності з якості клініко-діагностичного процесу та надання вторинної профілактики інсульту. Під час трирічного спостереження встановлено сталий високий рівень якості допомоги в ЛА на основі добре продуманого локального протоколу та маршрутів пацієнта і суттєве зростання показників у ЛБ. Уперше встановлено багаточисельні прямі та зворотні, переважно слабкої сили, зв'язки віку, сезону, стану під час поступлення та специфіки лікувально-діагностичних заходів із тривалістю лікування, функціональним результатом і смертністю від інсульту як для кожної лікарні загалом, так і окремо у чоловіків і жінок відповідних лікувальних закладів. Результати свідчать про доцільність використання контрольних параметрів, методу госпітального регістру для моніторингу якості, що сприятиме зниженню інвалідизації та смертності серед інсультних пацієнтів.

Шифр НБУВ: РА448263

4.Р.384. Classification of posterior circulation stroke: a narrative review of terminology and history / M. M. Prokopiv, O. Ye. Fartushna // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 5-9. ---- Бібліогр.: 56 назв. ---- англ.

Little is known about the history of classification of posterior circulation stroke. However, it helps in developing secondary prevention and treatment strategies. We purposed to provide a narrative review of terminology and history of classification of posterior circulation stroke. A comprehensive electronic literature search was performed on Scopus, Web of Science, MEDLINE, ScieLo, PubMed, the Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, RINC databases, and databases of government scientific libraries of Ukraine, European Union, United Kingdom, and the USA for 1900 ---- 2021 to identify the articles and books that discussed the classification of posterior circulation stroke and its history. A narrative review of terminology and two approaches to the classification of posterior circulation stroke are presented and discussed. Conclusions. We provided a comprehensive narrative review of terminology and history of classification of posterior circulation stroke.

Шифр НБУВ: Ж25223

Хвороби вегетативної нервової системи

4.Р.385. Мігрень: особливості фармакотерапевтичного та немедикаментозного превентивного лікування / А. В. Демченко, Д. Н. Аравіцька // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 58-66. ---- Бібліогр.: 61 назв. ---- укр.

Виділяють мігрень з аурою, мігрень без аури, а також хронічну мігрень, що значно знижує працездатність пацієнтів і часто поєднується з психічними розладами та лікарсько-індукованим головним болем. До ускладнень мігрені відносяться мігренозний статус, персистуюча аура без інфаркту, мігренозний інфаркт (інсульт) і епілептичний напад, викликаний мігренозною аурою. Діагноз мігрені встановлюється на підставі скарг, анамнезу захворювання, даних об'єктивного огляду та діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду. Додаткові методи дослідження рекомендуються тільки при наявності «червоних прапорців» ---- симптомів, що насторожують щодо вторинного характеру головного болю. Лікування мігрені спрямовано на зменшення частоти й інтенсивності нападів, на зниження кількості знеболювальних препаратів. Воно включає: терапію для купірування нападів, превентивну терапію та немедикаментозні методи. Для купірування нападів рекомендуються нестероїдні протизапальні засоби, прості і комбіновані анальгетики, триптани, а також препарати проти нудоти (при вираженій нудоті або блюванні). За частих або тяжких нападів мігрені, а також у разі хронічної мігрені показана профілактична терапія, яка включає антидепресанти, топірамат, бета-блокатори, антагоністи рецепторів ангіотензину ІІ, ботулінічний токсин типу А ---- гемаглютинін комплекс і моноклональні антитіла до кальцитонін-ген-спорідненого пептиду або його рецепторів. Фармакотерапію рекомендується комбінувати з немедикаментозними методами, до яких відносяться когнітивно-поведінкова терапія, метод транскраніальної магнітної стимуляції, метод біологічного зворотного зв'язку, постізометрична релаксація, голкорефлексотерапія, лікувальна гімнастика, блокада великого потиличного нерва, зовнішня стимуляція першої гілки трійчастого нерва.

Шифр НБУВ: Ж25223

Нейрохірургія

Пошкодження нервової системи

4.Р.386. Біофізичні механізми формування ранових каналів при вогнепальних непроникаючих черепно-мозкових пораненнях / А. О. Данчин, О. М. Гончарук, С. А. Усатов, М. С. Алтаброурі, Г. О. Данчин // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 33-42. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Цель работы ---- разработать рекомендации по оптимизации первичной хирургической обработки огнестрельных непроника-

ющих черепно-мозговых ранений на основе теоретического и прикладного изучения одного из разделов раневой баллистики ---- биофизических механизмов формирования раневых каналов, сопутствующих непроникающих ранений и внутричерепных повреждений. Изучены истории болезни 155 раненых, получивших огнестрельное непроникающее черепно-мозговое ранение во время боевых действиий на Востоке Украины в 2014 ---- 2020 гг. Все раненые были мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст ---- 35,1 года). Для изучения биофизических особенностей формирования разных видов раневых каналов при заданной неубойной кинетической энергии, переданной тканям головы, определяли вид ранящего снаряда, траекторию полета, характер огнестрельных повреждений мягких тканей свода черепа и переломов черепа и внутричерепных повреждений по данным клинических исследований, и компьютерной томографии, и сопоставляли с результатами теоретических исследований с использованием законов раневой баллистики. Пулевых (только касательных) ранений было 11 (7,1 %), осколочных ---- 144 (92,9 %). Формирование раневых каналов зависит от вида ранящего снаряда и его кинетическоиі энергии. Огнестрельные непроникающие пулевые и осколочные касательные черепно-мозговые ранения обусловлены разрушительным воздействием на ткани ранящих снарядов, которые имеют в момент столкновения с головой как убойную кинетическую энергию (> 80 Дж), так и меньшую, чем убойная, кинетическую энергию. Слепые черепно-мозговые ранения вызваны лишь травматическим воздействием осколков, имеющих небольшую (< 80 Дж) кинетическую энергию. Выводы: при огнестрельных непроникающих одиноких осколочных слепых ранениях раны не имеют зоны вторичного некроза, а зона первичного некроза небольшая или незначительная, что позволяет не высекать мягкие ткани вокруг раны во время первичной хирургической обработки, а только удалить некротические ткани. При огнестрельных непроникающих осколочных касательных и слепых черепно-мозговых ранениях, когда раны мягких тканей свода черепа не зияют, малого размера (повреждение кожи, подкожноиі клетчатки до апоневроза) первичную хирургическую обработку не проводят. Лечение таких ран осуществляют проведением туалета и наложением асептических повязок. Раневые каналы, заканчивающиеся огнестрельными переломами, подлежат первичной хирургической обработке так же, как и огнестрельные переломы.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.387. Клініка і діагностика вогнепальних непроникаючих черепно-мозкових поранень у локальній війні / А. О. Данчин, О. М. Гончарук, М. С. Алтаброурі, Г. О. Данчин, С. А. Усатов, О. П. Коваленко // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 2. ---- С. 34-43. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- дослідити особливості клінічних виявів та оцінити ефективність мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) черепа і головного мозку в діагностиці вогнепальних непроникаючих черепно-мозкових поранень (ЧМП) у локальній війні. Проаналізовано історії хвороби 155 пацієнтів, які одержали вогнепальне непроникаюче ЧМП під час бойових дій на Сході України в 2014 ---- 2020 рр. Усі поранені були чоловічої статі віком від 18 до 60 років (середній вік ---- 35,1 року). Вивчено особливості клінічних виявів і результати сучасних методів діагностики вогнепальних непроникаючих ЧМП за надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги в лікувальних установах третього та четвертого рівня медичного забезпечення. Виявлено великі діагностичні можливості МСКТ для визначення локалізації поранення, виду снаряда, який ранить, характеру ранового каналу, вогнепальних переломів черепа і супутніх ушкоджень внутрішньочерепних структур. Установлено, що у разі вогнепальних непроникаючих кульових і осколкових дотичних ЧМП мають місце неповні та вдавлені переломи, а за поодиноких і множинних осколкових сліпих поранень ---- неповні, дірчасті та дірчасто-вдавлені переломи з наявністю в них осколків. Визначено патоморфологічні особливості характеру ранових каналів і внутрішньочерепних ушкоджень. Вони завжди супроводжуються травматичними субарахноїдальними крововиливами та забоями головного мозку, в більшості випадків і вогнищевими забоями. У 3,1 % поранених спостерігали внутрішньочерепні гематоми. Висновки: клінічні вияви за вогнепальних непроникаючих ЧМП залежать не лише від різновиду рани м'яких тканин склепіння черепа, а й від характеру перелому черепа, та переважно зумовлені тяжкістю травматичного ушкодження мозку. МСКТ головного мозку і черепа надає змогу визначити локалізацію поранення, вид снаряду, який ранить, характер ушкоджень м'яких тканин склепіння черепа, ранових каналів, вогнепальні переломи черепа і супутні поранення внутрішньочерепних структур.

Шифр НБУВ: Ж100899

4.Р.388. Нейропатичний біль як можливий предиктор регресу неврологічних розладів у пацієнтів із хребетно-спинномозковою травмою / О. С. Нехлопочин, В. В. Вербов, Я. В. Цимбалюк, М. В. Вороді, Є. В. Чешук // Біль. Суглоби. Хребет. ---- 2021. ---- **11**, № 3. ---- С. 110-117. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- укр.

Нейропатичний біль є одним з основних вторинних ускладнень хребетно-спинномозкової травми. Біологічну роль нейропатичного болю не встановлено. Даний тип болю формується безпосередньо в зоні ураження спинного мозку, тому можна припустити, що його інтенсивність може характеризувати як дегенеративні, так і репаративні процеси. Мета дослідження ---- оцінити можливий взаємозв'язок між інтенсивністю нейропатичних больових відчуттів у пацієнтів, які перенесли хребетно-спинномозкову травму на субаксіальному рівні шийного відділу хребта, та динамікою регресу неврологічних розладів. Проведено ретроспективний аналіз бази даних пацієнтів, які звернулися по консультативну допомогу в поліклінічне відділення Інституту нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України в період із 2010 по 2020 рр. після хірургічного лікування травматичного пошкодження шийного відділу хребта на субаксіальному рівні. Оцінювали рівень неврологічних розладів та інтенсивність нейропатичного болю через 5 ---- 7 і 11 ---- 13 міс. після хірургічного втручання. Залежно від інтенсивності зареєстрованих больових відчуттів 102 пацієнти, яких було відібрано для аналізу, було розподілено на три групи: із відсутністю постійних больових відчуттів ---- 19,6 % постраждалих, помірним болем ---- 56,9 %, вираженим нейропатичним болем ---- 23,5 %. У 1-й групі регрес неврологічних розладів становив 3,5 бала (95 % довірчий інтервал (ДІ) 2,15 ---- 6,15), у 2-й ---- 25,0 (95 % ДІ 24,14 ---- 29,58), у 3-й ---- 13,0 (95 % ДІ 10,87 ---- 16,55). Відмінності статистично значущі ($\chi^2 = 60{,}4$, $p < 0{,}0001$). У пацієнтів із грубими неврологічними порушеннями динаміка відновлення не корелювала з інтенсивністю больових відчуттів. При ASIA B у 1-й групі динаміка становила 8,5 бала (95 % ДІ 10,56 ---- 27,56), у 2-й групі ---- 15,0 (95 % ДІ 13,41 ---- 18,41), у 3-й ---- 10,5 (95 % ДІ 7,45 ---- 14,89). У пацієнтів із функціональним класом ASIA C різниця була ще вираженішою: у 1-й групі медіана становила 8,0 бала (95 % ДІ 0,83 ---- 20,83), у 2-й ---- 32,0 (95 % ДІ 25,41 ---- 36,86), у 3-й ---- 15,5 (95 % ДІ 10,27 ---- 27,4). При ASIA D спостерігали схожу динаміку. Висновки: найгірший регрес неврологічних порушень спостерігається у пацієнтів без клінічно значимих больових відчуттів, найкращі показники відновлення неврологічної дисфункції ---- у пацієнтів із помірними нейропатичними болями.

Шифр НБУВ: Ж100581

4.Р.389. Сучасні принципи діагностики й лікування тяжкої черепно-мозкової травми / В. І. Черній, Т. В. Черній // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 6-12. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) ---- гетерогенний синдром, що включає різні типи травм. Близько 10 ---- 15 % пацієнтів мають тяжку ЧМТ, що супроводжується високими показниками інвалідності й смертності. У даний час для їх лікування широко впроваджено методи інтенсивної терапії з позиції доказової медицини (evidence-based medicine). Поряд з інтенсивною терапією велике значення має комплексна цитопротекторна програма, здійснювана препаратом нейроцитин, до складу якого входять цитиколін і електроліти. Нейроцитин чинить комплексну дію, спрямовану на корекцію метаболічних і волемічних порушень, а саме підтримання адекватної церебральної перфузії, своєчасне усунення водно-електролітних порушень, енергозабезпечення тканин мозку і захист нейроваскулярного юніту від пошкодження. Лактат у складі нейроцитину забезпечує дезінтоксикаційну дію, зберігає і підвищує запас енергії нейронів, покращує метаболізм, мозковий кровотік і активність нейронів. Для лікування ЧМТ також застосовується нейрометаболічний препарат етилметилгідроксипіридину сукцинат (лодиксем). Лодиксем нормалізує церебральний кровотік, забезпечує більш раннє завершення посттравматичної енцефалопатії і відновлення свідомості, призводить до зменшення вираженості синдрому ендогенної інтоксикації, ліквідації патологічних порочних кіл, що виникають на тлі гіпоксії, ішемії та енергодефіциту в різних органах і тканинах.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.390. Тромб, який флотує, та фрагмент атеросклеротичної бляшки в просвіті внутрішньої сонної артерії — огляд двох клінічних спостережень / С. В. Конотопчик, Ф. Г. Рзаєва, О. А. Пастушин, Н. М. Носенко, О. Є. Свиридюк, М. Ю. Мамонова, І. І. Аль-Кашкиш // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 56-65. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- укр.

Тромб, який флотує, та фрагмент атеросклеротичної бляшки (мобільна бляшка) у просвіті сонної артерії є надзвичайно рідкісними спостереженнями. Атеросклероз ---- найчастіша причина їх появи. Оптимальну стратегію лікування не визначено через рідкісність спостережень, а також брак порівняльних досліджень консервативного та хірургічного лікування (стентування сонної артерії, ендоваскулярна тромбектомія, ендартеректомія). Наведено два клінічних спостереження, які демонструють тактику лікування цих рідкісних патологій. Пацієнт Ю., 62 роки, на момент госпіталізації мав вогнищеву неврологічну симптоматику, 12 балів за NIHSS (шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США). За даними мультиспіральної комп'ютерної томографії головного мозку, наявні ознаки ішемічного інсульту в басейні правої середньої мозкової артерії. Селективна церебральна ангіографія виявила ознаки тромбозу артерій передцентральної та центральної борозни правої середньої мозкової артерії, критичного

стенозу гирла правої внутрішньої сонної артерії та тромбу, який флотує в її просвіті з точкою фіксації на рівні атеросклеротичної бляшки. Тромб перекривав просвіт артерії більше ніж на 60 %. Виконано ендоваскулярну аспірацію тромбу, який флотує, ангіопластику та стентування критичного стенозу зі сприятливим клінічним результатом. Пацієнт Л., 73 роки, звернувся для проведення ультразвукового дослідження брахіоцефальних артерій, під час якого було діагностовано мобільну атеросклеротичну бляшку на рівні біфуркації правої загальної сонної артерії. Цифрова селективна церебральна ангіографія підтвердила наявність у просвіті артерії фрагмента бляшки, який флотує. Після застосування навантажувальної дози тикагрелору без ускладнень було проведено екстрену імплантацію каротидного стента на рівні біфуркації правої загальної сонної артерії. З огляду на сучасні можливості інтервенційної радіології та широкий вибір інструментарію, ендоваскулярний підхід до лікування ускладненої атеросклеротичної бляшки із компонентом, який флотує, чи утвореним тромбом, є оптимальним варіантом лікування з хорошим профілем безпеки.

Шифр НБУВ: Ж100899

Психіатрія

4.Р.391. Возможные осложнения антидепрессантов и их коррекция / С. М. Дроговоз, Е. Г. Щекина, Г. В. Белик, Л. Б. Иванцык, Н. Е. Караковская, А. В. Таран // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 5/6. ---- С. 73-80. ---- Библиогр.: 23 назв. ---- рус.

Депрессия и осложнения при ее фармакотерапии остаются актуальными проблемами современной медицины. С момента появления первых антидепрессантов (более 60 лет назад) арсенал их значительно расширился. С одной стороны, появление новых антидепрессантов является большим достижением психофармакологии, а, с другой, в силу своей специфичности антидепрессанты вызывают много осложнений. Кроме того, в последние годы существенно расширился перечень заболеваний, при которых эти препараты применяют off label (вне инструкции), а с учетом того, что при данных заболеваниях антидепрессанты назначают в комбинации с другими препаратами, риск развития побочных эффектов существенно повышается. Проанализированы часто встречаемые побочные эффекты антидепрессантов, механизм их возникновения как антидепрессантов первого поколения (три- и тетрациклических антидепрессантов, ингибиторов моноаминоксидазы), так и более новых препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Представлены условия рационального назначения антидепрессантов, что позволяет оптимизировать их применение и безопасность фармакотерапии депрессии. Необходимо создание новых, более безопасных антидепрессантов, селективно угнетающих обратный захват одного из моноаминов (например, серотонина), и препаратов третьего поколения с «двойным» действием, т. е. селективно и эквипотенциально угнетающих обратный захват серотонина и норадреналина.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.392. Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії / В. В. Чугунов, В. О. Курило, В. Л. Підлубний, С. М. Канигіна // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 105-110. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Психосоціальна реабілітація осіб із психічними порушеннями ---- один із пріоритетних напрямів дослідження в сучасному психіатричному дискурсі. Ключовим у розв'язанні цієї проблеми є мультидисциплінарний підхід, у межах якого стає можливим підбір конгруентних реабілітаційних і психоосвітніх методик із урахуванням клініко-психопатологічного наповнення досліджуваної нозологічної форми. У цьому контексті особливої уваги заслуговують психічні порушення ендогенно-процесуального спектра, що характеризуються найвищим рівнем соціальної та трудової дезадаптогенності. Мета роботи ---- дослідити ефективність розробленої моделі комплексної психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 80 хворих на просту форму шизофренії на амбулаторному етапі лікування для наступного дослідження. Клінічну діагностику психічної патології здійснено відповідно до диференційно-діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду. Критерії залучення під час формування контингенту дослідження: наявність інформованої згоди на участь, відсутність тяжкої соматичної патології та відомостей про черепно-мозкові травми в анамнезі. Для аналізу ефективності розробленої моделі контингент дослідження розподілили за методом рандомізації на групу дослідження (ГД) ---- 40 хворих, які одержували комплексну терапію в межах розробленої моделі психосоціальної реабілітації, та групу порівняння (ГП) ---- 40 хворих, які одержували лікування відповідно до чинних протоколів. На засадах сформованих принципів психосоціальної реабілітації хворих на просту форму шизофренії згенерували комплексну модель психореабілітаційного супроводу цього контингенту хворих, що включала чотири етапи: психофармакологічний, сімейної інтервенції, когнітивно-поведінковий та ерготерапевтичний. Під час аналізу ефективності моделі встановили статистично значущі розбіжності ($p < 0,05$) між середніми показниками у групах дослідження за критеріями соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($4,18 \pm 0,25$ і $3,33 \pm 0,27$ бала у ГД і ГП відповідно), та стосунків із близькими та інших соціальних відносин ($4,35 \pm 0,24$ та $3,60 \pm 0,25$ бала у ГД і ГП відповідно). За критеріями догляду за собою та поведінки, що порушує спокій оточення та є агресивною, не виявили вірогідну різницю в групах спостереження. Сформулювано принципи, розроблено й доведено ефективність комплексної моделі психосоціальної реабілітації хворих на просту форму шизофренії у сферах соціально корисної діяльності (навчання та робота) та соціальних відносин, що надало змогу поліпшити ефективність терапії.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.393. Особливості асоціювання у хворих на параноїдну шизофренію / І. М. Локота // Зап. з укр. мовознавства: зб. наук. пр. ---- 2020. ---- Вип. 27. ---- С. 259-266. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Описано результати асоціативного експерименту, проведеного з особами, які мають діагноз «параноїдна шизофренія», та психічно здоровими людьми. Виокремлено і пояснено характерні асоціативні реакції хворих на шизофренію.

Шифр НБУВ: Ж70290

4.Р.394. Прогностичне та соціально-економічне значення використання системної моделі оцінювання психічного здоров'я / В. Л. Підлубний // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 286-292. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

В современном психиатрическом дискурсе не теряет актуальности проблема разработки превентивных мер, направленных на своевременное обнаружение и предупреждение экзацербации психических нарушений среди широких слоев населения. В этом контексте особого внимания заслуживают непсихотические психические расстройства как наиболее распространенная и маскированная форма психической патологии у работников промышленных предприятий, так как это наименее исследованная категория лиц со специфическим пулом биопсихосоциальных факторов, влияющих на состояние их психического здоровья. Цель работы ---- установление прогностического и социально-экономического значения принципов системного подхода к оценке психического здоровья в контингенте работников промышленных предприятий. На базе КНП «Областное клиническое учреждение по предоставлению психиатрической помощи» ЗОС при наличии письменного информированного согласия обследовали 982 работников промышленных предприятий, которые согласно постановлению Кабинета Министров Украины № 1465 от 27.12.2000 г. проходили профилактический психиатрический осмотр. В ходе исследования использованы клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-аналитический, психодиагностический и статистический методы. Основной инструмент исследования ---- «Базовая карта для клинико-эпидемиологических исследований», включавшая социально-демографические и анамнестические сведения, клиническую часть с характеристикой имеющихся симптомов и синдромов. Установлено, что наибольшее влияние на развитие психодезадаптивных состояний у работников промышленных предприятий имеют такие факторы: труд средней степени тяжести, повышенный уровень шума, женский пол, возраст 50 ---- 60 лет; на развитие невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств ---- труд средней степени тяжести, работа во вторую смену, 12-часовое дежурство, повышенная запылённость рабочего места, женский пол, возраст 50 ---- 60 лет, эмоциональное напряжение; на развитие расстройств личности и поведения ---- общий трудовой стаж 5 ---- 10 лет, стаж работы по специальности до 10 лет, труд средней степени тяжести, возраст 18 ---- 29 лет; на развитие психических расстройств, обусловленных дисфункцией головного мозга, ---- общий трудовой стаж до 40 лет, труд средней степени тяжести, физический труд, повышенная температура воздуха, повышенная вибрация, женский пол, возраст 50 ---- 60 лет, периодический характер употребления алкоголя. Выводы: факторы развития непсихотических психических расстройств классифицированы по критерию возможности коррекции, структурированы в блоки оценки психического здоровья в рамках разработанной диагностической и психопрофилактической модели.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.395. Сучасний погляд на проблему психогенного неплідця у подружній парі: (огляд літ.) / О. О. Корчинська, М. А. Созанська, Н. М. Братасюк, С. Андрашчикова, С. Жултакова, А. Шлосєрова // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 5/6. ---- С. 29-41. ---- Бібліогр.: 41 назв. ---- укр.

Наведено дані про особливості психосоматичних порушень, які сприяють розвитку неплідності серед подружніх пар. Соціально-психологічні особливості репродуктивної системи неплідних чоловіків і жінок, особливості самосприйняття і самооцінки жінок у неплідному шлюбі, причини психологічної неготовності до материнства. Розкрито причини настання психологічного неплідця, які слід шукати не тільки з боку жінки, а й серед чоловіків.

Висвітлено важливість психотерапії у лікуванні цієї патології. У загальній структурі репродуктивної сфери фізіологічний і психологічний компоненти є взаємопов'язаними. Це означає, що в жінок з неплідцям в анамнезі наявні певні психологічні проблеми, які ускладнюють формування готовності до вагітності і материнства. Це можуть бути страхи, тривоги, пов'язані із сімейною історією, особистим досвідом жінки, її індивідуально-особистісними якостями або особливостями актуальної життєвої ситуації (відносини з партнером й іншими близькими людьми, альтернативні життєві цінності, матеріальні проблеми), що проявляється в неусвідомлюваному опорі, реалізується в соматичній формі.

Шифр НБУВ: Жс20661

Див. також: 4.Р.47, 4.Р.64, 4.Р.90, 4.Р.246, 4.Р.315, 4.Р.374, 4.Р.380

Стоматологія

4.Р.396. Дослідження впливу бактеріального лізату на показники оксидативного стресу при експериментальному пародонтиті у щурів / М. С. Євтушенко, О. Ю. Кошова, С. І. Крижна, Т. І. Тюпка // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 7/8. ---- С. 50-55. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Проведено один з етапів патофізіологічного дослідження прооксидантно-антиоксидантного стану за показником оксидативного стресу слизової оболонки ротової порожнини у щурів з експериментальним пародонтитом та фармакологічної корекції бактеріальним лізатом. Відтворення пародонтиту достовірно призводило до високого ступеня порушення системи перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) коефіцієнт red/ox-балансу. Доведено, що до кінця 90-денного терміну спостереження перебігу пародонтиту потужність природних компенсаторних механізмів набула стану декомпенсації, що проявлялося високим коефіцієнтом red/ox-балансу, пригніченням функціональної активності як неферментативної, так і ферментативної ланок АОЗ у гомогенаті тканини ясен контрольної патології тварин: К(ПОЛ/АОЗ) = 0,39, в інтактних тварин = 1. Застосування респіброну протягом 30 діб сприяло нормалізації антиоксидантно-прооксидантного індексу, який дорівнював у цій групі 0,9 і був статистично значуще вищим за такий у групі Імудону (0,64). Одержані результати надають змогу продовжити дослідження перебігу експериментальних пародонтитів з точки зору встановлення механізмів розвитку, захисту, відновлення тканин за умов фармакологічної корекції бактеріальним лізатом респіброн.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.397. Клинико-анатомическая классификация одонтогенных воспалительных заболеваний Ташкентского государственного стоматологического института, адаптированная к МКБ-10 / М. Азимов, Ж. А. Ризаев, А. М. Азимов // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 61-66. ---- Библиогр.: 16 назв. ---- рус.

Одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки становлять близько 25 ---- 30 % серед усіх стоматологічних захворювань. Вони займають до 50 % ліжкового фонду спеціалізованих клінік. У клініках дитячої, дорослої щелепно-лицевої хірургії Ташкентського державного стоматологічного інституту (ТГСІ) щорічно лікуються до 3000 хворих з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Подеколи захворювання переходять у хронічні форми, нерідко процес закінчується несприятливим результатом. Всі хворі були предметом дослідження. Робоча класифікація одонтогенних запальних захворювань ТГСІ, адаптована до класифікації МКБ-10, надасть змогу практикуючим лікарям чітко сформулювати назву хвороби, розробляти стандарт лікування і проводити статичну обробку матеріалу.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.398. Клінічна анатомія слинних залоз щура / І. Є. Герасимюк // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 4. ---- С. 37-42. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Подібність структурної організації органів та тканин людини і тварин зумовлює використання останніх для експериментального моделювання патологічних процесів, що виявляються у клініці. Для детального розуміння динаміки змодельованих патологічних станів і адекватної інтерпретації одержаних результатів слід враховувати видові особливості і ті відмінності, які є характерними для тварин різних видів, а також посилатися на вихідні величини кількісних характеристик їх тканин, органів і систем. Просторову організацію кровоносного русла вивчали шляхом контрастної рентгенангіографії. Для цього здійснювали ін'єкцію артеріального русла водною суспензією свинцевого сурика. З метою усунення накладання тіней контралатеральних судин перед рентгенангіографією проводили сагітальний розпил голови з видаленням головного мозку разом із галуженнями внутрішньої сонної артерії. Рентгенографію проводили без використання підсилювального екрана у бічній проекції апаратом Koch&Sterzel. У щурів у нормі наявні чотири пари великих слинних залоз: привушні, нижньощелепні, великі і малі під'язикові. Найбільшими є привушні і нижньощелепні. Особливості будови, розмірів і розташування слинних залоз у щурів визначаються як особливостями будови черепа і горизонтальним положенням тіла, так і особливостями функціонального призначення самих залоз. Найбільші із слинних залоз ---- привушні. Протоки формуються із трьох основних стовбурів і, обійшовши по поверхні жувальний м'яз, проникають у ротову порожнину. До переднього краю залози досить щільно прилягає сльозова залоза, протока якої проходить до зовнішнього кута очної ямки. В експерименті встановлено, що привушні слинні залози у щурів, на відміну від людей, розташовані на передньобічній поверхні шиї позаду від вуха і доходять до зовнішньої частини ключиці. Протоки формують три основних стовбури, які проникають у ротову порожнину. Нижньощелепні слинні залози (аналоги піднижньощелепних слинних залоз у людей) розташовані на передній поверхні шиї, протягом від під'язикової кістки до ручки груднини, дотикаючись між собою своїми присередніми краями. Одержані стереометричні показники галуження кровоносних судин можуть складати основу для порівняння і встановлення динаміки патоморфологічних змін під час моделювання різноманітних патологічних процесів.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.399. Особливості телерентгенографічних фізичних показників визначених за методами Бурстоне, Рікетса та Харвольда в юнаків і дівчат із ортогнатичним прикусом: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.01 / А. В. Черниш; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. ---- Вінниця, 2021. ---- 28 с.: рис. ---- укр.

За результатами проведених обстежень в українських юнаків і дівчат з ортогнатичним прикусом встановлено межі процентильного розмаху й особливості телерентгенографічних параметрів, що використовують у методиках Burstone C. J., Harvold E. P. та Ricketts R. M., а також статеві розбіжності таких показників. Визначено етнічні відмінності телерентгенографічних параметрів в українських юнаків і дівчат від аналогічних параметрів, що одержані Burstone C. J. на мешканцях США європейського походження, Harvold E. P. ---- на мешканцях Канади європейського походження та Ricketts R. M. ---- на мешканцях США європейського походження. Розроблено та проведено аналіз регресійних моделей телерентгенографічних параметрів, що використовують у методиках Burstone C. J., Harvold E. P. та Ricketts R. M., на основі яких запропоновано діагностичну комп'ютерну програму.

Шифр НБУВ: РА449151

4.Р.400. Оцінювання метаболізму кісткової тканини пацієнтів із генералізованим пародонтитом різного ступеня та впливом шкідливих виробничих чинників за вмістом у ротовій рідині білка Klotho / І. В. Возна, А. В. Самойленко, С. В. Павлов, О. О. Кокарь // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 274-279. ---- Бібліогр.: 19 назв. ---- укр.

Цель работы ---- изучение содержания концентрации белка Klotho в ротовой жидкости пациентов с вредными факторами производства, установление корреляционных связей с содержанием маркеров костной ткани и метаболизмом витамина D. Группу исследования составили 126 больных с генерализованным пародонтитом: начальной (n = 8), I (n = 32), II (n = 68) и III (n = 18) степени тяжести с хроническим течением. Обследованные работали во вредных условиях завода «Днепроспецсталь» (г. Запорожье). Группа сравнения ---- 32 пациента с пародонтитом начальной (n = 5), I (n = 10), II (n = 11) и III (n = 6) степени тяжести без воздействия производственных вредных факторов. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте 19 ---- 25 лет без признаков заболеваний пародонта. Уровень витамина D, VDBP, MMP-8 и остеокальцина определяли с помощью метода иммуноферментного анализа, концентрацию растворимой формы белка Klotho ---- с использованием иммуноферментного комплекса ImmunoChem-2100. Установлено, что у пациентов группы исследования, работающих во вредных условиях производства, снижение концентрации белка Klotho в ротовой жидкости выражено в большей мере, чем в группе сравнения, пациенты которой имеют заболевания пародонта, но не работают во вредных условиях. Белок Klotho ---- ранний маркер прогресса заболеваний тканей пародонта, уже на ранних стадиях заболевания изменяется в обратной зависимости от степени тяжести пародонтита. Коэффициент корреляции между уровнем белка Klotho и степенью заболевания пациентов составил $\gamma = -0{,}957$, $p < 0{,}05$ в группе сравнения, $\gamma = -0{,}906$, $p < 0{,}05$ в группе исследования. У пациентов с заболеваниями тканей пародонта отмечено снижение концентрации белка Klotho припараллельном увеличении маркера деструкции костной ткани MMP-8, снижении маркера ремоделирования остеокальцина по сравнению с соответствующими показателями здоровых лиц. Снижение концентрации белка Klotho отмечено на фоне дефицита витамина D, усиливалось со снижением витамин-D-связывающего белка. Выводы: белок Klotho ---- ранний, чувствительный и специфический диагностический биомаркер развития стоматологических заболеваний, его определение может быть предиктором течения воспалительных заболеваний пародонта и их осложнений. Белок Klotho ---- один из главных регуляторов метаболических процессов в костной ткани.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.401. Регуляція порушень метаболізму оксиду азоту в комплексному лікуванні захворювань пародонта: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.22 / О. С. Куваєв; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2020. ---- 19 с.: рис., табл. ---- укр.

Здійснено експериментальне обгрунтування складу медикаментозної композиції, до якої входить амінокислота аргінін як джерело утворення оксиду азоту, для лікування захворювань тканин пародонта та клініко-лабораторній оцінці його ефективності. Зазначено, що доклінічні дослідження на лабораторних тваринах медикаментозної композиції з аргініном продемонстрували її виражений терапевтичний ефект при експериментальному пародонтиті, зумовлений антибактеріальними, антидисбіотичними, протизапальними, антиоксидантними властивостями. Зауважено, що мікробіологічні дослідження підтвердили антимікробну активність гелю як на референтні тестові штами мікроорганізмів, так і на змішану мікрофлору пародонтальних кишень.

Шифр НБУВ: РА446013

4.Р.402. Формування іншомовної компетентності майбутніх фахівців із стоматології: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / В. О. Захарова; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2020. ---- 19 с.: рис., табл. ---- укр.

Проаналізовано стан теоретичної розробленості та нормативно-правового забезпечення проблеми формування іншомовної компетентності майбутніх фахівців із стоматології в Україні та за кордоном. Конкретизовано поняття «іншомовна компетентність фахівця із стоматології», визначено її структурні компоненти, критерії та рівні сформованості іншомовної компетентності майбутніх фахівців із стоматології. Розроблено, обгрунтовано й експериментально перевірено ефективність моделі формування іншомовної компетентності майбутніх фахівців із стоматології на другому (магістерському) рівні вищої медичної освіти. Достовірність результатів експериментального дослідження перевірено за допомогою методу математичної статистики шляхом обчислення за критерієм Пірсона χ^2.

Шифр НБУВ: РА445934

4.Р.403. Importance of 3D CT imaging of the skull in diagnosis of maxillofacial anomalies / I. V. Kovach, V. M. Khaletska, N. V. Aleksieienko, I. M. Shcherbyna // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 250-258. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- англ.

Знание рентгенодиагностических возможностей и применение принципов минимизации лучевой нагрузки ---- основы квалифицированной стоматологии. На современном этапе рентгенологические методы занимают ведущее место в комплексе обследования больных при диагностике стоматологических заболеваний. Цель работы ---- оптимизация диагностики зубочелюстных аномалий путем комплексного изучения анатомических структур и параметров черепа с помощью 3D КТ. Обследовали 39 пациентов в возрасте от 10 до 23 лет с зубочелюстными аномалиями. В ходе исследования применяли клинические и рентгенологические методы. Рентгенологическое исследование у 28 человек включало только ортопантомограмму и телерентгенографию в боковой проекции, 11 пациентам проведена 3D компьютерная томография черепа. В результате исследования установили, что благодаря 3D КТ черепа можно провести максимально полную диагностику аномалий челюстно-лицевой области, обнаружить тонкие дифференциально-диагностические признаки патологических состояний, а также соблюдать принцип преемственности специалистов на этапе планирования индивидуального комплексного лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями. Выводы: 3D КТ черепа ---- единственный метод визуализации, позволяющий в одном исследовании получить полное изображение челюстей, зубов, ВНЧС, придаточных пазух, оценить состояние дыхательных путей и жевательного аппарата в целом, а также провести цефалометрические измерения ТРГ в боковой и прямой проекции. Этот метод наиболее информативен, обеспечивает возможность провести прецизионную диагностику зубочелюстных аномалий и определить оптимальный план лечения.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.404. Study of the antimicrobial and fungicidal activity of thiotriazoline and decamethoxinum as a potentially new model mixture for use of the oral mucosa / L. I. Kucherenko, I. F. Bielenichev, O. O. Chonka, Z. B. Moriak, O. O. Portna // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. ---- 2020. ---- **13**, № 3. ---- С. 349-353. ---- Бібліогр.: 9 назв. ---- англ.

Сегодня болезни, вызываемые болезнетворными бактериями, ---- самые опасные, так как они способны не только влиять на качество жизни человека, но и привести к смертельному исходу. По данным ВОЗ, болезнетворными бактериями, а именно микозами, поражено от 1/5 до 1/3 населения Земли, более чем у трети (37,8 %) из них возбудителем заболевания являются дрожжеподобные грибы рода Candida. За последние 20 лет отмечено повышение в 15 раз частоты инфекционных воспалительных заболеваний кандидозной этиологии. Изучив ассортимент лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке Украины и за рубежом, установили: для лечения данных заболеваний используют метилурацил (Лекхим, Украина) и препараты иностранного производства соркосерил (Бирсфельден, Швейцария), мексидол (ФАРМАСОФТ, г. Москва, РФ). Ассортимент лекарственных средств для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта ограничен. Следовательно, возникла необходимость создать новое отечественное лекарственное средство, проявляющее антимикробную, фунгицидную, репаративную активность. Цель работы ---- создание нового лекарственного средства на основе модельной комбинации тиотриазолина и декаметоксина, проявляющего антимикробную, фунгицидную, репаративную активность. Исследована противомикробная активность тиотриазолина, декаметоксина, модельной смеси. Противомикробная активность тиотриазолина и декаметоксина исследована с помощью метода диффузии в агар (метод колодцев). Изготовлены модельные смеси с содержанием декаметоксина от 0,5 до 5,0 мг; тиотриазолина ---- 200 мг. Проверена противомикробная активность данных модельных смесей. Модельная смесь тиотриазолина и декаметоксина по силе антимикробного и фунгицидного действия достоверно превосходила декаметоксин на 54 % по степени задержки роста S. aureus, на 120 % ---- по степени задержки роста E. coli, на 57 % ---- по степени задержки роста P. aeruginosa и на 108 % ---- по степени задержки роста C. albicans при 10^6 КОЕ/мл среды. Выводы: модельная смесь тиотриазолина и декаметоксина проявляет высокую антимикробную, фунгицидную активность.

Шифр НБУВ: Ж69485

Див. також: 4.Р.174

Офтальмологія

4.Р.405. Досвід використання препаратів Брироза та Розаком при вторинній глаукомі / Н. В. Коновалова, Н. І. Храменко, О. В. Гузун, О. В. Ковтун // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 14-20. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Глаукома являє собою одну з найгостріших медико-соціальних проблем, які завдають величезних економічних збитків суспільству. Вторинна глаукома ---- результат ускладнень таких захворювань ока, як запалення судинної оболонки ока, тромбоз судин сітківки. Мета роботи ---- визначити вплив використання препаратів брироза та розаком на стан зорового аналізатора у пацієнтів із вторинною глаукомою. У дослідженні брали участь 58 хворих (58 очей) з монолатеральним процесом. Усіх пацієнтів було розподілено на 3 групи: 1-ша і 2-га групи ---- пацієнти з вторинною глаукомою внаслідок переднього рецидивуючого іридоциклiту, 32 хворі (32 ока) у період ремісії та рецидиву відповідно; 3-тя група ---- пацієнти з вторинною (неоваскулярною) глаукомою, що виникла внаслідок тромбозу центральної вени сітківки та її гілок, 26 хворих (26 очей). Усім пацієнтам було проведено комплексне офтальмологічне обстеження, а саме візометрію, тонометрію (внутрішньоочний тиск, ВОТ), реоофтальмографію, проведено обстеження за фосфеном (поріг електричної чутливості за фосфеном, ПЕЧФ). Хворі 1-ї та 2-ї групи одержували брирозу двічі на добу протягом 2 міс. Пацієнти 3-ї групи одержували брирозу і розаком двічі на добу протягом 2 міс. У 1-й і 2-й групі під впливом препарату брироза ВОТ знизився на 21,6 % ($p = 0,001$) та досягнув значення $21,0 \pm 3,5$ мм рт. ст. Після курсу лікування в 1-й і 2-й групах хворих ПЕЧФ значимо зменшився на 22,4 % ($p < 0,05$). Критична частота мерехтінь за фосфеном у режимі 3 і 1,5 підвищилася на 20,6 % ($p < 0,05$) і 47 % ($p < 0,05$), що свідчить про підвищення функціональної активності зорового аналізатора. Курс лікування з включенням препаратів брироза та розаком у пацієнтів з неоваскулярною глаукомою після тромбозу судин сітківки справляє гіпотензивний ефект (на 30 %), призводить до поліпшення гемодинаміки ока (на 17 %), що надає змогу підвищити зорові функції (на 11 %). Висновки: включення в лікування хворих на вторинну глаукому препаратів брироза і розаком двічі на добу протягом 2 міс. є ефективним завдяки підвищенню функціональної активності зорового аналізатора і нормалізації ВОТ.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.406. Знову про інгібітори карбоангідрази: сучасні аспекти їх застосування в офтальмології: (огляд літ.) / П. А. Бездітко // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 64-71. ---- Бібліогр.: 71 назв. ---- укр.

Понад 70 років у лікуванні глаукоми застосовуються інгібітори карбоангідрази (ІКА). З 1995 р. серед антиглаукомних препаратів з'явилися топічні форми ІКА ---- дорзоламід, а з 1999 р. ---- бринзоламід. Гіпотензивна ефективність і безпека топічних ІКА стали підставою для широкого застосування цих препаратів у лікуванні різних форм глаукоми. Особливості механізму дії надали змогу створити на їх основі ефективні фіксовані комбінації, що дозволяють до 40 % знизити внутрішньоочний тиск у хворих на глаукому. Привабливість препаратів на основі ІКА розширилася завдяки їх впливу на різні тканини органа зору. Так, ІКА ефективно покращують гемодинаміку ока й зорового нерва. Анти-

оксидантна активність препаратів надає змогу розширити показання до їх застосування у хворих із судинною патологією сітківки й зорового нерва. Біохімічні характеристики препаратів на основі ІКА надали змогу ефективно й безпечно застосовувати їх в комплексному лікуванні макулярного набряку різної етіології. Ад'ювантне використання топічних ІКА розширює можливості анти-VEGF-терапії в лікуванні макулярного набряку різної етіології. Особливості дії ІКА на ендотеліальну помпову функцію рогової оболонки надали можливість сформулювати правила застосування топічних ІКА у хворих з недостатньою функцією ендотелію рогівки.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.407. Особливості змін меридіональної сепарабільної гостроти зору при лікуванні амбліопії методом тренувань акомодації у пацієнтів з астигматизмом / В. О. Коломієць, О. В. Качан // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 46-53. ---- Бібліогр.: 21 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- встановити вплив оптико-рефлекторного методу тренувань акомодації на показники меридіональної сепарабельної гостроти зору під час лікування дітей з амбліопією та астигматизмом. Обстежено 24 дитини віком від 5 до 12 років із рефракційною амбліопією та прямим гіперметропічним астигматизмом. Тренування акомодації проводилось шляхом розфокусування зображення оптичними скельцями перемінної оптичної сили. Курс лікування тривав 10 днів. У групі з меридіональною амбліопією було виділено два різноманітних кластери: в одному з них показники сепарабельної гостроти зору були вищі в горизонтальному меридіані, а в другому ---- у вертикальному. Після лікування кількість очей з однаковою меридіональною гостротою зору збільшилась на 8,6 %. Одночасно з усуненням меридіональної асиметрії гостроти зору на 8,52 % збільшилась кількість очей у категорії пацієнтів із гостротою зору 0,75 ---- 0,8 за таблицею Сивцева. Висновок: до стандарту оцінки зорових функцій у хворих на астигматизм та амбліопію необхідно ввести методики визначення меридіональної гостроти зору. Оцінка ефективності лікування меридіональної амбліопії має проводитися в однорідних кластерах, в яких враховується збіг або розбіжність напрямів меридіональних асиметрій гостроти зору з рефракційними. Попередні дані про ефективність лікування амбліопії за допомогою методу тренувань акомодації надають змогу розглядати його як метод лікування меридіональної амбліопії.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.408. Сучасні вітреоретинальні втручання в лікуванні діабетичної макулопатії: делікатність чи максималізм? / Ю. О. Панченко, С. Ю. Могілевський, Н. С. Лаврик, С. О. Риков, І. В. Шаргородська // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 40-48. ---- Бібліогр.: 26 назв. ---- укр.

Діабетична ретинопатія (ДР), одне з основних ускладнень цукрового діабету (ЦД), займає одне з провідних місць серед відомих причин низького зору та сліпоти. Однією з основних причин зниження центрального зору в пацієнтів із ДР і ЦД 2-го типу (ЦД2) є діабетична макулопатія (ДМП). ДМП з можливим розвитком діабетичного макулярного набряку (ДМН) може відзначатися навіть у пацієнтів із початковими змінами на очному дні. Мета роботи ---- дослідити профіль безпеки й ефективність різних сучасних вітреоретинальних втручань у лікуванні діабетичної макулопатії. Під спостереженням перебувало 313 хворих із ЦД2 (313 очей) з ДМП та початковою (I група; n = 40), помірною або тяжкою непроліферативною діабетичною ретинопатією (НПДР) (II група; n = 92) та проліферативною діабетичною ретинопатією (ПДР) (III група; n = 181). Усім хворим було проведено загальноприйняті офтальмологічні дослідження. 313 пацієнтів (313 очей), яким було проведено хірургічне лікування, становили 4 групи спостереження: 1-ша група ---- 78 пацієнтів (78 очей), яким виконали трипортову закриту субтотальну вітректомію 25+ (ЗСВ); 2-га група ---- 85 пацієнтів (85 очей), яким виконано ЗСВ і додатково проведено пілінг внутрішньої пограничної мембрани сітківки (ВПМ); 3-тя група ---- 81 пацієнт (81 око), яким виконали ЗСВ, пілінг ВПМ та додатково етап панретинальної лазеркоагуляції (ПРЛК); 4-та група ---- 69 пацієнтів (69 очей), яким виконали ЗСВ, пілінг ВПМ, етап ПРЛК і додатково факоемульсифікацію катаракти. Досліджено характер і частоту операційних і післяопераційних ускладнень та ефективність різних видів вітреоретинальних втручань. Терміни спостереження становили 1, 3, 6 міс. та 1 рік після оперативного лікування. Ефективність різних видів вітреоретинальних втручань було вивчено через 1, 3 і 6 міс. після оперативного лікування. Встановлено високу ефективність втручання при всіх видах вітректомії. Виконання сучасних вітреоретинальних втручань у лікуванні ДМП і ДМН є ефективним через 1 міс. у 60,7, 82,4, 85,2 та 68,12 %, а через 1 рік ---- у 76,0, 75,0, 73,1 та 73,5 % відповідно. Частота рецидивів ДМП через 1 рік після вітреоретинальних втручань становила 24,0 ---- 27,0 % і не залежала від їх модифікації. Ефективність лікування ДМП залежала від стадії ДР і становила 72,5 % при початковій НПДР, 77,2 % при вираженій і тяжкій НПДР та 66,3 % при ПДР. Рецидиви ДМП було розподілено на три види: ранні перехідні, ранні стійкі та пізні. Найбільш поширеними були ранні стійкі рецидиви, які з урахуванням різних методів лікування становили від 16,1 до 25,6 %. Висновки: виконання всіх етапів хірургічного втручання має бути суворо обгрунтованим. Необхідно завжди враховувати ризики впливу кожного з етапів втручання для одержання оптимальних функціональних результатів, особливо у віддалені терміни спостереження.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.409. Факоемульсифікація катаракти і прогресування вікової макулярної дегенерації / О. Ю. Денисюк // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 32-39. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

На даний час неможливо зробити остаточних висновків щодо того, чи є факоемульсифікація катаракти (ФЕК) безпечною для людей з віковою макулярною дегенерацією (ВМД). Мета роботи ---- проаналізувати можливий зв'язок ФЕК із виникненням та прогресуванням ВМД у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді. Під спостереженням знаходилися 86 пацієнтів (93 ока), 37 чоловіків і 49 жінок віком від 60 до 82 років, яких було прооперовано з приводу ФЕК (імплантація м'якої інтраокулярної лінзи на апараті Infiniti фірми Alcon, США). ВМД оцінювали за класифікацією Американської академії офтальмологів (AREDS, 2001). Пацієнтів обстежували через 1, 3, 6, 12 і 18 міс. після операції. Для статистичної обробки одержаних даних використовували програми Statistica 10 (StatSoft, Inc., США) та MedCalc Statistical Software 18 (MedCalc Software bvba, Бельгія). У 69,9 % очей із катарактою була наявна ВМД: ранню і проміжну стадії (категорія 2 і 3 AREDS) було виявлено у 16,1 % випадків, пізню стадію (категорія 4.1 AREDS) ---- у 25,8 % і ексудативну форму (категорія 4.2 AREDS) ---- у 28,0 %. Гострота зору до ФЕК відповідала стадії ВМД ---- була гіршою при категорії 4 AREDS. Для оцінки прогресування ВМД було розроблено індекс прогресування (ІПВМД), який характеризує середню швидкість змін клінічних проявів ВМД. Установлено, що у 12,9 % пацієнтів після ФЕК вперше встановлено діагноз ВМД; усього розвиток та прогресування ВМД після втручання відмічено у 33,3 % випадків (ІПВМД > 0). Пацієнти без прогресування ВМД були на 6 років молодшими за тих, які мали прогресування (p = 0,001). При ІПВМД = 0,100 ум. од. прогресування ВМД відбувалося на ранніх термінах (3 міс.), при ІПВМД = 0,033 ум. од. ---- на пізніх (12 і 18 міс.). Після операції ФЕК гострота зору вірогідно збільшувалася, що залежало від початкової стадії ВМД (гострота зору була гіршою при пізній стадії та при вологій ВМД ---- категорія 4 AREDS) та прогресування ВМД (гострота зору була гіршою при ІПВМД > 0, а у випадках прогресування ---- при ІПВМД = 0,033, тобто при пізньому прогресуванні). Висновки: надана характеристика стадій ВМД та динаміка гостроти зору після ФЕК надає змогу припустити наявність позитивного впливу ФЕК на прогресування ВМД.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.410. Форми удосконалення якості післядипломної освіти інтернів-офтальмологів / С. О. Риков, О. В. Туманова, О. В. Петренко, С. І. Косуба // Архів офтальмології України.---- 2021.---- **9**, № 2.---- С. 29-31. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Основним напрямком вдосконалення процесу підвищення кваліфікації лікарів на етапі післядипломної освіти є поступове впровадження сучасних форм навчання. Інтернатура ---- перший крок до самостійної роботи лікаря, тому важливо саме з цього етапу направляти зусилля молодого фахівця до самовдосконалення. Традиційні методи навчання лікарів-інтернів у першу чергу спрямовано на одержання і поглиблення знань шляхом передачі інформації з подальшим втіленням у конкретних професійних діях з визнаними алгоритмами. Проте така методика навчання не сприяє розвитку самостійної пізнавальної діяльності молодих колег, хоча саме на цьому постулаті базується концепція дистанційного навчання як нової форми післядипломної освіти. Охарактеризовано сучасну систему підготовки інтернів-офтальмологів. Обгрунтовано використання в навчальному процесі дистанційної форми навчання, клінічних розборів хворих, етапного тестового контролю, ситуаційних задач. Висловлено побажання з поліпшення організації проведення інтернатури з офтальмології.

Шифр НБУВ: Ж101097

Див. також: 4.Р.194, 4.Р.201, 4.Р.339-4.Р.340

Офтальмохірургія

4.Р.411. Аналіз впливу комбінації дексмедетомідину з регіонарною анестезією на когнітивний стан у постнаркозному періоді в офтальмохірургії / Г. С. Дорофєєва // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 74-78. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Враховуючи знижений початковий когнітивний резерв у пацієнтів в офтальмохірургії, лікарю-анестезіологу потрібно звернути особливу увагу при виборі методу анестезії на запобігання розвитку післяопераційних когнітивних дисфункцій (ПОКД). Концепція мультимодального знеболювання надає змогу знизити загальну кількість використаних під час оперативного втручання

наркотичних анальгетиків та атарактиків зі збереженням адекватного рівня анестезії та седації як інтраопераційно, так і в післяопераційному періоді. В офтальмохірургії використовується регіонарна анестезія (блокада крилопіднебінної ямки) у поєднанні з інфузією дексмедетомідину до оперативного втручання. Дослідження проведено на базі КП «Дніпропетровська обласна клінічна офтальмологічна лікарня», обстежено 61 пацієнта після операції з наскрізної кератопластики. Вік обстежених коливався від 18 до 60 років (середній вік ---- 52,1 року). Пацієнти різної кератопластики. Вік обстежених коливався від 18 до 60 років (середній вік ---- 52,1 року). Пацієнтів було рандомізовано на дві групи. Група d (n = 30) ---- це пацієнти, яким анестезіологічне забезпечення було виконано за такою схемою: премедикація за 40 хв ---- інфузійно дексмедетомідин, ондансетрон 4 мг, дексаметазон 4 мг, кеторолак 30 мг внутрішньовенно; індукція ---- пропофол 2 ---- 2,5 мг/кг фракційно до досягнення клінічних симптомів наркозу, фентаніл 0,005 % 0,1 мг; релаксації на тлі атракурію безилату 0,3 ---- 0,6 мг/кг, інтубація трахеї; підтримка анестезії ---- киснево-севофлуранова суміш FiO_2 50 ---- 55 %, севофлуран 1,4 ---- 1,8 об. % на видиху (1 ---- 1,5 MAC), використання методики низьких потоків. У другій групі (db, n = 31) анестезіологічне забезпечення було виконано, як і в групі d, з додаванням блокади крилопіднебінної ямки. У групі d було 18 (60 %) чоловіків і 12 (40 %) жінок, середній вік ---- 49,5 року; у групі db ---- 16 (51,6 %) чоловіків і 15 (48,38 %) жінок (p = 0,583 за критерієм χ^2), середній вік ---- 55,5 року (p = 0,142 за t-критерієм). При проведенні порівняльного аналізу змін когнітивного стану між групами db та d за шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) та за краткою шкалою оцінювання лобної дисфункції (FAB) одержали результат без суттєвих відмінностей (p < 0,05) на різних етапах нейропсихологічного тестування. При розгляді результатів тестування для оцінювання короткострокової вербальної пам'яті в групах db та d відмічається зниження показників на 25 % в перші 6 год. після оперативного втручання. У групі d показники залишалися зниженими у порівнянні з вихідним рівнем до 7-ї доби післяопераційного періоду. У той час як у групі db відновлення показників короткострокової паміяті відбулося через 1 добу після перенесеного оперативного втручання. В обох групах результат тесту Лурія на 21-шу добу перевищив вихідний рівень на 12,5 %. При оцінюванні за візуально-аналоговою шкалою пацієнти групи db почували себе краще, ніж в групі d. Висновки: поєднання дексмедетомідину з регіонарним знеболюванням, окрім меншого впливу на когнітивний стан пацієнтів, покращує суб'єктивне самопочуття у післяопераційному періоді у пацієнтів в офтальмохірургії, завдяки чому утворюється ще одна ланка впливу на етіологічні фактори формування ПОКД.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.412. Ефективність комбінації регіонарних методів знеболювання із загальною анестезією при трансплантації рогівки / Н. В. Минка, Ю. Ю. Кобеляцький // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 69-73. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Не зважаючи на значний розвиток сучасної анестезіології, знеболювання хірургічних пацієнтів продовжує залишатись незадовільним. Недостатнє лікування болю викликає психологічний дискомфорт та призводить до виникнення ускладнень. Наблизитись до вирішення проблеми болю надає змогу доповнення загальної анестезії різними варіантами місцевого знеболювання. Мета дослідження ---- порівняти вплив багатокомпонентної збалансованої анестезії (внутрішньовенна + інгаляційна) та багатокомпонентної збалансованої анестезії, доповненої блокадою крило-піднебінної ямки, на безпеку й ефективність знеболювання трансплантації рогівки. У дослідження було включено 73 пацієнти, розподілені на дві групи. У групі К використовували багатокомпонентну збалансовану анестезію, у групі Б додатково застосовували блокаду крило-піднебінної ямки. Основними критеріями оцінки результатів дослідження було прийнято: стабільність гемодинаміки та газообміну під час оперативного втручання, вираженість інтраопераційного больового синдрому шляхом реєстрації індексу ANI, вираженість післяопераційного больового синдрому і частота розвитку післяопераційної нудоти і блювання. Обидві схеми анестезіологічного забезпечення надавали змогу уникнути виражених коливань показників гемодинаміки і газообміну на всіх етапах дослідження. Проаналізовано вираженість інтраопераційної болю та встановлено, що в групі К знеболювання може вважатися недостатнім протягом перших 7 хв. найбільш травматичного етапу операції, тоді як у групі Б показники індексу ANI не опускалися нижче 50. Статистично значимі відмінності одержано протягом 8 з 10 хв. етапу. При аналізі якості знеболювання в післяопераційному періоді було встановлено, що рівень болю за візуальною аналоговою шкалою після пробудження в обох групах дорівнював 0, на наступних трьох етапах дослідження (через 2 год., 6 год. після операції і на ранок наступного дня) рівень болю в групі К був вірогідно вище, ніж у групі Б. Висновки: доповнення багатокомпонентної загальної анестезії регіонарною блокадою надає змогу адекватно контролювати післяопераційний біль без погіршення профілю безпеки.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.413. Нові фактори ризику виникнення та рецидивування птеригіуму після хірургічного лікування / К. О. Усенко // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 49-57. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- визначення нових факторів, що ведуть до виникнення та рецидивування птеригіуму після хірургічного лікування. Під спостереженням знаходились 203 пацієнти (232 ока) з птеригіумом. Чоловіків було 108, жінок ---- 95. Вік пацієнтів становив від 35 до 65 років. Давність захворювання 2,5 ---- 2,7 року. Пацієнтам було виконано хірургічне лікування птеригіуму за методом Мак-Рейнольдса з його подальшим заворотом у кон'юнктивальний карман та за методом Арльта з його висіченням, а також за методами Мак-Рейнольдса і Арльта із використанням 0,02 % розчину мітоміцину С. Проведено огляд пацієнтів через 3 міс., 6 міс. та 1 рік після оперативного втручання. Статистичний аналіз результатів клінічних досліджень проводили за допомогою пакета програм SPSS 11.0, MedStat (Лях Ю. Є., Гур'янов В. Г., 2004 ---- 2012), MedCalc (MedCalc Software bvba, 1993 ---- 2013). Встановлено, що частота виникнення рецидивів птеригіуму після хірургічного лікування за традиційним методом Мак-Рейнольдса, за методом Мак-Рейнольдса із застосуванням 0,02 % розчину мітоміцину С, за традиційним методом Арльта, за методом Арльта із застосуванням 0,02 % розчину мітоміцину С становила через 3 місяці 20, 17, 15, 8,7 %; через 6 міс. ---- 29,5; 27, 27, 26 %; через 1 рік ---- 26,5; 34,2; 30,6; 37 % відповідно. Частота рецидивів у віддалені терміни спостереження суттєво не відрізнялася (p < 0,05). Проаналізовано дані щодо ролі герпесвірусів та вірусу папіломи людини (ВПЛ) у виникненні птеригіуму. Встановлено, що у тканині птеригіуму вірусну інфекцію виявлено у 50,9 % випадків, у тому числі герпесвіруси ---- у 33,6 % та ВПЛ ---- у 34, 0 % віпадків. Серед герпесвірусів вірус протого герпесу (ВПГ) було виявлено у 15,1 % цитомегаловірус (ЦМВ) ---- у 7,3 % і вірус Епштейна ---- Барра (ВЕБ) ---- у 11,2 %. Регресійний аналіз показав зв'язок ВПГ з II і III стадією птеригіуму (p < 0,05). Для ЦМВ та ВЕБ таких залежностей виявлено не було. Встановлено зв'язок ВПЛ з I ---- III стадіями птеригіуму (p < 0,01). Серед ВПЛ було виявлено 6 (34,2 %), 11 (24,1 %), 16 (21,5 %) та 18-й (20,2 %) типи. Типи 6 і 11 переважно виявлялися при перших стадіях і не виявлялися при IV стадії, типи 16 і 18 не виявлялися при I стадії (p = 7,9 e-04). Серед інших типів тільки ВПЛ-6 мав зв'язок із I та III стадіями птеригіуму (p < 0,05). У 32,1 % хворих було виявлено мікст-інфекцію. Найчастішим було поєднання ВПГ та ВПЛ (30,6 % від усіх випадків мікст-інфекції), три віруси ---- у 2,5 % (ВПГ + ЦМВ + ВПЛ та ВПГ + ВЕБ + ВПЛ). Досліджено роль мутації V600E гена BRAF у виникненні птеригіуму. Уперше встановлено, що мутацію V600E гена BRAF було виявлено у 35,3 % випадків птеригіуму. Вірогідної різниці частоти мутації залежно від статі та віку хворих виявлено не було. Частота мутації за стадіями збільшувалася з 21,3 % при I стадії до 57,7 % при IV стадії (p = 0,0003). Регресійний аналіз показав сильний прогресуючий зв'язок наявності мутації V600E гена BRAF зі стадією птеригіуму і, відповідно, з його прогресуванням. Доведено, що наявність у тканині птеригіуму ВПГ, ВПЛ та мутації V600E гена BRAF вірогідно впливала на прогресування птеригіуму за стадіями патологічного процесу: на I і II стадії впливали наявність ВПЛ і BRAF+, на III ---- ВПГ, ВПЛ і BRAF+, на IV ---- тільки BRAF. Висновки: одержані дані свідчать про прямий зв'язок між виникненням і рецидивуванням птеригіуму після хірургічного лікування та наявністю у хворих BRAF+ мутації та вірусів групи герпесвірусів і вірусу папіломи людини.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.414. Сучасний погляд на діагностику та лікування посттравматичних рубцевих деформацій періорбітальної ділянки: (огляд літ.) / О. В. Петренко, Н. В. Григораш // Архів офтальмології України. ---- 2021. ---- **9**, № 2. ---- С. 58-63. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- укр.

Лікування рубцевих деформацій періорбітальної ділянки є однією із найбільш складних проблем офтальмопластики. Від правильної оцінки типу рубцювання залежить вибір тактики лікування, що в подальшому визначає його ефективність. На основі аналізу літературних джерел визначено причини виникнення рубців періорбітальної ділянки, наведено сучасні методи їх клінічної оцінки та лікування. Мета роботи ---- аналіз сучасного стану питань патогенезу, класифікації, діагностики та лікування посттравматичних рубцевих деформацій періорбітальної ділянки. Дослідження проведено з використанням пошуково-інформаційних систем PubMed, eLibrary, Google Scolar та бібліотечних баз даних за період 2012 ---- 2020 рр. Встановлено, що утворення та тип рубців залежать від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. За найбільш поширеною класифікацією рубці розподіляються на нормотрофічні, атрофічні, гіпотрофічні, які відносяться до поверхневих рубців, а також глибокі ---- гіпертрофічні, келоїдні та змішані. Визначення етапів формування рубцевої тканини є важливим для вибору методу лікування хворого та одержання максимально можливого позитивного результату. Наведено різні думки щодо етапів та термінів процесу загоєння рани та формування рубців. Визначено основні сучасні методи оцінювання та діагностики рубців, проаналізовано їх переваги та недоліки. Проаналізовано су-

часні підходи до лікування рубців, зважаючи на їх тип. Висновки: на основі проведеного аналізу сучасних літературних джерел зазначено, що питання етіології і патогенезу патологічних рубців дотепер остаточно не вирішено. Не існує єдиного підходу до діагностики та лікування рубців, оптимальних термінів початку лікування. Особливу проблему становить лікування рубцевих деформацій періорбітальної ділянки, що зумовлено її анатомо-функціональною складністю. Все це робить актуальним вивчення особливостей перебігу формування рубців саме цієї ділянки та розроблення індивідуалізованих алгоритмів їх лікування.

Шифр НБУВ: Ж101097

Урологія

4.Р.415. Гістологічні перетворення структур нирок у динаміці розвитку гарячки / Ю. Є. Роговий, Т. Г. Копчук, М. В. Дікал // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 3. ---- С. 21-26. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- укр.

Гарячка ---- це типовий патологічний процес, який характеризується зміщенням відлікової точки терморегуляції на більш високий рівень регулювання температури тіла під впливом пірогенних речовин і вміщує в себе три стадії: підйому температури, стояння температури на високому рівні та її зниження. Функціональний стан нирок досліджували за умов водного діурезу, для чого щурам внутрішньошлунково за допомогою металевого зонда вводили водопровідну воду, підігріту до температури тіла експериментальних тварин у кількості 5 % від маси тіла. Після водного навантаження з метою одержання плазми проводили евтаназію тварин шляхом декапітації під легким ефірним наркозом, кров збирали у пробірки з гепарином. У плазмі крові і сечі визначали концентрацію креатиніну за реакцією з пікриновою кислотою, іонів натрію ---- за допомогою методу фотометрії полум'я, білка сульфосаліциловим ---- методу, який передбачає розрахунок його екскреції. Як свідчать одержані дані, морфологічні зміни за розвитку асептичної гарячки за гіпонатріємого раціону харчування характеризувалися: в першу стадію (підйому температури) ---- вакуольною дистрофією епітелію проксимальних канальців та дрібно-вогнищевим характером змін властивостей білків зі зміщенням забарвлення до червоного кольору, в другу стадію (стояння температури на високому рівні) ---- розширенням просвіту капсули Шумлянського ---- Боумена та дистрофічними зміни епітелію дистальних канальців, у ІІІ стадію (зниження температури) ---- помірним розширенням просвіту капсули Шумлянського ---- Боумена та не суттєвими дистрофічними зміни епітелію проксимальних канальців. З'ясовано нові механізми ушкодження нефроцитів кірковой мозкової речовини та сосочка нирок за умов розвитку гарячки.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.416. Можливість використання стовбурових клітин при трансплантації нирки: клінічні дослідження (огляд літератури) / О. С. Вороняк, Р. О. Зограб'ян // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 229-236. ---- Бібліогр.: 34 назв. ---- укр.

Трансплантація нирки беззаперечно залишається оптимальним методом лікування термінальної стадії ниркової недостатності, а її результат залежить від імунної реакції організму реципієнта на пересаджений орган. Побічні ефекти сучасних імуносупресивних препаратів, такі як нефротоксичність, опортуністична інфекція і підвищений ризик онкологічних захворювань, негативно впливають на довгострокові результати трансплантації. Останніми роками дослідження властивостей і можливості використання стовбурових клітин викликали значний інтерес та очікування. Біологічні характеристики стовбурових клітин, що включають багаторядну диференціацію, самонаведення, паракринний ефект, імуномодуляцію, здатність пригнічувати імунну відповідь хазяїна проти трансплантата, що лежать в основі гострого й хронічного відторгнення трансплантата, відкрили нові горизонти для застосування їх при трансплантації нирки. Проведені дослідження показують, що біологічна активність стовбурових клітин залежить від стану організму реципієнта, а безпека й ефективність їх клінічного застосування залишаються суперечливими. Використання стовбурових клітин на тваринних моделях з нирковою недостатністю показує кращі результати у післяопераційному періоді і надає можливість для проведення клінічних досліджень у контексті створення альтернативної індукційної терапії при трансплантації нирки. Літературний аналіз доклінічної ефективності застосування стовбурових клітин при хронічній нирковій недостатності й алотрансплантації нирки в лабораторних тварин показав їх унікальний потенціал для покращання функції і відновлення пошкодженої нирки, а також наявність імуносупресивних ефектів, які включають пригнічення проліферації Т-клітин, дозрівання дендритних клітин та індукцію Т-регуляторних клітин, що може покращити віддалені результати алотрансплантації нирки. Цей огляд узагальнює результати проведених раніше досліджень і має на меті надати об'єктивну точку зору, засновану на всебічному аналізі наявних у даний час переваг і недоліків впровадження терапії на основі стовбурових клітин при трансплантації нирки, і висвітлити аспекти, що потребують подальших досліджень.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.417. Морфогенез, функція та способи адаптації артифіціального сечового міхура (експериментальне дослідження): автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.06 / Д. О. Жуковський; Інститут урології. ---- Київ, 2021. ---- 17 с.: рис., табл. ---- укр.

Досліджено морфогенез артифіціального сечового міхура, функціональну пристосованість, залежність метаболічних порушень від морфологічної перебудови стінки штучного сечового міхура (СМ), а його адаптація до впливу сечі взагалі не досліджувалась. Однією з основних проблем післяопераційного періоду є нестабільність скоротливої здатності артифіціального СМ, яку усувають застосуванням антихолінестеразних препаратів, що мають значну кількість побічних ефектів. Відсутність достатньої інформації про будову і функцію артифіціального СМ, роль лікарських засобів в ефективній адаптації його функції визначила інтерес до даної проблеми та її новизну. Обгрунтовано принципові стратегії у способах адаптації артифіціального СМ на підставі вивчення морфогенеза та його функції під впливом нових хімічних сполук, які мають поєднаний антихолінестеразний, енготропний та антигіпоксичний ефект. Увагу приділено створенню оригінальній експериментальній моделі ілеоцистопластики на свинях і вивчено характерні морфофункціональні зміни артифіціального сечового міхура в динаміці. Вивчено in vitro та in vivo особливості регуляції скоротливої функції та адаптації артифіціального СМ в динаміці під дією нових хімічних сполук. Вивчено характер впливу нових хімічних сполук на процеси енергетичного метаболізму та гіпоксії в тканинах артифіціального СМ. Розроблено теоретичні основи метаболітної фармакорегуляції функції артифіціального СМ й оцінено можливості її подальшої розробки та впровадження в клінічну практику. Доповнено та розширено існуючі уявлення про суть морфологічних змін у стінці тонкокишечного трансплантата як артифіціального СМ в динаміці спостереження, розкрито досить глибокі структурні та морфофункціональні зміни епітелію ділянки кишкового трансплантата, що підтверджує закономірність структурно-функціональної перебудови кишкового трансплантата в часі при ілеоцистопластиці за оригінальною методикою. Вперше проведено комплексне дослідження функції, структури кишкового трансплантата, in vivo розкриті характеристики основних біохімічних і нейрофізіологічних процесів, що забезпечують біоенергетичний обмін, процесів тканинного дихання та нейронної провідності у тварин з експериментальною ілеоцистопластикою. Сформульовано наукову концепцію щодо комплексної оцінки динаміки змін на етапах трансформації кишкового імплантанта в СМ. На моделі створеного артифіціального СМ у свиней експериментально обгрунтовано результати застосування нових хімічних сполук групи гідразонів, здатних впливати на скоротливі властивості м'язових волокон, що можуть у подальшому розглядатись як приклад щодо доцільності створення нових лікарських засобів. Розроблено експериментальну модель артифіціального сечового міхура та вивчено динаміку патогенетичних змін при формуванні штучного детрузора з кишечнику, що може слугувати базою для скринінгу лікарських засобів та розробки нових хімічних сполук, для подальшого впровадження їх у клінічну практику по створенню нових лікарських форм. Експериментально встановлено, що на ранніх стадіях післяопераційного спостереження у тварин відмічається превалювання дистрофічно-дегенеративних змін трансплантованого епітелію, що надає підставу припустити недоцільність застосування необгрунтованих доз уросептиків та протизапальних засобів у післяопераційному періоді в клінічній практиці.

Шифр НБУВ: РА449598

4.Р.418. Настанови KDIGO 2021 для клінічної практики з управління гломерулярними хворобами // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 201-228. ---- укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.419. Реакція організму на тотальне видалення слизової оболонки сечового міхура (експериментальне дослідження) / О. Г. Костюк // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 3. ---- С. 17-20. ---- Бібліогр.: 6 назв. ---- укр.

Природа наділила кожний порожнистий орган, «як людини, так і тварини», своєю специфічною функцією. Для її виконання кожен орган має свою морфологічну будову. Обидва ці поняття функція і структура взаємозалежні. Патологічний стан органа веде до порушення як структури, так і його функцій. Не виключенням є сечовий міхур. Наведено результати тотального видалення слизової оболонки сечового міхура у 21 тварини. Усі тварини після оперативного видалення слизової оболонки сечового міхура до кінця першої доби почали самостійно підніматися, ходити, реакція на кличку або звукові подразники була значно сповільненою. Сеча, яка виділялась із катетера була червоного кольору. Об'єм введеного фізіологічного розчину для промивання не перевищував 20 мл. На наступну добу тварини ставали більш активними, реагували на кличку та інші подразники, вільно переміщались по вольєру, починали вживати воду (50----70 мл). Сеча по катетеру виділялась з незначною кількістю домішок крові. Чим далі, вона ставала більш світлою. На третю добу після видалення

слизової оболонки сечового міхура тварини за своєю поведінкою майже нічим не відрізнялись від інтактних собак, вони почали вживати рідкий корм. Із дренажної трубки виділялась сеча звичайного жовтого кольору. На цей час більша частина тварин (70 %) самостійно видалила катетер. Частині тварин (30 %) після місцевого знеболення також видалили катетер. Кількість введеного для промивання сечового міхура фізіологічного розчину на другу добу становила 25----30 мл, на третю добу 30----35 мл. Спостереження за динамікою відновлення загального стану показало, що тварини після видалення слизової оболонки СМ уже до кінця першої доби ходили. На другу добу вони були більш активними, почали вживати воду. Через три доби за активністю вони майже нічим не відрізнялись від інтактних собак, почали вживати рідкий корм. Повністю порцію корму почали вживати через 5----7 діб після операції. Відзначено, що після видалення слизової оболонки СМ ні одна тварина не загинула. Видалення слизової оболонки у інтактних тварин не призводить до їх загибелі.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.420. Структурно-функціональні зміни в яєчку чоловіків зрілого віку, що перенесли епідидимоорхіт / Б. В. Грицуляк, В. Б. Грицуляк, І. Й. Івасюк, О. Я. Глодан, А. М. Спаська // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 1. ---- С. 42-46. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- укр.

Дослідження структурно-функціональних змін у яєчку за умов епідидимоорхіту є важливими для урології і андрології, оскільки зміни в кровоносних судинах, паренхімі яєчка та еякуляті негативно позначаються на репродуктивній функції, призводячи до розвитку неплідності. Більшість клініцистів розглядають епідидимоорхіт не як окреме захворювання, а як частину інфекційно-запального процесу всієї репродуктивної системи. Більшість випадків епідидимоорхіту у чоловіків віком 36 ---- 45 років зумовлена інфекцією, що передається статевим шляхом, зокрема Neisseria gonorrhea, Chlamydia trachomatis, через сім'явиносну протоку. Неспецифічний епідидимоорхіт у чоловіків віком 36 ---- 60 років найчастіше (у 80 %) спричиняється ентеробактеріями і, насамперед, Escherichia coli. За допомогою методів ангіографії, мікроскопії біоптатів яєчка, лабораторної діагностики еякуляту, електронної мікроскопії та статистики виявили, що у чоловіків, які перенесли епідидимоорхіт, розвивається атрофія яєчка зі зменшенням його об'єму на 25, на 23 % діаметра звивистих сім'яних трубочок, у 32 % з них клітини сперматогенного епітелію не визначаються, у 45 % трубочок наявні тяжкі розлади сперматогенезу. Загальна кількість сперматогоній зменшується на 45 %, сперматоцитів і сперматид ---- на 64 %. В інтерстиції виражена лімфоцитарна інфільтрація, розростання сполучнотканинних елементів. Об'єм ядер інтерстеційних ендокриноцитів зменшується на 31 %. У міоїдних клітинах, підтримувальних епітеліоцитах, інтерстеційних ендокриноцитах, ендотеліоцитах гемокапілярів виявлено гомогенізацію крист мітохондрій, деформацію структур комплексу Гольджі і ендоплазматичної сітки. Концентрація сперматозоїдів в еякуляті знижується на 80 %, утричі збільшується кількість патологічних форм сперматозоїдів, знижується їх рухливість.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.421. Урологічні інфекції — 2021 // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 169-172. ---- укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.422. Як потенціювати дію інгібіторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи? / Д. Д. Іванов // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 156-161. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Наведено практичний аналіз властивостей леспедези головчастої з точки зору її привабливості для нефрологічної практики. Леспедеза демонструє низку ефектів на деривати ектодерми, зокрема шкіру та нирки. Так, результати досліджень показали вірогідну стимуляцію росту фібробластів та кератиноцитів, а також посилення синтезу колагену із ліполітичним ефектом на адипоцити, що надало можливість використання фітопрепаратів леспедези головчастої для стимуляції клітин шкіри та регенерації тканин із метою антивікової терапії та індукції ліполізу завдяки дії екстракту флавоноїдів. Екстракт леспедези головчастої посилює діурез, усуває набряки, зменшує рівень азотемії та альбумінурії, підвищує виділення натрію та меншою мірою калію, сприяє поліпшенню ниркової фільтрації та виведенню азотистих продуктів із сечею. Перевагами фітотерапії у нормалізації капілярної проникності ниркових клубочків є м'яка сечогінна дія, що запобігає значній втраті електролітів на відміну від синтетичних діуретиків. Саме ці ефекти на сьогодні розглядаються як потенціюючі дію інгібіторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (ІРААС), що є основою ренопротекції в сучасній нефрології. Флавоноїди леспедези покращують білково-енергетичний обмін, що було продемонстровано на багатьох моделях гострої ниркової недостатності. Корекція білкового обміну має сприятливий нефропротекторний ефект та уповільнює прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН), зберігаючи нормальну екскреторну функцію. Екстракт леспедези можна розглядати як субстанцію, що підсилює дію ІРААС, виступаючи синергічно у пригніченні активності ренін-ангіотензинової системи. Ця властивість препарату набуває великої актуальності у пацієнтів із ХХН 5-ї стадії, у яких відміна ІРААС на сьогодні відповідає тенденції в тактиці лікування при кінцевій стадії захворювання нирок. Збереження невеликої дози ІРААС при ХХН 5-ї стадії або застосування ІРААС з позаниркoвим шляхом елімінації в поєднанні з екстрактом леспедези демонструє обнадійливі результати в клінічний практиці.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.423. Cyclosporine A nephropathy, its pathogenesis and management / Sonmez Yusuf Ercin // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 186-189. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- англ.

CsA, obtained from a fungus called Tolypocladium inflatum came into medical use in 1983. Organ transplants have shown great success after the use of Cyclosporine, especially in 3 ---- and 5-year graft survival. However, nephrotoxicity seen in the early and late periods complicates its use. It is very important to distinguish especially early toxicity from rejection attacks; because the treatments of both processes are completely different. While vasocostriction in the renal artery system is prominent in the early period, the underlying factor for late toxicity is the thickening of the arteriolar intima and the consequent decrease in tissue oxygenation. The article discusses the variants of toxicity caused by the use of cyclosporin A. Morphological changes with the use of cyclosporin A are shown in rat models. The results of our own observations on the use of prostaglandin, which demonstrated the effect of vasodilation, are also presented, which can probably be used for further studies in order to reduce the nephrotoxicity of cyclosporin A. In particular, we found that PGE2 significantly reduced vasoconstriction and reduced the toxic effect due to CsA. The limitations was the usage of these agents once, so we couldn't continue and only gave them intravenously. However, the results obtained were found to be significant.

Шифр НБУВ: Ж100881

Див. також: 4.Р.249

Гінекологія

4.Р.424. Гінекологія: [підручник] / В. К. Ліхачов. ---- 2-ге вид., оновл. ---- Вінниця: Нова Книга, 2021. ---- 679 с.: табл. ---- Бібліогр.: с. 672-679. ---- укр.

Зазначено, що підручник підготовлено з урахуванням останніх досягнень (у тому числі доказової медицини) в області діагностики, тактики ведення та лікування хворих з основною гінекологічною патологією. Використано клінічні протоколи, консенсуси, гайдлайни провідних держав світу (США, Канади, Великої Британії, Австралії та ін.). Детально викладено питання запальних захворювань жіночих статевих органів з характеристикою інфекцій, що передаються статевим шляхом. Висвітлено проблеми неплідності та застосування сучасних репродуктивних технологій; невиношування вагітності. Розкрито всі аспекти порушень менструального циклу; перебігу клімактерію та постменопаузи; проблеми гіперандрогенії та гіперпролактинемії в гінекології; передракових захворювань і пухлин жіночої статевої сфери. Розглянуто проблеми ендометріозу і трофобластичної хвороби. Описано методи планування сім'ї. Увагу приділено клінічній картині, діагностиці й тактиці лікування у випадках «гострого живота» у гінекології; медичній допомозі при небажаній вагітності. У додатках наведено відомості про сучасні фармакологічні препарати та критерії прийнятності засобів контрацепції.

Шифр НБУВ: ВС68619

4.Р.425. Непролиферативные и пролиферативные поражения женской репродуктивной системы крыс и мышей (по материалам Проекта INHAND (Международная гармонизация номенклатуры и диагностических критериев поражения крыс и мышей): (продолж.) / Л. Б. Бондаренко, А. В. Матвієнко // Фармакологія та лікар. токсикологія. ---- 2021. ---- **15**, № 3. ---- С. 204-211. ---- рус.

Шифр НБУВ: Ж100063

Див. також: 4.Р.19, 4.Р.343-4.Р.344, 4.Р.346, 4.Р.432

Фізіологічні та патофізіологічні особливості жіночого організму

Фізіологія і патологія статевої та ендокринної функцій жіночого організму

4.Р.426. Вплив антропометричних факторів та даних акушерсько-гінекологічного анамнезу на ризик невдалої імплантації після запліднення in vitro / В. О. Берестовий, Ю. О. Булавченко, О. Г. Сігунов, О. О. Берестовий, Д. О. Говсєєв // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 12-18. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Безпліддя є вагомою демографічною та соціально-економічною проблемою в сучасному світі, для вирішення якої застосовуються допоміжні репродуктивні технології. Враховуючи зниження ре-

продуктивного потенціалу населення, актуальність проблеми безпліддя надалі зростає, що зумовлює пошук нових методів підвищення успішності допоміжних репродуктивних технологій. Мета роботи ---- проаналізувати фактори впливу, зокрема антропометричні, та дані акушерсько-гінекологічного анамнезу на ризик невдалої імплантації в жінок із безпліддям, яким проведено запліднення in vitro. Обстежено 106 жінок зі встановленим діагнозом безпліддя, які одержували лікування з застосуванням додаткових репродуктивних технологій у період з вересня 2019 р. по лютий 2021 р. Контрольну (1-шу) групу становили жінки, які одержували лікування безпліддя за стандартною схемою: контрольована овуляційна стимуляція, забір гамет, інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда та ембріотрансфер. До основної (2-ї) групи ввійшли пацієнтки, які до стандартної схеми лікування додатково одержували антиагреганти, антикоагулянти та внутрішньовенні імуноглобуліни класу G. У дослідженні не виявлено відмінностей у двох досліджуваних групах за показниками віку, зросту, ваги, індексу маси тіла, менархе, тривалості менструації, коїтусу ($p > 0,05$). Після лікування не досягнуто результату у 29 (53,7 %) жінок 1-ї групи та у 21 (40,4 %) пацієнтки 2-ї групи. Під час аналізу виявлено наступні фактори. Зв'язок ($p = 0,028$) ризику невдалої імплантації з віком пацієнтки. Зі збільшенням віку ризик зростав, ВШ = 1,11 (95 % ДІ 1,01 ---- 1,21) на кожний рік, зі збільшенням зросту пацієнтки ризик знижувався ($p = 0,006$), ВШ = 0,85 (95 % ДІ 0,76 ---- 0,96) на кожний сантиметр, зі збільшенням кількості статевих актів на тиждень ризик зростав ($p = 0,012$), ВШ = 1,71 (95 % ДІ 1,12 ---- 2,60) на кожну одиницю. Успішність імплантації в разі застосування аспірину, низькомолекулярних гепаринів, внутрішньовенних імуноглобулінів у комплексній терапії є вищою у порівнянні зі стандартним лікуванням безпліддя ($p = 0,049$), ВШ = 0,37 (95 % ДІ 0,14 ---- 0,99). У дослідженні виявлено вплив віку, зросту жінки та кількості статевих актів на імплантацію. Встановлено, що застосування аспірину, низькомолекулярних гепаринів, внутрішньовенних імуноглобулінів класу G як доповнення до стандартної схеми лікування безпліддя шляхом запліднення in vitro в дослідженні позитивно впливає на результативність імплантації.

Шифр НБУВ: Ж23282

4.Р.427. Морфологічні і морфометричні зміни кісткової тканини при остеопорозі та остеомаляції: (огляд) / О. М. Ігнатьєв, М. І. Турчин, В. О. Ульянов, Т. О. Єрмоленко // Травма. ---- 2021. ---- **22**, № 5. ---- С. 9-14. ---- Бібліогр.: 14 назв. ---- укр.

Досліджено кісткову тканину (КТ) 56 постменопаузальних жінок (середній вік ---- 62,30 ± 2,74 року), із них 46 пацієнток, які працювали в несприятливих виробничих умовах, мали зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ): остеопороз (ОП) ---- у 31 жінки, остеомаляція (ОМ) ---- у 15; 10 жінок були без метаболічних змін КТ. Фрагмент КТ одержували під час оперативного втручання щодо перелому шийки стегнової кістки. Готували недекальциновані зрізи КТ, функціональну активність ядер клітин КТ визначали за допомогою диференціального методу забарвлення ядер із різною функціональною активністю. Морфологічні зміни при ОП та ОМ мають загальні ознаки та відмінності. Спільним є витончення кісткових балок, розширення каналів остеонів, наявність безклітинних ділянок і безклітинних лакун. Відмінності: при ОМ збільшення товщини та площі остеоїда, менш виражене зменшення оксифілії матриксу, більш висока функціональна активність клітин КТ. Зниження МЩКТ та виникнення низькоенергетичних переломів може бути результатом не тільки ОП, але й ОМ. При призначенні лікування необхідно провести диференційно-діагностичні заходи, що визначають причину зниження кісткової маси.

Шифр НБУВ: Ж23024

4.Р.428. Assessment of the hormonal levels in different management strategies for women with cervical insufficiency and a history of anovulatory infertility / L. V. Pakharenko, O. M. Perkhulyn // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 98-104. ---- Бібліогр.: 26 назв. ---- англ.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) ---- одна з причин передчасних пологів. Частота ІЦН вища в жінок після лікування безпліддя за допомогою екстракорпорального запліднення у порівнянні з показником у популяції загалом. Мета роботи ---- оцінити рівень гормонів у жінок з істміко-цервікальною недостатністю й ановуляторним безпліддям в анамнезі у другому та третьому триместрах вагітності при різній тактиці ведення ІЦН. 60 вагітних із ІЦН, в яких вагітність настала після лікування ановуляторного безпліддя за допомогою екстракорпорального запліднення, було розподілено на дві групи: в I групі (30 пацієнток) корекцію ІЦН виконали тільки накладенням цервікального серкляжа або встановленням акушерського пессарія у II триместрі вагітності; в II групі (30 осіб) крім цервікального серкляжа/акушерського пессарія додатково призначали вагінальний прогестерон по 200 мг один раз на добу до 34 повних тижнів вагітності. 30 вагітних без ІЦН і безпліддя з фізіологічним перебігом вагітності включили в контрольну групу. Концентрації естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену, пролактину та кортизолу визначали в 19---22 і 30---32 тиж. гестації в сироватці крові матері. У 19---22 тиж. вагітності в пацієнтів з ІЦН концентрації естрадіолу, плацентарного лактогену в I і II групах дещо нижчі, ніж у жінок контрольної групи, рівень прогестерону нижче в I групі на 13,44 %, у II групі ---- на 17,30 % ($p < 0,05$) у порівнянні з контролем; концентрація пролактину й кортизолу в I і II групах суттєво збільшена ($p < 0,001$). На 30 ---- 32 тижні вагітності рівні естрадіолу ($p < 0,05$), прогестерону (зниження на 23,10 %, $p < 0,001$) і плацентарного лактогену (зниження на 10,74 %, $p < 0,05$) значущо нижчі у порівнянні з фізіологічними параметрами, а в пацієнтів II групи ці величини були на нижньому рівні значень норми. У I групі концентрації пролактину та кортизолу вище на 41,70 % ($p < 0,001$) і 27,36 % ($p < 0,001$) відповідно щодо норми, у II групі ---- тільки на 24,10 % ($p < 0,05$) і 13,70 % ($p < 0,05$). У жінок з істміко-цервікальної недостатністю після лікування ановуляторного безпліддя шляхом екстракорпорального запліднення рівні естрадіолу, прогестерону та плацентарного лактогену суттєво не відрізняються від фізіологічних показників, але концентрації пролактину й кортизолу вірогідно вищі. Додаткове використання вагінального прогестерону у III триместрі вагітності разом із накладанням цервикального серкляжу/акушерського пессарію сприяє нормалізації кількості прогестерону, естрадіолу та плацентарного лактогену, зменшенню показників пролактину й кортизолу в 30----32 тиж. гестації у порівнянні з жінками, в яких тільки встановлено цервікальний серкляж/пессарій.

Шифр НБУВ: Ж16789

Жіночі хвороби

4.Р.429. Клініко-імунологічні аспекти тактики ведення пацієнток із латентним перебігом папіломавірусної інфекції шийки матки: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.01 / О. Л. Дола; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. ---- Київ, 2020. ---- 20, [1] с.: рис., табл. ---- укр.

Встановлено клініко-анамнестичні чинники ризику персистенції латентної форми папіломавірусного інфікування (ПВІ) шийки матки (ШМ). Доведено, що основним етіопатогенетичним чинником персистенції ПВІ ШМ є вірус папіломи людини (ВПЛ) високого онкогенного ризику ---- типу 16 (48,6 %) і типу 18 (25,7 %), із середнім і високим рівнем вірусного навантаження ---- відповідно від 3 до 5 Lg ВПЛ/10^5 кл. Визначено кольпоскопічні та цитологічні картини стану слизової оболонки у жінок із латентною формою ПВІ. Встановлено структуру інфекцій, що передаються статевим шляхом, і виявлено асоціативні взаємовідношення з персистентним варіантом латентної форми ПВІ ШМ. Розширено уявлення про патогенетичні імунологічні механізми, що сприяють розвитку персистентної інфекції. У жінок із персистентною латентною формою ПВІ спостерігались більш виражені відхилення від норми не лише показників клітинної та гуморальної ланок системного імунітету та функціонального стану фагоцитів, а й факторів місцевого імунітету. Встановлено, що дисбаланс цитокінової регуляції локальної імунної відповіді з переважанням протизапального цитокіну інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) на тлі зниження прозапального цитокіну фактора некрозу пухлин-α (ФНП-α) і противірусного α-інтерферону (α-ІФН) зі збереженням напруженості місцевого імунітету (високий рівень sIgA та γ-ІФН) є важливим фактором, який може підтримувати персистенцію ВПЛ у ШМ і сприяти хронізації інфекційно-запального процесу. З'ясовано, що наявність урогенітальної інфекції у жінок із латентною формою ПВІ ШМ призводила до більш виражених змін системного та місцевого імунітету, що проявлялось у збільшенні рівня сироваткових імуноглобулінів, пригніченні фагоцитарної та метаболічної активності фагоцитуючих клітин периферичної крові, збільшенні вмісту факторів місцевого захисту ---- sIgA, ФНП-α, ІЛ-10 та γ-ІФН. Уперше оцінено клінічну й імунологічну ефективність використання вакцини у жінок із персистуючою латентною формою ПВІ впродовж терміну вакцинації: через 6 міс. у 77,2 % жінок спостерігали ерадикацію ВПЛ і зменшення вірусного навантаження, нормалізацію показників системного та локального імунітету.

Шифр НБУВ: РА446072

4.Р.430. Ультразвукове дослідження органів малого таза в жінок із невдалими спробами ДРТ на тлі хронічного ендометриту / А. Д. Гайдук, С. В. Турбаніст // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 19-25. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Предметом дискусії залишається ефективність сонографічного дослідження в діагностиці хронічного ендометриту (ХЕ), незважаючи на високу доступність цього методу дослідження та ехографічні критерії ХЕ. Правомірність ехографічного діагнозу «Хронічний ендометрит» багато спеціалістів заперечують, але існує єдина думка про високу прогностичну цінність виявлених ознак для подальшої верифікації цієї нозології. Мета роботи ---- визначити діагностичну цінність ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого таза для оцінки стану ендометрію в жінок із невдалими спробами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в анамнезі на тлі ХЕ. На базі Медичного центру ТОВ

«ISIDAAIVF» у період 2019---2021 рр. проведено проспективне дослідження в жінок із ХЕ та невдалими спробами ДРТ в анамнезі. До І і ІІ групи залучено 110 жінок репродуктивного віку з ХЕ і повторними невдалими спробами ДРТ, до контрольної --- 40 жінок репродуктивного віку без порушення фертильності. УЗД органів малого таза виконано всім пацієнткам досліджених груп на 5---7, 12---15, 22---24-ту добу менструального циклу. Пороговим значенням статистичної достовірності прийнято $p < 0,05$. У жінок із безпліддям на тлі ХЕ в анамнезі середня товщина серединного М-ехо в періовуляторний період у І групі (із прегравідарною підготовкою) становила 9,1 ± 0,08 мм, у ІІ групі (без прегравідарної підготовки) --- 7,6 ± 0,9 мм, у контрольній --- 9,3 ± 0,1 мм і мала статистично значущі відмінності ($p_{1,2} < 0,05$, $p_{1,3} > 0,05$, $p_{2,3} < 0,05$). Тонкий ендометрій спостерігався в 16,3 % пацієнток І групи (з прегравідарною підготовкою) та вдвічі частіше (30,9 %; $p_{1,2} < 0,05$) --- у жінок ІІ групи (без прегравідарної підготовки). Неоднорідна ехогенність ендометрію приблизно з однаковою частотою зустрічалася в пацієнток І і ІІ груп, а в контрольній групі її взагалі не було. За гіперпластичного макротипу ХЕ в обох групах переважали поліпи ендометрію, які у 2,5 разу частіше спостерігалися в пацієнток ІІ групи --- 9,6 % проти 3,6 % у жінок І групи ($p_{1,2} < 0,05$). Частота виникнення вогнищевої гіперплазії ендометрію в досліджених групах не мала статистично значущих відмінностей --- 1,8 і 5,4 % ($p_{1,2} > 0,05$) відповідно. За гіпопластичного макротипу ХЕ тонкий ендометрій удвічі частіше відмічався у ІІ групі. Встановлено, що трансвагінальна ехографія має високу специфічність (96,6 %), чутливість (55,2 %) і діагностичну точність (68,2 %). Критеріями об'єктивної готовності жінок до вагітності після прегравідарного оздоровлення є відновлення ехографічної картини ендометрію зі значенням М-ехо > 7 мм; нормалізація маткової гемодинаміки (RI < 0,9, PI < 3,0).

Шифр НБУВ: Ж23282

Див. також: 4.Р.428

Акушерство

4.Р.431. Антенатальна охорона плода (клінічна лекція) / О. В. Горбунова, Н. А. Єрмолович, А. О. Висоцький, І. В. Ярова, Є. В. Пузанова // Укр. журн. Здоров'я жінки.--- 2021. --- № 1. --- С. 47-68. --- Бібліогр.: 31 назв. --- укр.

Демографічна ситуація в Україні свідчить про глибоку демографічну кризу. Незважаючи на те, що більшість подружніх пар бажають мати дітей, все ж часто відкладають цю подію на пізніший репродуктивний період життя. Але без сумніву кожна пара бажає мати здорову дитину. Важливим заходом, який допомагає жінкам завагітніти та виносити здорову дитину, є ефективна прегравідарна підготовка, що проводиться для збереження та реабілітації репродуктивного здоров'я подружньої пари з особливим акцентом на профілактику можливих ускладнень ще на стадії планування вагітності. Серед основних чинників, які впливають на стан здоров'я населення, Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє спосіб життя. Тому вже на етапі планування вагітності важливим моментом є відмова від шкідливих звичок, фізична активність, раціональне харчування та ефективна організація статевого життя. Аліментарна недостатність вітамінів і традиційна сезонність харчування в Україні часто не надають змоги забезпечити повноцінний мікронутрієнтний статус в організмі майбутніх батьків, особливо в зимово-весняний період. Тому для жителів України є актуальним застосування полівітамінних комплексів, у тому числі фолієвої кислоти, як під час прегравідарної підготовки, так і впродовж вагітності, а потім і під час лактації. З метою виключення будь-якої патології, яка може зашкодити майбутній матері та її дитині, подружня пара має бути раціонально обстежена та оздоровлена під час прегравідарної підготовки. Також майбутні батьки мають уникати будь-яких шкідливих впливів на їх організм, як на роботі, так і в побуті. Вторинна профілактика захворюваності та смертності матері та дитини полягає в ранній пренатальній діагностиці, яка зараз активно розвивається у світі та Україні. Не менш важливим аспектом антенатальної охорони плода є формування психологічного здоров'я майбутньої людини. Тому, впровадження фізіопсихопрофілактичної підготовки кожної подружньої пари до народження дитини з залученням перинатальних психологів є надзвичайно актуальним в умовах сьогодення.

Шифр НБУВ: Ж23282

4.Р.432. Вплив асоційованої інфекції на розвиток невиношування вагітності / С. М. Ясніковська, А. В. Гошовська // Клініч. анатомія та операт. хірургія. --- 2020. --- **19**, № 1. --- С. 37-41. --- Бібліогр.: 9 назв. --- укр.

Наведено результати дослідження мікробіоти піхви у жінок з невиношуванням в ранні терміни гестації. Встановлено, що вагітні з інфекціями нижнього відділу статевого тракту становлять високу групу ризику з перинатальним та післяпологовим ускладненням. У більшості з них (76,0 %) мала місце відсутність прегравідарної підготовки з дослідженням біотопу піхви. У вагітних із загрозою викидня на тлі інфекції нижнього відділу статевих шляхів частіше трапляються мікробно-вірусні асоціації, ніж моноінфекція. Беручи до уваги негативні наслідки інфекції нижнього статевого тракту та їх вплив на подальший перебіг вагітності та пологів і стан новонароджених, на етапі прегравідарної підготовки слід проводити дослідження мікробіоти піхви. Під час вагітності необхідно проводити ретельне обстеження жінок із своєчасним виявленням факторів ризику розвитку невиношування, до яких належать асоційовані інфекції, та їх адекватну корекцію.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.433. Гестаційний діабет: профілактика під час вагітності, скринінг і діагностика захворювання: (огляд) / Т. В. Авраменко, Д. О. Говсєєв, В. С. Явір, І. М. Мелліна // Укр. журн. Здоров'я жінки. --- 2021. --- № 1. --- С. 26-32. --- Бібліогр.: 31 назв. --- укр.

Гестаційний цукровий діабет (ГД) --- надзвичайно поширене захворювання, рівень якого продовжує стрімко зростати. Перенесений жінкою ГД значно підвищує ризик розвитку тяжкої хронічної патології в матері та дитини в подальшому, що спричиняє втрату здоров'я молодого працездатного населення та майбутніх поколінь. Наведено огляд літератури, присвячений профілактиці ГД під час вагітності, а також скринінгу та діагностиці захворювання, з метою подальшого розроблення методів щодо поліпшення перебігу вагітності, розродження та життя матері та дитини за ГД, можливо, за умови якнайбільш раннього виявлення порушень і повної корекції вуглеводного обміну. Для профілактики розвитку ГД у період вагітності потрібно виявити фактори ризику цього захворювання, усунути деякі з них, а також не допустити появи нових. До ризик-факторів захворювання належить надлишкова маса тіла та ожиріння, патологічне (надмірне) збільшення маси тіла в І --- ІІ триместрі вагітності, обтяжена спадковість із цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, гіподинамія, літній вік, куріння, стрес, полікістоз яєчників, гіпертонічна хвороба, гіпотиреоз, застосування глюкокортикостероїдів незадовго до і/або під час вагітності; етнічна належність, генетичні фактори. Для запобігання розвитку ГД у всіх жінок із ранніх термінів вагітності рекомендують: раціональне харчування; контроль за збільшенням маси тіла; регулярне помірне фізичне навантаження, лікувальну фізкультуру (за відсутності загрози невиношування вагітності, передлежання плаценти та деяких інших ускладнень); максимальне обмеження стресових ситуацій, достатній нічний сон, раціональний режим дня; відмову від шкідливих звичок. Так, у ході дослідження встановлено важливість ранньої діагностики та скринінгу ГД у вагітної внаслідок зв'язку ЦД зі збільшенням частоти ускладнень вагітності, дитячої перинатальної захворюваності та смертності до популяційного рівня.

Шифр НБУВ: Ж23282

4.Р.434. Імуногістохімічне дослідження клітин трофобласта на матеріалі абортів у терміні 9 — 12 тижнів вагітності у жінок на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів / А. В. Гошовська, І. С. Давиденко, С. М. Ясніковська, А. А. Теслюк, О. Р. Панченко // Буков. мед. вісн. --- 2021. --- **25**, № 1. --- С. 31-36. --- Бібліогр.: 10 назв. --- укр.

Наведено результати досліджень трофобласта в терміні гестації 9 --- 12 тиж. Дане дослідження є фрагментом серії імуногістохімічних досліджень трофобласта за TORCH-інфекції, які заплановано провести в різні терміни гестації. Мета дослідження --- встановлення особливостей експресії металопротеїнази-2 у різних типах трофобласта за допомогою імуногістохімічного методу на матеріалі абортів у терміні 9---12 тиж. за TORCH-інфекції у порівнянні зі спостереженнями без інфекційного процесу. Основну групу дослідження становили 24 спостереження TORCH-інфекції, а контрольну --- 22 спостереження перерваної вагітності без ознак інфекційного процесу (аборти за соціальними показами). Досліджено підлягав абортний матеріал 9---12 тиж. гестації. За допомогою методу комп'ютерної мікроденситометрії у спеціалізованій комп'ютерній програмі ImageJ оцінювали оптичну густину забарвлення, яку вимірювали за імуногістохімічною методикою на металопротеїназу-2 з первинними антитілами та полімерною системою візуалізації антигену з використанням діамінобензидину виробника DAKO. Зазначено, що згідно з результатами імуногістохімічних досліджень з використанням методу комп'ютерної мікроденситометрії в термін гестації 9 --- 12 тиж. найбільша експресія металопротеїнази-2 відзначається в інвазивному трофобласті, найменша --- у синцитіотрофобласті хоріальних ворсинок як за TORCH-інфекції, так і без інфекційного процесу, а проміжні показники відзначаються у цитотрофобласті хоріальних ворсинок та цитотрофобласті клітинних колонок. Експресія металопротеїнази-2 знижується у всіх чотирьох типах трофобласта (цитотрофобласт хоріальних ворсинок; цитотрофобласт клітинних колонок; інвазивний цитотрофобласт у фрагментах ендометрія), за TORCH-інфекції за виключенням синцитіотрофобласта хоріальних ворсинок. Висновки: згідно з результатами імуногістохімічних досліджень як за TORCH-інфекції, так і без інфекційного процесу з використанням методу комп'ютерної мікроденситометрії в термін гестації 9 --- 12 тиж., найбільша експресія металопротеїнази-2 відзначається в інвазивному трофобласті, найменша --- у синцитіотрофобласті хоріальних ворсинок, а проміжні показники ---- у цитотрофобласті хоріальних ворсинок та ци-

тотрофобласті клітинних колонок. Експресія металопротеїнази-2 знижується у всіх типах трофобласта за TORCH-інфекції, за виключенням синцитіотрофобласта хоріальних ворсинок.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.435. Каріологічні показники букального епітелію у новонароджених хворих на сепсис, батьки яких постійно проживали за умов різної екологічної обстановки / О. В. Власова // Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — **19**, № 1. — С. 13-19. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

Загальноприйнятим та доступним методом цитогенетичної оцінки мутагенної дії факторів різноманітної природи є мікроядерний тест. Наразі даний тест є одним з неінвазивних методів обстеження населення, які знаходяться під впливом забруднення навколишнього середовища. Мета дослідження — встановлення особливостей каріологічних показників букального епітелію у дітей, хворих на неонатальний сепсис, батьки яких постійно мешкали за умов різної екологічної обстановки. Для дослідження поставленої мети проведено комплексне обстеження 260 новонароджених дітей, які в 2015—2018 рр. перенесли неонатальний сепсис. Групоформувальною ознакою комплексної оцінки тривалого навантаження на організм батьків новонароджених антропогенного забруднення повітря, води і грунту в районах області виступав запропонований коефіцієнт екологічного ризику (КЕР) з врахуванням екологічної обстановки в обласних центрах. Так, до першої клінічної групи (основної) увійшли хворі на неонатальний сепсис, батьки яких постійно мешкали у місцях із КЕР 2,0 і більше та з несприятливою екологічною характеристикою обласного центру. Другу групу (порівняння) сформували новонароджені із сепсисом, батьки яких мешкали постійно на територіях із низьким ризиком несприятливого впливу наведених факторів зовнішнього середовища на їх організм (КЕР < 0,05) випадків, з середнім ризиком — 12,1 %, (P > 0,05), а з високим ризиком — 33,3 %, (P = 0,05) випадків. Висновки: результати каріологічного тесту ексфоліативного букального епітелію надають змогу відмітити, що у новонароджених основної групи у порівнянні до дітей групи порівняння суттєво частіше визначалися цитогенетичні порушення і у ряді випадків порушення клітинної кінетики у вигляді проліферації і апоптозу. Індекс накопичення цитогенетичних порушень був також суттєво вищим у хворих I групи за рахунок переважання в них хворих із високим ризиком цитогенетичних порушень.

Шифр НБУВ: Ж24159

4.Р.436. Настанови ISPD щодо перитонеального діалізу при гострому ураженні нирок: оновлення 2020 р. (педіатрія) // Нирки. — 2021. — **10**, № 3. — С. 176-178. — укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.437. Острый аппендицит у беременных: современное состоение проблемы, диагностика (обзор литературы и собственный опыт) / Р. Н. Абу Шамсия, В. В. Скиба // Лікар. справа. — 2020. — № 5/6. — С. 42-51. — Библиогр.: 51 назв. — рус.

Представлена общая характеристика проблемы, ее значимость для практики. Описаны современные диагностические технологии в неотложной хирургии острого живота.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.438. Патогенетична роль дефіциту вітаміну D та імунозапальних порушень у розвитку дистресу плода у вагітних з хронічним багатоводдям / Н. А. Гайструк, Л. Г. Дубас, А. Н. Гайструк, А. В. Мельник, О. Л. Льовкіна // Лікар. справа. — 2020. — № 3/4. — С. 14-20. — Бібліогр.: 6 назв. — укр.

Мета роботи — оцінити роль дефіциту вітаміну D та асоційованих імунозапальних порушень у розвитку дистресу плода у вагітних з хронічним багатоводдям. Обстежено 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та 90 вагітних з хронічним багатоводдям. У сироватці крові визначали рівень мета боліту вітаміну D (25(OH)D) і цитокінів IL-10 і IL-6 за допомогою імуноферментних методів з використанням стандартних наборів. Статистичну обробку одержаних результатів проводили за допомогою стандартних методів із застосуванням пакету прикладних програм «MS Excel» та «Statistica SPSS 10.0 for Windows». У вагітних з хронічним багатоводдям відзначається вірогідне зменшення в сироватці крові метаболіту вітаміну D — 25(OH)D на 21 %, зниження рівня протизапального цитокіну IL-10 на 26,4 % та зростання концентрації прозапального IL-6 на 17 % відносно жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Виникнення дистресу плода на тлі хронічного багатоводдя супроводжується посиленням дефіциту вітаміну D та імунозапальних порушень: рівні 25(OH) D та IL-10 відповідно на 18,5 та 17,5 % менше, а IL-6 на 13,3 % більше, ніж у жінок з хронічним багатоводдям без дистресу плода. Вираженість імунозапальних порушень в організмі вагітних з хронічним багатоводдям детермінується рівнем вітаміну D в організмі. Так, у жінок з дефіцитом 25(OH)D у сироватці крові зафіксовано достовірне зменшення вмісту IL-10 на 47,8 % та вірогідне збільшення рівня IL-6 на 34,6 % у порівнянні з показниками в жінок з недостатністю вітаміну D. Висновки: у розвитку дистресу плода у вагітних з хронічним багатоводдям важливу роль відіграє дефіцит вітаміну D та соційовані з ним імунозапальні порушення.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.439. Плацентарна дисфункція при порушенні роботи шишкоподібної залози: патогенез, діагностика, профілактика, ведення вагітності та пологів: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.01 / А. М. Бербець; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. — Тернопіль, 2021. — 35 с.: табл. — укр.

Дисертацію присвячено патогенетичному обгрунтуванню та розробці комплексу діагностичних, прогностичних та лікувально-профілактичних заходів у вагітних жінок, чия вагітність ускладнилася плацентарною дисфункцією, що проявляється у вигляді синдрому затримки внутрішньоутробного росту плода, на тлі порушенні роботи шишкоподібної залози. Встановлено вплив світлового режиму на вагітність та на будову і функціонування шишкоподібної залози на тлі вагітності. У вагітних жінок з дисфункцією плаценти встановлено структуру розладів сну та характер виділення мелатоніну. Уперше вивчено взаємозв'язок між функцією шишкоподібної залози, зміною активності цитокінової ланки імунної системи та показниками гомеостазу фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок та тлі клінічно діагностованої плацентарної дисфункції, досліджено корелятивні зв'язки між вивченими показниками. Відстежено зміни концентрацій мелатоніну, цитокінів та плацентарного фактору росту в пуповинній крові роділь, вагітність яких ускладнилася плацентарною дисфункцією. Досліджено експресію та розподіл мелатонінових рецепторів типу 1А та 1В в тканині плаценти на тлі плацентарної дисфункції. Запропоновано комплекс діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення перинатальних результатів при дисфункції плаценти шляхом нормалізації функції шишкоподібної залози у вагітних.

Шифр НБУВ: РА448268

4.Р.440. Прогнозування дистресу плода у вагітних з гіпертензивними розладами та гіпергомоцистеїнемією / Н. А. Гайструк, О. О. Мазченко, А. Н. Гайструк, І. В. Пролигіна, С. А. Тарасюк // Лікар. справа. — 2020. — № 5/6. — С. 61-72. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

Представлено спробу математичного прогнозування розвитку дистресу плода у вагітних з гіпертензивними розладами та гіпергомоцистеїнемією. В основу моделі покладено фактори, які значуще впливають на шанси несприятливого перебігу вагітності для цієї групи жінок. Клінічне значення прогнозування полягатиме у формуванні диференційованого підходу до ведення вагітності залежно від одержаного внаслідок застосування моделі значення ймовірності перинатальних ускладнень.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.441. Прогнозування та обгрунтування клінічних варіантів перебігу важких форм прееклампсії: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.01 / А. С. Дем'яненко; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. — Київ, 2020. — 19 с.: табл. — укр.

Вивчено патофізіологічні зміни, що відбуваються в першому триместрі вагітності залежно від наявності блювання та їх подальшої реалізації в динаміці вагітності, зокрема — їх значення в розвитку різних патогенетичних варіантів тяжкої прееклампсії. Показано, що попри неминучі втрати електролітів з блюванням, жінки, що мають це ускладнення першого триместру, не виявляють відмінностей в концентрації основних іонів від жінок з неускладненим перебігом вагітності. Шляхом підрахунків за біохімічними формулами продемонстровано необхідність зниження вмісту іонів натрію в динаміці вагітності, що є проявом фізіологічної гемодилюції. Саме таку закономірність виявлено у процесі проспективного спостереження за жінками з блюванням першого триместру. Натомість жінки з неускладненим перебігом першого триместру частіше демонструють зростання концентрації натрію до 20-22 тижня вагітності. Подібну динаміку продемонстровано і для показника гематокриту, тобто у жінок, що не мали скарг на блювання в перші місяці вагітності більш поширеною є тенденція до неповноцінної гемодилюції. Продемонстровано, що в першому триместрі частота виявлення антитіл до одного або кількох класів фосфоліпідів не перевищує загальнопопуляційну, проте під час повторного їх визначення ця частота значно зростає у жінок з неускладненим перебігом першого триместру, у жінок, що скаржились на блювання — залишається на попередньому рівні. Частота розвитку прееклампсії була однаковою серед пацієнток обох груп дослідження, проте для вагітних з неускладненим перебігом першого триместру властивими були більш ранній розвиток ускладнення, та більша частота біохімічних його проявів — гіперферментемії, тромбоцитопенії та гіпербілірубінемії.

Шифр НБУВ: РА445933

4.Р.442. Репродуктивні втрати у жінок — внутрішньо переміщених осіб: оптимізація діагностики, лікування та профілактики: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.01 / І. Ю. Романенко; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського.– Тернопіль, 2021.– 36 с.: табл., рис.– укр.

Дисертаційну роботу присвячено зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних із загрозою перери-

вання вагітності в I і II триместрах, які мають статус внутрішньо переміщених осіб, шляхом розробки і впровадження науково обґрунтованої комплексної програми медико-психологічної діагностики, лікування та профілактики. Показано необхідність визначення психоемоційного статусу, проведено комплексну оцінку значущості та встановлено характер і щільність взаємозв'язків між клініко-акушерськими, лабораторно-інструментальними та психометричними характеристиками. Показано роль та місце головного болю, представленого головним болем напруги та мігренню, у клінічній картині та перебігу вагітності. Встановлено предиктори у прогностичній моделі розвитку тривожних розладів у жінок ---- внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності. Розроблено математичну модель прогнозування розвитку передчасних пологів на основі дискримінантної системи рівнянь. Обґрунтовано використання лікувально-діагностичного алгоритму у вагітних ---- внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності з урахуванням виявлених особливостей патогенезу. Доведено, що розроблений вдосконалений лікувально-профілактичний комплекс сприяє зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень.

Шифр НБУВ: РА448340

4.Р.443. Формування структури та змісту дисципліни «Акушерство» для підготовки студентів спеціальності медсестринство спеціалізації «Лікувальна справа» освітнього ступеня молодший спеціаліст при вищих медичних навчальних закладах / О. М. Куса // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 108-114. ---- Бібліогр.: 4 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- ознайомити викладачів медичних освітніх закладів, у тому числі і вищих, при яких створено фахові медичні коледжі, із курсом навчальної дисципліни «Акушерство» для підготовки студентів спеціальності Медсестринство спеціалізації «Лікувальна справа» освітнього ступеня молодший спеціаліст. У даній роботі охарактеризовано навчальну дисципліну «Акушерство», яка є важливим предметом для професійного становлення майбутніх медиків. Зміст дисципліни «Акушерство» для підготовки студентів спеціальності Медсестринство спеціалізації «Лікувальна справа» освітнього ступеня молодший спеціаліст включає програму, в якій розкрито зміст навчального матеріалу, формулюються вимоги до організації його засвоєння та навчально-методичний комплекс. Розроблена програма та методика навчання сприяють формуванню професійної компетентності майбутніх спеціалістів. Засвоєні у процесі вивчення дисципліни знання та вміння визначають готовність фельдшера до професійної діяльності, надають змогу ефективно застосовувати їх сукупність та грамотно застосовувати медичні втручання за різних акушерських станів.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.444. Gestation complications in women with metabolic syndrome: pathogenesis, diagnosis and prevention (literature review) / L. P. Shelestova, L. F. Ushullu // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 33-38. ---- Бібліогр.: 45 назв. ---- англ.

Узагальнено сучасні наукові погляди на основні ланки патогенезу, критерії діагностики та методи профілактики гестаційних ускладнень у жінок із метаболічним синдромом (МС). Мета дослідження ---- проведення аналізу сучасних вітчизняних і зарубіжних досліджень щодо вивчення патогенетичних механізмів впливу компонентів МС на розвиток гестаційних ускладнень, методів їх діагностики та профілактики у жінок із МС. Доведено, що компоненти МС асоціюються з розвитком ускладнень вагітності, таких як прееклампсія, затримка росту плода та макросомія, гестаційний діабет, передчасні пологи, внутрішньоутробна загибель плода, звичне невиношування вагітності. За ознакою спільного патогенезу вище перелічені ускладнення відносяться до групи «великих акушерських синдромів». Показано, що вагітні з МС входять до групи високого ризику по виникненню «великих акушерських синдромів» і потребують своєчасного призначення профілактичних заходів щодо їх зниження. Майже всі наукові дослідження продемонстрували важливість регулювання метаболічних процесів в організмі жінки з МС ще на етапі преконцепційного періоду. Повідомляється, що модифікація способу життя, яка спрямована на зниження маси тіла шляхом призначення збалансованої гіпокалорійної дієти у поєднанні з фізичними вправами та застосуванням поведінкової терапії, призводить до поліпшення наслідків вагітності як для матері, так і для дитини. Встановлено, що проблема МС у жінок репродуктивного віку залишається актуальною в сучасній медицині та, враховуючи свою соціальну значимість, вимагає подальших досліджень в аспекті вивчення патогенезу, ранньої діагностики та профілактики зазначеної патології, оскільки це може значно покращити в майбутньому стан вагітної та позитивно вплинути на перебіг вагітності та пологів.

Шифр НБУВ: Ж23282

4.Р.445. Intrauterine subdural hematoma associated with blunt maternal trauma: a case report / Mehmet Hakan Sahin, Mehmet Emin Akyuz, Ufuk Temtek, Mustafa Kara, Kadir Serafettin Tekgunduz // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 67-70. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- англ.

Prenatal subdural hematoma is a rare condition and causes death or neurological impairment in newborns. The etiology of subdural hematoma is still controversial, but trauma is seen most important reason. In this disease, a multidisciplinary study is required, which includes gynecology, neurosurgery, neonatology, and radiology. We presented a newborn with prenatal subdural hematoma who we operated a treated in a multidisciplinary way.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.446. Maternal collapse in pregnancy and the puerperium / J. Chu, T. A. Johnston, J. Geoghegan // Укр. журн. Здоров'я жінки. ---- 2021. ---- № 1. ---- С. 69-96. ---- Бібліогр.: 117 назв. ---- англ.

Шифр НБУВ: Ж23282

Див. також: 4.Р.426, 4.Р.430

Педіатрія

Хвороби дітей

4.Р.447. Особливості моніторингу біспектрального індексу у дітей раннього віку з гідроцефалією / О. С. Павлиш, В. І. Снісарь // Медицина невідклад. станів. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 79-83. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Щорічно мільйони дітей з неврологічними захворюваннями піддаються загальній анестезії. Умови, при яких здійснюються операції у таких дітей, залежать від низки взаємопов'язаних факторів, що виникають в умовах неврологічного дефіциту та є нерідко причиною анестезіологічних ускладнень. Певний інтерес викликає можливість використання моніторингу біспектрального індексу у педіатричних пацієнтів з неврологічними порушеннями, а саме в дітей з гідроцефалією на фоні вентрикуломегалії. Мета роботи ---- оцінка динаміки показників BIS-моніторингу (від англ. Bispectral index ---- біспектральний індекс) у дітей раннього віку з гідроцефалією при проведенні вентрикулоперитонеального шунтування. У дослідження було включено 109 дітей. Дітям з набутою формою гідроцефалії (n = 59) проводилося вентрикулоперитонеальне шунтування, а у дітей без неврологічних (n = 50) порушень здійснювалися реконструктивні операції. Дослідження проводилось у 5 етапів: вихідний, індукція в анестезію, інтубація трахеї, травматичний етап операції, пробудження. Аналіз електроенцефалографічного дослідження у хворих дітей з гідроцефалією показав однорідність перебудов біоелектричного патерну, які відображали широке і стійке залучення у патологічний процес різних мозкових систем із дисфункцією мезенцефально-діенцефальних, зокрема гіпоталамічних утворень, у поєднанні з порушенням корково-підкорково-стовбурових взаємовідносин. При аналізі початкових показників біспектрального індексу в дітей з гідроцефалією було виявлено значно менші значення у порівнянні з неврологічно здоровими дітьми (89,25 та 94,80 відповідно). Аналіз змін інтраопераційного BIS-індексу показав, що в групі пацієнтів із гідроцефалією з використанням пропофолу під час індукції при досягненні першої хірургічної стадії анестезії за клінічними показниками значення BIS значно зменшувалися до 36,00 ± 2,74, що на 30 % менше у порівнянні з дітьми без неврологічних порушень та на 29 % при використанні севофлюрану. В групах, де використовувався пропофол, було виявлено вірогідну різницю показників BIS між дітьми з гідроцефалією та неврологічно здоровими дітьми під час усіх етапів операції. Це вказувало на те, що патерн інтраопераційного сну в дітей з гідроцефалією знаходиться на аномально низьких рівнях. Висновки: гіпоперфузія мозкової речовини разом з порушеннями корково-підкоркових взаємовідносин впливають на значення BIS-індексу. Використання пропофолу в дітей з гідроцефалією може призводити до розвитку церебральної ішемії зі зниженням електричної активності головного мозку.

Шифр НБУВ: Ж25344

4.Р.448. Первичная диагностика эозинофильного эзофагита у детей в хирургическом стационаре / К. Ю. Мараховский, В. И. Аверин, Е. А. Каминская // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 55-58. ---- Библиогр.: 4 назв. ---- рус.

Цель работы ---- определить критерии первичной диагностики и особенности течения эозинофильного эзофагита (ЭоЭ) у детей в условиях хирургического стационара. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 25 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии» в период с августа 2017 г. по декабрь 2019 г. по поводу различных нозологических заболеваний с клиническими проявлениями со стороны пищевода. Полученные данные обработаны в программе Microsoft Exel 2013. Главным критерием постановки диагноза ЭоЭ служит интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация с количеством эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (×400) не менее 15 в одном или нескольких биоптатах. Количество биоптатов из проксимального и дистального отделов пищевода должно быть не менее 6 (чем больше биоптатов, тем выше процент верификации ЭоЭ). Всем пациентам выполнена

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с лестничной биопсией из проксимального и дистального отделов пищевода. При проведении ЭГДС использован эндоскопический индекс оценки ЭоЭ по Hirano, который включает в себя 5 «больших» и 3 «малых» эндоскопических признака. К 5 «большим» критериями оценки ЭоЭ относятся: фиксированные кольца, экссудативные наслоения на слизистой, вертикальные линии или борозды, стриктура, отек слизистой, к 3 «малым» — скользящие и переходящие кольца, узкий пищевод, ломкость слизистой. Выводы: эозинофильный эзофагит чаще встречается у мальчиков в возрасте 5 — 7 и 10 — 17 лет, с отягощенным аллергологическим анамнезом, с жалобами на боль в животе и дисфагию неустановленной этиологии. Этим пациентам показана лестничная биопсия пищевода. Биопсия должна выполняться пациентам: оперированным по поводу атрезии пищевода, с плотным стенозированием зоны анастомоза, проявившегося после благополучного промежутка, а также детям с клиникой приобретенного стеноза пищевода; с предполагаемым диагнозом ахалазии, если, по данным манометрии пищевода, это патологическое состояние не относится к ахалазии по Чикагской классификации и/или зона стеноза смещена вверх от нижнего пищеводного сфинктера; перед корригирующей антирефлюксной операцией (фундопликация по Ниссену) с целью снижения послеоперационных осложнений и для предотвращения ухудшения воспалительного процесса. Исследования выполнены в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанных в работе учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей, детей.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.449. Результати хірургічного лікування астроцитом мозочка у дітей молодшого віку / Л. М. Вербова, А. В. Шаверський, Л. Л. Марущенко, І. П. Проценко, В. С. Михалюк, А. О. Свист, О. С. Волощук, Т. А. Малишева // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 2. — С. 25-33. — Бібліогр.: 13 назв. — укр.

Мета роботи — провести аналіз результатів хірургічного лікування астроцитом мозочка у дітей молодшого віку, встановити чинники, які визначають прогноз перебігу захворювання. Проаналізовано результати хірургічного лікування 112 дітей з астроцитомами мозочка. Всіх пацієнтів було прооперовано в Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України у 1980 — 2019 рр. Хлопчиків було 59,8 %, дівчаток — 40,2 %. Вік дітей становив від 3 міс до 3 років. Видалення пухлини виконано 106 пацієнтам: у 58 — тотально, у 31 — субтотально, у 16 — частково. Одному хворому проведено біопсію новоутворення. Дифузну диференційовану астроцитому (низькозлоякісну (II ступінь злоякісності) виявлено у 94 (83,9 %) пацієнтів, низькодиференційовану дифузну (високозлоякісну (III ступінь)) — у 18 (16,1 %). У мозочку астроцитоми найчастіше розташовувалися по середній лінії (77 (68,7 %) випадків). У 59 (52,7 %) випадках астроцитоми мали кістозний компонент, у 53 (47,3 %) — були солідними. Післяопераційна летальність за 30 років спостереження становила 15,2 %. Показники виживання у найближчий післяопераційний період були статистично значущо ($p = 0,03$) кращими за тотального видалення пухлини у порівнянні з частковим. За дифузної диференційованої астроцитоми мозочка середня тривалість катамнезу становила 6,7 року, гарну якість життя відзначено у 39,4 % пацієнтів. У віддалений період спостережень померло 7,3 % дітей. У разі низькодиференційованої дифузної астроцитоми мозочка середня тривалість катамнезу становила 4,3 року, задовільну якість життя відзначено у 68,0 % пацієнтів, погану — у 22,0 %, вегетативний стан — у 10,0 %. У віддалений період померло 20,0 % дітей. Мікроскопічними особливостями астроцитом мозочка є експансивно-інфільтративний характер поширення та наявність зон неоангіоматозу. Висновки: ступінь диференціювання дифузних астроцитом мозочка та радикальність їх видалення корелюють з якістю і тривалістю життя пацієнтів. Відзначено тенденцію впливу ступеня злоякісності астроцитоми на показники загального та безрецидивного виживання дітей молодшої вікової групи.

Шифр НБУВ: Ж100899

Див. також: 4.Р.61, 4.Р.435, 4.Р.456, 4.Р.479, 4.Р.489

Внутрішні хвороби

4.Р.450. Взаємозв'язок генетичних відхилень з лабораторними показниками периферичної крові та кісткового мозку в дітей, хворих на гостру лімфобластну лейкемію / О. А. Винницька, О. І. Дорош, Л. Я. Дубей, Н. В. Дубей // Буков. мед. вісн. — 2021. — **25**, № 1. — С. 11-18. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

Мета роботи — оцінити прогностичне значення взаємозв'язку генетичних відхилень із клініко-лабораторними показниками периферичної крові та кісткового мозку в дітей, хворих на гостру лімфобластну лейкемію (ГЛЛ). Обстежено 105 дітей із діагнозом ГЛЛ, середнім віком 6 років. Для виявлення хромосомних транслокацій AF4/MLL t(4;11) (q23; p23), BCR/ABL t(9;22)(q34; q11), E2A/PBX1 t(1;19)(q23; p13) та TEL/AML t(12;21)(q13; q22) використовували метод полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією (ЗТ-ПЛР). ПЛР проводили зі специфічними праймерами на відповідні хромосомні аберації. Детекцію продуктів ПЛР проводили за допомогою методу електорофорезу в 2 % агарозному гелі. Визначення мінімальної резидуальної пухлини (MRD) проводили за методом багатопараметричної проточної цитофлуориметрії з використанням моноклональних антитіл. У пацієнтів частота захворюваності на ГЛЛ найбільше виражена у дітей віком від 3 до 6 років — 37 осіб (35,2 %) та віком від 6 до 9 років — 26 осіб (24,8 %). Найбільша частота захворюваності траплялася в пацієнтів із хромосомною транслокацією TEL/AML — 22 (21 %) пацієнти з медіаною віку 5 років. На другому місці, за частотою виникнення мутацій є транслокація E2A/PBX1. Транслокація BCR/ABL траплялася рідше — 1,9 % хворих, однак експресія цього гена вказує на поганий перебіг захворювання, оскільки у пацієнтів після проведення цитостатичної терапії за програмою ALLIC BFM 2009 відзначався розвиток рецидиву. Розвиток рецидиву також спостерігався і в пацієнтів із хромосомною транслокацією TEL/AML. Визначення MRD показало його підвищений рівень у пацієнтів із хромосомними аберраціями BCR/ABL та TEL/AML протягом усього етапу лікування. Поряд із цим, у пацієнтів цих груп було виявлено ініціальний лейкоцитоз із подальшою лейкопенією після проведення курсу хіміотерапії. У пацієнтів всіх груп виявлено зниження рівня гемоглобіну. Висновок: найбільші зміни клініко-лабораторних показників виявлено у пацієнтів із хромосомними транслокаціями BCR/ABL та TEL/AML, про що свідчить розвиток рецидивів у пацієнтів цих груп. Низький рівень асоціативних зв'язків між порушеннями каріотипу, з утворенням AF4/ MLL та E2A/PBX1 та клініко-лабораторними показниками у хворих на гостру лімфобластну лейкемію може свідчити про те, що виділені клональні порушення є незалежними прогностичними чинниками щодо перебігу захворювання.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.451. Гонадопротекторна ефективність комбінованого застосування метформіну з метовітаном за метаболічного синдрому, індукованого в щурів-самців в ювенільному віці / Г. М. Шаяхметова, І. С. Блажчук, В. М. Коваленко // Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — **15**, № 4. — С. 256-265. — Бібліогр.: 39 назв. — укр.

Відомо, що метаболічний синдром (МС) негативно впливає на чоловічу статеву функцію та часто є причиною чоловічої інфертильності. Особливо вразливою є репродуктивна система, що зазнає негативного впливу зовнішніх факторів і захворювань у дитячому та підлітковому віці, коли відбувається її формування. Дані літератури щодо впливу на чоловічу репродуктивну функцію метформіну, який зазвичай призначається для лікування МС, є досить суперечливими. Мета дослідження — оцінити ефективність метформіну та його комбінації з метовітаном за введення щурам-самцям з МС щодо здатності запобігати розвитку оксидативного стресу в гонадах і розвитку субфертильності. Для відтворення моделі МС було використано 10 % розчин фруктози, яку давали замість питної води самцям щурят з початковою масою тіла 50 — 70 г, віком 3 тиж., яких було розподілено на 4 групи: 1 — контрольна (питна вода); 2 — МС (10 % розчин фруктози 60 днів); 3 — аналогічно попередній групі + метформін (перорально 266 мг/кг останні 30 днів); 4 — аналогічно попередній групі + метовітан (перорально три 5-денних курси 77,3 мг/кг останні 30 днів). Додавання метовітану до схеми лікування МС метформіном сприяло відновленню активності компонентів антиоксидантного захисту в сім'яниках і сироватці крові. За умов сумісного введення метформіну та метовітану підвищувався рівень тестостерону в сироватці крові щурів даної групи у порівнянні з тваринами з МС. На відміну від монотерапії застосування метформіну з метовітаном сприяло нормалізації як маси сім'яників та епідидимісів до показників контрольного рівня, так і відновленню продукції сперматозоїдів, що в свою чергу мало позитивний вплив на запліднювальну здатність щурів-самців з індукованим в ювенільному віці МС.

Шифр НБУВ: Ж100063

4.Р.452. Ефективність контролю бронхіальної астми у дітей шкільного віку залежно від особливостей дебюту захворювання / О. К. Колоскова, Т. М. Білоус, Н. О. Шевченко, Г. А. Білик // Буков. мед. вісн. — 2021. — **25**, № 1. — С. 54-62. — Бібліогр.: 14 назв. — укр.

Бронхіальна астма (БА) є хронічним захворюванням дихальних шляхів, яке характеризується утриманням хронічного запалення бронхів, що зазвичай проявляється персистуванням респіраторних симптомів хвороби. Контроль симптомів астми у дітей і моніторинг ризику несприятливих наслідків є основною метою лікування даної патології. Мета роботи — оцінити ефективність досягнення й утримання контролю БА в дітей у процесі динамічного спостереження залежно від особливостей дебюту захворювання. Для вивчення особливостей перебігу та контрольованості БА в дітей, залежно від альтернативного початку захворювання, на базі КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці, з використанням методу «дослід-контроль» у паралельних групах

із використанням простої випадкової вибірки комплексно обстежено 319 дітей. У 257 хворих (I клінічна група) БА розвинулася на тлі хронічного обструктивного бронхіту, до складу II клінічної групи увійшли 43 дитини, в яких БА дебютувала після перенесеної позалікарняної пневмонії, а третю (III) клінічну групу сформували 19 дітей, в яких БА верифіковано після стаціонарного лікування у відділенні інтенсивної терапії з приводу астматичного статусу. Показано, що у представників III клінічної групи у порівнянні з іншими хворими вірогідно частіше траплявся фенотип астми раннього початку та тяжкий перебіг захворювання, при цьому співвідношення шансів тяжкого перебігу БА в подальшому для цих дітей у порівнянні з когортою I групи становило 6,8. За результатами самооцінки контролю БА, за стандартизованими опитувальниками GINA і ACT, а також із використанням клінічно-інструментальної оціночної шкали встановлено, що рівень контролю над захворюванням в усіх групах був недостатнім, зокрема, у дітей III клінічної групи відносно інших пацієнтів за усіма опитувальниками переважав частково-контрольований і неконтрольований перебіг БА. Проведене стандартне протизапальне базисне лікування надало змогу досягти певних позитивних змін у пацієнтів клінічних груп спостереження, причому представники III клінічної групи потребували більш активної базисної протизапальної терапії, зокрема обсяг 1-го ступеня за GINA у порівнянні до хворих I групи призначався удвічі рідше, а 4-го ---- у 6,9 разу частіше. Висновок: у пацієнтів із дебютом БА у вигляді астматичного статусу відносно пацієнтів із хронічним обструктивним бронхітом або пневмонією в анамнезі, у подальшому утримується гірший рівень контролю над захворюванням, причому дана когорта пацієнтів потребує більшого обсягу базисного лікування, що вимагає персоналізованого підходу до призначення терапії з обов'язковим урахуванням особливостей дебюту БА.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.453. Інгібітори mTOR-рецепторів у комплексному лікуванні судинних мальформацій високого ризику у дітей / І. М. Бензар, Д. В. Жумік // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 7-13. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- укр.

Результати нещодавніх експериментальних та клінічних досліджень показали, що інгібітори mTOR-рецепторів здатні зупиняти прогресування судинних мальформацій та значно покращити якість життя пацієнтів. Це можливо за рахунок переривання ланцюга реакцій фосфатидилінозитол-3-кінази (PI3K)/AKT/mTOR. Мета дослідження ---- вивчення ефективності та безпеки інгібіторів mTOR рецепторів у дітей із судинними мальформаціями високого ризику. У дослідження було включено шість пацієнтів віком від 1 до 9 років з великими лімфатичними мальформаціями (n = 3) та складними судинними мальформаціями з повільним кровотоком, зокрема капошиформним лімфангіоматозом (n = 1), хворобою Горам ---- Стаута (n = 1), синдромом Кліппеля ---- Тренона (n = 1), які були резистентними до традиційних методів лікування. Сіролімус призначали перорально в початковій дозі 0,8 мг/м^2 кожні 12 год. до досягнення цільової концентрації в плазмі крові 5 ---- 10 нг/мл. Оцінка кінцевого результату дослідження ---- визначення ефективності та безпеки препарату ---- проводилась на основі клінічних, лабораторних та радіологічних даних. Тривалість лікування сіролімусом становила від 6 до 24 міс. У всіх пацієнтів спостерігали покращання стосовно одного або кількох проявів захворювання, що проявлялося полегшенням респіраторних симптомів, припиненням плевральної ексудації, нормалізацією показників згортання крові, зупинкою кровотечі та лімфореї, полегшенням болю і, як результат, покращанням якості життя. Радіологічними ознаками ефективності лікування були зменшення розмірів ураження та зупинка остеолізу. У пацієнтів була добра толерантність до лікування сіролімусом з деякими побічними ефектами, такими як лейкопенія (n = 1), стоматит (n = 2), дисліпідемія (n = 2). У жодному випадку не спостерігали повного одужання пацієнта, однак на фоні лікування не було погіршення перебігу захворювання. Сіролімус був ефективним при лікуванні великих лімфатичних мальформацій та комбінованих судинних аномалій, які були резистентними до традиційних методів та спостерігалась добра толерантність до терапії.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.454. Профілактика кровотеч, асоційованих з пізнім дефіцитом вітаміну К у немовлят перших трьох місяців життя, — тактика зменшення смертей і важкої інвалідності / М. М. Кісельова // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 5/6. ---- С. 52-60. ---- Бібліогр.: 37 назв. ---- укр.

Наведено основні причини порушень у системі гемостазу, які призводять до розвитку геморагічного синдрому у новонароджених і немовлят. Акцентовано увагу на різних формах геморагічної хвороби новонароджених (ГрХН) в основі якої лежить дефіцит жиророзчинного вітаміну К. Основну групу ризику кровотеч, асоційованих з пізнім дефіцитом вітаміну К формують діти, що годуються виключно грудним молоком. Представлено сучасні підходи профілактики пізніх кровотеч, асоційованих з дефіцитом вітаміну К в основі якого лежать хронічні проблеми травної системи ---- хронічний холестаз, муковісцидоз та інші. Описано й інтерпретовано сучасні рекомендації щодо профілактичного застосування вітаміну К у немовлят перших трьох місяців життя у Європейських країнах високого рівня економічного розвитку, США в яких відображено різні ефективні схеми профілактики кровотеч, асоційованих з дефіцитом вітаміну К у немовлят, що відмінні за вибором разової дози, тривалістю застосування профілактичного курсу та шляху уведення вітаміну K_1 (фітоменадіон). Підкреслено роль батьків у здійсненні профілактики дефіциту вітаміну К у немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні.

Шифр НБУВ: Жс20661

4.Р.455. Хвороба Крона в дитячому віці: сучасні підходи до лікування (огляд літератури) / Д. С. Солейко, О. М. Горбатюк, Н. П. Солейко, В. В. Солейко // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 2. ---- С. 309-318. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- укр.

Цель работы ---- путем обзора и анализа современных научных литературных источников представить мировой опыт и особенности лечения болезни Крона (БК) у детей, учитывая необходимость разработки единой стратегии лечения этой патологии в детском возрасте. Актуальность лечения БК у детей обусловлена ее дебютом в детском возрасте у большого количества пациентов (а значит более тяжелым и агрессивным течением), наличием различных хирургических осложнений, большим риском малигнизации, отсутствием общепринятых подходов к консервативному и хирургическому лечению. Представлен анализ результатов современных научно-клинических исследований лечения БК у детей с характеристикой групп медикаментозных препаратов и их отдельных представителей, методов лечения больных с хирургическими осложнениями БК в детском возрасте, коррекции образа жизни, психосоциальной адаптации, энтерального питания, реабилитации и диспансерного наблюдения. Описан принцип каскадного подхода к лечению БК на примере рекомендаций WGO. Выводы: лечение БК должно быть индивидуальным и комплексным, с осуществлением одновременной коррекции локальных проявлений заболевания, хирургических осложнений и изменений общего состояния пациента, соблюдением диеты, коррекцией образа жизни. Ожидаемый лечебный эффект от применения значительного количества предложенных групп медицинских препаратов при БК у детей остается дискутабельным или клинически не доказанным, что обусловливает необходимость осуществления дальнейших научно-клинических исследований. Изложенная информация поможет врачам определить оптимальный комплекс индивидуальных лечебных, реабилитационных мероприятий и рекомендаций для каждого пациента с БК в детском возрасте, эффективно осуществлять активное диспансерное наблюдение.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.456. Hereditary neuromuscular diseases in children of Belarus: Republican Register date / I. V. Zhauniaronak, L. V. Shalkevich, V. B. Smychek, T. N. Burd, A. N. Yakovlev, I. V. Naumchik, M. L. Vinichenko, O. L. Zobikova, S. O. Miasnikov // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 20-25. ---- Бібліогр.: 17 назв. ---- англ.

In many countries, problems of rare orphan diseases have recently been discussed, more specifically, hereditary neuromuscular diseases (HNMDs). As for 2020 data, there were about 400 million people worldwide suffering from different types of rare diseases which comprise over 7,000 nosologies. The data from official statistics in many countries do not provide detailed information on the prevalence of HNMDs; it is possible to obtain precise information on morbidity, mortality, analyses of genetic causes, social impact, etc. only in those countries that have registries of patients with HNMDs. To evaluate the situation with HNMDs in the Republic of Belarus, the pediatric population was examined. The Republican Center for Hereditary Neuromuscular Diseases (RC HNMD) for children was founded, based on which there were formed a computer database and the registry of patients with hereditary neuromuscular diseases. The age of patients was 0 to 18 years old (including 17 years 11 months 29 days). The study was designed as a retrospective, entire, and comparative (by nosologies). As of December 31, 2020, the HNMDs registry for children (0 ---- 17 years) demonstrated that the HNMDs prevalence was 2,34 cases per 10,000 age-matched population. The results showed that in type I spinal muscular atrophy the median time before diagnosis verification decreased almost 3-fold: before 2019 it was 7 months, while in 2019 ---- 2020, Me = 2,6 months; $p < 0,001$. Also, there is a significant reduction of the period for verification of the diagnosis of type II spinal muscular atrophy, i.e. fr om Me = 16 months (before 2019) to Me = 7,5 months (2019 ---- 2020), $p < 0,05$, which demonstrates the importance of establishing a centralized RC HNMD for children in Belarus and substantiates the necessity of developing its structure and cooperation with other community-based and government organizations. Conclusions. Within the structure of HNMDs nosologies, the top ones were taken by Duchenne ---- Becker muscular dystrophy ---- 0,8 per 10,000 age-matched population people spinal muscular atrophy ---- 0,5 per 10,000 of age-matched population, hereditary polyneuropathies ---- 0,4 by 10,000 of age-matched population. The study results show that the proportion of children born preterm (before 37 weeks of gestation) from the total amount of all children with registered HNMD accounts for 6,4 %, while the highest rate

was found for spinal muscular atrophy, which gives the reason to study children born preterm from the standpoint of alertness due to HNMD. The register data in the Republic of Belarus demonstrate the highest specific weight of dystrophynopathies within the structure of HNMDs, which made 40,8 % (178/436) from the total number of HNMDs cases of Registry with the prevalence of 0,95 per 10,000 age-m atched population (0 --- 17 years) along with limb-girdle muscular dystrophies, facioscapulohumeral muscular dystrophies.

Шифр НБУВ: Ж25223

Див. також: 4.Р.477, 4.Р.485, 4.Р.497

Хірургія дитячого віку

Хірургічна патологія окремих ділянок, систем і органів

4.Р.457. Вроджена діафрагмальна грижа: чи це патологія тільки неонатального періоду? / А. Ф. Салоха, О. Я. Борис, Р. В. Іваночко // Хірургія дит. віку. --- 2020. --- № 2. --- С. 91-95. --- Бібліогр.: 30 назв. --- укр.

Після неонатального періоду, вроджена діафрагмальна грижа проявляється широким спектром клінічних симптомів, що сприяє затримці в діагностиці та може призвести до помилкового діагнозу. Втручання, зумовлені помилковим діагнозом є причиною ятрогенних пошкоджень, що призводить до прогресування захворювання. У пацієнта з рецидивуючими неспецифічними симптомами з боку дихальних шляхів чи шлунково-кишкового тракту, необхідно завжди в диференціальній діагностиці враховувати вроджену діафрагмальну грижу. Описано клінічний випадок та основні симптоми перебігу пізнього прояву вродженої діафрагмальної грижі у дитини віком 6 років, а також сучасні методи діагностики й лікування цього захворювання. Незважаючи на дані літератури, клінічні прояви цього захворювання викликають великі труднощі щодо своєчасного його розпізнавання та лікування.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.458. Гіпермобільна селезінка при вродженій діафрагмальній грижі. Профілактика та корекція ускладнень / Д. Ю. Кривченя, В. П. Притула, Є. О. Руденко, С. Ф. Хуссейні, І. І. Шульжик // Хірургія дит. віку. --- 2020. --- № 2. --- С. 22-28. --- Бібліогр.: 12 назв. --- укр.

Гіпермобільна, або блукаюча селезінка --- рідкісна патологія, спричинена слабкістю або відсутністю зв'язкового апарата органа. Відомі випадки безсимптомного перебігу аномалії, а поява симптоматики пов'язана з перекрученням судинної ніжки селезінки або компресією інших органів. У літературних джерелах описано поодинокі випадки мобільної селезінки при вродженій діафрагмальній грижі (ВДГ) та окремих ускладнень без акценту на запобігання їм. Мета роботи --- оптимізувати лікувальну тактику в дітей з ВДГ з урахуванням наявності мобільної селезінки. Проведено ретроспективний аналіз хірургічної корекції ВДГ у 123 дітей, які перебували на лікуванні в Національній дитячій спеціалізованій лікарні «ОХМАТДИТ» протягом 2009 --- 2019 рр. У дослідження було включено 6 пацієнтів, в яких під час корекції ВДГ зліва виявлено ознаки мобільної селезінки або в яких у післяопераційному періоді відмічено ускладнення, пов'язані з цією аномалією. Верифікацію мобільної селезінки та її ускладнень проведено за допомогою ультразвукового дослідження, езофагогастрографії, інтраопераційної ревізії та холецистохолангіографії. Висновки: ВДГ є багатокомпонентною вадою розвитку, а мобільна селезінка --- її складовою. Підвищена мобільність селезінки після корекції ВДГ може бути причиною таких ускладнень, як перекручення та інфаркт селезінки, компресія та деформація шлунка з шлунково-стравохідним рефлюксом, компресією зовнішніх жовчних шляхів з їх розширенням та симуляцією кісти загальної жовчної протоки тощо. Тому верифікація та корекція мобільної селезінки при ВДГ має стати обов'язковим елементом хірургічної тактики.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.459. Модельне обгрунтування просторових параметрів хірургічного доступу при мініінвазивному оперативному лікуванні пілонідальної хвороби у дітей / Р. В. Шавлюк, В. С. Конопліцький, І. П. Паламарчук // Хірургія дит. віку. --- 2020. --- № 1. --- С. 10-20. --- Бібліогр.: 12 назв. --- укр.

Незадоволеність результатами лікування пілонідальної хвороби (ПХ) у дітей спонукає до пошуку нових шляхів удосконалення методології її хірургічного лікування. Мета роботи --- створення моделі просторового обгрунтування форми та параметрів оперативного доступу при лікуванні ПХ у дітей, як норицевих, так і безнорицевих її форм. На основі проведених анатомо-просторових досліджень крижово-куприкової ділянки у 50 хворих на ПХ визначено прогностичні чинники її перебігу у дітей. Визначено основні концептуальні припущення та рекомендації при видаленні патологічного вогнища. В усіх випадках розроблена модель розрахунку параметрів та локалізації оперативного доступу надала змогу дотримуватись мініінвазивного напрямку хірургічного лікування. Залежно від локалізації, розмірів та варіантів розташування норицевих ходів пілонідальної кісти, одержана на основі співвідношення еліпсоподібних площин просторова модель надає змогу визначити необхідні параметри операційної рани, що надає можливість максимально латералізувати операційну рану при мінімальній площі видалених м'яких тканин. Висновки: формування контурів, локалізації та параметрів інтраопераційного доступу при ПХ у дітей, згідно з розробленою моделлю просторового обгрунтування форми та параметрів оперативного доступу, свідчить про доцільність її еліпсоподібної форми, параметри якої визначаються розташуванням зовнішніх отворів норицевих ходів по відношенню до міжсідничної складки. Контур операційної рани у формі еліпса з чітко визначеними геометричними параметрами розрахованого об'єкта надає змогу виконувати мініінвазивні пластичні оперативні втручання при видаленні пілонідальної кісти без додаткового формування періанального шкірно-підшкірножирового клаптя, що надає можливість знизити кількість післяопераційних ускладнень і рецидивів та покращити якість і наслідки лікування.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.460. Органозберігаючі принципи реконструктивних оперативних втручань при атрезії тонкої кишки IV типу у новонароджених дітей / О. К. Слєпов, М. Ю. Мигур, О. П. Пономаренко // Хірургія дит. віку. --- 2020. --- № 1. --- С. 21-26. --- Бібліогр.: 14 назв. --- укр.

Атрезія тонкої кишки є найбільш розповсюдженою причиною природженої кишкової непрохідності у новонароджених дітей. Завдяки розвитку неонатальної хірургії, виживання малюків з цією патологією значно покращилось, особливо при атрезіях I --- IIIa типу, проте оперативне лікування атрезій IIIb --- IV типу і досі залишається складною проблемою. Насамперед це зумовлено підвищеною частотою розвитку синдрому короткої кишки, який, за даними різних авторів, спостерігається у 6 --- 32 % таких пацієнтів. Наявність низької кишкової непрохідності у плода діагностовано на 28-у тиж. гестації. Через 6 год. після народження проведено оперативне лікування: лапаротомію, резекцію та анастомозування множинно атрезованих сегментів тонкої кишки, виведення ентеростом за Мікулічем. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився розвитком бактеріально-грибкового сепсису. У міжопераційному періоді проводилось повне парентеральне харчування та введення кишкового вмісту з привідної стоми у відвідну для забезпечення безперервності пасажу кишкового вмісту по шлунково-кишковому тракту. На 36-ту добу життя проведено другий етап оперативного лікування: релапаротомію, вісцероліз, санацію абсцесу підпечінкового простору, поздовжню звужувальну ентеропластику, закриття ентеростом. Шляхом застосування комбінації поздовжньої звужувальної ентеропластики дилатованого проксимального та множинного анастомозування дистальних атрезованих сегментів досягнуто збереження загальної довжини тонкої кишки до 50,0 см. У віці 10 місяців дитина досягла повної ентеральної автономії. Висновки: профілактика синдрому короткої кишки у новонароджених дітей з інтестинальною атрезією IV типу полягає у дотриманні органозберігаючих принципів оперативного лікування. Для збереження довжини тонкої кишки найбільш доцільною є комбінація технік відповідної ентеропластики проксимальної та множинного анастомозування дистальної атрезованих кишок.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.461. Перший в Україні досвід подовжувальної ентеропластики при синдромі короткої кишки в одномісячної дитини / О. К. Слєпов, М. Ю. Мигур, О. П. Пономаренко, О. П. Гладишко, О. В. Маркевич, Г. О. Гребініченко // Хірургія дит. віку. --- 2020. --- № 2. --- С. 14-21. --- Бібліогр.: 20 назв. --- укр.

Закритий гастрошизис є однією з найбільш рідкісних форм гастрошизису, за якої защемлюються евентровані органи в стенозованому дефекті передньої черевної стінки. Це призводить до локального або тотального компресійного інфаркту евентрованої середньої кишки і до синдрому короткої кишки. Хірургічне лікування цієї патології є комплексним та багатоетапним і становить певні труднощі для дитячих хірургів в усьому світі. Наведено клінічний випадок. Підозру на закритий гастрошизис встановлено пренатально. За 10 хв. після народження дитині було проведено операцію: мобілізацію та низведення евентрованих органів, радикальну абдомінопластику власними тканинами. При цьому достовірних ознак кишкової непрохідності не виявлено. На 5-ту добу життя виконано повторне оперативне втручання з приводу діагностованої атрезії голодної кишки: виведення ентеростом за Мікулічем. На 32-гу добу життя проведено заключний етап хірургічного лікування: релапаротомію, вісцероліз, закриття ентеростом, звуження та подовження голодної кишки за методом STEP. У віці 1,5 місяця досягнуто повної ентеральної автономії. Запропонована тактика й стратегія хірургічного лікування є ефективною, надає змогу подовжити тонку кишку та зберегти достатню для досягнення повної ентеральної автономії абсорбтивну площу слизової оболонки. Рівень доказовості --- V.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.462. Пілонідальна хвороба у дітей: деякі ланки етіопатогенезу захворювання (клінічне спостереження) / Р. В. Шавлюк, В. С. Конопліцький // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 85-90. ---- Бібліогр.: 13 назв. ---- укр.

Пілонідальна кіста куприка ---- це розповсюджене гнійно-запальне захворювання, яке зустрічається у дітей різних вікових груп, частіше в підлітковому віці у вигляді появи гострого абсцесу. Захворювання схильне до рецидивуючого перебігу та потребує радикального хірургічного лікування в період ремісії. Однак, досі виникають суперечності науковців щодо як цього визначення, так і до причин виникнення пілонідальної хвороби. Наразі існують дві основні теорії етіології та патогенезу пілонідальної хвороби: теорії вродженого походження (емпіричні теорії, теорія нейрогенного походження, теорії ектодермального походження) та набутого походження. Найбільш «популярними» та аргументованими в останні роки є теорії набутого походження. Так, набутий механізм виникнення підтверджено в експерименті та доводить можливість потрапляння в порожнину пілонідальної кісти волосяних стрижнів (фрагментів) з різних ділянок тіла, бруду, злущеного епітелію, частинок сторонніх тіл і т. п. Однак у дітей при гістологічному дослідженні видалених макропрепаратів (після радикального видалення пілонідальної кісти) в товщі стінок виявлено елементи, що доводять вроджену причину виникнення пілонідальної хвороби. Як ілюстрацію багатогранності чинників формування та перебігу пілонідальної хвороби у дітей наведено клінічний приклад із власної практики. Він аргументує впровадження етіопатогенетично обгрунтованих методів хірургічного лікування патології, в основі яких знаходяться принципи усунення вроджених (конституційних) факторів, які сприяють формуванню захворювання: економне висічення м'яких тканин в ділянці міжсідничної складки, вирівнювання її глибини та латералізація лінії швів.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.463. Реконструкція кишкового тракту після тотальної колектомії у дітей з аганглiозом / В. П. Притула, М. І. Сільченко, О. О. Курташ, С. Ф. Хуссейні // Хірургія дит. віку.---- 2020. ---- № 1. ---- С. 51-57. ---- Бібліогр.: 19 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- розробити оптимальні реконструктивні функціональні резервуари для лікування дітей з агангліозом після тотальної колектомії. За період з 1980 до 2020 рр. накопичено досвід лікування 53 дітей після тотальної колектомії з агангліозом у віці від народження до трьох років з використанням оптимальної реконструктивної хірургії з формуванням функціонального кишкового резервуару. Висновки: відновлення цілісності кишкового тракту з утворенням функціонально вигідного резервуара у вигляді ілеотрансплантата з боковим анастомозом ---- найкращий варіант для реконструктивної хірургії після тотальної колектомії у дітей з агангліозом. Модернізований хірургічний підхід з формуванням різних варіантів функціонально вигідного резервуара для ліквідації наслідків відсутності товстої кишки у дітей сприяє полегшенню перебігу післяопераційного періоду, пришвидшенню реабілітації, покращанню соціальної адаптації та якості життя пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.464. Clinical-evolutive, diagnostic and treatmental particularities in traumatic diaphragmatic hernia in children. Clinical case presentation and literature review / S. Babuci, V. Eremia, V. Petrovici // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 73-77. ---- Бібліогр.: 10 назв. ---- англ.

Діафрагмально-травматична грижа ---- це дитяче захворювання. Відстрочені клінічні прояви та неспецифічна симптоматика створюють множинні діагностичні труднощі, що підвищує ризик розвитку важких ускладнень. Наведено клінічний випадок пізніх проявів травматичної діафрагмальної грижі у 4-річної дитини. Достовірний діагноз було установлено за допомогою комп'ютерної томографії грудної клітини з динамічним контрастним ангіографічним режимом. Дитина пройшла хірургічне лікування. Зроблено висновок, що первинне відновлення із використанням неабсорбованих швів у поєднанні із залученням безклітинної перикардіальної форми для ущільнення є ефективним варіантом хірургічного відновлення травматичних діафрагмальних дефектів у дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 4.Р.466, 4.Р.470, 4.Р.474

Хірургічна патологія ділянки живота

4.Р.465. Аналіз причин розвитку деструктивних форм гострого апендициту у дітей / В. С. Конопліцький, В. В. Погорілий, Ю. А. Димчина, Т. І. Михальчук, Ю. Є. Коробко // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 43-47. ---- Бібліогр.: 12 назв. ---- укр.

Мета дослідження ---- визначити основні причини виникнення деструктивних форм гострого апендициту (ГА) на основі аналізу кількісних характеристик патології у дітей Вінницької обл. в період з 2005 по 2018 рр. Для реалізації поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз 980 медичних карт стаціонарних хворих, які лікувались у Вінницькій обласній клінічній лікарні з приводу деструктивних форм ГА в період 2005 ---- 2018 рр. Вік дітей від 1,5 до 18 років. Проведено комплексний аналіз обстежень хворих дітей. Результати одержаних даних свідчать про те, що деструктивними формами апендициту частіше хворіють хлопчики, особливо молодшого шкільного віку. Причиною пізнього виявлення ГА є самолікування та помилки при діагностиці на ранніх етапах захворювання. Більшість пацієнтів звертались за допомогою протягом перших 2 діб від появи болю в животі. У структурі ускладнень переважали: місцевий перитоніт, оментит та тифліт. Висновки: необхідно звернути увагу на доступність медичної допомоги населенню, особливо в сільській місцевості, проведення санітарно-просвітницької роботи, більш широко застосовувати для діагностики інструментальні методи дослідження, такі як ультразвукове дослідження та спіральну комп'ютерну томографію органів черевної порожнини.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.466. Захисна тонкокишкова стома при хірургічній корекції тотальної форми аганглiозу кишечника у дітей / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, М. І. Сільченко, О. О. Курташ, С. Ф. Хуссейні // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 59-67. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Агангліоз товстої кишки ---- це вроджена вада розвитку нижнього відділу травного тракту, за якої відсутні інтрамуральні нервові сплетення, що призводить до стійкого порушення функції кишечника. Тотальна форма агангліозу кишечника є рідкісною аномалією, яка зустрічається до 1 на кожні 50 000 народжених дітей. Питання про необхідність захисних тонкокишкових стом, вибору рівня накладання, виду та способу їх формування при хірургічній корекції цієї вади розвитку залишається дискутабельним. Мета роботи ---- розробити оптимальні підходи щодо необхідності формування захисної тонкокишкової стоми при хірургічній корекції тотальної форми агангліозу кишечника у дітей. З 1980 до 2020 рр. проаналізовано досвід хірургічного лікування 41 дитини з тотальною формою агангліозу кишечника. Ізольоване ураження агангліозом лише товстої кишки було у 36 (87,80 %) із 41 пацієнта, а ураження всієї товстої та фрагменту тонкої кишок діагностовано ще у 5 (12,20 %) дітей. В усіх пацієнтів першим етапом виконували операцію ---- формування захисної тонкокишкової стоми. Висновки: формування захисної тонкокишкової стоми як першого етапу хірургічної корекції тотального агангліозу кишечника у дітей відбувається в ургентному порядку. Петлева тонкокишкова стома на висоті до 12 см від рівня агангліозу при тотальному ураженні товстої кишки є найбільш раціональним видом першого етапу хірургічної корекції цієї патології без ознак перфорації у дітей. Закриття захисних тонкокишкових стом при хірургічній корекції тотальної форми агангліозу кишечника у дітей слід виконувати через 2 ---- 4 міс. після радикальної операції за умови готовності сформованого «неоректуму» та ілеоанального анастомозу для включення в пассаж.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.467. Значення даних лабораторного дослідження у діагностиці гострого апендициту у дітей / А. А. Переяслов, О. М. Никифорук, А. І. Бобак, Р. В. Стеник, Р. І. Дац, Б. Я. Мальований // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 48-54. ---- Бібліогр.: 22 назв. ---- укр.

Незважаючи на тривалу історію вивчення гострого апендициту (ГА), частота запізнілої діагностики, виникнення перфорацій та негативних апендектомій залишаються достатньо високими. Діагноз ГА в багатьох випадках залежить від клінічного досвіду хірурга, проте в значної частини пацієнтів класична картина апендициту відсутня, що зумовлює високу частоту діагностичних помилок та необхідність пошуку нових діагностичних маркерів. Мета роботи ---- порівняти різні лабораторні показники не тільки для діагностики апендициту у дітей, але й доопераційного виявлення пацієнтів із можливим перфоративним ГА. Робота грунтується на результатах обстеження 3171 дитини, що прооперовані в І хірургічному відділенні Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ» упродовж 2009 ---- 2018 рр. Контрольну групу склали 146 дітей, госпіталізованих з підозрою на ГА, проте в подальшому цей діагноз не було підтверджено. Криві помилок, специфічність, чутливість, позитивна (ППЦ) і негативна (НПЦ) прогностична цінність, коефіцієнт імовірності (Likelihood Ratio ---- LR) визначали за показниками лейкоцитозу, кількості нейтрофілів, співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів (СНЛ) щодо діагностики ГА і його ускладнених форм, а також рівня натрію для діагностики перфоративного апендициту. Висновки: серед показників загального аналізу крові найкращу прогностичну значущість щодо діагностики ГА у дітей виявляють СНЛ та кількість нейтрофілів. СНЛ разом із рівнем натрію надають змогу з високим ступенем достовірності доопераційно виявити дітей з підозрою на перфорацію червоподібного відростка.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.468. Клінічний випадок завороту кишечника, спричиненого тривалим знаходженням магнітних кульок у травному тракті, у хлопчика шести років / О. Р. Горбач, О. М. Содома, О. М. Никифорук // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 92-94. ---- Бібліогр.: 7 назв. ---- укр.

Досить часто діти проковтують сторонні тіла (монети, голки, гудзики, батарейки та ін.), більшість яких безсимптомно проходять по травному тракту, не спричинюючи негативних наслідків,

проте іноді вони можуть становити небезпеку для здоров'я дитини. Небезпечними вважаються магнітні предмети, оскільки при проковтуванні кількох магнітів вони розміщуюся у різних відділах травного тракту, притягуються один до одного, що може спричинити серйозні ускладнення з боку органів травного тракту ---- ішемія та некроз кишечника, заворот, кишкова непрохідність, перфорація, формування нориці та навіть смерть. Наведено випадок лікування дитини віком шести років, госпіталізованої в І хірургічне відділення КНП ЛОР Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ» з клінічною картиною кишкової непрохідності. Під час операції у дитини діагностовано заворот та множинні перфорації тонкого кишечника, спричинені тривалим перебуванням декількох магнітних кульок у травному тракті. Висновки: нехтування такою властивістю магнітних предметів, як магнетизм, може зумовити виникнення життєво загрозливих ускладнень. Вчасне звернення та раннє хірургічне втручання, за неможливості ендоскопічного видалення магнітів, можуть запобігти виникненню негативних наслідків.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.469. Оцінка ендоскопічних та хірургічних методів лікування допечінкової форми портальної гіпертензії у дітей / О. С. Годік, Д. І. Вороняк, І. В. Коломоєць, Л. О. Трембач, Л. Є. Янович, О. Г. Дубровін // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 29-35. ---- Бібліогр.: 27 назв. ---- укр.

Хірургічні методи лікування портальної гіпертензії (ПГ) у дітей надають змогу досягти стійкого ефекту в профілактиці кровотеч із варикозно розширених вен (ВРВ) та зниженні тиску в портальній системі. Дискутабельним залишається питання щодо можливості поєднання методів ендоскопічного та хірургічного лікування з метою підвищення ефективності профілактики кровотеч із ВРВ при ПГ у дітей. Мета роботи ---- визначити оптимальну тактику профілактичного лікування кровотеч із ВРВ у дітей із допечінковою формою ПГ. Дизайн дослідження ---- ретроспективне когортне. Проаналізовано дані 84 пацієнтів з ПГ, які обстежувалися та лікувалися протягом 2016 ---- 2019 рр. у НДСЛ «ОХМАТДИТ». У дослідження увійшли пацієнти віком до 18 років з допечінковою формою ПГ та наявністю ВРВ стравоходу та шлунка із загрозою кровотечі з них. Відповідно до обраного методу профілактичного лікування було сформовано дві групи ---- хірургічного та ендоскопічного лікування. Основними змінними дослідження було обрано досягнення ерадикації ВРВ стравоходу та кількість рецидивів кровотеч. Висновки: ендоскопічне профілактичне лікування у порівнянні з хірургічним може бути ефективнішим щодо ерадикації ВРВ стравоходу ($p = 0,005$). Ендоскопічне лікування має меншу частоту та тяжкість виникнення післяопераційних ускладнень у порівнянні з хірургічним лікуванням ($p < 0,001$). Оптимальною тактикою профілактичного лікування допечінкової форми ПГ у дітей є комбінація ендоскопічного та хірургічного методів лікування для досягнення повноти лікування.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.470. Порівняння різних методів післяопераційного знеболення у дітей з перитонітом, ускладненим інтраабдомінальною гіпертензією / В. М. Перова-Шаронова // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 41-50. ---- Бібліогр.: 34 назв. ---- укр.

Апендикулярний перитоніт є найпоширенішою причиною розвитку ускладненої інтраабдомінальної інфекції у дітей та ризиком розвитку інтраабдомінальної гіпертензії (ІАГ). Біль у післяопераційному періоді у пацієнтів із перитонітом, ускладненим ІАГ, пов'язаний не лише з хірургічною травмою тканин, а може мати сомато-вісцеральне походження. Знеболення рекомендовано в комплексі інтенсивної терапії ІАГ з метою покращання комплаєнсу передньої черевної стінки. Оптимального методу знеболення для пацієнтів із перитонітом та ІАГ не визначено. Мета роботи ---- дослідити вплив різних методів знеболення на інтенсивність післяопераційного болю у дітей з ІАГ після оперативних втручань з приводу апендикулярного перитоніту. 73 дитини, яким було проведено оперативні втручання з приводу апендикулярного перитоніту, було рандомізовано на групи залежно від методу післяопераційного знеболювання: «Опіоїди» ($n = 25$, внутрішньовенна інфузія морфіну), «Лідокаїн» ($n = 22$, внутрішньовенна інфузія лідокаїну), «ЕДА» ($n = 26$, епідуральна анестезія). Усім дітям у післяопераційному періоді проведено оцінку інтенсивності болю за шкалами NRS або FLACC, а також вимірювання рівня інтраабдомінального тиску (ІАТ). Залежно від рівня ІАТ дітей ретроспективно поділено на підгрупи: «Без ІАГ» (ІАТ > 10 мм рт. ст.) та «ІАГ» (ІАТ > 10 мм рт. ст.). Висновки: інтенсивність больового синдрому у дітей прямо пропорційна рівню ІАТ. Для пацієнтів з перитонітом, ускладненим ІАГ, епідуральна анестезія є оптимальною аналгетичною методикою, що не спричиняє додаткового збільшення ІАТ та забезпечує достатню сомато-вісцеральну аналгезію. Внутрішньовенна інфузія лідокаїну може бути використана як альтернатива епідуральній анестезії.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.471. Случай длительного нахождения инородных магнитных тел в желудочно-кишечном тракте ребенка / А. В. Глуткин, А. В. Хмеленко, В. В. Хартанович, Д. С. Кривецкий // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 2. ---- С. 96-99. ---- Библиогр.: 6 назв. ---- рус.

Инородные тела в пищеварительном канале детей встречаются часто в дошкольном возрасте. Особое внимание следует уделить таким агрессивным инородным телам, как неодимовые магниты. Описан клинический случай длительного нахождения магнитных инородных тел в желудочно-кишечном тракте ребенка. Представлена клиническая картина, диагностика и комбинированный вариант лечения ребенка с инородными телами. Подтверждено, что выжидательная тактика динамического наблюдения за пассажем нескольких магнитных шариков по желудочно-кишечному тракту может привести к осложнениям, даже без клинических проявлений.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.472. Співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів як маркер гострого апендициту та його деструктивних форм у дітей / А. А. Переяслов, А. І. Бобак, О. М. Никифорук, Р. В. Стеник, Н. М. Опікан, Ж. М. Переяслова // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 35-40. ---- Бібліогр.: 23 назв. ---- укр.

Незважаючи на добре відомі класичні симптоми гострого апендициту (ГА), рання діагностика в деяких випадках може бути утрудненою, що зумовлює несприятливі наслідки і, відповідно, вимагає впровадження нових діагностичних критеріїв. Протягом останніх років увагу хірургів привертає співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів (СНЛ) як простий і недорогий маркер запального процесу. Проте питання ефективності цього показника для діагностики ГА та його ускладнених форм залишається дискусійним. Мета роботи ---- оцінити результати визначення СНЛ для діагностики ГА і визначення його ускладнених форм (перфоративного ГА). Робота грунтується на результатах ретро---- і проспективного обстеження 3171 дитини, прооперованої з приводу ГА у І хірургічному відділенні Львівської ОДКЛ «ОХМАТДИТ» упродовж 2009 ---- 2018 рр. Контрольну групу склали 146 дітей, госпіталізовані з підозрою на ГА, у яких діагноз не підтвердився. СНЛ визначали при надходженні, а результати порівнювали з даними гістологічного дослідження. Показники СНЛ були суттєво вищими у дітей з флегмонозним, гангренозним і перфоративним ГА у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,001$), і лише у пацієнтів із катаральним апендицитом ця різниця не мала статистичної достовірності ($p > 0,05$). Чутливість, специфічність, позитивна прогностична цінність (ППЦ), негативна прогностична цінність (НПЦ), площа під кривою помилок (AUC) та граничний показник СНЛ для діагностики ГА серед усіх дітей були 84,9, 67,1, 17, 98,2, 0,801 і 2,61 % відповідно. Водночас показники чутливості, специфічності, ППЦ, НПЦ, AUC і граничне значення СНЛ для диференціації неускладнених і перфоративних форм апендициту становили 90,3, 89,9, 98,9, 46,4, 0,832 і 10,24 % відповідно. Висновки: високі показники СНЛ допомагають виділити пацієнтів не тільки з високою вірогідністю ГА, але й з ускладненими формами захворювання (гангрена або перфорація). Цей показник легко і швидко обчислюється, що має значення при обстеженні дитини у приймальному відділенні, не вимагає додаткових коштів.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.473. Сучасні методи діагностики та лікування вродженої непрохідності тонкої кишки у дітей (огляд літератури) / Р. П. Кліманський, С. О. Жаріков, Н. Нгуєн, О. І. Юдін // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 72-80. ---- Бібліогр.: 47 назв. ---- укр.

Вроджена непрохідність тонкої кишки характеризується наявністю повного або часткового порушення її прохідності, що нерідко супроводжується розвитком синдрому поліорганної недостатності із залученням усіх органів і систем організму, та потребує проведення ургентного хірургічного втручання у новонародженої дитини. Своєчасне виявлення інтестинальної обструкції у новонароджених дітей є необхідною умовою, враховуючи імовірність розвитку тяжких ускладнень. Досягнення в хірургічному лікуванні, інтенсивній терапії та післяопераційній нутритивній підтримці за останнє десятиріччя призвели до покращання виживаності новонароджених з вродженою непрохідністю тонкої кишки, проте вона і досі пов'язана із значним рівнем захворюваності та летальності. З метою покращання результатів хірургічного лікування вродженої непрохідності тонкої кишки в усьому світі проводяться дослідження факторів, які впливають на летальність, але результати їх різняться і подекуди залишаються суперечливими. Факторами ризику смертності вважають складні вади серця, недоношеність, сепсис, пневмонії та такі хірургічні ускладнення, як синдром короткого кишечника, неспроможність анастомозу та гастродуоденальна дисфункція. Проведено аналіз публікацій з актуальних проблем діагностики та лікування вродженої непрохідності тонкої кишки у дітей. Розглянуто основні принципи та методи оперативних втручань окремих дитячих хірургічних клінік, а також реабілітацію дітей у післяопераційному періоді.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.474. Тактичні підходи до лікування кіст селезінки у дітей / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, А. С. Кузик, С. Ф. Хус-

сейні, М. І. Сільченко // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 27-34. ---- Бібліогр.: 16 назв. ---- укр.

Тактичні підходи до лікування кіст селезінки (КС) у дітей досі залишаються суперечливими. Мета роботи ---- розробити раціональні тактичні підходи до лікування КС у дітей. Проведено ретроспективний аналіз діагностики та лікування 265 дітей у віці від 1 місяця до 18 років з КС. Прооперовано 175 (66,04 %) дітей. Решта 90 (33,96 %) пацієнтів знаходилися під динамічним спостереженням. Виконано 119 (68,00 %) відкритих і 56 (32,00 %) лапароскопічних втручань у дітей з різною посегментною локалізацією кіст. Лапаротомну парціальну цистектомію виконано у 12 пацієнтів, парціальну цистектомію із капітонажем ---- у 36, парціальну резекцію селезінки ---- у 70 і спленектомію (при тотальному кістозному ураженні селезінки) ---- в однієї дитини. Рецидив кісти після відкритої корекції КС відмічено у 2 (1,68 %) із 119 пацієнтів, який корегували повторною парціальною цистектомією із капітонажем при відкритій операції. Лапароскопічну парціальну цистектомію виконано у 30 пацієнтів, парціальну цистектомію із капітонажем ---- у 21 і парціальну резекцію селезінки ---- у 5 дітей. У 3 (5,36 %) із 56 пацієнтів після лапароскопії відмічено рецидив кісти. Корегували рецидив КС в одному випадку лапароскопічно і у двох дітей ---- відкритою операцією. У 9 (7,56 %) дітей після лапаротомної та у 7 (12,50 %) після лапароскопічної корекції КС у віддаленому періоді зберігалася мінімальна залишкова порожнина кісти, яка самостійно зарубцювалася в динаміці протягом 1 ---- 2 років. Не оперували пацієнтів за наявності кістозного утворення у селезінці діаметром менше 20 мм (n = 61). Прогресування росту кіст у цих дітей не спостерігалося. Також не оперували тих дітей, у яких розміри кіст у селезінці були від 20 до 62 мм, мали безсимптомний перебіг, і батьки не давали згоду на хірургічне лікування (n = 29), але ця група малоінформативна щодо аналізу моніторингу. За результатами дослідження запропоновано алгоритм лікування КС у дітей. Висновки: лікування дітей з КС залишається суперечливим. Індивідуальний вибір методу хірургічного лікування КС залежить від локалізації, розмірів, співвідношення до архітектоніки магістральних судин і варіанта ураження паренхіми селезінки на основі променевих методів діагностики та набутого досвіду. Парціальна резекція селезінки з урахуванням її сегментарного кровопостачання лапароскопічним чи відкритим способом є раціональним методом лікування КС, що радикально ліквідовує патологію та зберігає всі важливі функції ураженого органу. Лапароскопічне лікування КС у дітей має обмежені показання. При КС діаметром до 20 мм раціональним є динамічне спостереження.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.475. Хірургічне лікування аномалій фіксації ободової кишки у дітей / О. Б. Боднар // Клініч. анатомія та операт. хірургія. ---- 2020. ---- **19**, № 4. ---- С. 32-36. ---- Бібліогр.: 5 назв. ---- укр.

Під хворобою Пайра розуміють вроджену аномалію, яка виникає в період ембріогенезу внаслідок фіксації селезінкового кута товстої кишки короткою і високо розташованою лівою поперечно-ободово-діафрагмовою зв'язкою, створюючи різкий перегин та формуючи «колодвостволку». У цьому випадку утруднюється пасаж калу по поперечній ободовій кишці, виникає і її провисання до малого таза. Характерними для даної патології є нападоподібні болі (посилюються за фізичного навантаження та після прийому їжі) та тривалі запори, які з часом прогресують. Під синдромом Хілаідіті розуміють доволі рідкісну патологію, за якої спостерігається інтерпозиція печінкового кута товстої кишки між печінкою та діафрагмою. Існують постійна та переміжна локалізації. В роботі узагальнено досвід оцінки клінічних проявів та віддалених результатів лікування дітей з хронічним колостазом, що зумовлений аномаліями фіксації ободової кишки. З хворобою Пайра було 58 дітей, з синдромом Хілаідіті ---- 3. Оперовано: 24 пацієнта з хворобою Пайра та 2 з синдромом Хілаідіті. Для оцінки ефективності проведених хірургічних втручань дітей було розподілено на дві групи: I група ---- порівняльна та II група ---- дослідна. В I групі (n = 12 дітей) проведено аналіз хірургічного лікування за традиційними способами. В II групі (n = 14 дітей) проведено аналіз хірургічного лікування за запропонованими способами. Хірургічне лікування хвороби Пайра у дітей за допомогою традиційних методів супроводжується рецидивом хронічних запорів у 45,45 %, больового синдрому в 50 %, метеоризму в 33,33 % та недостатності ілеоцекального замикального апарата в 100 % дітей. Незадовільні наслідки хірургічного лікування синдрому Хілаідіті спостерігалися в дитини порівняльної групи. Відновлення клінічних проявів у меншій степені, ніж до операції відмічено в 1 дитини дослідної групи. Для лікування хвороби Пайра пропонується операція: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекція поперечної ободової кишки та колофіксація лівого вигину ободової кишки. Для лікування синдрому Хілаідіті (у випадку доліхоасцендоколон) пропонується операція: гепатопексія, резекція правого вигину ободової кишки з асцендо-трансверзоанастомозом «кінець у кінець», колофіксація правого вигину ободової кишки. Доведено їх доцільність.

Шифр НБУВ: Ж24159

Див. також: 4.Р.460, 4.Р.483

Травматологія та ортопедія дитячого віку

4.Р.476. Класифікація та механізм формування повздовжньої плоскостопості у дітей / О. В. Шульга // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 58-63. ---- Бібліогр.: 4 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- визначити основні механізми формування повздовжньої плоскостопості у дітей (ППД) залежно від етіологічних причин виникнення; розробити класифікацію плоскостопості з урахуванням супутніх деформацій у різних відділах стопи. Проаналізовано клініко-рентгенологічні показники, одержані при обстеженні 31 хворого віком від 4 до 18 років з ППД I ---- III ступенів, що сформувалася за різними етіологічними типами. На основі клінічних та інструментальних методів дослідження визначено різні види деформації стопи; ступінь мобільності у підтаранному суглобі стопи визначався за коефіцієнтом мобільності (патент на корисну модель № 132904 «Спосіб визначення ступеня мобільності стопи», співавтори О. А. Данилов, О. В. Шульга, В. В. Горелік). Залежно від етіологічних типів проаналізовано механізм формування повздовжньої плоскостопості та розроблено класифікацію ППД з у рахуванням супутніх деформацій у різних відділах стопи. Висновки: розуміння механізму формування ППД та використання запропонованої класифікації з урахуванням етіологічних причин виникнення патології допоможе в діагностиці й виборі методів лікування ППД.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.477. Необхідність та доцільність корекції різниці довжини нижніх кінцівок при вроджених судинних мальформаціях у дітей / Ю. М. Гук, А. М. Зима, А. І. Чеверда, Т. А. Кінча-Поліщук, Р. В. Видерко, О. Ю. Скуратов // Хірургія дит. віку.---- 2020.---- № 2.---- С. 68-72. ---- Бібліогр.: 11 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- обгрунтувати доцільність і безпечність хірургічної корекції різниці довжини нижніх кінцівок (РДНК) у пацієнтів дитячого віку при вроджених судинних мальформаціях (ВСМ) залежно від її форми та локалізації, на підставі оцінки результатів лікування. В основу роботи покладено аналіз обстеження та лікування 16 пацієнтів, які перебували на лікуванні в ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» упродовж 2010 ---- 2019 рр. РДНК встановлювалась на підставі клінічних та рентгенологічних даних. 12 пацієнтів лікувались консервативно; у 4 ---- виконували хірургічні втручання. РДНК діагностовано у 14 пацієнтів через видовження ураженої кінцівки; через вкорочення у 2 пацієнтів. РДНК через видовження кінцівки до 2 см спостерігалась у 8 хворих; від 2 см до 3,5 см відмічалась у 6 пацієнтів. Хірургічне лікування РДНК застосовувалось у 4 пацієнтів з синдромом Кліппеля ---- Треноне з видовженням кінцівки більше 2 см: виконували тимчасове блокування зон росту 8-подібними пластинами. У 3 хворих досягнуто повної корекції РДНК за 1,5 ---- 2 роки, в 1 випадку утримувалась залишкова РДНК 0,5 см. Ортопедичне втручання не впливало на перебіг судинної мальформації та не викликало у жодному випадку ускладнень. Висновки: встановлено, що для пацієнтів з ВСМ характерна РДНК, що залежить від типу судинної патології та віку пацієнта. Результати хірургічного лікування РДНК при ВСМ свідчать про доцільність та необхідність його проведення в окремих випадках. Хірургічне лікування РДНК має бути обгрунтованим із обов'язковим урахуванням судинної патології. Тимчасове блокування зон росту в ділянці колінного суглоба є малотравматичним та ефективним способом корекції РДНК у пацієнтів дитячого віку з ВСМ.

Шифр НБУВ: Ж24339

Інфекційні та паразитарні хвороби

4.Р.478. Клінічний випадок природженої CMV-нейроінфекції в дитини з вибірковим дефіцитом IgA / Д. В. Мальцев, Л. І. Мельник, І. А. Мальцева // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 6. ---- С. 51-56. ---- Бібліогр.: 27 назв. ---- укр.

Вважають, що природжена CMV-інфекція має місце щонайменше у 1 % немовлят, хоча результати останніх клінічних досліджень вказують на питому вагу зазначених уражень на рівні 8 % випадків серед усіх новонароджених. Тяжкість клінічних симптомів ураження нервової системи CMV-етіології залежить від терміну внутрішньоутробного інфікування. При ранньому інфікуванні, протягом першого триместру внутрішньоутробного періоду, коли відбувається закладка головного мозку, розвиваються тяжкі вади центральної нервової системи, включаючи аненцефалію, порencефалію, шизенцефалію, лісенцефалію, мікрополігірію та пахігірію. При більш пізньому зараженні, протягом 2 ---- 3-го триместру вагітності, відзначають більш легкі прояви: вентрикуломегалію, порушення мієлінізації білої речовини мозку, кісти в полюсах скроневих часток, гіпогенезію мозолистого тіла, перивентрикулярні кальцифікати та ураження кохлеовестибулярних нервів. Наведено історію хвороби хлопчика віком 5 років з типовими клініко-інструментальними ознаками природженої CMV-інфекції. У дитини відзначались глибокий спастичний тетрапарез, тяжка затримка психомовленнєвого розвитку, рефрактерний епілептичний синдром із поліморфними нападами, порушення роботи тазо-

вих органів, унеможливлення самостійного пересування. МРТ головного мозку демонструвала типові радіологічні ознаки природженої CMV-інфекції: кортикальну атрофію, вентрикуломегалію, перивентрикулярний гліоз, поля демієлінізації в білій речовині півкуль, кісти в полюсах скроневих часток, гіпоплазію мозолистого тіла. Протягом періоду новонародженості відзначалися специфічні IgM до CMV у сироватці крові. ПЛР лейкоцитів крові виявила ДНК CMV у дитини в 5-річному віці на момент звернення в клініку за медичною допомогою. Ця інфекція призводила до генералізованої лімфаденопатії, гепатоспленомегалії, тромбоцитопенії та лімфомоноцитозу. Оцінка імунного статусу показала наявність вибіркового дефіциту IgA, з чим пов'язали розвиток цієї опортуністичної інфекції. Обговорено типові помилки при клінічному веденні дітей із природженою CMV-інфекцією.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.479. Скелетно-м'язові ураження в перебігу коронавірусної хвороби (COVID-19) у педіатричній практиці. Власне спостереження: клінічний випадок / В. О. Свистільник, О. С. Михнушева, К. Б. Савінова // Міжнар. неврол. журн. — 2021. — **17**, № 7. — С. 11-15. — Бібліогр.: 20 назв. — укр.

Пандемія коронавірусної хвороби залишається в центрі уваги вітчизняної і світової системи охорони здоров'я. Патогенні властивості вірусу SARS-CoV-2 зумовлюють ураження як нервової системи, так й інших органів і систем людини. Мета роботи — привернути увагу лікарів до діагностики скелетно-м'язових уражень, зокрема рабдоміолізу, для запобігання можливим ускладненням при коронавірусній хворобі (COVID-19). Було обстежено та проведено спостереження групи дітей зі скелетно-м'язовими ураженнями на тлі перебігу коронавірусної хвороби (COVID-19) протягом 2020 — 2021 рр. Клінічний випадок власних спостережень такого хворого наведено в роботі. В пацієнта, хлопчика віком 15 років, після перенесеної гострої фази коронавірусної хвороби через 33 дні з'явилися загальна слабкість, сильний біль в ділянці правого стегна і кульшового суглобу, лихоманка. Проведено диференціальна діагностика скелетно-м'язових уражень і остеомієліту. Дифузні хвороби сполучної тканини, захворювання, що відносяться до онкогематологічних, а також гепатити було виключено на підставі клінічних даних і проведених обстежень. Ідентифіковані на підставі клінічного обстеження та результатів МРТ запальні зміни клубового, затульного та грушоподібного м'язів з формуванням абсцесу, разом із високим рівнем трансаміназ крові свідчили про розвиток рабдоміолізу. Виявлений позитивний IgG до вірусу SARS-CoV-2 підтверджував зв'язок даного патологічного стану з перенесеною раніше гострою фазою COVID-19. Ознаки коагулопатії, анемія в гемограмі одночасно з клінічними симптомами рабдоміолізу, надали змогу підтвердити системність ураження в перебігу коронавірусної хвороби в дитини. Своєчасна оцінка клінічної симптоматики (загальної слабкості, болю в м'язах) і рівня КФК, трансаміназ, електролітів, креатиніну, сечовини крові допоможе здійснити ранню діагностику рабдоміолізу, призначити адекватну терапію і запобігти розвитку тяжких ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.480. Фармакоекономічне обгрунтування удосконалення лікарського забезпечення дітей, хворих на дитячі бактерійні інфекції: автореф. дис.... канд. фармацевт. наук: 15.00.01 / І. П. Білик; Запорізький державний медичний університет. — Запоріжжя, 2021. — 25 с.: рис., табл. — укр.

Дисертацію присвячено науковим дослідженням у використанні фармакоекономічного підходу до вдосконалення лікарського забезпечення дітей, хворих на дитячі бактерійні інфекції. Вивчено структуру захворюваності на кашлюк, менінгококову інфекцію, скарлатину. Проведено комплексне дослідження оцінки раціональності призначень дітям, хворим на ці дитячі бактерійні інфекції в Україні в реальній клінічній практиці. За методом щомісячного моніторингу проведено маркетинговий аналіз лікарських препаратів азитроміцину (J01DD01), цефотаксиму (J01FA10) як етіотропних препаратів. Виявлено відсутність фізичної та фінансової доступності вакцин для профілактики кашлюку, менінгококової інфекції. Досліджено фармакоекономічні підходи до рекомендованої етіотропної терапії дітей, хворих на кашлюк, менінгококову інфекцію, скарлатину. На основі результатів анонімного анкетування лікарів, провізорів, батьків окреслено основні шляхи подолання дитячих бактерійних інфекцій в Україні. За результатами комплексного аналізу представлено перелік антибактерійних препаратів, які рекомендовано для внесення у соціально-економічні регулюючі переліки лікарських засобів для реімбурсації їх вартості у разі запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Шифр НБУВ: РА448267

Пухлини у дітей

4.Р.481. Еволюція лікувальної стратегії гемангіом у дітей та внесок вітчизняних науковців / В. Ф. Рибальченко, П. С. Русак, Д. В. Шевчук, І. Г. Рибальченко, Д. В. Конопліцький // Хірургія дит. віку. — 2020. — № 1. — С. 64-71. — Бібліогр.: 33 назв. — укр.

Мета роботи — проаналізувати еволюцію лікувальної стратегії гемангіом (ГА) у дітей та показати внесок вітчизняних науковців у вирішення цієї складної проблеми. Проведено аналіз даних літератури та результатів лікування ГА у дітей різних вікових груп, від періоду новонародженості до 17 років, що лікувалися в умовах стаціонару та амбулаторно-поліклінічних відділень. Порівняно ефективність та наслідки застосування різних методик лікування: фармакологічної терапії (кортикостероїди, рекомбінований інтерферон, цитостатики — системно та локально, β — адреноблокатори); локальних методів — компресійної терапії, емболізації живлячих судин, рентгенотерапії, лазерної деструкції, склерозуючої терапії, електрокоагуляції, кріохірургії; хірургічного видалення ГА. Першість у тактиці лікування судинних мальформацій шкіри та підшкірної жирової клітковини належить консервативним методикам (фармакологічні та локальні). Хірургічному видаленню новоутворень (ГА) належить велика частка у структурі оперативних втручань. Хірургічне видалення обширних кавернозних ГА не завжди можливе, враховуючи розміри та локалізацію, наслідки проведення операції (деформації та келоїдні рубці). Комбіновані методики доцільно застосовувати при кавернозних ГА великих розмірів та при критичних локалізаціях.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.482. Капошиформна гемангіоендотеліома печінки в новонародженого: клінічний випадок / Д. С. Дєгтярьова, І. М. Бензар, О. С. Годік, С. О. Ребенков // Хірургія дит. віку. — 2020. — № 2. — С. 78-84. — Бібліогр.: 23 назв. — укр.

Капошиформна гемангіоендотеліома (КГЕ) згідно оновленої класифікації ISSVA 2018 належить до локально-агресивних пухлин. У більшості випадків — приблизно у 79 %, перші клінічні прояви КГЕ виникають у періоді новонародженості. У випадку локалізації КГЕ в печінці, ця симптомна пухлина має тенденцію до клінічно-злоякісного перебігу з високим рівнем розвитку загрозливих для життя ускладнень та смертності. Серед таких ускладнень домінують прояви синдрому Казабах — Мерітт, внутрішньочеревних кровотеч, серцевої недостатності з розвитком дихальних розладів. Для лікування використовуються різні підходи, але стандартизованого підходу до лікування КГЕ та її ускладнень не існує. Для остаточної верифікації діагнозу необхідно провести імуногістохімічне дослідження тканин судинної пухлини на маркери проліферації ендотелію судин — CD-31 та CD-34. При цьому слід зважати, що диференціальна діагностика судинних новоутворень печінки ускладнюється недоцільністю проведення біопсії судинного новоутворення печінки в зв'язку з ризиком виникнення масивної кровотечі або провокуванням неконтрольованого росту пухлини. Запорукою успіху діагностики та лікування КГЕ печінки є обізнаність дитячих хірургів, педіатрів та неонатологів про цю патологію, ретельній аналіз клінічних проявів, результатів клінічних і візуалізаційних методів дослідження, таких як комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія. Наведено клінічний випадок комплексного лікування капошиформної гемангіоендотеліоми печінки у новонародженого з використанням вінкристину, що забезпечило можливість радикального хірургічного видалення судинної пухлини. Надано огляд сучасної літератури.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.483. Парціальна цистектомія при хірургічному лікуванні кіст селезінки у дітей / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, А. С. Кузик, С. Ф. Хуссейні, М. І. Сільченко // Хірургія дит. віку. — 2020. — № 2. — С. 36-42. — Бібліогр.: 17 назв. — укр.

Різного виду методи органозберігаючої хірургії селезінки при її кістозному ураженні як при лапаротомному, так і при лапароскопічному доступі, широко пропонуються та дискутується в літературі. Обговорено покази, протипокази, переваги та недоліки щодо травматичності та надійності кожного з методів хірургічного втручання при кістах селезінки (КС) у дітей. Мета роботи — розробити показання й оцінити ефективність парціальної цистектомії при хірургічному лікуванні КС у дітей. За період від 1998 до 2019 рр. прооперовано 175 (66,04 %) із 265 досліджуваних дітей з КС. Решта — 90 (33,96 %) пацієнтів знаходились під динамічним спостереженням. Проведений детальний аналіз щодо визначення показань та оцінки ефективності парціальної цистектомії з капітонажем і без капітонажу при хірургічному лікуванні КС у дітей лапароскопічним і відкритим (лапаротомним) способом. Проведено 119 (68,00 %) лапаротомних і 56 (32,00 %) лапароскопічних втручань у дітей з різною посегментною локалізацією кіст. Лапаротомну парціальну цистектомію виконано у 12 пацієнтів з КС, парціальну цистектомію із капітонажем — у 35. Лапароскопічну парціальну цистектомію виконано у 30 пацієнтів з КС, парціальну цистектомію із капітонажем — у 21. Рецидиви після відкритої корекції КС в ділянці воріт за допомогою методу парціальної цистектомії із капітонажем відмічено у 2 (1,68 %) дітей, здійснено повторну лапаротомну парціальну цистектомію із капітонажем. У 3 (5,36 %) пацієнтів після лапароскопічної парціальної резекції кіст без капітонажу (n = 2) та після парціальної

резекції кісти із заповненням порожнини кісти пасмом чепця (n = 1) відмічено рецидиви кіст, які повторно корегували лапароскопічно (n = 1) та лапаротомно (n = 2). У 9 (7,56 %) після лапаротомії та у 7 (12,50 %) після лапароскопії зберігалися мінімальні залишкові порожнини кіст, які самостійно зникали в динаміці протягом 1 ---- 2 років. Висновки: залежно від локалізації, розмірів, характеру ураження паренхіми у дітей з КС доцільне використання парціальної цистектомії. З метою закриття або максимального зменшення об'єму залишкової порожнини кісти парціальну цистектомію слід доповнити капітонажем. Парціальна цистектомія з капітонажем або без капітонаж у з урахуванням її сегментарного кровопостачання лапароскопічним чи відкритим способом є раціональним методом лікування КС, що радикально корегує патологію та зберігає всі важливі функції ураженого органу.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.484. Підслизові новоутворення шлунка: клініка, діагностика, лікування (огляд літератури та власні клінічні спостереження) / В. С. Хоменко, К. П. Строцький, А. В. Сироткін, В. П. Перепелиця, Л. В. Хоменко // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 81-91. ---- Бібліогр.: 20 назв. ---- укр.

Підслизові пухлини шлунка являють собою гетерогенну групу захворювань, різних за етіологією, клінічною семіотикою і лікувальною тактикою. Частка підслизових пухлин становить близько 0,1 ---- 1 % від усіх пухлин шлунково-кишкового тракту. У педіатричній практиці захворюваність становить 0,02 на 1 млн, або приблизно 0,4 % всіх хворих на гастроінтестинальні стромальні пухлини молодше 20 років. У 70 % випадків новоутворення діагностуються у дівчаток. Підслизові пухлини переважно безсимптомні та є випадковою знахідкою при проведенні ендоскопії. Лише близько 3% госпіталізованих пацієнтів, у яких в подальшому виявляють підслизові пухлини, мають певні симптоми, асоційовані з пухлиною. Виявлення підслизових пухлин значно зросло, про що свідчить збільшення частоти наукових публікацій. Ендоскопічне обстеження відіграє ключову роль у діагностиці, займає вагоме місце у лікуванні та моніторингу. Доопераційна гістологічна верифікація надзвичайно важлива з позиції поліморфізму підслизових пухлин та вірного вибору тактики подальшого обстеження і лікування. Використання лапароскопічних резекцій шлунка є пріоритетним. Для ілюстрації наведено випадки з власної практики.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 4.Р.450

Хвороби шкіри у дітей

4.Р.485. Особливості клінічного перебігу атопічного дерматиту та обміну вітаміну D у дітей раннього віку / Н. В. Камуть, М. М. Кісельова // Лікар. справа. ---- 2020. ---- № 3/4. ---- С. 27-35. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Вивчено особливості клінічного перебігу атопічного дерматиту (АД) та обміну вітаміну D у дітей раннього віку, проведеного шляхом оцінювання тяжкості АД залежно від значення індексу SCORAD, визначення концентрації 25(OH)D в сироватці крові дітей за допомогою імунохімічного методу з хемілюмінесцентною детекцією та аналізу одержаних даних за класифікацією, затвердженою експертами міжнародного ендокринологічного товариства. Під час обстеження 188 дітей раннього віку на базі Львівської міської дитячої клінічної лікарні було сформовано дві групи. Діти віком від 1 міс до 1 року з проявами АД (n = 120), які народилися доношеними і не мали вроджених вад розвитку, порушень метаболізму, тяжких перинатальних уражень центральної нервової системи увійшли в I (основну) групу. II групу (порівняння) сформували 68 здорових дітей раннього віку без хронічних захворювань. Усі діти I групи мали прояви АД, їх було розподілено за його тяжкістю (залежно від індексу SCORAD): діти з легким ступенем тяжкості ---- 31 (26 %), середнім ступенем ---- 47 (39 %) та з тяжкими проявами ---- 42 (35 %). У результаті дослідження встановлено зв'язок між тяжкістю клінічних проявів АД та рівнем вітаміну D у сироватці крові. Порівняльний аналіз ступенів тяжкості АД залежно від рівня вітаміну D у сироватці крові показав, що при тяжкому ступені АД в дітей I групи рівень 25(OH)D був достовірно нижчим у порівнянні з його показниками в дітей із середньотяжким перебігом ($P < 0,05$). Рівень вітаміну D у сироватці крові вірогідно нижчий при всіх формах тяжкості АД та корелює із загальною оцінкою його тяжкості за шкалою SCORAD, інтенсивністю еритеми, екскоріацій, свербежу та порушеннями сну. Доповнено наукові дані про наявність зворотного кореляційного зв'язку ($r = -0,48$; $P < 0,05$) між розвитком АД в дітей та рівнем у них 25(OH)D у сироватці крові. Одержані дані свідчать, що є необхідність застосування диференційованого підходу до лікування АД раннього віку різного ступеня тяжкості, персоніфікованого терапевтичного підходу до вибору схеми дотації вітаміну D, враховуючи рівень 25(OH)D у сироватці крові.

Шифр НБУВ: Жс20661

Психічні хвороби

4.Р.486. Депресії у дітей та підлітків унаслідок психологічної травматизації / Д. І. Марценковський, І. А. Марценковський // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 4. ---- С. 31-39. ---- Бібліогр.: 88 назв. ---- укр.

Наведено сучасні наукові дані щодо клінічного фенотипу депресій у дітей та підлітків, які зазнали значущої психологічної травматизації в результаті воєнних дій, тероризму, природних катастроф, жорстокого поводження, фізичного та сексуального насильства. Обговорено дані щодо поширеності депресій, зумовлених різними травматичними чинниками, коморбідності з психічними та неврологічними розладами, розглянуто можливі механізми їх взаємозв'язку, терапевтичні рекомендації. Посттравматичні депресії (ПТД) поширені серед дітей та підлітків, негативно впливають на якість життя та суттєво збільшують ризик суїциду та самоушкоджуючої поведінки. Наявність депресії погіршує прогноз перебігу посттравматичного стресового розладу, ефективність його терапії. Окремі психотерапевтичні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та десенсибілізація рухами очей, є ефективними методами терапії ПТД. Психофармакологічні лікарські засоби (ПЛЗ), зокрема антидепресанти та стабілізатори настрою, мають обмежену доведену ефективність при ПТД у педіатричній практиці. Більший рівень доказовості має застосування цих ПЛЗ при коморбідних психічних та неврологічних розладах. Висновки: депресія у дітей та підлітків внаслідок психологічної травматизації залишається недостатньо дослідженим розладом психіки. Майбутні дослідження мають бути спрямовані на вивчення ефективності фармакотерапевтичних підходів до лікування посттравматичної депресії та коморбідних психічних та неврологічних розладів, що є особливо важливим для країн з низьким доступом до спеціалізованої психотерапевтичної допомоги.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.487. Ефективність ритуксимабу при розладах спектра аутизму, асоційованих із генетичним дефіцитом фолатного циклу, з ознаками антинейронального автоімунітету / Д. В. Мальцев // Міжнар. неврол. журн. ---- 2021. ---- **17**, № 5. ---- С. 10-17. ---- Бібліогр.: 33 назв. ---- укр.

Одним із ключових досягнень у дитячій психіатрії є з'ясування асоціації генетичного дефіциту фолатного циклу (ГДФЦ) із розладами аутистичного спектра (РАС), докази якої грунтуються на результатах щонайменше 5 метааналізів рандомізованих контрольованих клінічних досліджень. Показано, що в таких випадках антинейрональна автоімунна реакція є важливим механізмом формування енцефалопатії. Мета дослідження ---- вивчити ефективність застосування ритуксимабу в дітей із РАС, асоційованими з ГДФЦ, у яких відзначаються серологічні ознаки антинейронального автоімунітету для розширення сучасного арсеналу нейропротекторної терапії при імуноопосередкованій енцефалопатії в таких випадках. Проаналізовано медичні дані 138 дітей віком від 3 до 8 років із ГДФЦ, у яких відзначалися РАС (97 хлопчиків і 41 дівчинка). Батьки 62 із 81 пацієнта з ознаками антинейронального автоімунітету погодилися на імунотерапію ритуксимабом у дозі 375 мг/м^2 поверхні тіла в місяць протягом 3 ---- 9 міс. (досліджувана група). Родичі інших 19 пацієнтів із подібним розподілом за характером антинейрональних автоантитіл відмовилися від лікування (контрольна група). Динаміку психічного стану дітей протягом імунотерапії оцінювали за шкалою ABC. Для статистичного аналізу розраховували параметричний Т-критерій Стьюдента з показником довірчої ймовірності p та непараметричний критерій ---- число знаків Z за Ю. В. Урбахом, а також показник відношення шансів та 95 % довірчий інтервал. Лікування ритуксимабом призвело до прогресивного зниження сироваткової концентрації антинейрональних автоантитіл у пацієнтів із РАС, асоційованими з ГДФЦ, із вираженішим ефектом у разі продукції автоантитіл до калієвих каналів нейронів у порівнянні з автоантитілами до GADA з повним усуненням всіх видів автоантитіл із сироватки крові пацієнтів після 9-місячного курсу імунотерапії щонайменше в 92 % випадків. Феномен ритуксимабіндукованого усунення сироваткових антинейрональних автоантитіл асоційований з ефектом нейропротекції, що підтверджувалося нормалізацією раніше підвищених концентрацій лабораторних біомаркерів церебрального пошкодження NSE (OR = 17,875; 95 % CI = 4,738 ---- 67,436 при Ат до GADA; 41,800; 7,257 ---- 240,778 при Ат до калієвих каналів) і білка S-100 (9,750; 2,707 ---- 35,113 і 18,333; 3,462 ---- 97,083 відповідно) у сироватці крові. Паралельно відзначалося прогресивне покращання з боку всіх показників оцінки психічного статусу дітей із РАС за шкалою ABC із латентним періодом близько 2 місяців ($p < 0,05$: $Z < Z0, 05$). Висновки: імунотерапія ритуксимабом шляхом усунення серологічних ознак антинейронального автоімунітету реалізує ефект нейропротекції, зменшуючи тяжкість всіх основних клінічних ознак РАС у дітей із ГДФЦ.

Шифр НБУВ: Ж25223

4.Р.488. Мінливість каріотипу дітей із синдромом Дауна, які проживають в Одеській області / Н. В. Кульбачук, С. В. Матвіюк, С. В. Білоконь, О. Л. Січняк // Запорож.

мед. журн. — 2021. — **23**, № 1. — С. 77-82. — Бібліогр.: 26 назв. — укр.

Мета роботи — аналіз частоти цитогенетичних варіантів синдрому Дауна у хворих в Одесі та області, а також виявлення поєднаних аномалій каріотипу. Дослідження здійснили у 2013 — 2018 рр. в Одеському спеціалізованому медико-генетичному центрі. Групу дослідження формували з пацієнтів із цитогенетично підтвердженим синдромом Дауна. Хромосоми забарвлювали за GTG-методом, ідентифікували згідно з ISC№ 2013. Серед хворих на синдром Дауна в 93,9 % випадків виявили повну трисомію-21, у 3,7 % — транслокаційну форму, у 2,4 % — мозаїчну форму. Подібні результати встановили під час аналізу популяцій, які належать до різних етнічних і расових груп. Повна трисомія-21 супроводжувалася хромосомними перебудовами інших хромосом або додатковими модифікаціями хромосоми 21, найчастіше спостерігали зміни гетерохроматину у хромосомі 9, додатковий гетерохроматин виявили в обох плечах хромосоми 1 та в довгому плечі хромосоми 21 — 5,5 % досліджених каріотипів; збільшенням розмірів супутників на хромосомах 14, 15 і, найчастіше, 21, поява додаткових супутників на хромосомі 2 — 3,6 % досліджених каріотипів; делецією у хромосомі 6, що залучена у транслокацію з хромосомою 13. Транслокаційні форми включали робертсонівські транслокації між хромосомами 21 і 21, 14 і 21, а також транслокації між хромосомами 21 і 21, 21 і 22. Пацієнти з мозаїчною формою хвороби мали по дві клітинні лінії: з нормальним каріотипом (15 — 67 % досліджених клітин) і повною трисомією-21 без додаткових хромосомних аномалій (33 — 85 % досліджених клітин). У хворих на синдром Дауна з цитогенетично підтвердженим діагнозом співвідношення основних варіантів подібне до багатьох досліджених популяцій. Виявили додаткові зміни каріотипу, що можуть бути і варіантом норми, і обтяжувати перебіг хвороби. Це зумовлює необхідність наступних досліджень перебігу хвороби в таких пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.489. Нейрорадіологічні ознаки енцефалопатії у дітей з розладами спектра аутизму, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу / Д. В. Мальцев // Укр. неврол. журн. — 2021. — № 3/4. — С. 16-30. — Бібліогр.: 36 назв. — укр.

Результати 5 метааналізів вказують на асоціацію розладів спектра аутизму (РАС) з генетичним дефіцитом фолатного циклу (ГДФЦ) у дітей. У таких випадках формується специфічна енцефалопатія з переважанням імунозалежних шляхів патогенезу, радіологічні ознаки якої недостатньо вивчено. Мета роботи — описати типові нейровізуалізаційні ознаки енцефалопатії у дітей з ГДФЦ і РАС та встановити кореляції між клінічними ознаками, механізмами пошкодження нервової системи і даними нейровізуалізації для оптимізації алгоритму діагностики, моніторингу та лікування. Ретроспективно проаналізовано медичні дані 225 дітей (183 хлопчики і 42 дівчинки) віком від 2 до 9 років з ГДФЦ, у яких відзначено клінічні вияви РАС. Діагноз РАС установлено дитячими психіатрами за критеріями DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) та ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Патогенні поліморфні варіанти генів фолатного циклу визначали з використанням методу полімеразної ланцюгової реакції з рестрикцією. Нейровізуалізацію проводили за допомогою магнітно-резонансної томографії головного мозку у конвенційних режимах (T1 — і T2-зважені, FLAIR) на томографах з величиною магнітної індукції котушки 1,5 Тл. Для вивчення асоціацій між досліджуваними показниками застосовували показник відношення шансів і 95 % довірчий інтервал. Виявлено 5 основних груп нейровізуалізаційних ознак, характерних для лейкоенцефалопатії, скроневого медіанного склерозу PANS/PITANDS/PANDAS, перенесених природженої CMV-нейроінфекції та постнатальних енцефалітів, малих аномалій розвитку ЦНС. Нейровізуалізаційні ознаки тісно асоційовані з результатами спеціальних лабораторних тестів, які характеризують відомі імунозалежні механізми пошкодження ЦНС, і появою відповідних клінічних синдромів церебральної дисфункції, що узгоджується із сучасними концепціями основних інфекційно зумовлених або автоімунних уражень нервової системи у пацієнтів з імуносупресією. Виділено лабораторно-радіологічно-клінічні комплекси (вірусіндукований скроневий медіанний склероз, автоімунний лімбічний енцефаліт, автоімунний субкортикальний енцефаліт, автоімунне або вірусіндуковане демієлінізувальне ураження півкуль великого мозку, наслідки перенесених нейроінфекцій та малі аномалії розвитку головного мозку). Висновки: енцефалопатія у дітей з РАС, асоційованими з ГДФЦ, має складний патогенез і є наслідком різних комбінацій низки імунозалежних форм ураження ЦНС, зумовлюючи гетерогенний клініко-радіологічний фенотип.

Шифр НБУВ: Ж25729

Хвороби очей

4.Р.490. Використання 0,4 % гіалуронату натрію в комплексному лікуванні пацієнтів дитячого віку із синдромом сухого ока на фоні алергічних захворювань органа зору / Л. С. Васильєва, О. В. Нестеренко, К. А. Рилькова // Архів офтальмології України. — 2021. — **9**, № 2. — С. 21-24. — Бібліогр.: 12 назв. — укр.

Останніми роками виросла поширеність алергічних захворювань переднього відділу ока. Часто вони супроводжуються розвитком синдрому сухого ока, що може обтяжувати їх перебіг. Тому важливо комплексно підходити до їх діагностики та лікування. Мета роботи — дослідження ефективності використання 0,4 % гіалуронату натрію (Гілайс) у дітей із синдромом сухого ока на фоні алергічних захворювань кон'юнктиви. У дослідженні брали участь 42 пацієнти (84 ока) віком від 3 до 18 років, яких обстежували й лікували на базі КНП «Обласна офтальмологічна лікарня» Миколаївської обласної ради. Лікування пацієнтів проводили з використанням місцевих блокаторів H1-гістамінових рецепторів двічі на день упродовж 14 днів, за показаннями — топічними глюкокортикоїдами за схемою упродовж 12 днів. У першій групі (21 хворий/42 ока) до основного лікування було додано препарати, які містили 0,2 % гіалуронат натрію, що використовували місцево 4 рази на добу протягом 14 днів. У другій групі (21 хворий/42 ока) до схеми лікування доданий препарат 0,4 % гіалуронату натрію (Гілайс) місцево двічі на добу. Блокатори H1-гістамінових рецепторів системно не використовували. Перед початком терапії та через 2 тиж. після неї проводилася оцінка таких показників: зміни переднього відділу ока за допомогою біомікроскопії, визначення часу розриву сльозної плівки, проба Ширмера 1, модифікований опитувальник. Висновки: використання препаратів гіалуронату натрію в комплексній терапії синдрому сухого ока при алергічних захворюваннях ока є достатньо ефективним. Використання 0,4 % гіалуронату натрію виявилося більш ефективним у порівнянні з групою контролю. Доцільним є застосування опитувальника для комунікації з дитиною, проте необхідне доопрацювання форми запитань для максимального виключення суб'єктивізму отриманих даних.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.491. Оцінка церебрального кровотоку в дітей із міопією в поєднанні з недиференційованою дисплазією сполучної тканини / Т. В. Фролова // Архів офтальмології України. — 2021. — **9**, № 2. — С. 10-13. — Бібліогр.: 11 назв. — укр.

У практичній роботі частіше зустрічаються пацієнти з численними недиференційованими формами дисплазії сполучної тканини. Що стосується поєднання міопії та синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (СНДСТ), то однією з ланок у механізмі походження цієї аномалії рефракції є зменшення товщини склери і зміна її пружно-еластичних параметрів. Короткозорість у дітей частіше виникає на тлі порушення кровопостачання зорового аналізатора, пов'язаного з патологією кровообігу в хребетних судинах. Мета роботи — оцінити церебральний кровотік у дітей із міопією в поєднанні з НДСТ. У дослідженні взяли участь 86 (170 очей) дітей із діагнозом прогресуючої міопії. Усім дітям призначались консультації суміжних спеціалістів із метою виявлення СНДСТ та повне офтальмологічне дослідження. Діагностичний коефіцієнт вираженості фенотипових і клінічних ознак СНДСТ також визначався шляхом використання експертної таблиці Т. Кадуріної. Фенотипові й клінічні ознаки НДСТ серед обстеженого контингенту дітей мали місце в 100,0 % (41) випадків при оцінці за критеріями Т. Мілковської-Димитрової й Т. Кадуріної і у 83,0 % (34) дітей — при проведенні скринінгу на гіпермобільність суглобів за Бейтоном. Що стосується зростання аксіальної довжини ока в досліджуваних дітей із міопією при НДСТ, відмічено, що збільшення мало прямий кореляційний зв'язок зі ступенем вираженості НДСТ, при цьому найбільша кореляція була в дітей із вираженими фенотиповими проявами в кістково-м'язовій системі з коефіцієнтом кореляції 0,83. Хімічна регуляція тонусу артерій каротидного басейну (проба із затримкою дихання) змінена в переважної більшості пацієнтів із міопією. Висновки: усім дітям із прогресуючою міопією рекомендовано обстеження в суміжних спеціалістів із метою виявлення СНДСТ та порушень гемодинаміки. Тільки комплексний підхід до цієї аномалії рефракції може бути ефективним у боротьбі з її прогресуванням.

Шифр НБУВ: Ж101097

4.Р.492. Профілактика порушень акомодації і міопії у дітей / Н. М. Бушуєва, Н. В. Коновалова, Н. І. Храменко, О. В. Ковтун // Архів офтальмології України. — 2021. — **9**, № 2. — С. 25-28. — Бібліогр.: 12 назв. — укр.

Велику роль у структурі офтальмопатології відіграють короткозорість, особливо швидко прогресуюча в підлітковому віці, і порушення акомодації, що є, по суті, попередниками й супутниками міопії. Мета роботи — профілактика порушень акомодації і короткозорості слабкого ступеня в дітей у різних вікових групах за допомогою дієтичної добавки Доппельгерц Kinder Вітаміни для очей з лютеїном і Доппельгерц Kinder Гліцин. Функціональне обстеження на тлі лікування пройшли 103 дитини різних вікових груп: I група — молодший шкільний вік, препубертатний період (6 — 11 років) — 24 дитини, II група — середній шкільний вік, пубертатний період (12 — 18 років) — 79 дітей, з яких у 24 були проблеми шийно-комірцевої зони, пов'язані з комп'ютерним

навантаженням. Застосовувалися стандартні методи обстеження. Після курсу запропонованої терапії поріг виникнення феномену Гайдінгера зменшився до 5,70 ± 0,01 ум. од. (p < 0,05) у першій групі; до 4,60 ± 0,03 ум. од. ---- у 55 дітей другої групи без проблем із шийно-комірцевою зоною і до 5,40 ± 0,02 ум. од. ---- у 24 дітей, які мали такі проблеми (p < 0,02). Використання Доппельгерц Kinder Вітаміни для очей з лютеїном і Доппельгерц Kinder Гліцин покращує роботу циліарного м'яза. Під впливом лікування гострота зору й резерви акомодації підвищилися, а сила оптичної корекції зменшилася. Доведено позитивний вплив Доппельгерц Kinder Вітаміни для очей з лютеїном і Доппельгерц Kinder Гліцин на підвищення функціональної активності фовеоаферентної системи і акомодації функції зорового аналізатора при спазмі акомодації і короткозорості слабкого ступеня.

Шифр НБУВ: Ж101097

Хвороби сечостатевої системи

4.Р.493. Біохімічні предиктори розвитку хронічної хвороби нирок у дітей, реконвалесцентів гострого пошкодження нирок / О. В. Лавренчук, І. В. Багдасарова, Л. В. Король, Л. Я. Мигаль // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 65-71. ---- Бібліогр.: 28 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- визначення інформативності наявності трансферину (ТР), церулоплазміну (ЦП) і рівнів активності лізосомних ензимів у сечі як предикторів розвитку хронічної хвороби нирок у реконвалесцентів гострого пошкодження нирок (ГПН). Визначали вміст ТР, ЦП, N-ацетил-β-D-глюкозаміндази (НАГ) і β-галактозидази (β-ГАЛ) у сечі 41 дитини після ГПН. Пацієнтів було розподілено на 2 групи залежно від терміну захворювання: 1 група ---- 22 особи, які захворіли протягом 2017----2018 рр.; 2 група ---- 19 дітей із терміном захворювання понад 2 роки. Контрольна (референтна) група ---- 28 умовно здорових дітей. У пацієнтів 1 групи рівні активності НАГ і β-ГАЛ вищі у 8 і 3 рази у порівнянні з контрольною групою (p < 0,001). У дітей 2 групи рівні ензимів перевищували норму вчетверо, виявили альбумінурію за нормальних показників ШКФ (p < 0,001). Встановили зворотний кореляційний зв'язок між ШКФ і показниками активності НАГ (r = –0,473) і ГАЛ (r = -0,333), прямий зв'язок між показниками активності НАГ і ГАЛ (r = 0,845). Наявність і високі рівні показників ТР у 18,8 % дітей із 1 групи та у 21,0 % з 2 групи, ЦП у сечі 72,7 % хворих 1 групи та 78,9 % 2 групи свідчили за пошкодження гломерулярного апарату нирок, що прогресувало. Наявність ТР і ЦП у сечі та зростання їх кількісних показників у дітей після ГПН ---- ранні ознаки ушкодження гломерулярного апарату нирок. Підвищений вчетверо рівень активності ензимів за незмінених показників ШКФ і альбумінурія свідчили про ураження інтерстицію нирок (p < 0,001). Дослідження, які виконано, неінвазивні, відносно дешеві, прості в застосуванні для дітей різного віку.

Шифр НБУВ: Ж16789

4.Р.494. Дитяча урологія // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 3. ---- С. 173-175. ---- укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.495. Удосконалення медичних стандартів допомоги дітям раннього та дошкільного віку з інфекціями сечовидільної системи на етапі надання первинної медичної допомоги / В. В. Безрук, Д. Д. Іванов // Нирки. ---- 2021. ---- **10**, № 4. ---- С. 196-200. ---- Бібліогр.: 32 назв. ---- укр.

Своєчасна діагностика, прогностична цінність клінічних ознак та подальша тактика ведення пацієнтів раннього віку з інфекціями сечовидільної системи на амбулаторному етапі є важливими складовими інтегрованого ведення пацієнта дитячого віку. Висвітлено новітні підходи щодо клінічного алгоритму діагностики інфекцій сечовидільної системи в дітей. Алгоритм діагностично-лікувальних заходів щодо надання допомоги дітям до 5 років з інфекціями сечовидільної системи, зокрема на етапі надання первинної медичної допомоги, включає: діагностику інфекції сечової системи в дітей раннього віку за допомогою The Diagnosis of Urinary Tract infection in Young children, оцінку пацієнта за Gorelick Scale score та UTIcalc, методи візуалізації з обов'язковим проведенням УЗД нирок і сечового міхура, мікційної цистограми після першого епізоду інфекції хлопчикам і другого ---- дівчаткам, призначення антибіотикотерапії з урахуванням даних регіонального моніторингу щодо антибіотикорезистентності основних груп уропатогенів, моніторинг антибіотикорезистентності із застосуванням електронних засобів та імплементацію в мікробіологічних лабораторіях настанови Європейської комісії з питань визначення чутливості до антибіотиків, а також запровадження рецептурного продажу антибіотиків.

Шифр НБУВ: Ж100881

4.Р.496. Management and screening of primary vesicoureteral reflux in children (2010, amended 2017) // Хірургія дит. віку. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 95-107. ---- Бібліогр.: 8 назв. ---- англ.

Шифр НБУВ: Ж24339

4.Р.497. Value of urinary adiponectin, VCAM-1 and RBP 4 in early diagnosis of kidney damage in children with type 1 diabetes mellitus / I. O. Vikhrova, A. M. Loboda // Запорож. мед. журн. ---- 2021. ---- **23**, № 1. ---- С. 72-76. ---- Бібліогр.: 26 назв. ---- англ.

Мета роботи ---- дослідити рівень адипонектину, VCAM-1 та RBP 4 у сечі дітей залежно від тривалості діабету. Здійснено комплексне обстеження 55 осіб: 47 дітей із цукровим діабетом (ЦД) 1 типу та 8 практично здорових дітей без діабету, репрезентативних за віком та статтю. Залежно від тривалості захворювання пацієнтів було розподілено таким чином: з уперше виявленим ЦД 1 типу ---- 11 осіб, із тривалістю хвороби від 1 до 5 років ---- 24 дитини, з перебігом захворювання понад 5 років ---- 12 осіб. Дітей обстежили згідно з наказом МОЗ України № 254 від 27.04.2006 р. щодо надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Проаналізували інтенсивність хемілюмінесценції адипонектину, VCAM-1 і RBP 4 за допомогою Bio-Rad ChemiDoc Touch, використовуючи Proteome Profiler Human Kidney Biomarker Array (R&D Systems, Minneapolis, USA). Матеріал для дослідження біомаркерів ---- сеча здорових дітей і хворих на ЦД 1 типу. Для статистичного аналізу результатів використовували дескриптивну статистику та непараметричні методи (таблиці спряженості, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена). Рівень адипонектину, VCAM-1 і RBP 4 у сечі дітей статистично збільшувався вже у перший рік захворювання на ЦД 1 типу. Уринарний адипонектин показав суттєву динаміку протягом усього періоду дослідження. Рівень адипонектину в сечі значно корелював із VCAM-1 (r = 0,636, p = 0,026) і RBP 4 (r = 0,650, p = 0,022). Коефіцієнт кореляції Спірмена між швидкістю клубочкової фільтрації та уринарними маркерами показав статистично значущу кореляцію тільки з адипонектином (p = 0,007). Сироватковий креатинін і швидкість клубочкової фільтрації не є ефективними діагностичними показниками пошкодження нирок на ранніх етапах захворювання на ЦД 1 типу в дітей. Визначення рівня адипонектину в сечі дітей можна використовувати як неінвазивний індикатор ураження нирок у перші роки захворювання на ЦД 1 типу. Визначення вмісту адипонектину, VCAM-1 і RBP 4 у сечі надасть змогу на ранніх стадіях прогнозувати й оцінювати стан клубочкових і тубулярних ниркових структур у дітей із ЦД 1 типу.

Шифр НБУВ: Ж16789

Див. також: 4.Р.483

Судова медицина

Судово-медичне дослідження (експертиза)

4.Р.498. Поняття «танатології» на сучасному етапі розвитку судової медицини / А. М. Толкач // Актуал. проблеми юрид. науки та практики. ---- 2020. ---- № 1. ---- С. 54-58. ---- Бібліогр.: 100 назв. ---- укр.

Проаналізовано поняття «смерть» з точки зору судової медицини та її види. Окреслено нові напрями наукових досліджень у танатології, такі як: судово-медична танатологія, молекулярна танатологія та правова танатологія. Зазначено перспективність розвитку правової танатології для юриспруденції.

Шифр НБУВ: Ж74662

4.Р.499. Судово-медична диференційна діагностика інфарктів мозку та крововиливів травматичного генезу методом 3D-Мюллер-матричної мікроскопії / М. С. Гараздюк, О. В. Дубоазов, В. О. Тюленєва // Буков. мед. вісн. ---- 2021. ---- **25**, № 1. ---- С. 24-30. ---- Бібліогр.: 15 назв. ---- укр.

Мета роботи ---- розробити судово-медичні критерії диференційної діагностики утворення крововиливів травматичного генезу (КТГ), ішемічного інфаркту мозку (ІІМ) і крововиливів нетравматичного генезу (КНГ) за допомогою методу 3D-Мюллер-матричної мікроскопії пошарових азимутально-інваріантних Мюллер-матричних зображень циркулярного двопроменезаломлення гістологічних зрізів мозку. Для дослідження було використано нативні зрізи речовини головного мозку від 110 трупів у випадку: смерті від ішемічної хвороби серця ---- 20 (18,1 %) нативних зрізів (група 1 ---- контроль); КТГ ---- 30 (27,3 %) зрізи (група 2), ІІМ ---- 30 (27,3 %) зрізи (група 3), КНГ ---- 30 (27,3 %) зрізи (група 4). Вимірювання значень розподілу координатних параметрів поляризації в точках мікроскопічних зображень проводилося в місці розташування стандартного стокс-поляриметра. Виявлено, що для кожного із фазових перерізів об'ємних розподілів поля комплексних амплітуд величини чутливості, специфічності та збалансованої точності статистичного аналізу координатних розподілів Мюллер-матричних інваріант циркулярного дихроїзму мають максимальні значення для малих фазових зсувів, які відповідають рівню однократного розсіяння. Встановлено максимальний рівень збалансованої точності міжгрупової диференціації шляхом обчислення статистичних моментів 3-го і 4-го порядку, які характеризують асиметрію та ексцес розподілів величини Мюллер-матрич-

них інваріант циркулярного дихроїзму гістологічних зрізів речовини головного мозку. Висновки: досягнуто відмінної збалансованої точності (95---96 %) дифдіагностики між групою контролю та усіма досліджуваними групами, хорошої точності (92---93 %) між ішемічним інсультом та травматичними крововиливами та задовільної точності (85---86 %) між інсультами травматичного та геморагічного генезів.

Шифр НБУВ: Ж15712

4.Р.500. Судово-медична експертиза у випадках неналежної професійної діяльності медичних працівників: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.25 / В. В. Франчук; Харківський національний медичний університет. --- Харків, 2020. --- 39 с.: рис., табл. --- укр.

На підставі проведеного комплексного дослідження результатів судово-медичних експертиз у випадках неналежної професійної діяльності медичних працівників, з урахуванням судових рішень, прийнятих у таких кримінальних справах, наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення важливої проблеми сучасної судової медицини --- встановлення особливостей, причин і наслідків неналежної медичної діяльності та сформульовано цілісну наукову концепцію удосконалення організації та проведення судово-медичної експертизи у випадках порушення професійних обов'язків медичних працівників. Установлено, що різноманітні недоліки у наданні медичної допомоги підтверджуються судово-медичними експертними комісіями в матеріалах 72,0 % кримінальних справ, порушених проти медичних працівників у випадках неналежного виконання ними професійних обов'язків. Такі помилки виникають під час виконання діагностичних і лікувально-тактичних заходів, у випадках надання екстреної медичної допомоги, на госпітальному етапі, в стаціонарних відділеннях лікарень. Виокремлено, систематизовано і проаналізовано дефекти медичної допомоги в анестезіологічній, акушерсько-гінекологічній, хірургічній, терапевтичній практиці та в медсестринстві. Застосована методика побудови дерев рішень (decision trees), як однієї зі складових технології інтелектуальної обробки багатофакторної бази даних (Data Mining), виявила прогностичні критерії ризику для медичних працівників різних фахів: для анестезіологів-реаніматологів це --- швидкоплинність патологічних змін і спільна лікувально-діагностична діяльність з лікарями-терапевтами; для лікарів акушерів-гінекологів --- слабка узгодженість між поліклінічним і стаціонарним рівнями надання медичної допомоги; для лікарів-терапевтів --- відсутність прямого причинного-наслідкового зв'язку між їх діями (бездіяльністю) і шкідливими наслідками (Р = 1,0); для лікарів-хірургів --- незадовільна взаємодія з травматологами на поліклінічному етапі, внаслідок чого з ймовірністю Р = 0,80 виникають різноманітні лікувально-тактичні дефекти, які надалі завершуються смертю хворих або їх інвалідністю; для середнього медичного персоналу --- організаційно-адміністративні дефекти в роботі центрів екстреної медицини та медицини катастроф, коли негативні для пацієнтів наслідки настають з ймовірністю (Р = 0,80). Сформовано рейтинговий лист лікарських спеціальностей, найбільш ризикованих з точки зору кримінальної відповідальності. Проаналізовано юридичні наслідки, які настають для медичних працівників у випадках їх неналежної професійної діяльності та відображено обставини, які підлягають доведенню під час кримінального провадження. Запропоновано алгоритм виконання судово-медичних експертиз за «лікарськими справами» та науково обгрунтовано практичні рекомендації для органів досудового слідства і бюро судово-медичної експертизи.

Шифр НБУВ: РА446186

Воєнна медицина

4.Р.501. Кластерний аналіз у розробленні пріоритетних напрямів інформатизації логістичних процесів у системі медичного постачання Збройних сил України / М. В. Білоус // Вісн. фармації. --- 2021. --- № 2. --- С. 85-90. --- Бібліогр.: 19 назв. --- укр.

Мета роботи --- кластерний аналіз результатів експертного опитування для опрацювання пріоритетних напрямів інформатизації логістичних процесів у системі медичного постачання Збройних сил (ЗС) України. Для досягнення мети дослідження проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури, чинної нормативно-правової бази України, результатів експертного опитування. Під час виконання дослідження використано методи інформаційного пошуку, систематизації, контент-аналізу та метод ієрархічного агломеративного кластерного аналізу. Кластеризацією результатів експертного опитування щодо інформатизації системи медичного постачання ЗС України одержано розподіл на 7 кластерів, утворених завдяки подібним відповідям на питання анкети. Кількість кластерів визначено програмою побудови дендрограми без будь-яких припущень дослідника. Кластерний аналіз засвідчив наявність стійких кластерних угруповань із певним рівнем зв'язку між ознаками як усередині кластера, так і між декількома кластерами, що відповідає баченню експертів, які окреслили проблему з теми дослідження та визначають шляхи її розв'язання. На основі одержаних результатів аналізу персонального складу кожного кластера визначено високий рівень узгодженості відповідей експертів щодо необхідності впровадження інформатизації логістичних процесів у систему медичного постачання ЗС України. Розроблено пріоритетні напрями інформатизації логістичних процесів у системі медичного постачання ЗС України, визначальне місце з-поміж яких належить впровадженню програми для автоматичного обліку медичного майна в ЗС України. Обгрунтовано необхідність впровадження сучасного програмного забезпечення підтримки прийняття рішень в управлінні потоковими процесами постачання медичної техніки та майна ЗС України та інформаційних аналітичних інструментів для потреб Управління медичного постачання Командування Медичних сил ЗСУ.

Шифр НБУВ: Ж14678

4.Р.502. Military medicine in the Medieval Eastern Europe / H. N. Savchuk // Лікар. справа. --- 2020. --- № 3/4. --- С. 71-75. --- Бібліогр.: 7 назв. --- англ.

Запропоновано свідчення про військову медицину у Східній Європі, особливо на сучасній українській території, в XI --- XIII ст. Представлено аналогії із західноєвропейської історії. На основі інформації з тогочасних літописів висвітлено середньовічну медичну думку в практиці руських лікарів. Деякі факти виведено логічним шляхом. Простежено зв'язок між тогочасним станом і подальшим розвитком медицини у пізньосередньовічній Україні. Як основний метод використано логічний аналіз, який надає змогу доповнити бракуючу інформацію шляхом порівняння з аналогічними ситуаціями в інших регіонах, досліджувати текст з метою пошуку додаткових даних, в окремих випадках припустити найбільш вірогідний варіант. Також використано хронологічний метод для подання матеріалу. Зроблено висновки, що військова медицина в Київській Русі XI --- XIII вв. не поступалася західноєвропейським аналогам. Деякі відмінності пов'язані з більше раннім і сильним впливом візантійської і місцевих традицій. Військова медицина у той час не була так чітко відокремлена від громадянської. Деяке відставання від Західної Європи помітно в теоретичній частині --- на Русі так і не сформувалися медичні школи, на відміну від університетів Італії, Франції, Англії і Іспанії. Деякі ченці і священики збирали візантійські медичні трактати, іноді доповнювали їх описанням місцевих традицій, але не більше того. Світські лікарі мали хорошу практику, про що свідчать опис анамнезу хвороб і поранень в літописах, але свої знання передавали хіба що власним дітям. Це одна з причин того, що в подальшому спостерігалося відставання від Західної Європи. Окремі статті староруських літописів представлено як джерело не лише політичної і культурної, але і медичної інформації. Уперше продемонстровано досить глибокі знання староруських літописців в цій сфері. Схожа тематика досить поширена в зарубіжній історіографії, але все ще залишається мало дослідженою у вітчизняній.

Шифр НБУВ: Жс20661

Авторський покажчик

Абдряхімова Ц. Б. 4.Р.16
Абрамова Л. П. 4.Р.194
Абу Шамсия Р. Н. 4.Р.437
Аверин В. И. 4.Р.448
Авраменко М. О. 4.Р.81
Авраменко Т. В. 4.Р.433
Азимов А. М. 4.Р.397
Азимов М. 4.Р.397
Акопян Р. Р. 4.Р.101
Аксьонова І. І. 4.Р.108
Алексійчук О. Ю. 4.Р.218
Алтаброурі М. С. 4.Р.386-4.Р.387
Аль-Кашкиш І. І. 4.Р.390
Аль-Хавамдех Х. М. 4.Р.228
Альшаафі Мохамед Алі 4.Р.29
Андрашчикова С. 4.Р.395
Андрусович І. В. 4.Р.306
Антіпова Р. 4.Р.294
Антонюк-Щеглова І. А. 4.Р.205
Антофійчук М. П. 4.Р.181
Антофійчук Т. М. 4.Р.181
Аравіцька Д. Н. 4.Р.385
Аралова Н. И. 4.Р.307
Арустамян О. М. 4.Р.218
Асанова А. Е. 4.Р.16
Асламова Л. І. 4.Р.18
Асоян І. М. 4.Р.306
Ассонов Д. О. 4.Р.16
Атаманчук Л. Є. 4.Р.87
Бабенко В. В. 4.Р.377
Бабій І. В. 4.Р.231
Бабко А. М. 4.Р.209
Багдасарова І. В. 4.Р.493
Бакун О.-Н. А. 4.Р.312
Балясевич С. Я. 4.Р.260
Бандура Л. О. 4.Р.180
Баннікова Р. 4.Р.119
Барановский С. В. 4.Р.68
Барило Г. І. 4.Р.9
Бармак А. В. 4.Р.177
Бахтіярова Д. О. 4.Р.20
Бацюн А. С. 4.Р.246
Бездетко Н. В. 4.Р.77
Бездітко П. А. 4.Р.194, 4.Р.406
Бездробна Л. К. 4.Р.38
Безкоровайна Г. О. 4.Р.169
Безкоровайний О. Є. 4.Р.180
Безкоровайний О. М. 4.Р.237
Безрук В. В. 4.Р.495
Безсмертний Ю. О. 4.Р.87
Безугла Н. В. 4.Р.113
Безуглий М. О. 4.Р.113
Безшейко В. Г. 4.Р.16
Без'язична О. 4.Р.297
Бекетова М. С. 4.Р.69
Белецкий А. В. 4.Р.63
Белик Г. В. 4.Р.391
Бензар І. М. 4.Р.453, 4.Р.482
Бербець А. М. 4.Р.439
Березна Т. В. 4.Р.208
Берестовий В. О. 4.Р.426
Берестовий О. О. 4.Р.426
Бєляєва К. П. 4.Р.303
Бичко Д. В. 4.Р.11
Білаш С. М. 4.Р.224
Білик Г. А. 4.Р.452
Білик І. П. 4.Р.480
Білих Є. О. 4.Р.293
Білоконь С. В. 4.Р.488
Білоножкін Г. Г. 4.Р.268
Білоус М. В. 4.Р.501
Білоус Т. М. 4.Р.452
Благун О. Д. 4.Р.69
Блажієвська О. М. 4.Р.47
Блажчук І. С. 4.Р.451
Бобак А. І. 4.Р.467, 4.Р.472
Бобина Е. В. 4.Р.223
Бобкова Л. С. 4.Р.89
Бобрицька Л. О. 4.Р.67
Бовт Ю. В. 4.Р.370
Богданов А. В. 4.Р.49
Богданов О. В. 4.Р.52
Богуславский Ю. В. 4.Р.337
Богуцька К. І. 4.Р.265
Бодак П. С. 4.Р.217
Боднар О. Б. 4.Р.475
Бодня О. І. 4.Р.282
Бодрецька Л. А. 4.Р.152
Бодяка В. Ю. 4.Р.255
Божко В. В. 4.Р.139
Бойко В. В. 4.Р.156
Бойко О. 4.Р.188
Боклан Ю. О. 4.Р.303
Болюк М. В. 4.Р.299
Бомба А. Я. 4.Р.68
Бондаренко А. М. 4.Р.306
Бондаренко Л. Б. 4.Р.425
Бондаренко О. В. 4.Р.205
Бондаренко П. С. 4.Р.84
Бондаренко С. Є. 4.Р.291
Бондарчук Б. Г. 4.Р.60
Борачок Т. Т. 4.Р.217
Борис О. Я. 4.Р.457
Боровик Д. В. 4.Р.230
Боцюк Ю. А. 4.Р.134
Браніцький О. Ю. 4.Р.287
Братасюк Н. М. 4.Р.395
Бринза М. С. 4.Р.193
Брушко В. 4.Р.119
Бугай А. В. 4.Р.104
Булавченко Ю. О. 4.Р.426
Булик Р. Є. 4.Р.364
Булко О. В. 4.Р.103
Булько М. П. 4.Р.180
Буракова Т. В. 4.Р.309
Бурков М. В. 4.Р.180
Бурчинський С. Г. 4.Р.379
Бур'янов О. А. 4.Р.275
Бутинець Ж. С. 4.Р.152
Бухтіарова Т. А. 4.Р.72, 4.Р.311
Бушуєв А. С. 4.Р.92
Бушуєва Н. М. 4.Р.492
Вагис А. А. 4.Р.114
Вамболь В. В. 4.Р.37
Вамболь С. О. 4.Р.37
Ванг Нан 4.Р.265
Вантюх Н. В. 4.Р.176
Варбан М. Ю. 4.Р.315
Варинський Б. О. 4.Р.74
Василовський В. В. 4.Р.359
Васильєва Л. С. 4.Р.490
Васильєва Н. Ю. 4.Р.300
Васюк Н. О. 4.Р.19
Векшин В. О. 4.Р.194
Вербицький І. В. 4.Р.250
Вербов В. В. 4.Р.273-4.Р.274, 4.Р.388
Вербова Л. М. 4.Р.449
Верещагін С. В. 4.Р.60
Виваль М. Б. 4.Р.123, 4.Р.368
Виговська О. В. 4.Р.265
Видерко Р. В. 4.Р.477
Винницька О. А. 4.Р.450
Вирва О. Є. 4.Р.286, 4.Р.334
Висоцький А. Д. 4.Р.179
Висоцький А. О. 4.Р.431
Вишневська Л. І. 4.Р.104
Вікарчук В. М. 4.Р.80
Вітовський Р. М. 4.Р.243
Вітомський В. В. 4.Р.228
Власенко Е. А. 4.Р.240
Власова К. В. 4.Р.364
Власова О. В. 4.Р.435
Внукова А. С. 4.Р.156, 4.Р.242
Вовк В. А. 4.Р.258
Водка М. 4.Р.266
Возна І. В. 4.Р.400
Возняк О. М. 4.Р.338
Войнаровська Г. П. 4.Р.152
Войтів Я. Ю. 4.Р.256
Волков Д. Є. 4.Р.156
Волошин О. М. 4.Р.172
Волошина Н. П. 4.Р.359
Волощук О. С. 4.Р.449
Вонсевич К. П. 4.Р.276
Вороді М. В. 4.Р.388
Воронін Є. П. 4.Р.75
Вороняк Д. І. 4.Р.469
Вороняк О. С. 4.Р.416
Воротинцев С. І. 4.Р.222, 4.Р.249
Гаврелюк С. 4.Р.119
Гавриленко Т. І. 4.Р.149
Гаврилів Т. С. 4.Р.361
Гайдук А. Д. 4.Р.430
Гайдучик Г. А. 4.Р.61
Гайко Г. В. 4.Р.295
Гайструк А. Н. 4.Р.438, 4.Р.440
Гайструк Н. А. 4.Р.438, 4.Р.440
Галич С. П. 4.Р.230
Галстян А. Г. 4.Р.92
Галушко О. А. 4.Р.299
Гапонов І. К. 4.Р.359
Гапченко А. В. 4.Р.8
Гараздюк М. С. 4.Р.499
Гаєько Д. М. 4.Р.281
Гаєько М. В. 4.Р.281
Гасюк Т. В. 4.Р.354
Герасим Л. М. 4.Р.245
Герасименко А. С. 4.Р.209
Герасименко В. В. 4.Р.21
Герасименко О. І. 4.Р.21
Герасименко С. І. 4.Р.209
Герасимчук П. О. 4.Р.262
Герасимюк І. Є. 4.Р.398
Гербина Н. А. 4.Р.187
Германюк Т. А. 4.Р.67
Герцев В. М. 4.Р.90
Герцен Г. І. 4.Р.117, 4.Р.268
Гиндич П. А. 4.Р.240
Гирла Я. В. 4.Р.232
Гітальчук О. А. 4.Р.229
Гладишко О. П. 4.Р.461
Гладкий О. 4.Р.131
Гладкий О. В. 4.Р.120
Глодан О. Я. 4.Р.420
Глуткин А. В. 4.Р.471
Глухих В. І. 4.Р.278
Глущенко Л. А. 4.Р.109
Гнатюк М. Г. 4.Р.255
Гнатюк М. С. 4.Р.143
Говсєєв Д. О. 4.Р.426, 4.Р.433
Гогаєва О. К. 4.Р.161, 4.Р.166
Гогія М. 4.Р.266
Годік О. С. 4.Р.469, 4.Р.482
Голик Ю. І. 4.Р.238
Головаха М. Л. 4.Р.293
Головіна Я. О. 4.Р.286, 4.Р.334
Головкін В. В. 4.Р.108
Головкова Л. П. 4.Р.75
Голубовський І. А. 4.Р.180
Голяченко А. О. 4.Р.120
Гончар Ю. О. 4.Р.135
Гончаренко М. В. 4.Р.238
Гончарук О. М. 4.Р.386-4.Р.387
Горанський Ю. І. 4.Р.90
Горбатюк О. М. 4.Р.455
Горбач О. Р. 4.Р.468
Горбачук В. М. 4.Р.51
Горбунова О. В. 4.Р.431
Гошовська А. В. 4.Р.432, 4.Р.434
Грама О. В. 4.Р.261
Гребініченко Г. О. 4.Р.461
Гресько А. М. 4.Р.247
Гресько М. М. 4.Р.247
Гречана О. В. 4.Р.36
Гриб О. М. 4.Р.205
Григораш Н. В. 4.Р.414
Гринів Н. О. 4.Р.338
Гринчук Ф. В. 4.Р.257
Грицуляк Б. В. 4.Р.420
Грицуляк В. Б. 4.Р.420
Грідасова Л. М. 4.Р.195
Громовик Б. П. 4.Р.102
Грушкевич В. В. 4.Р.303, 4.Р.309
Губка В. О. 4.Р.172
Гужевський І. В. 4.Р.209
Гузун О. В. 4.Р.405
Гук Ю. М. 4.Р.477
Гуменний І. З. 4.Р.238
Гуменюк К. М. 4.Р.305
Гунас І. В. 4.Р.271
Гупал А. М. 4.Р.114
Гура Е. Ю. 4.Р.81
Гурєєва А. М. 4.Р.278
Гур'янов В. Г. 4.Р.381
Дабіжа О. Ю. 4.Р.230
Давиденко І. С. 4.Р.181, 4.Р.227, 4.Р.257, 4.Р.434
Даниленко Ю. І. 4.Р.303
Данилова О. В. 4.Р.197
Данильчук І. В. 4.Р.157
Данчин А. О. 4.Р.386-4.Р.387
Данчин Г. О. 4.Р.386-4.Р.387
Дац Р. І. 4.Р.467
Дацюк Н. О. 4.Р.27
Дельва М. Ю. 4.Р.339
Дембик А. Д. 4.Р.60
Демидас О. В. 4.Р.182
Демченко А. В. 4.Р.385
Демченко С. А. 4.Р.89
Дем'яненко А. С. 4.Р.441
Демянчук В. Б. 4.Р.241
Дендерук Н. В. 4.Р.310
Денисенко О. М. 4.Р.108
Денисюк О. Ю. 4.Р.409
Денова Л. Д. 4.Р.190
Дерман В. А. 4.Р.33
Дерюгін О. В. 4.Р.44
Дегтярьова Д. С. 4.Р.482
Дєдух Н. В. 4.Р.210
Дзахоєва Л. С. 4.Р.161
Дзюба Д. О. 4.Р.235
Дибкалюк С. В. 4.Р.268
Димко Р. О. 4.Р.50
Димчина Ю. А. 4.Р.465
Динник О. Б. 4.Р.10
Дікал М. В. 4.Р.415
Дмитренко О. П. 4.Р.231
Доброродня Г. С. 4.Р.59
Довбонос Т. А. 4.Р.351
Довгополий Ю. Д. 4.Р.17
Дола О. Л. 4.Р.429
Долженко М. М. 4.Р.10, 4.Р.159
Доляницький М. М. 4.Р.284
Домашич Р. В. 4.Р.238
Дорофєєва Г. С. 4.Р.411
Дорохіна А. О. 4.Р.16
Дорош О. І. 4.Р.450
Дорошенко Е. Ю. 4.Р.278
Доценко С. Я. 4.Р.328
Дроговоз Е. В. 4.Р.130
Дроговоз С. М. 4.Р.130, 4.Р.296, 4.Р.391
Дрожчана О. У. 4.Р.25, 4.Р.39
Дроздова І. В. 4.Р.135
Дружина О. М. 4.Р.236, 4.Р.238
Дубас Л. Г. 4.Р.438
Дубей Л. Я. 4.Р.450
Дубей Н. В. 4.Р.450
Дубенко О. Е. 4.Р.374
Дубина Д. О. 4.Р.305
Дубкова А. Г. 4.Р.171, 4.Р.212
Дубницький В. Ю. 4.Р.37
Дубовик С. Л. 4.Р.282
Дуболазов О. В. 4.Р.499
Дубровін О. Г. 4.Р.469
Дугіна Л. 4.Р.298
Дудник В. В. 4.Р.25, 4.Р.35
Думка І. В. 4.Р.218
Дунаєвський М. С. 4.Р.51
Дутка І. І. 4.Р.257
Дьоміна Е. А. 4.Р.124
Дюкарева Г. І. 4.Р.78
Дядик О. О. 4.Р.256
Дядюн Д. М. 4.Р.243
Дяченко П. Ю. 4.Р.362
Євсєєва В. В. 4.Р.264
Євтушенко М. С. 4.Р.396
Єлейник М. В. 4.Р.372
Єпанчінцева О. А. 4.Р.10, 4.Р.160, 4.Р.377
Єрмоленко Т. О. 4.Р.427
Єрмолович Н. А. 4.Р.431
Єрошенко А. О. 4.Р.303
Єфіменко П. 4.Р.290
Жаріков С. О. 4.Р.473
Жарінов О. Й. 4.Р.10, 4.Р.160, 4.Р.377
Жарова І. 4.Р.119, 4.Р.144
Живило І. О. 4.Р.134
Жорняк П. В. 4.Р.180
Жук В. В. 4.Р.109
Жуковський Д. О. 4.Р.417
Жултакова С. 4.Р.395
Жумік Д. В. 4.Р.453
Забєлін І. М. 4.Р.293
Заболотько В. М. 4.Р.24
Забродіна Л. П. 4.Р.370
Забудський О. В. 4.Р.344
Заволока О. В. 4.Р.194
Загаба Л. М. 4.Р.178
Загородний В. Н. 4.Р.382
Загороднюк Д. М. 4.Р.20
Залевський В. П. 4.Р.149
Запорожець Т. В. 4.Р.19
Заріна О. З. 4.Р.314
Засєкін Д. А. 4.Р.50
Захарова В. О. 4.Р.402
Зброжек С. І. 4.Р.30-4.Р.31
Здесенко І. В. 4.Р.308
Зеленчук О. В. 4.Р.241
Зенкіна Л. М. 4.Р.264
Зима А. М. 4.Р.477
Злагода В. С. 4.Р.67
Зограб'ян Р. О. 4.Р.416
Зорін М. О. 4.Р.173
Зуб Л. О. 4.Р.184
Иваницкая Л. Н. 4.Р.171, 4.Р.212
Иванцык Л. Б. 4.Р.130, 4.Р.296, 4.Р.391
Ібрагімова О. Л. 4.Р.32
Іванів Ю. А. 4.Р.10
Іванов В. П. 4.Р.157
Іванов Д. Д. 4.Р.189, 4.Р.321, 4.Р.422, 4.Р.495
Іваночко Р. В. 4.Р.457
Івасюк І. Й. 4.Р.420
Івах М. С. 4.Р.9
Іващук О. І. 4.Р.326
Івко Т. І. 4.Р.67
Ігнатьєв О. М. 4.Р.427
Ізбицька Н. В. 4.Р.372
Ісаєнко В. В. 4.Р.243
Ісаєнко О. Ю. 4.Р.78
Каджарян В. Г. 4.Р.207
Казимирко В. К. 4.Р.171, 4.Р.212
Казмирчук В. Е. 4.Р.66, 4.Р.310
Казмірчук А. П. 4.Р.309
Калуцький І. В. 4.Р.234
Каминская Е. А. 4.Р.448
Камінський А. А. 4.Р.373
Кампов Н. М. 4.Р.76
Камуть Н. В. 4.Р.485
Каниґіна С. М. 4.Р.392
Каніщева О. 4.Р.290
Капустянский И. Ю. 4.Р.187
Капшитар Н. І. 4.Р.167
Карабан О. М. 4.Р.306
Карабань І. М. 4.Р.354
Караковская Н. Е. 4.Р.391
Карасевич Н. В. 4.Р.354
Каратєєва С. Ю. 4.Р.201
Карачарова І. Ю. 4.Р.345
Карліна О. 4.Р.3
Карпенко Є. О. 4.Р.162
Карпінська О. Д. 4.Р.286-4.Р.287, 4.Р.291-4.Р.292
Карпінський М. Ю. 4.Р.284, 4.Р.286, 4.Р.288, 4.Р.334
Карпун Є. О. 4.Р.95
Карташов О. А. 4.Р.378
Касянчук М. Г. 4.Р.315
Кацалап Є. С. 4.Р.288
Качан О. В. 4.Р.407
Кваша В. П. 4.Р.275
Кваша О. І. 4.Р.238, 4.Р.241
Кечеджиєв В. В. 4.Р.329
Килівник В. С. 4.Р.120
Кирилова Л. Г. 4.Р.355
Кириченко О. В. 4.Р.371
Кіндратів Е. О. 4.Р.270
Кіношенко К. Ю. 4.Р.242
Кінча-Поліщук Т. А. 4.Р.477
Кіржнер В. М. 4.Р.359
Кірієнко Д. О. 4.Р.195
Кірієнко М. М. 4.Р.37
Кірієнко О. М. 4.Р.195
Кіршак К. Б. 4.Р.270
Кісельова М. М. 4.Р.454, 4.Р.485
Клай С. Р. 4.Р.20
Клебан К. І. 4.Р.16
Клименко Г. 4.Р.3
Клімanський Р. П. 4.Р.473
Клімов Д. Г. 4.Р.44
Клочко Т. Р. 4.Р.54
Кнопов П. С. 4.Р.49, 4.Р.52
Кобеляцький Ю. Ю. 4.Р.412
Кобець А. В. 4.Р.165
Кобець М. М. 4.Р.32
Кобець Ю. М. 4.Р.32
Кобилецький О. Я. 4.Р.312
Ковалевська І. В. 4.Р.71, 4.Р.202
Коваленко В. М. 4.Р.10, 4.Р.451
Коваленко О. П. 4.Р.387
Коваль І. А. 4.Р.16
Коваль С. М. 4.Р.136, 4.Р.139
Ковальов М. О. 4.Р.217
Ковальова О. М. 4.Р.304
Ковальчук О. І. 4.Р.271
Ковальчук П. Є. 4.Р.281
Ковтун Г. І. 4.Р.154, 4.Р.238, 4.Р.246
Ковтун О. В. 4.Р.405, 4.Р.492
Кожухарьова Н. А. 4.Р.159
Козирєва О. В. 4.Р.22
Козловська І. Ю. 4.Р.219
Козловський Ю. К. 4.Р.219
Козьолкін О. А. 4.Р.367
Кокарь О. О. 4.Р.400
Колеснік О. П. 4.Р.329
Колісник С. В. 4.Р.36
Колобов О. О. 4.Р.267
Коломієць В. О. 4.Р.407
Коломоєць І. В. 4.Р.469
Колоскова О. К. 4.Р.452
Комариця О. Й. 4.Р.185
Кондратова Т. В. 4.Р.10

Кондратюк В. А. 4.Р.240, 4.Р.330
Кондратюк В. Є. 4.Р.218
Коноваленко С. О. 4.Р.143
Коновалова Н. В. 4.Р.405, 4.Р.492
Кононенко А. В. 4.Р.130
Кононов О. Є. 4.Р.313
Конопліцький В. С. 4.Р.459, 4.Р.462, 4.Р.465
Конопліцький Д. В. 4.Р.481
Конопляник Л. І. 4.Р.159
Конотопчик С. В. 4.Р.376, 4.Р.382, 4.Р.390
Копиця М. П. 4.Р.165
Копчак О. О. 4.Р.360
Копчук Т. Г. 4.Р.415
Корда М. М. 4.Р.70
Корж О. М. 4.Р.142
Коркушко О. В. 4.Р.205
Кормільцев В. 4.Р.119
Корнілова М. С. 4.Р.315
Коробко Ю. Є. 4.Р.465
Король Л. В. 4.Р.493
Коротчук Н. В. 4.Р.236
Корчинська О. О. 4.Р.395
Косова Г. А. 4.Р.145
Костенко А. А. 4.Р.230
Костенко О. М. 4.Р.25, 4.Р.39
Костюк Г. Я. 4.Р.180
Костюк О. Г. 4.Р.180, 4.Р.419
Косуба С. І. 4.Р.410
Косяченко К. Д. 4.Р.27
Котинська Л. Й. 4.Р.80
Котова В. В. 4.Р.92
Коцар О. В. 4.Р.78
Коцюбенко В. О. 4.Р.250
Кочін І. В. 4.Р.53
Кошель Н. М. 4.Р.205
Кошова О. Ю. 4.Р.396
Кравець О. П. 4.Р.109
Кравченко В. І. 4.Р.237
Кравченко В. М. 4.Р.192
Крак Ю. В. 4.Р.177
Крахмалова О. О. 4.Р.10
Кремер І. П. 4.Р.9
Кривенко Г. М. 4.Р.43
Кривецкий Д. С. 4.Р.471
Кривецький В. В. 4.Р.363
Криворучко Д. Ю. 4.Р.255
Кривченя Д. Ю. 4.Р.458, 4.Р.466, 4.Р.474, 4.Р.483
Крижна С. І. 4.Р.396
Крисінська Д. О. 4.Р.42
Ктракян Л. А. 4.Р.361
Кубарєва І. В. 4.Р.69
Куваєв О. С. 4.Р.401
Куліна О. В. 4.Р.267
Кузик А. С. 4.Р.474, 4.Р.483
Кузнєцов А. А. 4.Р.367
Кузьмич І. М. 4.Р.238
Кузьмінська О. Б. 4.Р.163
Кулачек В. Т. 4.Р.137
Кулачек Я. В. 4.Р.137
Куліч Є. В. 4.Р.18
Кульбачук Н. В. 4.Р.488
Кульова О. В. 4.Р.303
Кумеда М. О. 4.Р.7
Купчинський О. В. 4.Р.243
Курбатова А. О. 4.Р.26
Курило В. О. 4.Р.392
Курочкіна В. А. 4.Р.38
Курсов С. В. 4.Р.63
Курташ О. О. 4.Р.463, 4.Р.466
Куса О. М. 4.Р.443
Кутова О. В. 4.Р.71
Кутовой В. В. 4.Р.171, 4.Р.212
Кухарева Н. С. 4.Р.21
Кухтенко Г. П. 4.Р.73
Куц-Карпенко В. І. 4.Р.312
Кучерук М. Д. 4.Р.50
Кучинська І. А. 4.Р.299
Кучук М. В. 4.Р.109
Кучук Н. О. 4.Р.201
Кучук О. П. 4.Р.201
Кушнір С. М. 4.Р.133, 4.Р.140
Кушніренко О. В. 4.Р.189
Кушніренко С. В. 4.Р.189
Кушта А. О. 4.Р.332
Лавренчук О. В. 4.Р.493
Лаврик Й. С. 4.Р.408
Лазарєва О. 4.Р.119
Лазоришинець В. В. 4.Р.161
Лакоза Н. В. 4.Р.45
Ланкін Ю. М. 4.Р.225
Лапенко Т. Г. 4.Р.25
Левицький А. Ф. 4.Р.284
Лемко О. І. 4.Р.176
Лесик Р. Б. 4.Р.91
Лета І. І. 4.Р.362
Лисенко В. А. 4.Р.151
Лисенко В. Й. 4.Р.162
Лисенко Т. І. 4.Р.303
Листван К. В. 4.Р.103
Лисько В. І. 4.Р.303
Литвицкая Т. Д. 4.Р.115
Лихова А. А. 4.Р.97
Ліскіна І. В. 4.Р.178
Літвінов С. В. 4.Р.103
Ліхачов В. К. 4.Р.424
Логінов Ю. О. 4.Р.314
Лозинський А. В. 4.Р.91
Лозинський І. М. 4.Р.314
Локота І. М. 4.Р.393
Ломаковський О. М. 4.Р.149
Ломіковська М. П. 4.Р.302
Лопін Д. О. 4.Р.156
Лоскутов Д. О. 4.Р.154
Лоскутов О. А. 4.Р.236, 4.Р.238, 4.Р.299
Лось С. Л. 4.Р.75
Льовкіна О. Л. 4.Р.438
Льошина Л. Г. 4.Р.103
Лялюк-Вітер Г. Д. 4.Р.43
Лянскорунський М. В. 4.Р.255
Лях І. М. 4.Р.35
Ляхова І. М. 4.Р.278
Ляшко С. И. 4.Р.68
Мазанович И. А. 4.Р.240
Мазанович І. А. 4.Р.330
Мазур І. А. 4.Р.101
Мазур О. О. 4.Р.234
Мазченко О. О. 4.Р.440
Макогончук А. В. 4.Р.87, 4.Р.219
Максаков А. О. 4.Р.246
Максимець Т. О. 4.Р.346
Максим'юк В. В. 4.Р.221, 4.Р.232
Малий В. П. 4.Р.306
Малик Р. В. 4.Р.286, 4.Р.334
Малик Ю. Ю. 4.Р.155
Малиш І. Р. 4.Р.236
Малишева Т. А. 4.Р.449
Малишевський І. О. 4.Р.326
Малімоненко М. О. 4.Р.264
Малініна Н. Г. 4.Р.32
Малоштан В. А. 4.Р.162
Мальований Б. Я. 4.Р.467
Мальцев Д. В. 4.Р.478, 4.Р.487, 4.Р.489
Мальцева І. А. 4.Р.478
Мамонова М. Ю. 4.Р.390
Мамонтов І. М. 4.Р.259
Манжалій Е. Г. 4.Р.186
Маньковський Д. С. 4.Р.239
Мараховский К. Ю. 4.Р.448
Маркевич О. В. 4.Р.461
Мартинчик О. С. 4.Р.303
Мартинюк О. В. 4.Р.48
Мартищенко І. В. 4.Р.243
Маруняк С. Р. 4.Р.236
Марушко Р. В. 4.Р.20
Марущенко Л. Л. 4.Р.449
Марценковський Д. І. 4.Р.486
Марценковський І. А. 4.Р.486
Марцинковський І. П. 4.Р.220
Марцінів В. В. 4.Р.327
Маслійчук В. 4.Р.3
Маслов О. Ю. 4.Р.36
Матвієнко А. В. 4.Р.425
Матвіюк С. В. 4.Р.488
Матолінець Н. В. 4.Р.312
Мацюк О. Д. 4.Р.104
Мачуський С. М. 4.Р.172
Машин О. М. 4.Р.248
Мелліна І. М. 4.Р.433
Мельник А. В. 4.Р.438
Мельник А. Ю. 4.Р.238, 4.Р.246
Мельник Г. Ю. 4.Р.154
Мельник Л. І. 4.Р.478
Мельник О. Д. 4.Р.301
Мельник О. О. 4.Р.178
Мереуца С. М. 4.Р.232
Мерліч А. Г. 4.Р.300
Метеліцина І. П. 4.Р.300
Мещеряков І. С. 4.Р.33
Мигаль Л. Я. 4.Р.493
Мигур М. Ю. 4.Р.460-4.Р.461
Микитюк З. М. 4.Р.9
Милославський Д. К. 4.Р.139
Минка Н. В. 4.Р.412
Мисниченко О. В. 4.Р.136
Митченок В. М. 4.Р.237
Михальчишин Г. П. 4.Р.196
Михальчук Т. І. 4.Р.465
Михалюк В. С. 4.Р.449
Михнушева О. С. 4.Р.479
Мишковський Ю. М. 4.Р.326
Міщенко О. Я. 4.Р.187
Мірошников О. О. 4.Р.355
Мірошниченко А. Ю. 4.Р.173
Міщенко В. І. 4.Р.73
Міщенко В. М. 4.Р.308, 4.Р.370
Міщенко М. В. 4.Р.91
Міщенко Т. С. 4.Р.308, 4.Р.370
Мовчан О. С. 4.Р.117
Мовчан С. О. 4.Р.268
Могілевський С. Ю. 4.Р.408
Мозуль В. І. 4.Р.108
Мокіна М. В. 4.Р.301
Момот Н. В. 4.Р.249
Морар І. К. 4.Р.331
Морозова Я. В. 4.Р.162
Москалюк В. І. 4.Р.254
Московко Г. С. 4.Р.292, 4.Р.362
Московко С. П. 4.Р.371
Мотузюк О. П. 4.Р.265
Мужевська В. М. 4.Р.237
Музика Н. Я. 4.Р.201
Мунько М. А. 4.Р.97
Мусієнко А. С. 4.Р.214
Муха С. Ю. 4.Р.269
Мухаровська І. Р. 4.Р.16
Найда А. В. 4.Р.333
Нартов П. В. 4.Р.306
Наскалова С. С. 4.Р.205
Науменко В. О. 4.Р.275
Науменко Г. М. 4.Р.16
Нгуєн Н. 4.Р.473
Невмержицький С. О. 4.Р.303
Негреба Т. В. 4.Р.359
Немченко А. С. 4.Р.73
Нестеренко О. В. 4.Р.490
Нетлюх А. М. 4.Р.312
Нехлопочин О. С. 4.Р.273-4.Р.274, 4.Р.388
Никифорук О. М. 4.Р.467-4.Р.468, 4.Р.472
Никонов В. В. 4.Р.63, 4.Р.374
Ніканоров О. К. 4.Р.278
Нікітін А. А. 4.Р.33
Ніколаєв В. Г. 4.Р.124
Ніколаєва О. Д. 4.Р.178
Нікольченко О. А. 4.Р.210
Німенко Г. Р. 4.Р.81
Новохацька Т. В. 4.Р.141
Ноздренко Д. М. 4.Р.265
Носач Л. В. 4.Р.75
Носенко Н. М. 4.Р.390
Нудченко О. О. 4.Р.159
Нурищенко Н. Є. 4.Р.265
Одінцова Т. А. 4.Р.360
Олійник А. О. 4.Р.16
Олійник П. В. 4.Р.116
Оліфіренко О. І. 4.Р.117
Омельчук С. Т. 4.Р.116
Омелянович В. Ю. 4.Р.16
Онищук Л. 4.Р.129, 4.Р.131-4.Р.132, 4.Р.148
Опара Н. М. 4.Р.25, 4.Р.39
Опікан Н. М. 4.Р.472
Оранський Т. Б. 4.Р.217
Орищин Н. Д. 4.Р.112
Орлик В. Ф. 4.Р.66, 4.Р.310
Орос (мол.) М. М. 4.Р.366
Орос М. М. 4.Р.76, 4.Р.349, 4.Р.361, 4.Р.366, 4.Р.369
Осовська Н. Ю. 4.Р.10
Остапенко А. О. 4.Р.53
Остапенко Е. М. 4.Р.23
Остапчук Р. М. 4.Р.117, 4.Р.268
Павленко Н. П. 4.Р.34
Павлик А. О. 4.Р.76
Павлиш О. С. 4.Р.447
Павлишин А. В. 4.Р.262
Павлов С. В. 4.Р.400
Павлюк І. В. 4.Р.101
Паєнок А. В. 4.Р.312
Палагута Г. В. 4.Р.213
Паламарчук І. П. 4.Р.459
Паллаг О. В. 4.Р.105
Пальчак Л. М. 4.Р.267
Панасенко М. О. 4.Р.328
Панасенко О. І. 4.Р.108
Панасюк Я. В. 4.Р.70
Пантазі О. В. 4.Р.246
Панфілова Г. Л. 4.Р.47
Панченко О. Р. 4.Р.434
Панченко Ю. О. 4.Р.408
Парфанюк Т. 4.Р.297
Парфененко Ю. В. 4.Р.11
Пастушин А. А. 4.Р.382
Пастушин О. А. 4.Р.376, 4.Р.390
Пашкевич С. 4.Р.297-4.Р.298
Пенішкевич Я. І. 4.Р.201
Пентелейчук Н. П. 4.Р.155
Пенькова М. Ю. 4.Р.136
Перепелиця В. П. 4.Р.484
Переяслов А. А. 4.Р.467, 4.Р.472
Переяслова Ж. М. 4.Р.472
Перова-Шаронова В. М. 4.Р.470
Перцов В. І. 4.Р.293, 4.Р.372
Петелицька Л. Б. 4.Р.215
Петрашко Л. П. 4.Р.48
Петренко О. В. 4.Р.410, 4.Р.414
Петренко Ю. М. 4.Р.249
Петрук Ю. П. 4.Р.255
Пикалюк В. С. 4.Р.223
Пилипенко Д. 4.Р.86
Пильова Т. В. 4.Р.242
Підгаєцький В. М. 4.Р.295
Підгайна О. А. 4.Р.149
Підкопай Д. 4.Р.279
Підкопай Т. 4.Р.279
Підлубний В. Л. 4.Р.392, 4.Р.394
Піщурін О. А. 4.Р.243
Плаксивий О. Г. 4.Р.234
Плем'яник С. В. 4.Р.60
Погорілий В. В. 4.Р.465
Погребняк В. В. 4.Р.241
Погуляєва Т. М. 4.Р.359
Подгорна А. 4.Р.3
Полесова Т. Р. 4.Р.21
Поліщук М. Є. 4.Р.338
Поліщук Н. М. 4.Р.95
Полковніков О. Ю. 4.Р.372
Полуденко Г. О. 4.Р.320
Полуектов С. О. 4.Р.113
Полулях М. В. 4.Р.209
Польський С. Г. 4.Р.278
Полянова Н. В. 4.Р.33
Полянський І. Ю. 4.Р.254
Пономаренко О. П. 4.Р.460-4.Р.461
Попадюк О. Я. 4.Р.270, 4.Р.272
Попова О. Г. 4.Р.172
Попова Т. В. 4.Р.73
Постой В. В. 4.Р.93
Прилуцька С. В. 4.Р.98
Прилуцький Ю. І. 4.Р.265
Притула В. П. 4.Р.458, 4.Р.463, 4.Р.466, 4.Р.474, 4.Р.483
Прокопів М. М. 4.Р.375
Пролигіна І. В. 4.Р.440
Проніна О. М. 4.Р.224
Пронюк Х. О. 4.Р.179
Протас С. В. 4.Р.28
Прохорова О. О. 4.Р.193
Проценко І. П. 4.Р.449
Процик А. І. 4.Р.117, 4.Р.268
Прочухан Д. В. 4.Р.40
Псарьова В. Г. 4.Р.206
Пузанова Є. В. 4.Р.431
Пурденко Т. Й. 4.Р.339
Пустовойт Б. 4.Р.297-4.Р.298
Пустынцев А. А. 4.Р.240
Пуськов А. Н. 4.Р.97
Пчеловська С. А. 4.Р.103
Радченко Г. Д. 4.Р.134
Радченко О. В. 4.Р.242
Радченко О. М. 4.Р.175, 4.Р.185
Радюк П. М. 4.Р.177
Райчук М. І. 4.Р.255
Распутняк О. В. 4.Р.149
Расул-Заде С. Т. 4.Р.172
Рашиди Б. Р. 4.Р.337
Ребенков С. О. 4.Р.482
Резнік Л. А. 4.Р.139
Рековець О. Л. 4.Р.133, 4.Р.140
Репчук Ю. В. 4.Р.146
Рзаєва Ф. Г. 4.Р.390
Рибакова О. В. 4.Р.149
Рибальченко В. Ф. 4.Р.481
Рибальченко І. Г. 4.Р.481
Рибчинський С. В. 4.Р.156
Рижкова Н. О. 4.Р.149
Рижкова Т. М. 4.Р.78
Рижов О. А. 4.Р.102
Ризаев Ж. А. 4.Р.397
Риков С. О. 4.Р.408, 4.Р.410
Рилькова К. А. 4.Р.490
Роговий Ю. Є. 4.Р.415
Рогозинський В. О. 4.Р.284
Родіонова В. 4.Р.188
Родіонова Ю. В. 4.Р.165
Романенко І. Ю. 4.Р.442
Романова І. Ю. 4.Р.225
Ротар В. І. 4.Р.261
Ротар О. В. 4.Р.261
Ротова С. О. 4.Р.189
Роша Л. Г. 4.Р.57
Рубан Л. 4.Р.144
Руда І. В. 4.Р.120
Руденко А. В. 4.Р.161
Руденко Г. С. 4.Р.371
Руденко Є. О. 4.Р.458
Руденко К. В. 4.Р.149
Руденко Н. Г. 4.Р.24
Руденко О. В. 4.Р.24
Рудий О. Д. 4.Р.122
Рудий Ю. Й. 4.Р.120
Русак П. С. 4.Р.17, 4.Р.481
Руснак І. Т. 4.Р.137
Савельєв Д. В. 4.Р.41
Савінова К. Б. 4.Р.479
Савченко О. А. 4.Р.342
Савченко С. О. 4.Р.264
Сагайдак-Нікітюк Р. В. 4.Р.71
Сазанова І. О. 4.Р.278
Сак А. 4.Р.294
Сак Л. В. 4.Р.16
Сакада В. І. 4.Р.109
Саламова Х. М. 4.Р.76
Салоха А. Ф. 4.Р.457
Самарченко Л. А. 4.Р.339
Самко К. А. 4.Р.230
Самойленко А. В. 4.Р.400
Самойленко О. І. 4.Р.303
Самоненко Ю. М. 4.Р.333
Самура Б. Б. 4.Р.328
Самчук О. О. 4.Р.238
Сапон Д. М. 4.Р.16
Свиридюк О. Є. 4.Р.333, 4.Р.368, 4.Р.377, 4.Р.390
Свист А. О. 4.Р.449
Свистільник В. О. 4.Р.479
Свінціцький І. А. 4.Р.164
Світлична К. С. 4.Р.22
Семенових П. С. 4.Р.195
Семенюк Т. О. 4.Р.155
Семеренко О. О. 4.Р.76
Сербін А. Г. 4.Р.36
Сербіна І. М. 4.Р.348
Серга Т. В. 4.Р.183
Сергєєва М. Ю. 4.Р.90
Сергиенко И. В. 4.Р.114
Сергієнко Р. О. 4.Р.117
Сердюк І. 4.Р.3
Сиволап В. Д. 4.Р.167
Сидорчук Л. П. 4.Р.146
Силантьева Т. С. 4.Р.171, 4.Р.212
Симоненко Г. Г. 4.Р.350
Сирку А. А. 4.Р.51
Сиром'ятников М. М. 4.Р.278
Сироткін А. В. 4.Р.484
Сич Н. В. 4.Р.80
Сичевська Л. Л. 4.Р.76
Сичов О. С. 4.Р.10
Сігунов О. Г. 4.Р.426
Сіделковський О. Л. 4.Р.352, 4.Р.356
Сілаєва О. С. 4.Р.338
Сільченко М. І. 4.Р.463, 4.Р.466, 4.Р.474, 4.Р.483
Сіренко О. Ю. 4.Р.140
Сіренко Ю. М. 4.Р.10, 4.Р.133-4.Р.134, 4.Р.140
Січняк О. Л. 4.Р.488
Скиба В. В. 4.Р.437
Скицюк В. І. 4.Р.54
Скобенко Є. О. 4.Р.264
Скорина Д. Ю. 4.Р.101
Скрильов В. В. 4.Р.27
Скуратов О. Ю. 4.Р.477
Славінський Д. В. 4.Р.44
Слєпов О. К. 4.Р.460-4.Р.461
Сливка Н. О. 4.Р.137
Сліпцова Н. А. 4.Р.267
Слободян О. В. 4.Р.333
Слободян О. М. 4.Р.363
Слонецький Б. І. 4.Р.250
Смоланка А. В. 4.Р.361
Смоланка В. І. 4.Р.361
Снігурська І. О. 4.Р.139
Снісарь В. І. 4.Р.447
Собко Р. Ю. 4.Р.217
Содома О. М. 4.Р.468
Созанська М. А. 4.Р.395
Сокирко О. 4.Р.3
Соколік В. В. 4.Р.308
Соколова Д. О. 4.Р.109
Соколова Л. І. 4.Р.381
Солейко В. В. 4.Р.455
Солейко Д. С. 4.Р.455
Солейко Н. П. 4.Р.455

Соловйов В. Г. 4.Р.225
Сорохан М. М. 4.Р.234
Спаська А. М. 4.Р.420
Спінул О. А. 4.Р.378
Стегніцька Л. В. 4.Р.1
Стеник Р. В. 4.Р.467, 4.Р.472
Столбченко О. В. 4.Р.41
Столетов Ю. В. 4.Р.130, 4.Р.296
Страшнова І. В. 4.Р.300
Строцький К. П. 4.Р.484
Судакевич С. М. 4.Р.238
Суздаленко О. В. 4.Р.172
Сулейманов С.-Б. 4.Р.51
Сурікова І. О. 4.Р.100
Суслик М. П. 4.Р.17
Сухова С. М. 4.Р.242
Суходуб Л. Ф. 4.Р.7
Тарабаров С. О. 4.Р.253
Таран А. В. 4.Р.391
Тарапон К. В. 4.Р.85
Тарасюк С. А. 4.Р.440
Таряник К. А. 4.Р.339
Татарчук Л. В. 4.Р.143
Терешкевич І. С. 4.Р.231, 4.Р.261
Терещенко М. Ф. 4.Р.122
Теслюк А. А. 4.Р.434
Тєрєхов Р. Л. 4.Р.53
Тивончук О. С. 4.Р.231
Титаренко Н. В. 4.Р.165
Ткаченко Н. О. 4.Р.102
Ткаченко Т. 4.Р.244
Ткачишин В. С. 4.Р.216, 4.Р.218
Ткачук Н. П. 4.Р.227
Тодуров Б. М. 4.Р.238, 4.Р.241, 4.Р.246, 4.Р.377
Толкач А. М. 4.Р.498
Толстанов О. К. 4.Р.17
Тончев М. Д. 4.Р.237
Топчій І. І. 4.Р.195
Торбас О. О. 4.Р.133, 4.Р.140
Трачук Л. Є. 4.Р.16
Трембач Л. О. 4.Р.469
Тригубчак О. В. 4.Р.85
Трихліб В. І. 4.Р.303, 4.Р.309
Тріщинська М. А. 4.Р.299, 4.Р.313
Трофименко О. В. 4.Р.315
Труфанов І. І. 4.Р.277
Тулюлюк С. В. 4.Р.281
Туманова О. В. 4.Р.410
Туманська Н. В. 4.Р.249
Турбаніст С. В. 4.Р.430
Турчин М. І. 4.Р.427
Турчин О. А. 4.Р.285
Тутченко М. І. 4.Р.250
Тюленєва В. О. 4.Р.499
Тюпка Т. І. 4.Р.396
Тяжелов О. А. 4.Р.287
Ульянов В. О. 4.Р.427
Уляшкевич Є. В. 4.Р.257
Усатов С. А. 4.Р.337, 4.Р.386-4.Р.387
Усенко А. А. 4.Р.115
Усенко К. О. 4.Р.413
Усенко Л. В. 4.Р.115
Усенко О. Ю. 4.Р.231, 4.Р.256
Ушаков А. В. 4.Р.257
Федец О. И. 4.Р.63
Федик О. В. 4.Р.175
Федотова М. С. 4.Р.47
Фесенко У. А. 4.Р.217
Филенко Я. М. 4.Р.142
Фисенко А. В. 4.Р.308
Фікс Д. О. 4.Р.383
Філінюк О. М. 4.Р.27
Філіпська А. М. 4.Р.118
Філіпцова О. В. 4.Р.32
Фінкова О. П. 4.Р.343
Фіра Д. Б. 4.Р.262
Фломін Ю. В. 4.Р.380-4.Р.381
Фоміна Л. В. 4.Р.180
Франкова І. О. 4.Р.16
Франчук В. В. 4.Р.500
Фрімет С. Е. 4.Р.232
Фролова Т. В. 4.Р.491
Фуркало С. Н. 4.Р.240
Хандога Е. В. 4.Р.53
Хартанович В. В. 4.Р.471
Хасянова И. В. 4.Р.240
Хаустова О. О. 4.Р.16
Хіврич О. В. 4.Р.33
Хмара Т. В. 4.Р.363
Хмеленко А. В. 4.Р.471
Хмизов С. О. 4.Р.288
Хоменко В. А. 4.Р.63
Хоменко В. С. 4.Р.484
Хоменко Л. В. 4.Р.484
Хомич І. А. 4.Р.38
Хомяк А. І. 4.Р.261
Хомяк І. В. 4.Р.261
Хохлов А. В. 4.Р.240, 4.Р.246
Храменко Н. І. 4.Р.405, 4.Р.492
Храмцова В. В. 4.Р.135
Хромильова О. В. 4.Р.79, 4.Р.81
Худан-Цільо І. І. 4.Р.70
Хуссейні С. Ф. 4.Р.458, 4.Р.463, 4.Р.466, 4.Р.474, 4.Р.483
Хухліна О. С. 4.Р.181
Царьов В. В. 4.Р.53
Целуйко В. Й. 4.Р.10, 4.Р.242
Циба М. М. 4.Р.80
Цибрій Т. Ю. 4.Р.157
Циганков О. І. 4.Р.195
Циганок Т. В. 4.Р.38
Цимбалюк Я. В. 4.Р.274, 4.Р.388
Цуманець І. О. 4.Р.245
Цурікова О. В. 4.Р.47
Цюрак Н. Р. 4.Р.303
Цюрупа О. В. 4.Р.289
Чабан О. С. 4.Р.16
Чабанюк С. В. 4.Р.123
Чаленко Н. М. 4.Р.88
Чаплик В. В. 4.Р.116
Чебанюк С. В. 4.Р.368
Чеберячко І. М. 4.Р.41
Чеберячко С. І. 4.Р.44
Чеберячко Ю. І. 4.Р.44
Чеботарьова Л. Л. 4.Р.10
Чеверда А. І. 4.Р.477
Чекушин Д. А. 4.Р.275
Чередниченко Н. О. 4.Р.173
Чередниченко Ю. В. 4.Р.173
Черепньов І. А. 4.Р.37
Черкашенінов Є. Г. 4.Р.263
Черковська Л. Г. 4.Р.101
Черненко М. Є. 4.Р.359
Черненко О. Є. 4.Р.278
Черниш А. В. 4.Р.399
Черній В. І. 4.Р.389
Черній Т. В. 4.Р.389
Чешук Є. В. 4.Р.388
Чирук С. 4.Р.3
Чорний В. О. 4.Р.113
Чугунов В. В. 4.Р.392
Чужак А. В. 4.Р.280
Чупровська Ю. Я. 4.Р.255
Шаверський А. В. 4.Р.449
Шавлюк Р. В. 4.Р.459, 4.Р.462
Шандра В. 4.Р.3
Шаповаленко І. С. 4.Р.152
Шаповалов В. С. 4.Р.214
Шарбель Ю. 4.Р.279
Шаргородська І. В. 4.Р.408
Шатило В. Б. 4.Р.152, 4.Р.205
Шаяхметова Г. М. 4.Р.451
Шевченко Н. О. 4.Р.452
Шевченко С. Ю. 4.Р.255
Шевчук Д. В. 4.Р.19, 4.Р.481
Шевчук О. О. 4.Р.70
Шелест Б. О. 4.Р.138
Шелудько С. О. 4.Р.154
Шендрик В. В. 4.Р.11
Шеремет М. І. 4.Р.221
Шиманський В. Я. 4.Р.43
Шишка І. В. 4.Р.293
Шкарутяк А. Є. 4.Р.184
Шкварковський І. В. 4.Р.251
Шклянка І. В. 4.Р.160
Шлосєрова А. 4.Р.395
Шмиглюк Л. В. 4.Р.18
Шпак Я. О. 4.Р.378
Шпачук А. О. 4.Р.238, 4.Р.246
Шпилька М. М. 4.Р.25
Штриголь С. Ю. 4.Р.91, 4.Р.267
Штробля А. Л. 4.Р.130, 4.Р.296
Шульга О. В. 4.Р.476
Шульжик І. І. 4.Р.458
Шурко Н. 4.Р.62
Шуть О. Ю. 4.Р.22
Шушковська Ю. Ю. 4.Р.157
Щеглов Д. В. 4.Р.123, 4.Р.368, 4.Р.376, 4.Р.382
Щекина Е. Г. 4.Р.391
Щенявська О. М. 4.Р.139
Щепанський Б. Ф. 4.Р.174
Щербак В. П. 4.Р.157
Щербак О. А. 4.Р.192
Юдін О. І. 4.Р.473
Юзва О. О. 4.Р.355
Юнко Р.-М. М. 4.Р.312
Юрченко Д. О. 4.Р.287
Юрченко Е. Ю. 4.Р.187
Юрченко О. О. 4.Р.305
Юсипович Т. Д. 4.Р.76
Явір В. С. 4.Р.433
Яворський А. М. 4.Р.270
Ядловський О. Є. 4.Р.89
Яковенко К. В. 4.Р.341
Яковенчук Н. М. 4.Р.210
Яковлева Л. М. 4.Р.242
Ямборко Г. В. 4.Р.300
Янович Л. Є. 4.Р.469
Яновська С. Я. 4.Р.135
Яресько О. В. 4.Р.284, 4.Р.288, 4.Р.334
Ярова І. В. 4.Р.431
Ярош В. О. 4.Р.377
Ясніковська С. М. 4.Р.432, 4.Р.434
Яцків В. В. 4.Р.232
Abdus Sattar 4.Р.126
Abu Shamsieh R. N. 4.Р.252
Abysova M. 4.Р.56
Ahmed Hashim 4.Р.13-4.Р.14
Alaa J. Kadham 4.Р.13
Aleinikava N. E. 4.Р.357
Aleksieienko N. V. 4.Р.403
Alik Kyzy E. 4.Р.340
Aseel Hadi 4.Р.13
Ashukina N. O. 4.Р.336
Asim Kalkan 4.Р.322
Astanin V. 4.Р.319
Auda J. Braihi 4.Р.14
Averianova O. 4.Р.12, 4.Р.15
Babenko V. 4.Р.15
Babuci S. 4.Р.464
Bahamaz V. A. 4.Р.357-4.Р.358
Belchina Yu. B. 4.Р.204
Ben Othmen Mabrouk 4.Р.46
Berezutska M. S. 4.Р.64
Berezutskyi V. I. 4.Р.64
Bielenichev I. F. 4.Р.94, 4.Р.404
Bogdan T. V. 4.Р.170
Bogdan V. V. 4.Р.170
Bogun N. Yu. 4.Р.158
Boika A. V. 4.Р.357-4.Р.358
Bora Cekmen 4.Р.322
Bozhko T. 4.Р.55
Brynza M. S. 4.Р.158
Bur'yanov O. A. 4.Р.325
Burd T. N. 4.Р.456
Burlaka B. S. 4.Р.94
Chekhun V. F. 4.Р.99
Cherkaskyi V. V. 4.Р.317
Cherviakova S. A. 4.Р.204
Chonka O. O. 4.Р.404
Chornyi V. S. 4.Р.325
Chu J. 4.Р.446
Crestanello T. 4.Р.318
Dangas G. D. 4.Р.168
Danishchuk Z. M. 4.Р.336
Danyk A. Yu. 4.Р.125
Davydko O. 4.Р.12
Dons'koi B. V. 4.Р.316
Doroshenko E. Yu. 4.Р.233
Dubok V. A. 4.Р.325
Dubrovskyi E. I. 4.Р.316
Dubynetska V. M. 4.Р.203
Edip Burak Karaaslan 4.Р.322
Enamul Kabir S. M. 4.Р.126
Eremia V. 4.Р.464
Farhan Lafta Rashid 4.Р.14
Fartushna O. Ye. 4.Р.127, 4.Р.384
Fartushnyi Ye. M. 4.Р.127
Fesenko A. M. 4.Р.5
Gavreliuk S. V. 4.Р.233
Geoghegan J. 4.Р.446
Gontova T. M. 4.Р.111
Gorbenko G. 4.Р.199
Gorbyk P. P. 4.Р.99, 4.Р.325
Hasan Naved Y. 4.Р.58
Hayduchok I. G. 4.Р.128
Henry T. D. 4.Р.168
Herbina N. A. 4.Р.111
Hertsyk A. M. 4.Р.233
Hilova Ya. V. 4.Р.198
Hladkova Z. A. 4.Р.357
Holovina Ya. O. 4.Р.336
Hotsulia A. S. 4.Р.83
Huard A. 4.Р.191
Isaienko V. 4.Р.319
Ivanov D. D. 4.Р.318
Ivanova M. D. 4.Р.318
Johnston T. A. 4.Р.446
Jubayer Rahman Akhand Md. 4.Р.126
Kadir Serafettin Tekgunduz 4.Р.445
Kadri Yildiz 4.Р.65
Kaminskyi S. 4.Р.55
Kamrunnahar Kali 4.Р.126
Kapur N. K. 4.Р.168
Karatieieva S. Yu. 4.Р.200
Kawchar Ahmed Patwary Md. 4.Р.126
Khaletska V. M. 4.Р.403
Kharchenko V. 4.Р.319
Khlimenkov O. 4.Р.12
Khomych O. 4.Р.319
Khomych V. 4.Р.319
Khvorost O. P. 4.Р.107
Kis V. N. 4.Р.5
Klein D. G. 4.Р.168
Kliuchka Ya. 4.Р.4
Korniichuk N. M. 4.Р.99
Kovach I. V. 4.Р.403
Kovalenko T. M. 4.Р.233
Kovalova Yu. O. 4.Р.198
Kovzun O. I. 4.Р.204
Kravchuk D. I. 4.Р.325
Kravchuk L. I. 4.Р.325
Kucherenko L. I. 4.Р.404
Kulish S. M. 4.Р.83
Kusyak A. P. 4.Р.99, 4.Р.325
Kuznetsova T. Y. 4.Р.357
Kychak V. 4.Р.121
Lashkul D. A. 4.Р.147
Lashkul Z. V. 4.Р.147
Lazarieva O. B. 4.Р.233
Levchyk L. 4.Р.12
Levytskyi Ye. 4.Р.283
Loboda A. M. 4.Р.497
Lukyanova N. Yu. 4.Р.99
Lyashenko S. A. 4.Р.5
Lysenko V. A. 4.Р.153
Mahmmod Shakir Hashim 4.Р.14
Majeed Ali Habeeb 4.Р.13
Malyk R. V. 4.Р.336
Mamytov M. 4.Р.340
Mazulin O. V. 4.Р.106
Mehmet Emin Akyuz 4.Р.445
Mehmet Hakan Sahin 4.Р.445
Menon V. 4.Р.168
Miasnikov S. O. 4.Р.456
Milevskyi S. 4.Р.4
Moinul Haque Meaze A. K. M. 4.Р.126
Moriak Z. B. 4.Р.404
Mucahit Senturk 4.Р.322
Mustafa Kara 4.Р.445
Naheda Humood 4.Р.14
Naka Y. 4.Р.168
Naumchik I. V. 4.Р.456
Nechytailo Yu. M. 4.Р.46
Nevmyvaka A. V. 4.Р.96
Nosovets O. 4.Р.15
Olefir A. 4.Р.319
Olefir O. 4.Р.319
Olefir V. 4.Р.319
Oner Bozan 4.Р.322
Onishchenko T. Ye. 4.Р.317
Onishchenko V. O. 4.Р.170
Oranska O. I. 4.Р.325
Pakharenko L. V. 4.Р.428
Palahuta H. V. 4.Р.127
Peregudov S. 4.Р.121
Perkhulyn O. M. 4.Р.428
Petranovska A. L. 4.Р.99, 4.Р.325
Petrovici V. 4.Р.464
Pina I. L. 4.Р.168
Ponomarev V. V. 4.Р.357-4.Р.358
Portna O. O. 4.Р.404
Potapenko M. S. 4.Р.153
Prokopiv M. M. 4.Р.384
Prytulska N. 4.Р.55
Pushkarev V. M. 4.Р.204
Pushkarev V. V. 4.Р.204
Rao S. V. 4.Р.168
Riabokon O. V. 4.Р.317
Riabokon Yu. Yu. 4.Р.317
Rodionova Yu. V. 4.Р.198
Ruban O. A. 4.Р.111
Rugaan Asiah Salem 4.Р.58
Safonov A. A. 4.Р.82, 4.Р.96
Saliba T. 4.Р.191
Santunu Purohit 4.Р.126
Savchenko O. V. 4.Р.170
Savchuk H. N. 4.Р.502
Savych V. 4.Р.283
Sazonova K. 4.Р.15
Selina O. G. 4.Р.127
Seref Emre Atis 4.Р.322
Shakilur Rahman Md. 4.Р.126
Shalkevich L. V. 4.Р.456
Shavrin V. O. 4.Р.365
Shchegel G. 4.Р.319
Shcherbyna I. M. 4.Р.403
Shelest B. O. 4.Р.198
Shelest O. M. 4.Р.198
Shelestova L. P. 4.Р.444
Shevchenko K. 4.Р.121
Shmatko O. 4.Р.4
Shmidt O. Yu. 4.Р.158
Shuba Yu. M. 4.Р.325
Shulga Ye. V. 4.Р.323
Shulyatnikova T. V. 4.Р.365
Sialitski M. M. 4.Р.357-4.Р.358
Skoryk I. O. 4.Р.335
Smychek V. B. 4.Р.456
Sobolevs'kyy Yu. L. 4.Р.325
Sokolova L. K. 4.Р.204
Sonmez Yusuf Ercin 4.Р.226, 4.Р.423
Steshenko Ya. M. 4.Р.106
Sudakov O. O. 4.Р.125
Svirska S. P. 4.Р.110
Svyrydyuk R. V. 4.Р.353
Syvolap V. V. 4.Р.153
Tamis-Holland J. E. 4.Р.168
Tarabara U. 4.Р.199
Thiele H. 4.Р.168
Tomey M. I. 4.Р.168
Tovazhnianska V. D. 4.Р.335
Tronko M. D. 4.Р.204
Trusova V. 4.Р.199
Turanska S. P. 4.Р.99, 4.Р.325
Tvaskus G. M. 4.Р.127
Ufuk Temtek 4.Р.445
Ushullu L. F. 4.Р.444
Vikhrova I. O. 4.Р.497
Vinichenko M. L. 4.Р.456
Vitomska M. V. 4.Р.233
Vitomskyi V. V. 4.Р.233
Volkov S. N. 4.Р.324
Vorontsov P. M. 4.Р.336
Vus K. 4.Р.199
Vyrva O. Ye. 4.Р.335-4.Р.336
Yakovlev A. N. 4.Р.456
Yanenko O. 4.Р.121
Yaremenko M. S. 4.Р.111
Yatsynyn R. 4.Р.127
Yevseiev S. 4.Р.4
Yevtushenko S. K. 4.Р.127
Yrysov K. 4.Р.340
Yurchenko C. Yu. 4.Р.111
Yurchenko V. V. 4.Р.5
Zazirnyi I. M. 4.Р.283
Zhauniaronak I. V. 4.Р.456
Zhytniakivska O. 4.Р.199
Zobikova O. L. 4.Р.456
Zudova Ye. Yu. 4.Р.107

Покажчик періодичних та продовжуваних видань

Автомат. зварювання. — 2021. — № 7
4.P.225

Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2020. — 13, № 3
4.P.74, 4.P.81-4.P.83, 4.P.92, 4.P.95-4.P.96, 4.P.101-4.P.102, 4.P.106, 4.P.108, 4.P.228, 4.P.278, 4.P.328, 4.P.404

Актуал. проблеми економіки. — 2020. — № 12
4.P.35

Актуал. проблеми юрид. науки та практики. — 2020. — № 1
4.P.498

Артер. гіпертензія. — 2021. — 14, № 4
4.P.77, 4.P.133, 4.P.136, 4.P.139, 4.P.195

Артер. гіпертензія. — 2021. — 14, № 5
4.P.134, 4.P.304

Архів офтальмології України. — 2021. — 9, № 2
4.P.194, 4.P.405-4.P.406, 4.P.408-4.P.410, 4.P.413-4.P.414, 4.P.490-4.P.492

Бізнес Інформ. — 2021. — № 4
4.P.22

Біль. Суглоби. Хребет. — 2021. — 11, № 3
4.P.65, 4.P.210-4.P.211, 4.P.214, 4.P.388

Буков. мед. вісн. — 2021. — 25, № 1
4.P.8, 4.P.46, 4.P.137, 4.P.146, 4.P.155, 4.P.175, 4.P.181, 4.P.184-4.P.185, 4.P.201, 4.P.314, 4.P.326, 4.P.407, 4.P.434, 4.P.443, 4.P.450, 4.P.452, 4.P.499

Вісн. Київ. нац. торг.-екон. ун-ту. — 2021. — № 4
4.P.55

Вісн. КПІ. Сер. Приладобудування. — 2021. — Вип. 61
4.P.54, 4.P.113, 4.P.121-4.P.122

Вісн. Львів. ун-ту. Сер. біол. — 2020. — Вип. 82
4.P.86

Вісн. Львів. ун-ту. Сер. біол. — 2020. — Вип. 83
4.P.62

Вісн. Нац. авіац. ун-ту. — 2020. — № 2
4.P.56

Вісн. Полтав. держ. аграр. акад. — 2020. — № 3
4.P.39

Вісн. Полтав. держ. аграр. акад. — 2021. — № 2
4.P.25

Вісн. Приазов. держ. техн. ун-ту. Сер. Техн. науки. — 2020. — Вип. 41
4.P.41, 4.P.44

Вісн. Приазов. держ. техн. ун-ту. Сер. Техн. науки. — 2021. — Вип. 42
4.P.11

Вісн. фармації. — 2021. — № 2
4.P.32, 4.P.47, 4.P.67, 4.P.91, 4.P.107, 4.P.110-4.P.111, 4.P.501

Доп. НАН України. — 2021. — № 5
4.P.124, 4.P.204

Зап. з укр. мовознавства. — 2020. — Вип. 27
4.P.393

Запорож. мед. журн. — 2021. — 23, № 1
4.P.36, 4.P.78, 4.P.94, 4.P.140, 4.P.147, 4.P.151-4.P.152, 4.P.159, 4.P.161, 4.P.176, 4.P.198, 4.P.209, 4.P.230, 4.P.250, 4.P.295, 4.P.336, 4.P.365, 4.P.392, 4.P.428, 4.P.488, 4.P.493, 4.P.497

Запорож. мед. журн. — 2021. — 23, № 2
4.P.149, 4.P.153, 4.P.157, 4.P.162, 4.P.167, 4.P.178, 4.P.205, 4.P.207, 4.P.231, 4.P.233, 4.P.293, 4.P.317, 4.P.329, 4.P.332, 4.P.335, 4.P.367, 4.P.394, 4.P.400, 4.P.403, 4.P.455

Інженерія природокористування. — 2021. — № 1
4.P.37

Інженерія природокористування. — 2021. — № 2
4.P.5, 4.P.33

Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2020. — № 4
4.P.148, 4.P.160, 4.P.235-4.P.236, 4.P.240-4.P.241, 4.P.246

Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2021. — № 1
4.P.10, 4.P.112, 4.P.129, 4.P.156, 4.P.238, 4.P.243-4.P.244, 4.P.377

Кардіохірургія та інтервенц. кардіологія. — 2021. — № 2
4.P.131-4.P.132, 4.P.154, 4.P.165-4.P.166, 4.P.168, 4.P.242

Кібернетика та систем. аналіз. — 2021. — 57, № 2
4.P.114

Кібернетика та систем. аналіз. — 2022. — 58, № 1
4.P.51-4.P.52

Клініч. анатомія та операт. хірургія. – 2020. – 19, № 1
4.P.143, 4.P.180, 4.P.227, 4.P.234, 4.P.247, 4.P.255-4.P.257, 4.P.261, 4.P.270, 4.P.281, 4.P.331, 4.P.353, 4.P.397, 4.P.420, 4.P.432, 4.P.435

Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — 19, № 3
4.P.200, 4.P.254, 4.P.271, 4.P.415, 4.P.419

Клініч. анатомія та операт. хірургія. — 2020. — 19, № 4
4.P.221, 4.P.223-4.P.224, 4.P.232, 4.P.245, 4.P.251, 4.P.363-4.P.364, 4.P.398, 4.P.475

Лікар. справа. — 2020. — № 3/4
4.P.24, 4.P.66, 4.P.252, 4.P.262, 4.P.296, 4.P.316, 4.P.340, 4.P.438, 4.P.485, 4.P.502

Лікар. справа. — 2020. — № 5/6
4.P.28, 4.P.31, 4.P.171, 4.P.179, 4.P.391, 4.P.395, 4.P.437, 4.P.440, 4.P.454

Лікар. справа. — 2020. — № 7/8
4.P.30, 4.P.128, 4.P.130, 4.P.170, 4.P.203, 4.P.212, 4.P.310, 4.P.396

Медицина невідклад. станів. — 2021. — 17, № 4
4.P.53, 4.P.58, 4.P.158, 4.P.193, 4.P.216, 4.P.219, 4.P.264, 4.P.299, 4.P.303, 4.P.309, 4.P.323, 4.P.327, 4.P.374, 4.P.412

Медицина невідклад. станів. — 2021. — 17, № 5
4.P.63, 4.P.115, 4.P.218, 4.P.222, 4.P.229, 4.P.249, 4.P.266, 4.P.301, 4.P.322, 4.P.346, 4.P.389, 4.P.411, 4.P.447

Міжнар. неврол. журн. — 2021. — 17, № 4
4.P.76, 4.P.127, 4.P.274, 4.P.349, 4.P.354-4.P.355, 4.P.379, 4.P.456, 4.P.486

Міжнар. неврол. журн. — 2021. — 17, № 5
4.P.357, 4.P.360, 4.P.369-4.P.371, 4.P.375, 4.P.384-4.P.385, 4.P.445, 4.P.487

Міжнар. неврол. журн. — 2021. — 17, № 6
4.P.87, 4.P.308, 4.P.339, 4.P.356, 4.P.358, 4.P.361, 4.P.366, 4.P.478

Міжнар. неврол. журн. — 2021. — 17, № 7
4.P.90, 4.P.213, 4.P.313, 4.P.352, 4.P.359, 4.P.479

Мікробіологія і біотехнологія. — 2021. — № 1
4.P.305

Мікробіологія і біотехнологія. — 2021. — № 2
4.P.300

Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології. — 2021. — 19, вип. 2
4.P.13-4.P.14, 4.P.50, 4.P.265

Наук. зап. Малої акад. наук України. — 2020. — № 3
4.P.45

Нирки. — 2021. — 10, № 3
4.P.142, 4.P.150, 4.P.189, 4.P.191, 4.P.226, 4.P.318, 4.P.321, 4.P.421-4.P.422, 4.P.436, 4.P.494

Нирки. — 2021. — 10, № 4
4.P.188, 4.P.190, 4.P.416, 4.P.418, 4.P.423, 4.P.495

Проблемы упр. и информатики. — 2021. — № 3
4.P.49, 4.P.68, 4.P.177, 4.P.307

Розвідка та розроб. нафт. і газ. родовищ. — 2021. — № 2
4.P.43

Системи оброб. інформації. — 2021. — № 1
4.P.4, 4.P.40

Слобожан. наук.-спорт. вісн. — 2020. — № 5
4.P.144, 4.P.298

Слобожан. наук.-спорт. вісн. — 2021. — № 1
4.P.119, 4.P.297

Слобожан. наук.-спорт. вісн. — 2021. — № 2
4.P.279, 4.P.290

Слобожан. наук.-спорт. вісн. — 2021. — № 3
4.P.294

Соц. фармація в охороні здоров'я. — 2021. — 7, № 3
4.P.27, 4.P.69, 4.P.71, 4.P.73, 4.P.85, 4.P.104

Травма. — 2021. — 22, № 4
4.P.273, 4.P.277, 4.P.280, 4.P.288, 4.P.291, 4.P.334

Травма. — 2021. — 22, № 5
4.P.21, 4.P.117, 4.P.268, 4.P.286-4.P.287, 4.P.427

Травма. — 2021. — 22, № 6
4.P.275, 4.P.282-4.P.284, 4.P.292

Укр. журн. Здоров'я жінки. — 2021. — № 1
4.P.19-4.P.20, 4.P.426, 4.P.430-4.P.431, 4.P.433, 4.P.444, 4.P.446

Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 1
4.P.237, 4.P.337-4.P.338, 4.P.378, 4.P.380, 4.P.386, 4.P.390

Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 2
4.P.172-4.P.173, 4.P.312, 4.P.373, 4.P.382, 4.P.387, 4.P.449

Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 3
4.P.60, 4.P.123, 4.P.330, 4.P.333, 4.P.368, 4.P.372, 4.P.376

Укр. неврол. журн. — 2021. — № 3/4
4.P.64, 4.P.182, 4.P.239, 4.P.350-4.P.351, 4.P.362, 4.P.381, 4.P.489

Укр. соціум. — 2021. — № 2
4.P.48, 4.P.315

Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — 15, № 3
4.P.72, 4.P.84, 4.P.97, 4.P.141, 4.P.187, 4.P.192, 4.P.425

Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — 15, № 4
4.P.89, 4.P.217, 4.P.267, 4.P.311, 4.P.320, 4.P.451

Фізика і хімія твердого тіла. — 2020. — 21, № 4
4.P.9

Фізика низ. температур. — 2021. — 47, № 3 (спец. вип.)
4.P.324

Хімія, фізика та технологія поверхні. — 2021. — 12, № 3
4.P.7, 4.P.75, 4.P.80, 4.P.99, 4.P.325

Хірургія дит. віку. — 2020. — № 1
4.P.459-4.P.460, 4.P.463, 4.P.468, 4.P.470, 4.P.472-4.P.474, 4.P.476, 4.P.481, 4.P.484, 4.P.496

Хірургія дит. віку. — 2020. — № 2
4.P.17, 4.P.448, 4.P.453, 4.P.457-4.P.458, 4.P.461-4.P.462, 4.P.464-4.P.467, 4.P.469, 4.P.471, 4.P.477, 4.P.482-4.P.483

Ядер. фізика та енергетика. — 2021. — 22, № 1
4.P.103

Ядер. фізика та енергетика. — 2021. — 22, № 2
4.P.18, 4.P.38, 4.P.109, 4.P.125

East Europ. J. of Physics. — 2021. — № 1
4.P.126

East Europ. J. of Physics. — 2021. — № 2
4.P.199

Proc. of the Nat. Aviation Univ. — 2020. — № 3
4.P.319

Proc. of the Nat. Aviation Univ. — 2021. — № 2
4.P.12, 4.P.15