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

1 • 2024

січень – лютий

СЕРІЯ 4

Медицина

Медицина

Медичні науки

Зміст

Методика та техніка науково-дослідної роботи з медицини 6
Організація охорони здоров'я 9
Медична освіта 13
Вища медична освіта 13
Спеціалізовані галузі медичної освіти 15
Здоров'я населення та методи його вивчення 15
Лікувально-профілактична допомога 18
Охорона материнства та дитинства 21
Гігієна 22
Гігієна харчування 24
Гігієна праці 26
Гігієна дітей та підлітків. Шкільна гігієна 29
Епідеміологія 30
Загальна патологія 32
Медична мікробіологія та паразитологія 34
Фармакологія. Фармація. Токсикологія 35
Фармакологія 36
Фармація 42
Токсикологія 47
Загальна діагностика 48
Загальна терапія 49
Лікарська терапія 50
Внутрішні хвороби 51
Хвороби систем кровообігу та лімфообігу 52
Серцево-судинна недостатність 55
Хвороби серця 56
Хвороби системи кровотворення та крові. Клінічна гематологія 61
Хвороби системи дихання 62
Хвороби легень 63
Хвороби системи травлення, печінки 65
Хвороби стравоходу 66
Хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки 67
Хвороби кишечника 70
Хвороби підшлункової залози 83
Хвороби нирок 84
Хвороби ендокринної системи та обміну речовин 85
Хвороби ендокринної системи 85
Хвороби, пов'язані з порушенням ендокринної функції підшлункової залози 86
Хвороби обміну речовин 90
Хвороби опорно-рухової системи 91
Інші внутрішні хвороби 92
Хірургія 92
Анестезіологія 93
Загальна хірургічна патологія 93
Хірургія окремих ділянок, систем і органів 94
Хірургія шиї 95
Хірургія ділянки грудей 96
Хірургія ділянки живота 97
Хірургія ділянки таза і промежини 102
Хірургія кінцівок 103
Травматологія та ортопедія 105
Травматологія 105
Ортопедія та протезування 107
Інфекційні та паразитарні хвороби 110
Інфекційні хвороби 110
Інфекції дихальних шляхів (повітряно-крапельні) 112
Фтизіологія 116
Туберкульоз легень 119
Онкологія 121
Пухлини окремих ділянок, систем і органів 122
Пухлини системи травлення та печінки 124
Пухлини ендокринної системи 126
Пухлини жіночої статевої системи 127
Венерологія. Дерматологія 129
Дерматологія 129
Окремі хвороби шкіри 131
Хвороби придатків шкіри 133
Невропатологія 135
Хвороби центральної нервової системи 136
Хвороби вегетативної нервової системи 140
Нейрохірургія 140
Психіатрія 141
Стоматологія 141
Хвороби ротової порожнини 141
Хірургічна стоматологія 144
Хірургічна патологія порожнини рота та щелепно-лицьової ділянки 145
Ортопедична стоматологія 146
Офтальмологія 147
Оториноларингологія 150
Урологія 151
Оперативна урологія. Топографічна анатомія 151
Урологічна патологія 151
Гінекологія 152
Гігієна жінки 156
Жіночі хвороби 156
Хвороби матки і шийки матки 157
Акушерство 159
Фізіологічне акушерство 159
Патологічне акушерство 161
Патологія вагітності 162
Патологія пологів. Патологія післяпологового періоду 172
Педіатрія 172
Хвороби дітей 173
Патологія новонароджених дітей 175
Внутрішні хвороби 178
Хвороби системи кровообігу та лімфообігу 179
Хвороби системи кровотворення та крові 180
Хвороби системи дихання 181
Хвороби системи травлення та печінки 185
Хвороби ендокринної системи та обміну речовин 189
Хвороби опорно-рухової системи 192
Інші внутрішні хвороби 193
Хірургія дитячого віку 193
Хірургічна патологія окремих ділянок, систем і органів 194
Травматологія та ортопедія дитячого віку 201
Інфекційні та паразитарні хвороби 205
Туберкульоз 209
Пухлини у дітей 211
Хвороби шкіри у дітей 213
Нервові хвороби 217
Психічні хвороби 220
Стоматологія дитячого віку 221
Терапевтична стоматологія 221
Хвороби очей 223
Хвороби лорорганів у дітей 223
Хвороби сечостатевої системи 224
Гінекологія дитячого віку 227
Авторський покажчик 228
Покажчик періодичних та продовжуваних видань 238

Медицина. Медичні науки

(реферати 1.Р.1 — 1.Р.956)

1.Р.1. Актовые речи на ежегодных торжественных заседаниях ученого совета Днепровского государственного медицинского университета, посвященных его основанию / Л. В. Новицкая-Усенко; Днепровский государственный медицинский университет. — Днепр: Лира, 2022. — 177, [1] с.: рис., табл. — рус.

Відображено етапи становлення анестезіології як спеціальності та Дніпропетровської наукової школи анестезіологів зокрема. Наведено узагальнення результатів роботи колективу кафедри з різних аспектів зазначеної спеціальності: захисту пацієнтів від операційної агресії та інтенсивної терапії при критичних станах з використанням найсучасніших медичних технологій. Зауважено, що матеріал також спонукає до філософських роздумів про сенс буття та роль особистості у професійній реалізації.

Шифр НБУВ: ВА864863

1.Р.2. Александр Флеминг: первооткрыватель новой эры в медицине — эры антибиотиков (к 140-летию со дня рождения) / Л. Н. Павловский // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 63-73. - Библиогр.: 12 назв. - рус.

Викладено історію одного з найважливіших відкриттів ХХ ст. в історії медицини — винахід А. Флемінгом пеніциліну. Показано найбільшу роль відкриття, що дало початок ері антибіотиків, завдяки яким у наступні роки вдалося зберегти життя мільйонам людей.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.3. Брати Аскоченські: Аристарх — лікар, Віктор — публіцист / М. П. Чабан, З. І. Шевцова, В. В. Гапонов // Гастроентерологія. — 2021. — **55**, № 3. - С. 211-215. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Наведено життєвий шлях і професійну діяльність братів Аскоченських із роду священнослужителів. Старший Віктор (1813 — 1879) обрав собі за місію вдосконалення і розвиток духовної сфери людини. Молодший Аристарх (1817—1896) здобув медичну освіту. Працював земським лікарем на Катеринославщині (сучасній Дніпропетровщині). Став доктором медицини, військовим лікарем. Брати Аскоченські зробили вагомий внесок у розвиток медичної науки і практики, в публіцистичну та культурно-освітню сферу.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.4. Взаємозв'язок пробіотиків та SARS-COV-2 (COVID-19) in vivo / С. О. Старовойтова // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2021. - **27**, № 4. - С. 53-62. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Сьогодні слід звернути увагу на альтернативні методи лікування, якими можуть стати застосування бактеріотерапевтичних препаратів на основі пробіотичних мікроорганізмів — представників нормобіоти хазяїна. Експериментальні дані доводять, що зміни імунної рівноваги у пацієнтів, хворих на COVID-19, можуть бути опосередковані відповідними змінами кишкової мікрофлори хазяїна. Це твердження є особливо показовим для людей похилого віку, у яких кишкова флора є менш різноманітною, особливо зменшується кількість саме корисних її представників, що призводить до більшої чутливості людей старшого покоління до COVID-19. Склад і функції кишкової мікробіоти можуть бути потенційним біологічним механізмом, відповідальним за різноманітність чутливості різних груп людей до COVID-19. Показано двонаправлений зв'язок між віссю кишечник-легені, що обумовлюється розчинними мікробними метаболітами, які транспортуються кровотоком. Кишкова мікробіота продукує багато дифундуючих метаболітів з імуномодулювальними властивостями. Потенційний благотворний вплив бактеріотерапевтичних препаратів і продуктів функціонального харчування, збагачених пробіотичною мікрофлорою, під час респіраторно-вірусної інфекції підтверджує можливість їх використання як терапевтичних засобів під час інфекції COVID-19. Оскільки мікробіоту можна підтримувати, застосовуючи адекватні, безпечні та порівняно недорогі бактеріотерапевтичні препарати (про-, пре-, син-, імунобіотики, функціональні продукти харчування, збагачені пробіотичними мікроорганізмами тощо), їх призначення слід розглядати як додаткове лікування для обмеження прогресування COVID-19 в інфікованих пацієнтів або як профілактичну стратегію для неінфікованих людей, що перебувають у групі ризику під час розширення локалізації COVID-19 або повторних хвиль захворювання.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.5. З минулого земської медицини у глибинці: село Жовте на Катеринославщині / М. П. Чабан, З. І. Шевцова, В. В. Гапонов // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 61-67. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Обговорено питання про становлення земської медицини у Верхньодніпровському повіті Катеринославської губернії на прикладі с. Жовте. Подано історико-краєзнавчі відомості про цей край. Освітлено розвиток медичної служби на початку ХХ ст. Досліджено життєвий і професійний шлях лікарів-подвижників Михайла Дудкевича, Гаврила Коссовського, Володимира Татаринова та інших.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.6. Матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції "Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук", 18 травня 2023 року / ред.: О. О. Стоколос-Ворончук , В. М. Федорик; Львівська обласна державна адміністрація, Львівська медична академія імені Андрея Крупинського. - Львів: Вид-во Львів. політехніки, 2023. - 407 с.: рис., табл. - Бібліогр. в кінці ст. - укр.

Розглянуто актуальні проблеми наукових досліджень в галузі фундаментальних наук (анатомія, фізіологія, медична хімія, медична біологія, медична генетика, медична фізика). Визначено наукові тенденції в клінічному медсестринстві. Зазначено сучасні дослідження лабораторної медицини. Увагу приділено новітнім трендам в галузі фармації.

Шифр НБУВ: ВА865036

1.Р.7. Михайло Кос — військовий лікар, науковець, громадський діяч (до 155-річчя від дня народження): матеріали до біобібліогр. / уклад.: М. Надрага, Л. Метельська, В. Семенів, О. Турчак; ред.: А. Зіменковський; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. - Львів: Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2018. - 299 с.: фот., іл. - укр.

Видання присвячене 155-річчю від дня народження військового лікаря, офтальмолога, вченого, громадського діяча, члена Наукового товариства імені Шевченка — Михайла Коса. У книзі вперше зібрано і структуровано біографічні відомості та матеріали про громадсько-політичну та професійну діяльність українського лікаря першої половини ХХ ст. У бібліографічній частині видання вміщено описи як друкованих, так і рукописних матеріалів (щоденників, особистих нотаток, листів та ін.). У додатках подано праці М. Коса, які були надруковані в часописах і збірниках Львова, Перемишля, Києва, Відня початку ХХ ст.

Шифр НБУВ: ВА865043

1.Р.8. На берегах річок Вовчої та Кам'янки: сторінки історії земської медицини / М. П. Чабан, З. І. Шевцова, В. В. Гапонов // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 137-142. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Висвітлено становлення земської медицини на прикладі трьох сіл Олександрівського повіту Катеринославської губернії. За останньою реформою це Синельниківський район Дніпропетровської області. Наведено історико-краєзнавчі відомості та етапи розвитку медичної допомоги в селах Гаврилівка, Великомихайлівка та Маломихайлівка; ілюстровані матеріали про життєвий і професійний шлях земців-медиків П. Смирнова, А. Свечникова, Є. Ващиненко, М. Хатетовського, М. Гамзагурді та інших.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.9. Наука та інновації: сучасний вектор розвитку науки та світу. Міжнародний науковий форум (25 — 26 травня 2023 року) : тези доп. / ред.: А. Наволокіна, М. Житар, К. Бельський, С. Доан, І. Торбенко, В. Маргасова, С. Леонов, О. Ліснічук, Ш. Лукаш, Н. Приймак, О. Руденко, Є. Симонець, А. Бондаренко, І. Боярко, Л. Сідельникова, Л. Герасименко; Приватний заклад вищої освіти "Міжнародний європейський університет". - Київ: Чернігівська політехніка, 2023. - 185 с.: рис., табл. - укр.

Наведено результати досліджень щодо вирішення актуальних медико-соціальних, соціально-економічних, фінансових і організаційно-управлінських проблем розвитку в умовах сучасного глобалізованого соціуму. Розглянуто епідемічну ситуацію щодо ВІЛ-інфекції та ключові групи ризику. Висвітлено проблеми водно-обумовле-

них інфекцій. Розкрито особливості патоморфологічних і функціональних змін гепатобіліарної системи внаслідок інфікування печінковим сисуном. Вивчено анатомо-фізіологічні особливості постковідних змін в серцево-судинній системі у дітей. Охарактеризовано психологічні особливості емоцій та способи їх контролю. Розглянуто сучасні умови хронічного стресу як патогенетичну основу порушень менструального циклу. Увагу приділено проблемі соціального сирітства в контексті пріоритетів повоєнного розвитку України. Досліджено перспективи системи прямого оподаткування у повоєнний період. Розглянуто міжнародний механізм виплати репарацій для відновлення економіки України.

Шифр НБУВ: ВА864127

1.Р.10. Організаційно-педагогічні умови вдосконалення професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до інноваційної діяльності / О. Цюняк // Проф. педагогіка. - 2020. - № 1. - С. 71-77. - Бібліогр.: 76 назв. - укр.

Соціальним замовленням сучасного українського суспільства є особистість конкурентоспроможного педагога, орієнтованого на інноваційну діяльність (ІД). Тому важливою складовою освітнього процесу в закладах вищої освіти (ЗВО) має бути забезпечення відповідної системи професійної підготовки майбутніх фахівців, формування їхньої професійної готовності до ІД. Втім, у ЗВО повинні створюватися відповідні умови для підготовки компетентного фахівця, орієнтованого на ІД, постійний професійний розвиток, що у подальшому сприятиме підвищенню рівня конкурентоспроможності, продуктивності професійної діяльності і як наслідок — кар'єрному зростанню та самореалізації. Мета роботи — обгрунтувати організаційно-педагогічні умови (ОПУ) вдосконалення професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до ІД. Методи: теоретичні (вивчення й аналіз філософської, психологічної та педагогічної літератури, порівняння й узагальнення пріоритетних ідей науковців щодо вирішення означеної проблеми, вивчення нормативно-правових документів, аналіз навчальних програм підготовки здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня); емпіричні (методи експертного оцінювання); систематизація та узагальнення — для формулювання наукових висновків дослідження проблеми. На підставі аналізу психолого-педагогічних джерел і результатів експериментального дослідження обгрунтовано ОПУ вдосконалення професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до ІД, а саме: інтеграція ІД в освітній процес ЗВО; наявність матеріально-технічної бази, що спонукає майбутніх магістрів початкової освіти до ІД; формування у майбутніх магістрів початкової освіти мотивації до ІД шляхом налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу; оновлення та систематизація змісту професійної підготовки, що сприяє у магістрантів формуванню інноваційної компетентності та професійної готовності до ІД; реалізація форм і методів організації професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до ІД. Запропоновано комплекс ОПУ вдосконалення професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до ІД, який забезпечує досягнення мети та завдань професійної підготовки; узгодженість і взаємодію змісту, форм, методів підготовки магістрантів; сприяє створенню інноваційного освітнього середовища для формування професійної готовності майбутніх магістрів початкової освіти до ІД.

Шифр НБУВ: Ж74078

1.Р.11. Пост-реліз XIII Міжнародної виставки LABComplEX. Аналітика. Лабораторія. Біотехнології. HI-TECH та Міжнародного симпозіуму з лабораторної медицини 19 — 21 жовтня 2021 року, ВЦ "КиївЕкспоПлаза", (с. Березівка, вул. Амстердамська, 1) // Метал та лиття України. - 2021. - **29**, № 4. - С. 100-102. - укр.

Шифр НБУВ: Ж14585

1.Р.12. Професор Володимир Ізяславович Півторак: біогріфія, наукова та викладацька діяльність: біобібліогр. покажч. до ювіл. / уклад.: В. А. Коваленко, Л. В. Сухарєва, Г. А. Біловус; Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. - Вінниця: Нілан-ЛТД, 2022. - 90 с.: іл., фот. - укр.

Видання висвітлює біографічний портрет та наукову діяльність В. І. Півторака — доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри оперативної хірургії та клінічної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Наведено біографічний нарис і основні напрями наукової та освітньої діяльності. Представлено спиок праць професора В. І. Півторака, зокрема наукові публікації, що індексуються у Scopus та Web of Science. Науковець все своє життя присвятив вивченню оперативної хірургії, зроби вагомий внесок в розвиток вітчизняної медицини. Покажчик складається з текстової та бібліографічної частин. У межах цих розділів записи систематизовано в хронологічно-алфавітному порядку. Нумерація записів суцільна для всього покажчика.

Шифр НБУВ: ВА862960

1.Р.13. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання травного каналу та їхнє лікування: Стародавній Єгипет і Стародавній Рим / Н. Б. Губергріц, Н. В. Бєляєва, К. Ю. Ліневська // Сучас. гастроентерологія. — 2021. — № 4. — С. 53-58. — Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Єгипетська концепція медицини була складною та пов'язаною з поширеною релігійною формою, яка об'єднувала поклоніння богам і медичне мистецтво. Цілющі властивості їжі та особливо материнського молока були добре відомі та наділялися божественними якостями. Напівжінку-напівкорову Хатхор зазвичай зображували з коров'ячими рогами та сонцем між ними. Оскільки медицина та магія були тісно пов'язані між собою, прикмети, факти, усвідомлені та неусвідомлені припущення злилися з містичною мозаїкою, що сформувала мінливу, але поважну систему, яку нині розцінюють як медичне мистецтво. Враховувалися надприродні сили, а значення мистецтва пов'язували з силами, що приписували божествам. Незважаючи на значний соціальний і релігійно-політичний досвід, єгиптяни володіли обмеженими знаннями щодо внутрішньої будови людського тіла, приділяючи велику увагу магії, містицизму та загробному життю. Вони вірили, що більшість хвороб виникають у кишечнику через його "забруднений" вміст. Основною проблемою для розуміння захворювань і розроблення їхнього лікування у Стародавньому Єгипті були обмеження, пов'язані з забороною опоганення тіла. Це грунтувалося на припущенні, що якщо форма тіла не збережена на момент воскресіння, то душа може загубитися у порожнечі. Таким чином, древні єгиптяни були особливо занепокоєні збереженням тіла, вважаючи, що опоганення тваринами або хробаками також може призвести до повної втрати останків для душі. У суспільстві Стародавнього Риму, "освітленому" лише полум'ям вогню та жагою до знань, насолода їжею та продовження роду мали першочергове значення. Не дивно, що у них виникла повага до відчуттів від прийому їжі. Такі вишукані страви, як язик жайворонка, чорна ікра, страусовий мозок, фалернські вина, у період правління імператора Геліогабала спричиняли унікальний комплекс відчуттів від прийому їжі. Приклади давньоримських медичних інструментів, зокрема дзеркал, знайдених у будинку хірурга з Помпеї (72 — 62 рр. до н. е.), доводять раннє прагнення візуалізувати нутрощі людини. Кваліфікованість стародавніх метрів-творців медичних інструментів підтверджує те, що принципи, використані 2000 років тому, змінилися незначною мірою. Таким чином, у Стародавньому Єгипті та Стародавньому Римі існували початкові уявлення про харчування, травлення, хвороби шлунково-кишкового тракту і навіть зачатки діагностики цих хвороб. Вони стали підгрунтям для подальшого розвитку гастроентерологічних знань.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.14. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування: від Гіппократа та Галена до Маймоніда / Н. Б. Губергріц, Н. В. Бєляєва, К. Ю. Ліневська // Сучас. гастроентерологія. — 2021. — № 5/6. — С. 70-76. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Протягом більше ніж тисячі років Гіппократ і Гален були альфою та омегою медичних знань. Незважаючи на значущість їхнього внеску в клінічну та теоретичну медицину, їм не вистачало справжнього розуміння анатомії та фізіології. Гіппократ запропонував доктрину "тканинних рідин", або гуморальної патології, детально описану в його книзі "Природа людини". Галена вважають "спадкоємцем" Гіппократа. Його було визнано одним із найвпливовіших лікарів усіх часів. Кількість його праць була величезною — понад 100 книг, які мали широке поширення. Однією з головних заповідей Галена було правило гармонії: всі системи організму збалансовані, а захворювання є результатом порушення цього балансу. Однак деякі його уявлення були помилковими. Аристотель розглядав підшлункову залозу, завдяки її розташуванню у черевній порожнині, як орган, основним завданням якого був захист прилеглих судин. В епоху, коли невідомі хвороби спричиняли хаос, концепція відомих причин

захворювань призвела до захоплення вивченням харчових отрут та їхніх антидотів серед аристократів, які відчували себе особливо уразливими до погроз такого роду. Згідно з легендою, одним із найвідоміших знавців отрут був Мітридат VI. Педаній Діоскорид був греком, який служив у римській армії за часів імператора Нерона. Мандрівний спосіб життя став причиною того, що йому довелося вивчити велику кількість хвороб і лікарських препаратів. Його каталог лікарських трав і рослин став основою для вивчення та розуміння цілющих властивостей рослин. Печінка у багатьох давніх культурах вважалася джерелом божественних пророцтв. Анатомія печінки була добре відома у стародавньому Вавилоні. Збереглася величезна кількість глиняних табличок і виробів, які свідчать про важливість "гепатоскопії" на Близькому Сході як форми пророкування. Ті, хто гадав по нутрощах тварин (наприклад, гаруспіки — божественні тлумачі майбутнього, які використовують печінку як інструмент пророкувань), можуть бути визнані як перші офіційні анатоми, оскільки від точних знань та інтерпретацій окремих компонентів печінки залежало розуміння майбутнього. Після перемоги ассирійського царя Саргона над силами Урарту та Зикірти у 718 р. до н. е. він хотів умиротворити богів, принісши в жертву тварин, при цьому він вивчав їхню печінку для пророкувань. Хоча уявлення про підшлункову залозу сягають давніх часів, про що свідчать коментарі гаруспіків і жерців, функції цього органа були невідомими аж до робіт данських фізіологів Франциска Сільвія та Реньє де Граафа. До їхніх досліджень панкреатичної секреції та з'ясування ролі підшлункової залози у травленні, описаної ван Гельмонтом та Альбрехтом фон Галлером, більшість вчених зосереджували увагу на анатомічному описі органа. Оскільки стародавні ассирійці та месопотамці вірили, що не печінка пророкує майбутнє, а підшлункова залоза, можливо, панкреатологія має набагато раніші витоки. Маймонід, єврейський ерудит і гуманіст, також мав вплив в інших галузях. Він відкрито засуджував астрологію та її спроби розрахувати час приходу Месії. У галузі медицини він приділяв увагу профілактиці, а також цікавився лікуванням захворювань шлунково-кишкового тракту. До початку нашої ери уявлення про травлення, хвороби шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування були досить туманними. Попереду був довгий і складний шлях прогресу в цій царині.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.15. Розвиток медицини на Котелевщині / М. В. Пшинка. - Полтава: АСМІ , 2023. - 186 с.: іл. - Бібліогр.: с. 186. - укр.

Досліджено історію розвитку медичної галузі на Котелевщині від започаткування її в 1864 році і до 2010, про людей в білих халатах, які творили цю історію своєю самовідданою працею.

Шифр НБУВ: ВС70663

1.Р.16. Софія Парфанович — жінка-лікар, новаторка медичної просвіти в Україні: до актуальності питання / Н. В. Стицюк // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 35-38. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Проаналізовано основні віхи діяльності видатної української лікарки, громадської діячки, письменниці початку — середини XX ст. Софії Парфанович. Виокремлено три основні аспекти її історичної спадщини: науковий, просвітницько-педагогічний та літературний. Запропоновано нові варіанти тематики лекційних і семінарських занять до вивчення історії української медицини початку XX ст. в курсі дисциплін "Історія медицини" та "Розвиток медичних знань".

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.17. Стійкість до антибіотиків мікроорганізмів, асоційованих з рановими поверхнями / О. С. Юнгін, В. В. Поточилова, К. Л. Руднева, О. В. Мошинець // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2021. - **27**, № 4. - С. 83-89. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Інфекції шкіри та м'яких тканин в основному викликаються так званими збудниками ESKAPE (Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa та Enterobacter). Усе частіше мікроорганізми, виділені з ранових поверхонь, демонструють підвищення стійкості до антибіотиків вибору, що ускладнює процес лікування. Моніторинг профілей антибіотикорезистеності, виділених із ран ізолятів, надає змогу оцінити перспективи розвитку антибіотикотерапії в майбутньому та ситуації в лікарні загалом. Водночас триває пошук перспективних антибіотиків та антимікробних речовин для формування нових стратегій лікування та подолання проблеми антибіотикорезистентості мікроорганізмів. Описано бактерії, представлені в ранових поверхнях пацієнтів Комунального неприбуткового підприємства "Київська обласна клінічна лікарня" (м. Київ) за період квітень 2019 р. — квітень 2020 р., і профіль їх стійкості до найпоширеніших антибіотиків, що використовуються в терапії. Виділення ізолятів, визначення їх видової приналежності та профілей стійкості до антибіотиків проведено за загальноприйнятими методиками та відповідно до міжнародних рекомендацій EUCAST. У результаті досліджень виділено та проаналізовано 1540 ізолятів. Найбільшу частку виділених ізолятів із ранових поверхонь складали епідермальний і золотистий стафілококи. Серед грам-негативної флори переважали представники родини Enterobacteriaceae (Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli та інші). Найбільше виділені мікроорганізми провляли стійкість до фосфоміцинів, пеніцилінів, beta-лактамних інгібіторів і монобактамів. Водночас залишалася високою чутливість до антибіотиків резерву — тейкопланіну, ванкоміцину та лінезоліду. Отримані дані є важливими з огляду оцінки поширення антибіотикорезистеності в лікарнях.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.18. Стратегії адаптації санаторно-курортних закладів в умовах пандемії COVID-19 / Л. І. Удворгелі, К. М. Хаустова, М. В. Чорій // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2021. - **27**, № 4. - С. 107-116. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Визначено особливості та проблеми стратегічної адаптації санаторно-курортних закладів (СКЗ) в умовах пандемії, викликаної COVID-19, і супроводжувальних карантинних заходів. Досліджено сутність і практичні засади формування та реалізації стратегії адаптації СКЗ в умовах пандемії COVID-19 на макро- та мікрорівнях. Визначено поняття стратегії адаптації та охарактеризовано її основні різновиди. Проаналізовано зарубіжний досвід реалізації адаптаційних заходів у сфері туризму та гостинності на макро- та мікрорівнях, визначено ключові умови збереження та розвитку вітчизняного санаторно-рекреаційного потенціалу в постпандемійний період (ППП). Систематизовано основні адаптаційні заходи, що необхідно здійснити в Україні в умовах коронакризи та постпандемічний період для забезпечення відновлення довіри до вітчизняних закладів санаторно-рекреаційної галузі та створення передумов для її подальшого розвитку. Обгрунтовано, що стратегія адаптації СКЗ до нових економічних, соціальних, організаційних і санітарних умов передбачає насамперед створення безпечних умов організації послуг для споживачів шляхом реорганізації бізнес-процесів, розширення або скорочення асортименту послуг, змін у кадровій політиці, запровадження більш гнучкої цінової політики та активного впровадження інноваційних технологій. Процеси стабілізації та розвитку галузі в ППП потребують додаткової уваги та ефективних рішень уряду в контексті розроблення відповідних стратегій розвитку галузі в нових умовах, що повинні орієнтуватися на міжнародний досвід у цій сфері. При проведенні дослідження використано загальнонаукові методи: монографічний, діалектичний та абстрактно-логічний, методи порівняння, логічного узагальнення та синтезу.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.19. Терміни в системі громадського здоров'я: термінол. слов.. Ч. 3 / уклад.: Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Брич, В. Й. Білак-Лук'янчук, В. П. Маркович, В. В. Кручаниця, Н. Й. Покотій, А. Т. Яцина, А. Ф. Іваць-Чабіна, І. І. Фейса, І. Я. Гуцол, М. М. Дуб, С. К. Костенко, Н. Г. Левенець, Н. Г. Кабацій, Л. В. Левко; Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет". - Ужгород, 2020. - 87 с. - Бібліогр.: с. 81-87. - укр.

Представлено третю частину термінологічного словника, який підготовлено відповідно до освітнього стандарту підготовки магістрів за спеціальністю "Громадське здоров'я", переліку основних компетенцій фахівців громадського здоров'я Асоціації учбових закладів громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER) та основних оперативних функцій громадського здоров'я. Наведено терміни з моніторингу та оцінки, терміни, які використовуються в психічному здоров'ї, у діловому спілкуванні, терміни словника епохи коронавірусу.

Шифр НБУВ: В358462/3

1.Р.20. Four nontraditional nano-openers for Maxi-K ion channels / A. I. Soloviev // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 326-340. - англ.

The format of this scientific communication is somewhat unusual. It resembles a comic strip. Pictures in it carry the main semantic load, and the text is secondary. Those who like to think and speculate for the

author will love it. And the rest... let others seek help from the first. So together they will come to a discussion of the problem or they can just flip through the journal pages further.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.21. 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 описуються 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. Крім цього, 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 дозволить 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 розділити 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.

Шифр НБУВ: Ж70474

Див. також: 1.Р.392, 1.Р.580, 1.Р.660

Методика та техніка науково-дослідної роботи з медицини

1.Р.22. Архітектура системи обміну медичними даними пацієнтів з лікарями на основі IOTA / Д. Ю. Голубничий, О. В. Коломійцев, В. Ф. Третяк, Я. О. Ключка, А. О. Рибальченко // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2022. - Вип. 1. - С. 57-61. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Обмін медичною інформацією дозволяє здійснювати електронне переміщення медичних даних між різними інформаційними системами охорони здоров'я. Електронні документи дозволяють постачальникам медичних послуг отримувати доступ до важливої медичної інформації та обмінюватися нею. Проте, існуючі системи охорони здоров'я для обміну медичними даними громадянин, зіткнулися з низкою проблем, зокрема: конфіденційність, безпека та відсутність контролю з боку пацієнтів. Враховуючи все вищесказане, запропоновано використовувати технологію розподіленого реєстру, оскільки вона може кардинально змінити спосіб зберігання медичної інформації, забезпечуючи безпечні способи обміну даними. Розглянуто технологію розподіленого реєстру для Інтернету речей (Internet Of Things, IoT), яка називається IOTA. Блокчейн вже використовується в багатьох системах охорони здоров'я, оскільки він вирішує серйозні проблеми охорони здоров'я, що пов'язані з конфіденційністю та безпекою. Залишаються питання, що пов'язані з масштабованістю та продуктивністю блокчейну. IOTA вирішує ці проблеми, оскільки використовує структуру даних DAG (directed acyclic graph), яка дозволяє додавати транзакції паралельно. Це скорочує час, що потрібний на підтвердження транзакцій, а кількість одночасно оброблюваних транзакцій може бути необмеженою. Протокол Masked Authenticated Messaging (MAM) дозволяє безпечно передавати зашифровані потоки даних як транзакції. Система, що пропонується, використовує IOTA для безпечного обміну медичними даними. Процес створення та надсилання медичних даних в IOTA проілюстровано на конкретному прикладі. Розглянуто застосування протоколу MAM на прикладі передачі медичних даних пацієнта лікарю.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.23. Морфологічні, спектральні й токсикологічні особливості нового композитного матеріалу нанодіоксиду титану з наносріблом для використання в медицині та біології / М. М. Загорний, О. П. Яворовський, В. М. Рябовол, Н. І. Тищенко, Т. Ф. Лобунець, Т. В. Томила, О. В. Широков, А. В. Рагуля, Є. М. Анісімов // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 152-159. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Сегодня актуальным является получение и использование диоксида титана (нано-TiO2) с адсорбционными, бактерицидными, вирулицидными и фунгицидными свойствами для изготовления антибактериальных покрытий, для обеззараживания воздуха и воды. Параллельно с исследованиями физико-химических характеристик диоксида титана осуществлялась его токсикологическая оценка для предупреждения возможного вредного воздействия на человека и объекты биосферы с последующей оценкой класса опасности TiO2. Для получения указанных полезных свойств нано-TiO2 синтезировали нанопорошки диоксида титана и композит диоксида титана с серебром (нано-TiO2/Ag) химическим осаждением метатитановой кислоты, с добавлением нитрата серебра для композита при температуре 500—600 °С. Установлено, что синтезированные наноструктуры имеют следующие характеристики: анатазную кристаллическую структуру TiO2 (анатаз, рутил, брукит — природные кристаллические модификации TiO2), размер наночастиц Ag составляет 35 — 40 нм, TiO2 — 13—20 нм. Нанокомпозит имеет поверхностные дефекты кристаллической решетки (вакансии кислорода, примеси, избыточные электроны или дырки), также на поверхности анатаза TiO2 локализованы наночастицы серебра, что повышает адсорбционную, фотокаталитическую, биологическую (особенно антибактериальную) активность композитного материала нано-TiO2/Ag. По параметрам острой внутрибрюшинной токсичности исследованный нанокомпозит отнесен к умеренно опасным веществам (материалам). Нано-TiO2 и нанокомпозит TiO2/Ag не оказывают местнораздражающего действия на кожу, но имеют слабо раздражающее действие на слизистую оболочку глаза.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.24. Оптичні методи дослідження в біомедичній і фармацевтичній практиці: навч. посіб. / Ю. Ф. Ваксман; Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. - Одеса: ОНУ, 2022. - 138 с.: рис. - Бібліогр.: с. 138. - укр.

Висвітлено оптичні методи дослідження, що мають практичне застосування в біології, медицині і фармації. Розглянуто оптичні методи, прилади і системи діагностики зору. Серед основних завдань вивчення дисципліни є такі: вибирати відповідні фізичні методи дослідження для вирішення конкретних задач фармацевтичного аналізу; користуватися апаратурою для проведення фізичних досліджень лікарських засобів; аналізувати фізичні процеси в організмі, використовуючи фізичні закони і явища. Представлено сучасні методи лазерної діагностики, лазери і лазерні системи. Наведено механізми взаємодії когерентного випромінювання на різних рівнях збудження живих тканин та фактори, що визначають дозоване використання оптичного випромінювання. Оптичні методи дослідження в біомедичній і фармацевтичній практиці займають чільне місце серед сучасних засобів діагностики тому, що широкий загал людей пов'язують термін "оптика" з засобами корекції зору. Проблематику методів діагностики і корекції зору викладено у першій частині навчального посібника. Поряд з традиційними методами оптичної діагностики розглянуто удосконалені системи, що включають застосування новітніх світлодіодних, лазерних джерел світла інфрачервоного діапазону випромінювання, та способи автоматичної реєстрації сигналів, що виключають суб'єктивні фактори. Окреслено оптичні методи діагностики і аналізу, що знаходять своє застосування в біології, медицині і фармації: абсорбційна і рефракційна мікроскопія, спектрофотометричний і флуоресцентний спектральний аналіз, спектрометрія хімічних елементів, методи поляриметрії і рефрактометрії. Визнано, що сучасні прилади і системи діагностики і аналізу включають лазерні джерела оптичного випромінювання. Наведено характеристики когерентного випромінювання, що стали основою для його застосування в сучасних методах систем діагностики. Обговорено особливості взаємодії лазерного випромінювання з живими тканинами та механізми його дії на різних рівнях інтенсивності світлового потоку. Представлено короткий огляд сучасних лазерів, що знаходять своє застосування в біомедичній та фармакологічній практиці.

Шифр НБУВ: ВА863811

1.Р.25. Отримання біогенних наночасток срібла з використанням дріжджів і перспективи їх застосування у протимікробній терапії / Є. І. Харченко, Ю. В. Лазюка, О. І. Скроцька, Ю. М. Пенчук // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2021. - **27**, № 3. - С. 32-42. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Наноматеріали використовуються в багатьох галузях промисловості. При цьому існують різні способи їх отримання — хімічні, фізичні та біологічні. Саме біологічний метод синтезу наночасток, що передбачає використання клітин рослин, бактерій, грибів і дріжджів, є екологічно чистим та економічно вигідним, оскільки не потребує використання токсичних і дорогих матеріалів. Вказаний метод надає змогу отримувати наночастки з різною формою та розмірами, що досягається різними умовами, такими, як зміна температури, pH, часу культивування тощо. Також, на відміну від наночасток, отриманих хімічним чи фізичним методом, біогенні наночастки містять на поверхні біомолекули, що робить їх біосумісними. Це надає змогу використовувати їх у медицині та суміжних галузях. Наночастки, синтезовані з використанням мікроорганізмів, проявляють ряд біологічних властивостей — антибактеріальну, протигрибкову, антивірусну та протиракову активність. Серед наночасток металів особливу увагу приділяють наночасткам срібла, які чинять антимікробну дію щодо стійких до антибіотиків штамів бактерій, а також противірусну активність, зокрема при лікуванні коронавірусної інфекції (КВІ). Що стосується механізму дії наночасток срібла, то в літературі наводяться дані, які вказують на принципово різні шляхи їх біологічної дії. Найбільш поширений механізм протибактеріальної дії — безпосередня взаємодія наночасток із пептидогліканом і порушення структури клітинної стінки, що призводить до руйнування клітини. Найімовірніший механізмом противірусної дії наночастинок — блокування етапів прикріплення вірусу до чутливих клітин. Наведено інформацію щодо можливості використання наночасток срібла при лікуванні КВІ та здійснено аналіз препаратів, що містять наночастки срібла та реалізуються на території України. Показано різні варіанти синтезу наночасток срібла з використанням дріжджів роду Saccharomyces, Candida, Cryptococcus, Rhodotorula, Yarrowia. Описано форму та розмір, а також біологічну дію цих наночасток. Наведено розрахунки, що стосуються виробництва наночасток срібла з використанням Saccharomyces cerevisiae. Описано різні механізми антимікробної дії наночасток.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.26. Сучасні інформаційні технології та медична статистика: навч.-метод. посіб. / О. М. Гусак, В. В. Гусак; Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. - Чернівці: ЧНУ: Рута, 2022. - 159 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 157. - укр.

Метою створення навчально-методичного посібника «Сучасні інформаційні технології та медична статистика» є ознайомлення студентів з можливостями інформаційних технологій у вирішенні питань професійної та наукової діяльності у сфері фізичної реабілітації, основами теорії інформаційних систем і технологій, особливостями інформаційних технологій, що застосовуються в медицині, сучасними технологіями баз даних, їх функціями та можливостями. Посібник покликаний сформувати знання зі статистичних методів аналізу результатів експериментальних досліджень із використанням новітніх інформаційних технологій. Основна увага при створенні посібника приділена практичним завданням, виконання яких сприяє формуванню умінь, навичок та інших комнетентностей, достатніх для продукування нових ідей, розв'язання комплексних проблем у галузі професійної та дослідиицько-інноваційної діяльності майбутнього спеціаліста-реабілітолога.

Шифр НБУВ: ВА863667

1.Р.27. Фізико-хімічні властивості нанорозмірного церій діоксиду, синтезованого різними методами, для біомедичних застосувань / І. П. Тімашков, Ю. Ю. Шлапа, К. Велтруська, А. Г. Білоус // Теорет. та эксперим. хімія. - 2021. - **57**, № 4. - С. 241-246. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

З використанням методів осадження в обернених мікроемульсіях, у змішаних водно-спиртових розчинах за змінного та постійного pH середовища синтезовано серію наночастинок CeO_2. Показано, що використання вказаних методів одержання забезпечує утворення неагломерованих частинок CeO_2 з розмірами менше 15 нм. За допомогою методів ТЕМ та РФС встановлено, що у разі зменшення розміру наночастинок CeO_2 зростає співвідношення іонів Ce^{3+}/Ce^{4+} на їх поверхні. Синтезовані наночастинки CeO_2 демонструють високу стабільність у водних суспензіях без застосування додаткових стабілізаторів ($\zeta > +35$ мВ), що є важливим для їх медико-біологічного використання.

Шифр НБУВ: Ж29112

1**.Р.28. Функціоналізація та особливості біомедичного застосування наночастинок магнетиту**: (огляд) / О. М. Важнича, О. В. Семака, Н. О. Власенко, Н. М. Дев'яткіна // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 75-87. - Бібліогр.: 91 назв. - укр.

Наночастинки (НЧ) магнетиту привертають увагу дослідників завдяки таким властивостям, як біосумісність, біодеградація, магнітна поведінка та наявність заліза. Окремі з них вже дозволені до клінічного застосування для діагностики, лікування раку шляхом гіпертермії або боротьби з дефіцитом заліза. Використання НЧ у медицині визначається процесами на біоінтерфейсі, тому модифікація поверхні НЧ шляхом функціоналізації є дуже важливою. Мета дослідження — проаналізувати дані літератури щодо впливу модифікації поверхні НЧ магнетиту на особливості біомедичного застосування одержаних наноструктур. Проведено пошук джерел літератури в базах даних PubMed і Google Scholar за останні 10 років. Критеріями включення були огляди та оригінальні статті, присвячені доклінічним дослідженням. Для остаточного аналізу було відібрано 80 джерел, які ввійшли до основної частини огляду. Суворий контроль фізичних і хімічних властивостей НЧ магнетиту в більшості випадків може забезпечити відповідність наносистеми вимогам, для яких вона була розроблена. Однак НЧ магнетиту властива швидка агрегація, реакційна здатність, висока поверхнева енергія, що може змінити їхні властивості. Щоб запобігти цим явищам, застосовується функціоналізація поверхні. Поверхневе сполучення НЧ магнетиту з металами застосовують для покращання біосумісності та індукції інертного характеру кінцевої наноструктури. Описані покриті золотом, платиною та сріблом магнітні НЧ для діагностики та лікування пухлин, стимуляції регенерації, протимікробної дії. Серед оксидів покриття кремнеземом найчастіше використовується для модифікації поверхні магнітних НЧ. Це визначається зменшенням агрегації, покращанням стабільності та біосумісності отриманих НЧ, здатністю до завантаження великої кількості молекул лікарської речовини та їхньої контрольованої доставки. Велике значення для біології та медицини має функціоналізація НЧ магнетиту вуглецем і його сполуками. Вона здійснюється з метою покращання стабільності, біосумісності та взаємодії з біологічними бар'єрами. У разі контрольованої доставки лікарських речовин органічні сполуки і, особливо, полімери є найкращими покривними матеріалами, що забезпечують велику кількість доступних груп для кон'югації інших молекул, якими бувають протипухлинні засоби, антибіотики, антиоксиданти, протизапальні препарати. Основною ідеєю функціоналізації полімером НЧ магнетиту є збільшення стабільності. Чим довшим є полімерний ланцюг, тим більшою є стабільність НЧ. Кон'югація НЧ магнетиту з фітохімічними речовинами надає змогу забезпечити їм додаткові терапевтичні властивості (протимікробні, протипухлинні). Отже, досягнення науки сприяють створенню НЧ магнетиту з чіткими структурними характеристиками, а функціоналізація поверхні забезпечує ефективність їхнього біомедичного застосування. Розробка вдосконалених методів біоінтерфейсного покриття є визначальною проблемою клінічного використання НЧ магнетиту. Раціональний підхід до конструювання функціоналізованих НЧ магнетиту та оцінка їхньої безпечності в майбутньому розширять практичне застосування наноструктур за рахунок доставки ліків, тканинної інженерії, регенеративної медицини, впровадження біосенсорів.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.29. Current trends to obtain metals and alloys with ultrafine-grained structure / A. B. Naizabekov, A. S. Kolesnikov, M. A. Latypova, T. D. Fedorova, A. D. Mamitova // Progress in Physics of Metals. - 2022. - **23**, № 4. - С. 629-657. - Бібліогр.: 105 назв. - англ.

Одержання матеріалів з підвищеними та правильно збалансованими фізико-механічними властивостями залишається однією з головних цілей матеріалознавства. Одним з найбільш перспективних способів поліпшити властивості металевих матеріалів, не вдаючись до зміни та ускладнення їх хімічного та фазового складів, є одержання в них ультрадрібнозернистих станів. Для таких матеріалів характерною є висока міцність за високої пластичності. Таке поєднання

властивостей критично важливе для відповідальних виробів, де значущими є вага та розмір деталі. Наприклад, для медичних імплантатів, які, за збереження міцності, можна зробити тоншими, і в разі перевищення навантаження імплантат не зруйнується, ушкоджуючи навколишні тканини, а лише погнеться та може бути згодом замінений. Подібне поєднання міцности та пластичности складно одержати іншими способами (наприклад термообробленням). Проте для об'ємних ультрадрібнозернистих матеріалів, окрім вимог до розміру зерен, ще пред'являються вимоги до ізотропності та рівновісности зерен, межі розорієнтування яких мають бути переважно висококутові. Традиційні технології деформування (такі як волочіння та холодне вальцювання) також супроводжуються подрібненням структури. Одначе в основному субструктура має пористий характер із зернами, подовженими у напрямку волочіння чи вальцювання, та також містить високу частку малокутових меж. Цей факт сприяє анізотропії властивостей виробів за відсутности поєднання властивостей високої міцності та пластичності одночасно. За останніх 2 — 3 десятиліття великий інтерес для виробництва ультрадрібнозернистих матеріалів привертають технології інтенсивної пластичної деформації (ІПД). Втім зростання попиту суттєво обмежується високою вартістю виробництва виробів із таких матеріалів, зумовленою високою енерго- та трудомісткістю їх виробництва. Тому в даній роботі розглянуто та проаналізовано сучасні технології одержання металів і стопів з ультрадрібнозернистою структурою, що поєднують одночасно високу міцність і пластичність, в умовах використання відносно простих і недорогих пристроїв, які уможливлюють витрату мінімального часу для виробництва. Літературний огляд показує, па якому рівні знаходиться процес розроблення технологій для одержання ульпрадрібнозернистої структури в металах і стопах. Такі структури забезпечують поєднання високого рівня характеристик міцності з високою пластичністю. Це актуально для сфер застосування, де критично важливі вага та розмір або особливими є експлуатаційні властивості деталі.

Шифр НБУВ: Ж23022

1.Р.30. Features of mineralization of hydroxyapatite on the surface of calcium-silicophosphate glass-ceramic materials in vivo / O. V. Savvova, O. I. Fesenko, O. V. Babich, O. A. Nikolchenko, H. K. Voronov, Yu. O. Smyrnova // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології: зб. наук. пр. - 2021. - **19**, вип. 4. - С. 953-965. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Проаналізовано особливості мінералізації гідроксиапатиту (ГАп) на поверхні кальцій-силікофосфатних склокристалічних матеріалів in vivo. Встановлено, що за імплантації біоматеріалів на основі біоактивних склокристалічних матеріалів БС-11 та АС3-5, які характеризуються зміцненою структурою та регульованим рівнем резорбції, реалізується хімічний і біохімічний механізми формування апатитоподібного шару. Проаналізовано особливості складів і технології одержання біоактивних склокристалічних матеріалів для заміщення дефектів кістки. Встановлено умови формування апатитоподібного шару в умовах in vivo на поверхні склокристалічних матеріалів: реалізація процесу кристалізації тонкодисперсного ГАп, забезпечення реакційної здатності склокристалічних матеріалів за рахунок деструкції їх, ініціація зародкоутворення нестехіометричного ГАп на поверхні матеріалів. Стимулювання процесу адсорбції протеїнів на поверхні склокристалічних матеріалів реалізується за рахунок забезпечення значень показника мікрошерсткості поверхні склокристалічних матеріалів АС3-5 і БС-11 R_a = 2,6 і 6,0 мкм та вільної енергії поверхні 51,5 і 74,6 мДж/м^2 відповідно. Для розроблених склокристалічних матеріалів на основі кальцій-силікофосфатних стекол формування ситалізованої структури в умовах низькотемпературного термічного оброблення уможливлює забезпечення їх експлуатаційних властивостей, які наближені до таких властивостей для кісткової кортикальної тканини (K_{1C} = 2,44 та 2,8 МПа-м$^{1/2}$, HV = 7800 і 3800 МПа, $\sigma_{стиск}$ = 160 МПа), надає змогу вважати їх перспективними для створення імплантатів, що можуть бути використані для заміни статично та динамічно навантажених ділянок кісткової тканини у ортопедії та щелепно-лицевій хірургії. Це разом зі скороченими строками резорбції та мінералізації кісткової тканини надасть змогу підвищити ефективність протезування за рахунок скорочення вдвічі періоду реабілітації пацієнтів і виключення повторних операцій.

Шифр НБУВ: Ж72631

1.Р.31. How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families. Teleconsultations Guide // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 74-101. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo). Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at http://apps.who.int/iris.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.32. Investigation of the blockchain structure for hydroxyapatite-based scaffolds / V. S. Chernobrovchenko, K. O. Dyadyura, A. Panda // J. of Eng. Sciences. - 2021. - **8**, № 2. - С. С30-С35. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Regenerative biomechanics provides exciting technologies for developing functional substitutes, intending to restore and regenerate damaged tissues and organs. Scaffolds are in great demand. However, there are risks of biocompatibility when using scaffolds. Each bone substitute has its chemical composition, and other characteristics have advantages and disadvantages. Reproducibility, data sharing, privacy concerns, and patient participation in clinical trials are significant problems in modern clinical trials. In the era of the Internet, data is collected constantly. Today we need applications that ensure the privacy of users' data. Blockchain technology helps to compensate for severe data management problems (e.g., patient recruitment, ongoing monitoring) in clinical trials (CT). The article examines the principles of blockchain operation and approaches to bone substitutes' design. Based on this data, a blockchain model for biomaterial surgery has been created, facilitating interaction between the parties and reducing errors.

Шифр НБУВ: Ж101239

1.Р.33. Iron in endometallofullerenes / Z. A. Matysina, Ol. D. Zolotarenko, O. P. Rudakova, N. Y. Akhanova, A. P. Pomytkin, An. D. Zolotarenko, D. V. Shchur, M. T. Gabdullin, I. V. Zagorulko, M. Ualkhanova, N. A. Gavrylyuk, O. D. Zolotarenko // Progress in Physics of Metals. - 2022. - **23**, № 3. - С. 510-527. - Бібліогр.: 75 назв. - англ.

Вивчено експериментальні та теоретичні роботи, присвячені опису сучасних методів одержання ферумвмісних ендоедральних металофуллеренів (ЕМФ), а також роботи, що ставлять під сумнів подібні результати через вкрай низьку ефективність застосовуваних методик. Розглянуто особливості традиційних методів одержання ендометалофуллеренів, їх переваги та недоліки, а також зазначено сфери можливого застосування продуктів синтезу. Показано, що ЕМФ одержують в основному двома способами: дуговим розрядом у середовищі гелію та синтезом із застосуванням методів абляції й імплантації. Незважаючи на дуже малу кількість робіт стосовно ендометалофуллеренів феруму, групі авторів вдалося досягти певного проіресу в їх аналізі. Так, було доведено факт одержання ферумвмісних ендометалофуллеренів із виділенням їх із суміші продуктів синтезу. Крім того, було прогнозовано вплив магнітного стану атомів металу на стабільність ендоедральних фуллеренів, встановлено зв'язок між виходом ЕМФ і температурою плазми, а також хімічною природою прекурсору і атомів Fe. Зокрема, було встановлено, що зі збільшенням номера групи періодичної таблиці елементів, в якій знаходиться метал, вихід ЕМФ експоненційно понижується. Зроблено висновок, що завдяки магнітним властивостям ЕМФ є перспективними матеріалами в області клінічної діагностики (наприклад, як контрастних речовин магніторезонансноїє томографії).

Шифр НБУВ: Ж23022

1.Р.34. Porous magnesium and its application / U. Herlina, F. Nurjaman, F. Bahfie, A. S. Handoko, S. Sumardi, I. Sukmana, E. Prasetyo, D. Susanti // Progress in Physics of Metals. - 2022. - **23**, № 4. - С. 756-778. - Бібліогр.: 74 назв. - англ.

Металеві біоматеріали зазнають революції з розробленням матеріалів, які розкладаються мікроорганізмами, включаючи кілька металів, стопів і металевих стекол. Таким чином, природа металевих біоматеріалів трансформується з біоінертних у біоактивні та мультибіофункціональні. Біоматеріали на основі магнію є кандидатами на використання як металів нового покоління, які розкладаються мікроорганізмами. Магній може розчинятися в рідині організму; це означає, що імплантований магній може руйнуватися під час процесу загоєння, а якщо розпад контролювати, то він не залишатиме відхо-

ди після завершення загоєння. Дослідники працюють над синтезом і характеризацією біоматеріалів на основі Mg з різноманітним складом, щоби контролювати швидкість розщеплення магнію, оскільки неконтрольоване розщеплення може призвести до втрати механічної цілісності, металевого забруднення в організмі та неприпустимого виділення водню тканинами. Помічено, що застосовані методи синтезу та вибір компонентів впливають на характеристики та продуктивність біоматеріалів на основі Mg.

Шифр НБУВ: Ж23022

1.Р.35. Synthesis and characterization of nanocomposites based on polylactide/silver nanoparticles, obtained by thermochemical reduction of Ag^+ ions by natural or synthetic polymers / V. L. Demchenko, M. V. Iurzhenko, S. M. Kobylinskyi, L. A. Goncharenko // Хімія, фізика та технологія поверхні. - 2021. - **12**, № 4. - С. 365-373. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Для створення різноманітних матеріалів з антимікробними властивостями широко використовуються іони або наночастинки (НЧ) срібла, які вводяться, зокрема, в полімерні композити. Однак противірусна та протимікробна дія НЧ срібла, що контактують із навколишнім середовищем, пов'язана з їхнім розміром, зі зменшенням розміру НЧ, їхня ефективність різко зростає. Як полімерну основу використано біодеградабельний полімер полілактид (ПЛА), який отримують шляхом поліконденсації молочної кислоти або полімеризації лактиду з розкриттям циклу. Ці дослідження в подальшому сприятимуть розробці нових безпечних матеріалів. Мета роботи — одержання срібловмісних полімерних композитів на основі полілактиду шляхом термохімічного відновлення іонів Ag^+ із використанням природного (хітозан) і синтетичного (поліетиленімін (ПИ)) полімерів і вивчення структури, морфології, термомеханічних і протимікробних властивостей одержаних нанокомпозитів. Термохімічне відновлення іонів Ag^+ у об'ємі полімерних плівок, що містили ПЛА, пальмітат срібла та відновник, проведено, витримуючи їх за температури 100—170 °С протягом 5 хв. Зразки нагрівали в печі з використанням високоточного терморегулятора ВРТ-3. Точність регулювання температури становила ± 0,5 °С. У результаті відновлення плівки набувають сріблястого кольору, вміст Ag в об'ємі плівок становив від 1 до 4 мас. %, товщина плівок становила 110 мкм. Структура, морфологія, термомеханічні та антимікробні властивості двох типів нанокомпозитів ПЛА-Ag-поліетиленімін (ПЕІ) і ПЛА-Ag-хітозан, сформованих шляхом термохімічного відновлення Ag^+ у полімерних плівках, досліджено за допомогою ширококутного розсіювання рентгенівських променів на приладі ДРОН-4-07, трансмісійної електронної мікроскопії (ТЕМ) (JEM-1230 JEOL, Японія), термомеханічного аналізу (УІП-70 М), а також антимікробних випробувань. Термохімічне відновлення іонів Ag^+ в об'ємі полімерних плівок у разі використання синтетичного або природного полімера (ПЕІ або хітозану) як відновника та стабілізувального агента НЧ срібла відбувається за 160 °С протягом 5 хв. Середній розмір НЧ Ag у полімерній матриці дорівнює ~ 7 і ~ 4 нм у разі використання ПЕІ та хітозану відповідно. Нанокомпозити ПЛА-Ag-хітозан мають значно вищу протимікробну активність щодо штамів S. aureus та E. coli у порівнянні з нанокомпозитами ПЛА-Ag-ПЕІ.

Шифр НБУВ: Ж100480

Див. також: 1.Р.21

Організація охорони здоров'я

1.Р.36. Види та пристрої для паління та їх шкідливий вплив на організм людини: (огляд) / І. С. Лісецька // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 81-90. - Бібліогр.: 56 назв. - укр.

Огляд літератури присвячено проблемі поширеності тютюнопаління серед населення, видам пристроїв для паління, а також їх негативному впливу на здоров'я населення. Наведено склад традиційних сигарет та альтернативних видів паління, проаналізовано дані статистики паління у світі. Звичка палити, відома ще з 2000 р. до нашої ери, коли американські індіанці вдихали дим, що виникав при розпалюванні листків рослини Nicotiana tabacum, у XX ст. перетворилася на епідемію та забрала життя понад 100 млн людей, причому, за прогнозами, у XXI ст. ця цифра може значно зрости. Настороожує, що за останні десятиліття, крім традиційних сигарет, набувають популярності, особливо серед підлітків та осіб юнацького віку, альтернативні види паління, а саме, електронні сигарети (Е-сигарети, вейпи), пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи), а подекуди — вироби зі зниженим вмістом тютюну (нюхальний, жувальний тютюн тощо). Крім того, серед молоді модним і подекуди престижним залишається кальян, який також чинить шкідливий вплив на організм. Паління як традиційних сигарет, так і альтернативних видів становить одну з важливих медико-соціальних проблем як в Україні, так і у світі, оскільки значно поширене і доступне. Паління є фактором ризику порушення здоров'я людини і, як наслідок, — зростання смертності населення від нікотинозалежних хвороб. Водночас паління — єдина причина хвороб та смерті, яку реально усунути. На сьогодні паління розглядають не як шкідливу звичку, а як хронічне захворювання, схильне до рецидивів навіть через тривалий час після відмови від тютюну. Не існує безпечних видів паління, однаково шкідливо діє на організм активне й пасивне паління, яке підриває здоров'я людини та загрожує її життю. Особливо небезпечне паління для підлітків та осіб юнацького віку. Боротьба з палінням залишається ключовим моментом оздоровлення нації. Припинення паління — не лише питання профілактики, його слід розглядати як одне з призначень хворому в лікуванні будь-якого захворювання та реабілітації, адже без цього не буде успіху в лікуванні та збереженні здоров'я. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.37. 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. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 6-13. - 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 дає 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 впровадження ефективної моделі акредитації, яка і буде забезпечувати надання провайдерами належної освіти медичним працівникам. Мета роботи — описати основні принципи освітньої діяльності в рамках БПР, що базується на моделі акредитації провайдерів БПР, яка наразі є загальновизнаною та найефективнішою у світі. Рекомендації, надані в статті, можуть бути використані учасниками БМО/БПР або зацікавленими сторонами, які націлені на активну участь у впровадженні нової системи акредитації. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.38. 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 // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 6-13. - 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. Це досягається завдяки злагодженій співпраці акредитаційних органів, провайдерів або організаторів БПР і медичних фахівців, а також шляхом впровадження ефективної моделі акредитації, яка і 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. Надані рекомендації можуть бути використані учасниками БМО/БПР або зацікавленими сторонами, які націлені на активну участь у впровадженні нової системи акредитації. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.39. Динаміка самооцінок медичними працівниками якості власного життя під час коронавірусної пандемії в 2020 — 2021 рр. / О. Є. Федоренко, К. В. Коляденко, Л. В. Сологуб // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 11-21. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

У сучасному інформаційному полі з'явився відносно новий термін — VUCA. Він чітко відображає 4 суттєві особливості сучасного

життя: нестабільність (Volatility) — через потребу вивчати багато факторів, що змінюються у процесі прийняття рішень; невизначеність (Uncertainty) — неможливість побачити та передбачити майбутнє й перспективи; складність (Complexity) — відсутність ясності розуміння багатьох подій; неоднозначність (Ambignity) — двозначність, невизначеність трактування ситуації. Це не могло не вплинути на самооцінку молодими медичними працівниками якості життя (ЯЖ) протягом 2020 та 2021 р. Мета роботи — дистанційно простежити динаміку зміни самооцінки певних показників якості життя (ЯЖ) у молодих медичних працівників-студентів залежно від їх фахового рівня на тлі негативного впливу хронічної стресової ситуації (інфодемії), різноманітних адміністративних карантинних обмежень та вимушеного професійного спілкування з різними пацієнтами із соматичними захворюваннями під час пандемії COVID-19 протягом 2020 — 2021 рр. У дослідженні використовувалися: загальноклінічні методи — для загальної оцінки соматичного стану; психодіагностичне анкетування — адаптований опитувальник SF-36 для визначення ЯЖ; біостатистпчні — з метою математичної обробки одержаних даних. Міжособистісні контакти зі студентами 4-х курсів медичних і стоматологічних факультетів, пов'язані з дистанційним тестуванням за період з весни 2020 р. по грудень 2021 р., відбувались виключно дистанційно через карантинні обмеження і переважно з ініціативи самих медпрацівників, що самостійно дізнавались про можливість об'єктивно оцінити свій психологічний стан та ЯЖ. Об'єктивний аналіз динаміки самооцінок молодими медичними працівниками власної ЯЖ за останніх два роки свідчить про їх доволі успішну психосоматичну адаптацію до навчання та клінічної роботи в складних, непередбачуваних через нестабільність, неоднозначність та певну невизначеність в умовах пандемії 2020—2021 рр. Їх усереднені самооцінки ЯЖ варто розглядати як своєрідний позитивний стандарт-контроль за порівняння з даними аналогічних тестувань, проведених серед інших верств населення. Висновки: об'єктивний аналіз динаміки самооцінок молодими медиками власної ЯЖ за останніх два роки свідчить про їх доволі успішну психосоматичну адаптацію в умовах пандемії 2020—2021 рр. їх варто розглядати як своєрідний позитивний стандарт за порівняння з даними аналогічного тестування інших верств населення в ці роки.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.40. Дорожна карта реформування системи медико-соціальної експертизи України / І. В. Микичак, Р. Я. Перепелична, І. С. Борисова // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 193-198. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.41. Досвід, результати та можливі перспективи організації оптимально доступної первинної медичної допомоги сільському населенню Запорізької області / О. Г. Алексєєв, В. В. Таранов, В. П. Петрихін // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14,** № 3. - С. 369-373. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Оценка деятельности отечественной системы здравоохранения — важный и актуальный вопрос, особенно на фоне активных процессов реформирования этой отрасли. Один из ее важных элементов — изучение доступности предоставления первичной медицинской помощи сельскому населению. Цель работы — проведение анализа территориальной доступности первичной медицинской помощи, адекватности и эффективности принципов формирования сети медицинских учреждений первичного звена в сельских районах Запорожской области для решения проблемных вопросов и оптимизации размещения медицинских учреждений первичного звена в сельской местности. Материалы для исследования — данные официальной статистической отчетности за последние 20 лет, характеризующие состояние здоровья и степень доступности медицинской помощи сельскому населению. В ходе работы применили методику комплексного социально-гигиенического исследования с использованием исторического, социологического, санитарно-статистического методов, организационного эксперимента и другие. Представлены основные результаты изучения современного состояния организации первичной медицинской помощи сельскому населению Запорожской области на фоне активных процессов реформирования отрасли. Установлено, что основными составляющими элементами, которые формируют систему доступности, являются территориальный, медицинский, социальный и экономический. Определены основные факторы, влияющие на территориальную доступность. Это прежде всего характер расселения сельских жителей (плотность, компактность, радиус обслуживания, удельный вес сельского населения, расстояние между селами, от жилья до медицинского заведения), состояние и качество дорог, транспортное сообщение между населенными пунктами и медицинскими заведениями, наличие средств связи. Выводы: при формировании или усовершенствовании сети заведений здравоохранения в сельской местности имеют значение такие факторы, как плотность населения, компактность его размещения, радиус обслуживания, расстояние между селами, от жилья до медицинского заведения, состояние и качество дорог, транспортное сообщение между населёнными пунктами и медицинскими заведениями и другие. Эти факторы нужно учитывать при решении вопросов рационального размещения медицинских учреждений первичного звена в сельской местности.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.42. Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків (додатки) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 65-77. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.43. Кваліфікаційні вимоги до посад медичних фахівців оперативного та стратегічного рівнів Збройних сил України / В. Д. Фурдик // Держава та регіони. Сер. Держ. упр. - 2021. - № 1. - С. 108-114. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Теоретично систематизовано підхід і напрями реформування військової освіти, зокрема підготовки управлінських кадрів для вітчизняної військової медицини на основі процедур і стандартів НАТО та потреб кадрового її реформування в Україні. Поняття "стандарти НАТО" у військовій освіті є доволі розмитим, тому його застосування більш доречне у питаннях досягнення рівня підготовки військових фахівців найбільш боєздатних армій країн Альянсу. Проаналізовано підхід до системи підготовки керівних кадрів військової медицини. Проблема військової освіти є цілком на часі та становить важливу складову сектора безпеки і оборони України, яка забезпечує Збройні сили України та інші військові формування держави підготовленими кадрами. Військова система освіти має у своєму складі університети, академії, військові інститути, військові коледжі, факультети і кафедри військової підготовки, які здійснюють відповідну підготовку військових кадрів. Війна на Сході країни зумовила актуалізацію питання підвищення якості і ефективності організаційно-управлінської діяльності у сфері військової медицини України. У цьому аспекті є вагомим питання реформування системи військової освіти у напрямку її змістовних і структурних змін для фахової підготовки професійних кадрів, впровадження в освітній процес процедур і стандартів НАТО, інтеграції у загальнодержавну систему освіти з практичним узгодженням кваліфікаційних вимог до посад медичних фахівців оперативного та стратегічного рівня. Професійні обов'язки є фундаментом, на якому будується професійний розвиток кожного офіцера у армії. У більшості країн-членів НАТО переважає професійна військова підготовка, а не військова освіта, що зумовлюється малою чисельністю збройних сил.

Шифр НБУВ: Ж23244:Держав.упр

1.Р.44. Консолідовані настанови ВООЗ із туберкульозу. Модуль 2: Скринінг. Систематичний скринінг на туберкульоз // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 58-81. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.45. Медико-соціальна експертиза при основних інвалідизуючих захворюваннях нервової системи: навч. посіб. / Л. Ю. Науменко, І. С. Борисова, Г. Д. Фесенко, В. М. Березовський, В. П. Бондарь; "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України", державний заклад. - Дніпро: Ліра, 2019. - 170 с.: табл. - Бібліогр.: с. 167-170. - укр.

Увагу присвячено організації та проведенню експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності при провідних захворюваннях нервової системи. Наведено основні законодавчі документи, що регламентують процедуру проведення медико-соціальної експертизи в Україні на сучасному етапі. Розкрито принципи проведення медико-соціальної експертизи при неврологічних захворюваннях з урахуванням основних категорій обмеження життєдіяльності особи (здатності до самостійного пересування, самообслуговування, трудової діяльності, орієнтації, спілкування, контролю за своєю поведінкою, навчання). Висвітлено особливості медико-соціальної експертизи у

разі провідних інвалідизуючих захворювань нервової системи. Розглянуто питання реабілітації осіб з інвалідністю.

Шифр НБУВ: ВА866266

1.Р.46. Методичні аспекти розвитку міжкультурної компетентності лікарів-терапевтів у закладах післядипломної освіти / Т. Пилип // Проф. педагогіка. - 2020. - № 1. - С. 140-145. - Бібліогр.: 144 назв. - укр.

Інтеграція України в єдиний освітній простір у межах реалізації Болонського процесу, реформування системи охорони здоров'я, стрімке зростання міжнародних контактів, залучення лікарів до роботи в медичних експедиціях, миротворчих місіях зумовлює актуалізацію проблеми міжкультурної комунікації фахівців, зокрема розвиток їхньої міжкультурної компетентності (МКК). Мета дослідження — визначення методичних аспектів розвитку МКК лікарів-терапевтів у системі післядипломної медичної освіти, зокрема форм, методів, прийомів, технологій, представлених дослідниками в наукових працях. Методи: аналіз літературних джерел, експертна оцінка, узагальнення. Встановлено, що успішному розвитку МКК лікарів-терапевтів і формуванню у них позитивного настрою на оволодіння іноземною мовою сприяють такі форми, методи та прийоми організації освітнього процесу, як: навчання мови через інтеграцію, парні інтерв'ю, методи "мозкового штурму", "круглого столу", моделювання проблемних ситуацій, метод обміну думками, рольові ігри, розв'язання професійно значущих проблемних ситуацій-кейсів. З'ясовано, що використання автентичних матеріалів та крауд-технологій при вивченні іноземної підвищує мотивацію та інтерес до навчання у лікарів-терапевтів. Основою для вибору форм, методів і прийомів потрібно розглядати структурну модель МКК лікарів-терапевтів. Встановлено, що успішному розвитку МКК лікарів-терапевтів у закладах післядипломної медичної освіти сприяє творче поєднання різних форм, методів, інноваційних технологій навчання з використання автентичних матеріалів для добору місту навчання.

Шифр НБУВ: Ж74078

1.Р.47. Міжвідомчий польовий посібник Профілактика і лікування туберкульозу в біженців та інших груп населення в умовах гуманітарної кризи. Ч. 1 // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 78-96. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 р. передбачає сталий розвиток, заснований на міжнародних стандартах прав людини та орієнтований на рівність і відсутність дискримінації. "Нікого не залишати поза увагою" є одним із трьох його керівних принципів, який відображає зобов'язання всіх держав-членів Організації Об'єднаних Націй (ООН) зменшувати нерівність та фактори вразливості, які підривають можливості особи та людство в цілому.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.48. Основні тенденції стану здоров'я новонароджених України / Т. К. Знаменська, Р. В. Марушко, О. О. Дудіна, О. В. Воробйова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 5-14. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — виявити характерні тенденції стану здоров'я новонароджених України за даними показників їхнього фізичного розвитку, захворюваності та смертності. Проведено ретроспективний аналіз та оцінку динаміки стану здоров'я новонароджених в Україні у XXI ст. за даними державної та галузевої статистики, перинатального аудиту за методикою ВООЗ "MATRIX — BABIES". Застосовано методи системного підходу, статистичний, графічного зображення. Зменшення чисельності новонароджених, що народилися в закладах МОЗ України, з 387,9 тис. у 2000 р. до 283,6 тис. у 2020 р. супроводжувалося негативною тенденцією узагальненого об'єктивного критерію їхнього здоров'я — збільшенням частоти маловагових дітей із 5,39 до 5,66 %, ВШ із 95 % ДІ 1,19 (1,16 — 1,21) відповідно за стабільного перевищення кількості маловагових над недоношеними новонародженими на 20,2 — 9,2 %. Водночас спостерігається позитивна тенденція виживання новонароджених у перші 168 годин життя (99,36 і 99,7 %), яка передусім зумовлена збільшенням цього показника відповідно в новонароджених із масою тіла при народженні 500 — 999 г із 22,95 до 65,86 %, ВШ із 95 % ДІ 7,19 (5,9 — 8,7), та з масою тіла 1000 — 1499 г із 84,43 до 91,87 %, ВШ із 95 % ДІ 2,12 (1,5 — 2,8), і збільшення індексу здоров'я новонароджених із 72,0 % у 2000 р. до 81,7 % у 2020 р., ВШ із 95 % ДІ 1,66 (1,64 — 1,58). Динамічний аналіз частоти хворих новонароджених засвідчив послідовне зниження її з 272,1 %о у 2000 р. до 183,3 % у 2020 р., ВШ із 95 % ДІ 0,6 (0,59 — 0,61), за рахунок зменшення таких патологій, як внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія (з 111,67 % до 13,6 %), випадки сповільненого росту та недостатності живлення плода (з 72,67 % до 18,3 %), пологові травми (з 34,75 % до 20,79 %), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (з 30,7 до 26,8 %). Водночас тривожною є негативна динаміка тяжких, що спричиняють інвалдизацію дітей, перинатальних станів — уроджених пневмоній (з 3,18 % у 2000 р. до 5,82 % у 2020 р.), сепсису новонароджених (із 0,09 до 1,21 % відповідно), а за період з 2010 р. — інших порушень церебрального статусу новонародженого (з 18,5 до 33,86 %), а з 2015 р. — неонатальної жовтяниці (з 31,11 до 49,65 %). Ключові маркери стану здоров'я новонароджених — рівні неонатальної та ранньої неонатальної смертності мали позитивну динаміку становили відповідно у 2000 р. і 2020 р. 6,7 % і 4,45 %, ВШ із 95 % ДІ 0,68 (0,64 — 0,73), і 4,7 і 2,98 %, ВШ із 95 % ДІ 0,65 (0,6 — 0,7). При цьому за даними перинатального аудиту виявлено заниження реального рівня ранньої неонатальної смертності в цілому у 2,1 — 2,3 разу та перевищення в 1,5 разу її пропорційного показника серед немовлят із масою тіла при народженні ≥ 1500 г. Встановлено, що системний аналіз показників здоров'я новонароджених свідчить, що для його зміцнення доцільно оптимізувати якість медичної допомоги на всіх рівнях її надання на підставі динамічного аналізу її стану. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.49. Охорона здоров'я та рекреація. Понятійно-термінологічний словник / О. В. Баб'як, А. І. Бурачик, О. М. Вівсянник, В. В. Джинджоян, І. Л. Сазонець, О. М. Сазонець, Л. Х. Тихончук, П. О. Фесянов, О. І. Ханіна; ред.: О. М. Вівсянник; Луганський державний медичний університет. - Рівне: Волинські обереги, 2023. - 167 с. - Бібліогр.: с. 162-166. - укр.

Зауважено, що авторським колективом, до якого увійшли висококваліфіковані фахівці у сфері державного управління, медицини, рекреації та економіки, підготовлено словник, що істотно поповнив інформаційний фонд сучасної української науки про державне управління охороною здоров'я та рекреацію, сприяючи поширенню та розвитку управлінської культури в системі державного управління охороною здоров'я, рекреацією, діяльністю санаторно-курортних підприємств. Словник створено в умовах проведення реформи децентралізації системи охорони здоров'я, що значно підвищує його актуальність. Розкрито сутність таких понять, як агломерація, життєдіяльність, курорт-готель, надавачі медичних послуг, соціальна держава, туристична індустрія.

Шифр НБУВ: ВС70666

1.Р.50. Територіально-нозологічна структура захворюваності населення Сумської області: монографія / О. Г. Корнус, А. О. Корнус, В. Д. Шищук; Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, Сумський державний університет. - Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2015. - 171 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 160-169. - укр.

Розглянуто теоретичні питання та методику дослідження територіально-нозологічної структури захворюваності населення. Проаналізовано сучасну демографічну ситуацію у Сумській області. Основну увагу приділено територіальним відмінностям поширеності хвороб серед мешканців регіону. Розкрито основні закономірності та принципи територіальної організації системи медичного обслуговування у Сумській області та досліджено вплив навколишнього середовища на стан здоров'я населення.

Шифр НБУВ: ВА865739 з дод.

1.Р.51. Analysis of expectations and satisfaction of physicians (provisors)-interns in Ukraine at the stage of primary specialization — internship training / O. Ye. Sichkoriz, A. B. Zimenkovsky, T. G. Gutor // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 16-23. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Мета дослідження — з'ясування очікувань лікарів (провізорів)-інтернів щодо здобуття післядипломної освіти та оцінка їх задоволеності курсом первинної спеціалізації (інтернатури). Соціологічне кроссекційне дослідження проводилось у 2021 р. шляхом анкетування інтернів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького за лікарськими спеціальностями: "Лікувальна справа" та "Педіатрія", "Стоматологія", "Фармація". Анкетування відбувалося у двох групах: здобувачів на початку навчання в інтернатурі (n = 655) та після завершення інтернатури (n = 623). Вико-

ристано статистичні методи (аналіз відносних величин, які представлено з довірчими інтервалами, розрахованими за методом кутового перетворення Фішера), структурно-логічний аналіз та системний підхід. Дослідженням встановлено, що найефективнішою формою навчання на денному циклі інтернатури є практичні заняття та конференції для лікарів (провізорів)-інтернів; найменш ефективною формою — самостійна робота. Основними чинники, які заважали інтернам оволодіти професійними знаннями, навичками та уміннями на денному циклі інтернатури, є обмежені можливості для самостійної курації хворих, матеріально-технічне забезпечення клінічної бази кафедри та власна інертність. З'ясовано певні недоліки в організації проходження практичної частини інтернатури на базі лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ)/аптеки, а саме: відсутність курації пацієнтів, недостатність практичної діяльності, незадовільне матеріально-технічне забезпечення та незацікавленість працівників бази стажування в навчанні інтернів. На думку інтернів, ідеальна модель інтернатури повинна бути доступною, такою, яка б забезпечила оптимальну кількість теоретичних знань і відповідних практичних навичок, та максимально наближеною до майбутньої роботи лікаря. Здобувачі наголошують на якісному компоненті здобуття післядипломної медичної освіти: використання нових протоколів лікування, навчання в ЛПЗ ІІІ рівня надання медичної допомоги, можливість закордонного стажування. Такі соціологічні опитування серед лікарів (провізорів)-інтернів щодо їх задоволеності та відповідності очікуванням є важливим компонентом при опрацюванні оптимізованої моделі після дипломної освіти лікарів/провізорів в Україні, що дозволить підвищити якість первинної спеціалізації (інтернатури), кінцевою метою якої є збереження здоров'я та збільшення тривалості життя громадян України.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.52. Comparative characteristics of the epidemiological situation of chemoresistant tuberculosis in Germany and Ukraine / I. Friesen, T. Ulrichs, L. Hryshchuk, H. Saturska // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 27-35. - Бібліогр.: 9 назв. - англ.

Мета роботи — порівняти епідеміологічну ситуацію з хіміорезистентним туберкульозом у Німеччині та Україні й окремо проаналізувати характер та особливості хіміорезистентного туберкульозу у 192 пацієнтів, які лікувалися у Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері в Україні протягом 2017—2018 рр. Для вивчення порівняльних характеристик епідеміологічної ситуації з хіміорезистентним туберкульозом у Німеччині та Україні використано сучасні літературні джерела з пошуковим запитом "епідеміологічна ситуація з хіміорезистентним туберкульозом у Німеччині", "епідеміологічна ситуація з хіміорезистентним туберкульозом в Україні". Окремо було проведено ретроспективне когортне дослідження. Проаналізовано характер та особливості перебігу хіміорезистентного туберкульозу у 192 пацієнтів, які проходили лікування в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері протягом 2017 — 2018 рр. Аналіз літературних джерел показав, що туберкульоз з мультирезистентністю (МРТБ) трапляється в Німеччині порівняно рідко, близько 100 випадків щорічно. У цілому епідеміологічна ситуація з МРТБ була стабільною з початку статистичного обліку захворювання у 2002 р. У 2013 р. найбільшу частку МРТБ було зареєстровано на рівні 3,3 %. Детальний аналіз даних повідомлень показує, що на ситуацію з туберкульозом у Німеччині переважно впливають міграційні переміщення та демографічні зміни населення. Попри загальну позитивну епідеміологічну тенденцію, тягар туберкульозу в Україні залишається значним. Згідно з останніми оцінками ВООЗ на 2018 р., захворюваність на туберкульоз у країні (нові випадки та рецидиви) є четвертим найвищим показником серед 53 країн Європейського регіону ВООЗ. Щоб вирішити ситуацію, зменшити поширеність туберкульозу, збільшити масштаби раннього виявлення туберкульозу та діагностики і забезпечити ефективне лікування, Україна у 2019 р. прийняла Державну стратегію розвитку протитуберкульозної допомоги населенню на 2020 — 2023 рр. Окремо проведено аналіз 192 пацієнтів з когорти МРТБ/ШЛСТБ у протитуберкульозному диспансері в Тернополі (Україна) у 2017 — 2018 рр. Встановлено, що в характері чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів переважали випадки МРТБ — 57,3 %. Вперше діагностованих випадків було 52,6 %, рецидивів — 46,4 %. Деструкцію в легенях виявлено у 71,9 % хворих. 111 (57,8 %) пацієнтів успішно вилікувано, а 81 (42,2 %) мав погані результати лікування або був втрачений для подальшого спостереження. Епідеміологічна ситуація з туберкульозом у Німеччині стабільна та покращується. Попри загальну позитивну епідеміологічну тенденцію, тягар туберкульозу в Україні залишається значним. У 2018 р. захворюваність на туберкульоз у країні становила 80 на 100 тис. населення. В Україні протягом періоду 2015 — 2018 рр. частка випадків "преШЛСТБ" та ШЛСТБ зросла з 47,4 до 51,3 %. Серед пацієнтів з хіміорезистентним туберкульозом переважає МРТБ (57,3 %) з деструкцією в легенях, і лише 57,8 % лікувались ефективно.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.53. Current state and strategic directions of development of state management of nursing education in Ukraine / V. V. Striukov, T. V. Grynko, O. P. Krupskyi, R. G. Vazov // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 174-183. - Бібліогр.: 37 назв. - англ.

Мета дослідження — визначення стратегічних перспектив реформування та ефективного розвитку медичної галузі, зокрема системи освіти медичних працівників, на засадах дослідження сучасного стану державного управління охороною здоров'я. Стаття має концептуальний характер, тому були обрані такі методи дослідження: систематизація та узагальнення; аналіз та конкретизація; абстрактно-логічний. При аналізі наукової бази даних вітчизняних та зарубіжних дослідників було встановлено, що державне управління системою освіти середнього медичного персоналу, зокрема й системою охорони здоров'я, має кризовий стан та характеризується глобальністю, довготривалістю та складністю. За результатами статистичної обробки первинних даних було з'ясовано, що, незважаючи на високий рівень підготовки випускників зі спеціальності "223 Медсестринство" ступенів фаховий молодший бакалавр та бакалавр за п'ять років (з 2016 до 2020 рр.), кількість середнього медичного персоналу зменшилось на 21,6004 %, і ця негативна тенденція спостерігається й далі. Державне управління медсестринською освітою було визначено як особливий вид професійної діяльності, метою і результатом якої є забезпечення та динамічний розвиток галузі, основними механізмами якого є: нормативно-правовий, координаційний, організаційно-мотиваційний, освітньо-педагогічний, економічний. Наголошено на необхідності розробки стратегічних напрямків розвитку державного управління в системі медичної освіти, яка б забезпечувала висококваліфікованими фахівцями медичні заклади з урахуванням ринку освітніх послуг та потреб суспільства; створення та впровадження дієвого механізму залучення ресурсів задля забезпечення потреб у медичній освіті, з урахуванням безперервного навчання, для підготовки висококваліфікованих фахівців.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.54. Doctor and patient: two parties of one conflict / A. S. Biduchak // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26,** № 2. - С. 77-80. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Проаналізовано та визначено основні специфічні ознаки та види виникнення конфлікту в медицині між лікарем та пацієнтом у системі теоретико-правових відносин. Показано основні погляди на поняття "дефектна робота медиків", що є порушенням норм медичної етики й медичного права у наданні медичних послуг. Встановлено основні специфічні ознаки та види виникнення конфлікту, які впливають на відносини між лікарем та пацієнтом. Створення правової та інформаційної бази для врегулювання й вирішення конфліктів у медичній галузі є нагальною потребою в державі, що сприятиме підвищенню ступеня довіри пацієнта до системи охорони здоров'я.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.55. Presentation and implementation of the results of the own scientific research — a practical approach / L. D. Todoriko, O. V. Pidverbetska, O. Ya. Pidverbetskyi, N. I. Zorii, Ya. I. Toderika // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 21-26. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Під час навчання в аспірантурі майбутні доктори філософії (PhD) повинні оволодіти широким колом навичок навчально-методичної та дослідницької діяльності, що відповідають світовим і європейським академічним стандартам. Зокрема, здобувані наукового ступеня "доктор філософії" повинні оволодіти теоретичними знаннями, достатніми для продукування нових ідей, розв'язання комплексних проблем у галузі професійної та/або дослідницько-інноваційної діяльності, набути універсальних навичок дослідника, серед

яких — навички усної та письмової презентації результатів власного наукового дослідження, застосування сучасних інформаційних технологій у науковій діяльності, організації та проведення навчальних занять. Мета роботи — узагальнити інформацію про актуальність дисципліни "Презентація та впровадження результатів власного наукового дослідження" та виділити практичні підходи до її викладання. Аналіз та узагальнення інформації чинних документів, що регулюють освітній процес здобувачів наукового ступеня "доктор філософії" за медичними спеціальностями, та літературних джерел на тему презентації та впровадження результатів дисертаційних досліджень. Навчальна дисципліна "Презентація та впровадження результатів власного наукового дослідження" є важливою складовою підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії в галузі знань 22 "Охорона здоров'я". У межах вивчення зазначеної дисципліни здобувані освіти засвоюють поняття інноваційного процесу та інноваційної діяльності науковця, знайомляться з основами охороноспроможності результатів власного наукового дослідження та учасними аспектами технологій патентно-інформаційного пошуку, одержують навички презентації результатів власного наукового дослідження із застосуванням різних форм новітніх інформаційних технологій та впровадження в практику охорони здоров'я і навчальний процес результатів власного наукового дослідження. Висновки: засвоєння теоретичного матеріалу та відпрацювання практичної частини програми дисципліни "Презентація та впровадження результатів власного наукового дослідження" забезпечують набуття аспірантами відповідних інтегральних, загальних та спеціальних компетентностей та формування інтегративних кінцевих програмних результатів навчання, необхідних для подальшої професійної діяльності майбутнього доктора філософії.

Шифр НБУВ: Ж100471

Див. також: 1.Р.22, 1.Р.26, 1.Р.87, 1.Р.93, 1.Р.98, 1.Р.386, 1.Р.492, 1.Р.514, 1.Р.518, 1.Р.887

Медична освіта

Вища медична освіта

1.Р.56. Історичний шлях кафедри педіатрії N 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова / В. М. Дудник, І. В. Морозова, М. О. Шаламай, І. І. Андрікевич, В. В. Демянишина // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 7-15. - укр.

У 2021 р. Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова святкує 100-річний ювілей. Славетному закладу є чим пишатися, у тому числі історією створення клінічних педіатричних кафедр.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.57. Компетентнісні підходи у підготовці кадрів за спеціальністю "Загальна практика-сімейна медицина": навч.-метод. посіб. / ред.: Л. С. Бабінець; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. - Тернопіль: Осадца Ю. В., 2022. - 607 с.: рис., табл. - Бібліогр. в кінці ст. - укр.

Представлено навчально-методичний посібник, який містить наукові і клінічні напрацювання щодо компетентнісного підходу до педагогічного процесу при вивченні дисципліни "Загальна практика-сімейна медицина", які було подано фахівцями галузі у рамках проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю "Актуальні питання вищої медичної освіти з формування практичних навичок і компетенцій лікаря загальної практики — сімейного лікаря".

Шифр НБУВ: ВА863598

1.Р.58. Особливості проведення дистанційного навчання на кафедрі оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї / О. М. Герич, В. І. Попович, Д. Т. Оріщак, І. В. Кошель, Н. В. Василюк, П. Р. Герич, О. Р. Оріщак // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 138-143. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Якісна освіта є запорукою майбутнього країни, важливою складовою її національної ідентичності та державного добробуту. За сучасних умов ринку праці та особливості працевлаштування зростають вимоги до професійної компетентності випускників, що обумовлює якісно нові форми та методи вищої освіти, спрямовані на створення цілісної системи безперервної освіти та розширення сфери самостійної діяльності студента, які формують навички самоорганізації та самоосвіти [1,2]. Дистанційне навчання — це цілеспрямований процес взаємодії викладача та студента, що базується на використанні сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій, які надають змогу проводити навчання на відстані, що є актуальним за теперішніх умов, [3, 4, 5, 6]. Поява дистанційного навчання не є випадковим, це закономірний етап розвитку та адаптації освіти до сучасних умов [7, 8]. Впровадження дистанційного навчання на кафедрі оториноларингології є невідкладною ланкою освіти у вищій медичній школі за сучасних умов. Оториноларингологія є клінічною дисципліною, тому вивчення матеріалу неможливо проводити в умовах дистанційного навчання тільки на підставі тестів та усного опитування. Для формування у студентів мотивації до навчання, логічного послідовного мислення, вирішення складних клінічних завдань, вимагає від викладача високого професіоналізму та забезпечення заняття якісним ілюстративним матеріалом, а також використання таких сучасних ресурсів, як Школа Доказової Медицини, академія оториноларингології Євролор, Івано-Франківська школа отоларингології на яких представлено безліч відеоматеріалів клінічних випадків із реальними пацієнтами, коментарями щодо тактики обстеження, лікування, та у випадку хірургічного лікування, демонстрація всіх етапів оперативного лікування з операційного блоку. Мета роботи — покращити якість дистанційного навчання шляхом систематизації отриманих знань і професійних вмінь, які базуються на принципах доказової медицини.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.59. Палітра нашого життя. Історія кафедри внутрішньої медицини 1 [Дніпровського державного медичного університету], 1954 — 2022: [монографія] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, О. В. Мироненко, К. О. Бєлослудцева; Дніпровський державний медичний університет. - Дніпро: Ліра, 2022. - 499 с.: іл., фот. - Бібліогр.: с. 485. - укр.

Присвячено історії кафедри внутрішньої медицини 1 Дніпровського державного медичного університету від початку її створення у 1954 р. до червня 2022 р. Висвітлено питання передумов створення кафедри, формування та оптимізації навчального процесу, удосконалення навчально-методичної, наукової, науково-дослідної, науково-практичної, лікувально-консультативної та виховної роботи співробітників кафедри, а також їхньої громадської діяльності. Наведено список усіх тих, хто в різні роки працював чи навчався на кафедрі та про кого збереглася інформація.

Шифр НБУВ: ВА864875

1.Р.60. Переваги симуляційного навчання у відпрацюванні практичних навичок і маніпуляцій майбутніх лікарів / І. М. Козловська, О. Б. Колотило, Я. В. Кулачек, О. Б. Русак, У. І. Марусик, В. С. Смандич // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 81-85. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Проблема якісної підготовки фахівців медичної галузі є надзвичайно важливим питанням в усьому світі, і в Україні в тому числі. З метою удосконалення своїх практичних навичок та медичних маніпуляцій їх слід довести до ідеалу та автоматизму, що є можливим завдяки сучасним методам навчання в умовах симуляційного центру, відпрацюванню навичок на стандартизованих пацієнтах та тренажерах. Мета роботи — порівняти якість навчання й відпрацювання практичних навичок, маніпуляцій та оцінити ефективність навчання на пацієнтах у лікувальних закладах і на манекенах, стандартизованих пацієнтах у Центрі симуляційної медицини. Порівняно ефективність відпрацювання практичних навичок, медичних маніпуляцій та вміння якісно їх застосувати на практиці, особливо при наданні невідкладної медичної допомоги у студентів 5-го та 6-го курсів. Не завжди вдається одразу ж встановити вільний контакт із пацієнтом, на відміну від стандартизованого пацієнта, який надзвичайно точно й чітко демонструє всі скарги та позитивні симптоми, що нададуть змогу підтвердити діагноз під час невимушеного спілкування зі студентом. Студенти не комфортно почуваються поруч із пацієнтом у клініці або бояться зашкодити хворому й відмовляються від обстеження чи проведення певної навички, у той час як на манекені чи стандартизованому пацієнті без жодного страху практичну навичку можуть повторити необхідну кількість разів. На стандартизованому пацієнті чи віртуальному манекені викладач може зупинити студен-

та на будь-якому етапі виконання, вказати на помилку чи ще раз пояснити техніку маніпуляції, а студент може декілька разів повторити, довівши її до повного автоматизму. Ще однією надзвичайно важливою перевагою симуляційного навчання є можливість у необхідний момент, а не коли є в клініці тематичний пацієнт, створити, змоделювати і "обіграти" потрібну ситуацію. Це особливо важливо при відпрацюванні навички надання невідкладної допомоги в умовах, загрозливих для життя. Висновки: процес медичної освіти має бути ефективним та безпечним для всіх учасників, зокрема пацієнтів, що може бути забезпечено тільки завдяки Центрам симуляційного навчання. Безумовно, відпрацювання практичних навичок та маніпуляцій в умовах симуляційного центру надає змогу удосконалити традиційні види навчання, приділити більше уваги відточенню навичок, допускаючи, усвідомлюючи та виправляючи помилки, аналізувати ситуацію і робити висновки.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.61. Принципи викладання анатомії людини для студентів-медиків спеціальності 228 "Педіатрія" / В. А. Міських, О. Г. Попадинець, М. О. Кулинич-Міських, Ю. В. Боднарчук, У. М. Дутчак, Т. В. Князевич-Чорна, Р. П. Олійник, В. С. Хабчук, А. Б. Гречин, В. М. Перцович // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 125-130. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Розглянуто питання методологічних особливостей вивчення анатомії людини студентами-педіатрами. Розкрито досвід кафедри з викладання анатомії людини в світлі "Стратегії розвитку медичної освіти", з урахуванням змісту навчальних програм і сучасних тенденцій до цифровізації та діджиталізації вищої освіти загалом і медицини зокрема. Висвітлено досвід застосування міжпредметної інтеграції навчальних планів, що супроводжується підвищенням ефективності навчання майбутніх лікарів-педіатрів шляхом читання практично орієнтованих лекцій спільно із провідними фахівцями пропедевтики педіатрії. А це відповідно надає можливсть максимально наблизитись до сучасних вимог освітнього середовища, а використання комп'ютерного тестування здійснює навчальний вплив, що сприяє засвоєнню пройденого матеріалу, а завдяки використанню графічних тестів, сприяє візуальному формуванню ланцюжків взаємопов'язаних процесів. Актуальним для підготовки кадрів високого кваліфікаційного рівня є питання оптимізації навчального процесу в закладах освіти медичного спрямування. З огляду на вищевикладене, заняття зі студентами-педіатрами вимагає особливої уваги викладачів кафедри для забезпечення оптимальних умов проведення освітнього процесу з використанням навчальних матеріалів, унаочнень, комп'ютерних засобів навчання, що надає можливість структурувати пізнавальну діяльність студента, для набуття необхідних у подальшій трудовій діяльності знань і навичок.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.62. Стратегія розвитку сучасної вищої медичної освіти: (огляд) / І. З. Гладчук, І. А. Анчева // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 55-59. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Сьогодні зростає роль інформаційно-телекомунікаційних систем у будь-якій сфері життя. Сучасна медична освіта передбачає поєднання традиційної теоретичної підготовки студентів із симуляційними тренінгами, дистанційними формами навчання та застосування нформаційних технологій. Це непростий період життя для кожного учасника освітньої сфери. У цей час застосування інноваційних освітніх технологій полегшує подання та візуалізацію матеріалу, сприяє запам'ятовуванню інформації та робить освітній процес більш легким, цікавим. Цифрові навички стали необхідним додатковим компонентом для будь-якого вченого, сучасного викладача та лікаря-практика практично всіх спеціальностей. Мета роботи — проаналізувати стан сучасних проблем, можливостей і шляхів розвитку у вищій медичній школі в епоху трансформації суспільства з використанням цифрового інтелекту. Наведено досвід підготовки медичних кадрів на кафедрі акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету в сучасних умовах. Враховуючи те, що кафедра акушерства та гінекології є добре оснащеною клінічною кафедрою університету, стала звичною участь не тільки на міжнародних конференціях, інформаційних платформах, вебінарах і вдеоконференціях, але й в організації та проведенні кафедрою відеоконференцій, майстер-класів із виконанням низки операцій і демонстрація в режимі реального часу так званої "живої хірургії". Післядипломне навчання спеціалістів є одним із пріоритетних напрямів роботи університету. Удосконалення практичних навичок проводиться у високотехнологічних симуляційних класах. Але є потреба в забезпеченні академічної мобільності, у виборі баз навчання, поліпшенні роботи баз стажування лікарів-інтернів та організації навчання в практичній частині інтернатури. Трансформація медичної галузі диктує необхідність реформування навчального процесу в медичних університетах. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.63. Analysis of microbiology online teaching in quarantine conditions / V. I. Fedorchenko, V. P. Polanska, S. V. Zachepylo, N. O. Bobrova, G. A. Loban // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 107-114. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Викладання мікробіології, вірусології та імунології у медичному навчальному закладі традиційно проводилось без застосування online технологій. Саме тому зміни у способах взаємодії стейкхолдерів мають бути проаналізовані. Проведено аналіз досвіду викладання курсу мікробіології, вірусології та імунології on line за умов коронавірусного карантину 2020 р. Відзначено основні проблеми у досягненні належного рівня теоретичних знань студентів, деякої частини практичних вмінь та навиків, які виникли у зв'язку зі зміною форми проведення практичних занять та лекцій. Відзначено позитивні сторони цього непередбачуваного експерименту у способі викладання дисципліни. Цей предмет передбачає здобуття студентами значної кількості сенсорних і рухових навичок. У той же час, суть предмету містить великий фрагмент теоретичних знань, які складаються з емпіричних даних про властивості збудників інфекційних захворювань, способи їх дослідження з метою мікробіологічної діагностики; структури збудників, що необхідно для розуміння напрямків етіотропної терапії інфекційних захворювань; біологічних та антигенних властивостей для оцінки можливостей специфічної профілактики та лікування захворювань; стійкість збудників до зовнішніх чинників з метою усвідомлення особливостей епідеміології кожного окремого захворювання та можливостей його специфічної профілактики. Також студенти мають засвоїти інформацію про структуру імунної системи людини, вивчити механізми її функціонування. Має бути побудований комплекс теоретичних знань, практичних вмінь та навиків. Не зважаючи на проблемність ситуації з викладанням даного предмету on line в умовах карантину, відзначено, що у той же час відбувся певний прорив у застосуванні новітніх цифрових технологій, нагромаджених людством, у навчальному процесі у таких традиційно класичних сферах освіти, як, наприклад, викладання курсу мікробіології, вірусології та імунології у медичних вищих навчальних закладах. Ці здобутки проаналізовано у даній роботі з метою оцінки перспектив осучаснення навчального процесу з предмету.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.64. Ensuring the quality of higher education under current conditions / A. B. Kostyshyn // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 38-42. - Бібліогр.: 6 назв. - англ.

В умовах сьогодення, особливо під час пандемії, вища освіта вимагає від науково-педагогічних працівників опанування і впровадження інноваційних методів навчання й викладання, заснованих на інформаційних програмах, системах переданім знань. Задачі інтерактивних форм навчання: пробудження інтересу, мотивація студентів до досліджуваної проблеми; ефективне засвоєння навчального матеріалу; самостійний пошук шляхів і варіантів вирішення поставленої навчальної задачі; взаємодії між студентами, навички роботи в команді, прояв терпимості до будь-якої точки зору; формування у студентів власної думки, життєвих і професійних навичок; вихід на рівень усвідомленої компетентності студента. Проаналізовано результати досліджень і з'ясовано, що за інтерактивного навчання створюється середовище освітнього спілкування, яке характеризується відкритістю, взаємодією учасників на рівних правах, нагромадженням спільних знань, що надає змогу забезпечити високу мотивацію, міцність знань, творчість, комунікабельність, активну життєву позицію, збереження індивідуальності, свободу самовираження, взаємоповагу. Розглянуто актуальні проблеми інноваційних технологій і методів навчання в сучасній вищій освіті, оскільки посилилася тенденція до гуманізації та гуманітаризації змісту навіть медичної освіти, введено нові навчальні дисципліни і, як наслідок, зросла потреба в науково-педагогічних працівниках, які змогли б забезпечити інноваційний підхід до реалізації цих тенденцій під час навчально-

виховного процесу. Показово, що викладачі одержали можливість створювати й втілювати власні інноваційні методики. Акцентовано увагу на проблемах безпеки освітнього середовища вищої освіти. Особливо важливою є інформаційна безпека, тому що в наш час надзвичайно великий вплив мають інформаційні засоби на студентське середовище.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.65. Results of the on-line Questionnaire of students of foreign citizens' training department on clinical anatomy and operative surgery regarding technical support of educational process at distance learning / V. O. Kavyn // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 131-137. - Бібліогр.: 5 назв. - англ.

Навчальний процес у вищих навчальних закладах України підлягає реформуванню та вдосконаленню, з метою формування сучасного конкурентоспроможного фахівця на ринку праці. Вища медична освіта на сучасному етапі вимагає використання найсучасніших технологій і засобів під час проведення практичних занять і лекцій, методів мотивації студентів. Справжнім викликом для освітнього процесу стала пандемія COVID-19, яка сприяла більш активному переходу на дистанційне навчання в освітніх медичних закладах. Дистанційне навчання є одним із пріоритетних завдань сучасної освіти. Електронний контроль, який здійснюється під час дистанційного навчання, має як переваги, так і недоліки. До основних його переваг можна віднести: можливість швидкої перевірки знань великої кількості студентів одночасно, підвищення професійної майстерності викладача, підвищення можливостей здійснення індивідуальної роботи зі студентами вищої освіти. Серед недоліків дистанційного навчання можна назвати: зниження мовного контакту між студентом і викладачем; перевага стандартизованого мислення; трудомісткість процесу, яка пов'язана з додатковим формуванням навчального комплексу. Успішне практичне навчання в дистанційному навчанні залежить від належної технічної підтримки, переважно з боку студентів. Під час практичних занять з іноземними студентами неодноразово відзначалися технічні неполадки, які порушували навчальний процес. Із цією метою проведено анкетування студентів для вивчення їх технічного забезпечення для здійснення процесу дистанційного навчання.

Шифр НБУВ: Ж73616

Див. також: 1.Р.158, 1.Р.225

Спеціалізовані галузі медичної освіти

1.Р.66. Використання сучасних технічних засобів при вивченні хімічних дисциплін фармацевтами / О. Я. Мельник // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 30-32. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Впровадження комп'ютерних технологій у процес навчання створює особливе інформаційне середовище, яке стимулює інтерес студентів до вивчення хімічних дисциплін. Це полегшує розуміння й вирішення багатьох завдань інтелектуального характеру, сприяє кращому розумінню та унаочненню законів та явищ хімії. Використання сучасних інформаційних технологій виводить самостійне навчання на новий рівень, де значну роль в організації навчання приділяється як мережевим ресурсам кожного ВНЗ, так і загальнодоступним ресурсом Інтернету. Свідоме використання гаджетів перетворює їх із засобів списування на потужне джерело одержання необхідної інформації для розв'язання навчальних завдань.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.67. Організаційно-педагогічні умови дистанційного навчання майбутніх магістрів фармації / Л. Клос // Проф. педагогіка. - 2020. - № 1. - С. 64-70. - Бібліогр.: 69 назв. - укр.

Стрімке поширення в усьому світі вірусних захворювань (ВЗ) потребує зосередження уваги на запровадження дистанційного навчання (ДН) майбутніх магістрів фармації з таких дисциплін, як мікробіологія, вірусологія та імунологія. З огляду на це, зумовлюється необхідність визначення та обгрунтування організаційно-педагогічних умов ДН майбутніх магістрів фармації в період поширення ВЗ. Йдеться про зовнішні, внутрішні та технологічні організаційно-педагогічні умови (ОПУ). Реалізація цих умов передбачає створення у вищих медичних закладах освіти інформаційно-освітнього навчального середовища як веб-ресурсу з електронними аудиторіями. Мета роботи — обгрунтування та висвітлення ОПУ ДН майбутніх магістрів фармації в період поширення ВЗ. Методи — теоретичні методи дослідження: аналіз джерел і літератури з проблеми для виявлення стану досліджуваного питання в педагогічній теорії та практиці, синтез, узагальнення. Досліджено, що нинішній стан поширення ВЗ детермінує пошук і запровадження нових технологій (цифрових) і форм підготовки фармацевтів, що сприятимуть безперервному оновленню їхніх знань і вмінь; виявлено, що в умовах карантину ДН майбутніх фахівців фармацевтичної галузі надає змогу формувати професійні компетентності на основі індивідуального навчання здобувачів фармацевтичної освіти. Встановлено, що у період поширення ВЗ ефективність ДН майбутніх магістрів фармації потребує забезпечення необхідних для цього зовнішніх, внутрішніх і технологічних ОПУ. Їх реалізація надає змогу: забезпечити індивідуалізацію навчання здобувачів освіти в режимі online та offline; формувати практичні навички, оволодівати професійними компетентностями. ДН майбутніх магістрів фармації має низку очевидних переваг над аудиторною формою здобуття освіти: надається гарантований швидкий і віддалений доступ до найновішого фармацевтичного контенту; навчальна інформація та інші матеріали безперервно оновлюються з офіційних джерел фармацевтичних і медичних компаній; є можливість ознайомлення з професійним досвідом фармацевтичних і медичних компаній, їхнім професійним досвідом, технологічними особливостями виробничого процесу відповідно до потреб здобувачів освіти; відкриваються можливості для організації самостійної роботи здобувачів освіти.

Шифр НБУВ: Ж74078

Здоров'я населення та методи його вивчення

1.Р.68. Аналіз захворюваності на вперше виявлений активний позалегеневий туберкульоз в Україні та Сумській області / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, М. Ю. Шевченко, Ю. Ю. Шевченко, Н. В. Яркова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 37-43. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити стан та проаналізувати захворюваність на вперше в житті встановлений активний позалегеневий туберкульоз (ТБ) серед мешканців Сумщини в період 2004 — 2020 рр. Ретроспективно вивчено та проведено статистичний аналіз захворюваності на ТБ мешканців Сумської обл., узятих на облік у 2004 — 2020 рр. За результатами ретроспективного статистичного аналізу захворюваності на ТБ протягом 2004 — 2020 рр. у Сумській обл. зареєстровано 9664 хворих на ТБ. За інтенсивністю захворюваності на ТБ Сумська обл. перебувала на середньому рівні серед інших областей України. Захворюваність на ТБ у Сумській обл. з 2004 до 2019 р. залишалася на одному рівні (46,4 та 47,4 на 100 тис. населення відповідно). В Україні в ці роки відбулося зменшення захворюваності з 72,0 до 47,6 на 100 тис. населення. Говорити про позитивну динаміку цього показника неможливо. Швидше вона є негативною, оскільки пов'язана з виключенням зі статистичного обліку окупованих територій Донецької і Луганської обл. та АР Криму. Частка дітей у загальній структурі захворюваності на ТБ у Сумській обл. зросла від 2,2 % у 2004 р. до 2,7 % у 2020 р. Кількість хворих на позалегеневий ТБ у Сумській обл. складає 14,6 %, а в Україні — 10,7 %. При цьому 68 % дітей віком до 14 років Сумської обл., які захворіли на ТБ протягом вивчених (2004 — 2020) рр., мали позалегеневу локалізацію туберкульозного процесу, що на 11,3 % більше відповідного показника в Україні в цілому. Частка позалегеневого ТБ у підлітків віком 15 — 17 років становила 27,9 %. Тенденція до зниження захворюваності на ТБ, зокрема позалегеневий, у цих вікових групах не спостерігається. Переважання позалегеневого ТБ в дітей та у підлітків віком 15 — 17 років є свідченням значних організаційних прорахунків у фтизіатричній галузі та в наданні медичної допомоги в Україні в цілому. Захворюваність на ТБ у Сумській обл. з 2004 по 2019 рр. залишалася на одному рівні (46,4 та 47,4 на 100 тис. населення відповідно). Кількість хворих на позалегеневий ТБ — 14,6 %, а в Україні — 10,7 %. Частка позалегеневого ТБ (68 %) у дітей і підлітків віком 15 — 17 років (27,9 %) у порівнянні з такою в Україні (56,7 та 15,9 % відповідно) є надзвичайно несприятливим показником, який свідчить про відсутність у нашій країні фахівців з позалегеневого ТБ.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.69. Вивчення стоматологічного статусу в осіб підліткового та юнацького віку, які палять / І. С. Лісецька, М. М. Рожко // Сучас. педіат. Україна. - 2022. - № 2. - С. 44-49. - Бібліог.: 23 назв. - укр.

На сьогодні паління є модифікованим фактором ризику формування та прогресування основних стоматологічних захворювань. Ротова порожнина (РП) є першим бар'єром на шляху тютюнового диму з токсинами та канцерогенами, які входять до його складу. Отже, питання щодо вивчення впливу шкідливої звички паління на стоматологічний статус (СС) в осіб підліткового та юнацького віку є актуальним. Мета роботи — вивчити вплив шкідливої звички паління на СС в осіб підліткового та юнацького віку. Вивчено СС у 114 осіб підліткового та юнацького віку (від 15 до 24 років), яких поділено на групи: до І групи залучено 26 осіб, які регулярно палять традиційні сигарети; до ІІ групи — 22 особи, які регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); до ІІІ групи — 23 особи, які регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOS); до IV групи — 43 особи без шкідливої звички паління. Визначено поширеність та інтенсивність карієсу зубів, стан гігієни РП за допомогою індексу OHI-S. Установлено, що поширеність карієсу в середньому становило 89,85 %. Показник індексу інтенсивності карієсу зубів у середньому становив 5,84 ± 0,39 бала. Структура індексу гігієни РП OHI-S виявила, що в обстежених І групи — дорівнював 1,77 ± 0,02 балу, в обстежених ІІ групи — 1,53 ± 0,01 балу, в обстежених ІІІ групи — 1,46 ± 0,02 балу. В обстежених IV групи показник ндексу виявився значно нижчим — 0,87 ± 0,03 балу. В осіб І групи значення індексу РМА становило 38,6 ± 3,26 %, в осіб ІІ групи — 33,7 ± 2,52 %, в осіб ІІІ групи — 31,6 ± 1,84 %, в осіб IV групи — 22,8 ± 2,73 %. Під час дослідження встановлено негативний вплив шкідливої звички паління на СС в осіб підліткового та юнацького віку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.70. Медико-географічні детермінанти онкопатології населення / М. П. Гребняк, О. В. Кірсанова, В. В. Таранов, Н. Г. Мікрюкова // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 363-368. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Цель работы — анализ постоянно действующего фактора риска онкопатологии для определения медико-географических особенностей и оценки их влияния на онкопатологию населения Запорожской области. Пространственно-географическим и аналитико-статистическим методами проведена медико-географическая дифференциация территорий с оценкой качества окружающей природной среды. Эпидемиологическое исследование злокачественных новообразований проведено ретроспективно за 2004—2015 гг. в соответствии с МКБ-10. Влияние окружающей среды на онкопатологию изучали с помощью атрибутивной фракции. Геоактивное пространство характеризуется разнообразием природно-климатических условий: литосферы, гидросферы и ландшафтов. Физико-географические объекты Запорожского края (Украинский кристаллический щит, р. Днепр, Азовское море) сформировали шесть зон, отличающихся многогранностью системообразующих элементов. Определены специфические черты разрывных нарушений литосферы Украинского кристаллического щита: аномально высокая электропроводность земной коры, интенсивные электромагнитные поля, высокая концентрация радона в водоносных горизонтах и потоки высокоэнергетических флюидов. Самое сильное геопатогенное влияние наблюдали в зоне разлома Украинского кристаллического щита, где зарегистрированы высокие значения атрибутивной фракции злокачественных новообразований среди всего населения (26,8 %), среди взрослого (25,4 %) и трудоспособного (32,7 %) населения. Онкопатологический потенциал природных условий в меньшей степени проявился в долине прорыва Днепра и на Приазовской возвышенности, где атрибутивная фракция почти для всех показателей не превышала 8,2 %.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.71. Методика оцінки впливу показників якості довкілля на поширеність хвороб населення районів Рівненської області / О. В. Варжель // Вісн. Вінниц. політехн. ін-ту. - 2022. - № 4. - С. 19-26. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Викладені матеріали щодо методики оцінки впливу показників якості довкілля на поширеність і захворюваність населення агросфери області. Стан довкілля на період 2018 р. характеризувався: в області та районах зони Полісся наявністю викидів забруднювальних речовин в атмосферу — від 1,6 до 7 кг/особу, невідповідністю якості питної води вимогам ДСПіН 2.2.4-171-10 за хімічними — від 11,4 до 33,5 % та мікробіологічними показниками — від 19,3 до 44 %, вмістом Цезію-137 в грунтах — від 0,06 до 0,94 Кі/км^2; у зоні Лісостепу наявністю площ лісів — від 17 до 25 %, викидів забруднювальних речовин в атмосферу — від 1,9 до 47,7 кг/особу невідповідністю якості питної води нормативам ДСПіН 2.2.4-171-10 за хімічними — від 12,6 до 36,6 % та мікробіологічними показниками — від 13,6 до 32,2 %, виділенням радону з поверхні грунту — від 28 до 89 мБк/(м^2 · с). Зазначені відмінності у стані довкілля районів Рівненської області обумовили диференціацію поширеності хвороб серед населення. Рекомендовано оцінювання впливу показників якості довкілля на поширеність хвороб і захворюваність населення здійснювати за етапами: перший — формулювання проблеми, збір бази даних; другий — унормування базових показників поширеності хвороб у шкалу від 0 до 1 з використанням спадаючих парабол; на третьому проводяться розрахунки показників екологічної безпеки за окремими видами хвороб; на четвертому — оцінювання екологічної безпеки по районах і агросфері області; на п'ятому — встановлюють рівень впливу окремих стимуляторів і дестимуляторів на поширеність хвороб і захворюваність населення. Установлено, що поширеність та захворюваність населення по районах і області та смертність малюків до 1-го року, народжених живими, значною мірою, від дуже слабких до помірних зв'язків, зумовлюється показниками якості довкілля, а саме: стимуляторами — площею лісів і лісовкритих площ, рухомих форм цинку; дестимуляторами — величинами густини потоку радону і викидів у атмосферу забруднювальних речовин; показниками невідповідності якості питної води нормативам. Запропоновано для розрахунків кількісних і якісних показників екологічної безпеки агросфери області за поширеністю хвороб органів дихання, травлення, систем кровообігу, новоутворень, смертності малюків до 1-го року, використовувати залежності, які мають вид спадних парабол другого порядку від min — 0 до max, встановленого для обласного рівня.

Шифр НБУВ: Ж68690

1.Р.72. Методологічні підходи до епідеміологічного нагляду за хронічними неінфекційними захворюваннями / О. В. Бердник, М. Ю. Антомонов, Н. С. Полька, О. П. Рудницька // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 160-165. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

В условиях постоянного роста бремени хронических неинфекционных заболеваний эпиднадзор нуждается в дополнении традиционных статистических показателей здоровья критериями, характеризующими процессы хронизации патологии. Цель работы — научное обоснование и разработка статистических характеристик хронических неинфекционных заболеваний, пригодных для эпиднадзора в системе общественного здоровья. Использованы методы: библиографический; статистический (для анализа материалов о здоровье населения); математический (для конструирования формул и индексов); расчетный (для вычисления показателей хронизации патологии); эпидемиологический (для оценки хронизации болезней разных классов). Исходной статистической информацией служили материалы МЗ Украины о смертности, общей и первичной заболеваемости населения по шести классам болезней, к которым относятся наиболее распространенные хронические болезни. Предложенный комплекс показателей, включающий и имеющиеся в научной литературе индексы, и разработанные нами, содержит следующие характеристики: статистические показатели официальной отчетности, показатели хронизации патологии, летальности и выживаемости популяции и индекс опасности хронических заболеваний, который можно считать интегрированным показателем, характеризующим хронические болезни. Установлены разноплановые характеристики хронических неинфекционных заболеваний разных классов болезней, что отражается, в частности, на соотношения между хроническими заболеваниями с сохраненной и утраченной жизнеспособностью. Для болезней костно-мышечной системы на один фатальный случай приходится более 9000 случаев хронических болезней с сохраненной жизнеспособностью; для болезней системы кровообращения этот показатель достигает лишь 58, а для новообразований — всего 22. Это корреспондируется с оценкой индекса опасности хронических заболеваний (соответственно 0,7; 153,7; 328,5 у.е.). Использование предложенного комплекса показателей позволяет проводить сравнитель-

ный анализ опасности хронизации болезней отдельных классов, отслеживать изменение этих процессов во времени, является важной частью управления частотой и исходами хронических заболеваний.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.73. Поширеність та інтенсивність раннього дитячого карієсу в дітей Буковини / О. І. Годованець, А. В. Котельбан, Л. Г. Гринкевич // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 59-63. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити поширеність та інтенсивність раннього дитячого карієсу в дітей Буковини. Оглянуто 349 дітей віком від 1 до 3 років, які народилися та проживали у м. Чернівці. У всіх дітей визначали індекси карієсу кпвз та кппв, за якими оцінювали показники поширеності та інтенсивності захворювання. Рівень інтенсивності визначали за модифікованим та адаптованим до раннього дитячого віку індексом РІКрт (Біденко Н. В., 2012). Встановлено зростання частоти виявлення раннього дитячого карієсу зі збільшенням віку дітей, зокрема у віці 1—2 роки майже у кожної п'ятої дитини реєструвалися ураження твердих тканин зубів. У дітей старших на рік захворюваність зростала в 1,9 рази, а у віці 3—4 років в 2,4 рази та оцінювалася як висока за критеріями ВООЗ. Інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей також зростала з віком та була вірогідно відмінною в дітей різних вікових груп. Під час проведення оглядів у дітей зафіксовано ускладнення карієсу. Відсоток дітей у віці 1—2 роки склав 2,0, 6,43 % — у 2—3 роки та 13,21 % — у 3—4 роки. Аналіз розташування каріозних порожнин по щелепах та групах зубів показав, що в дітей віком 1—2 роки домінуючою є локалізація ураження на фронтальних верхніх зубах. Друге місце за частотою ураження посідає перший тимчасовий моляр, який першочергово уражається на нижній щелепі, а потім на верхній. В обстежених віком 2 — 3 роки зростає відсоток ураження перших тимчасових молярів до 34,01 % зі збереженням тенденції до переважання зубів нижньої щелепи та діагностуються вперше ураження других тимчасових молярів. Щодо дітей 3—4 років, то найбільш ураженим зубом є нижній перший тимчасовий моляр, слідом за ним йдуть верхні фронтальні зуби, потім нижній другий моляр та верхній перший моляр та ікла верхньої щелепи. Висновки: показники поширеності та інтенсивності раннього дитячого карієсу в дітей, які проживають у м. Чернівці, є високими, мають тенденцію до зростання з віком, особливо різкий стрибок захворюваності виявляється у віці 2 років, що слід врахувати під час розроблення системи профілактики захворювання.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.74. Стан тканин пародонту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять / І. С. Лісецька // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 33-37. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Вплив паління на організм людини є багатофакторним, зумовленим хімічними канцерогенами, іонізуючою радіацією, термічною, токсичною, подразнювальною та загально резорбційною дією. Тому вивчення впливу паління на стан тканин пародонту в осіб підліткового та юнацького віку є актуальним. Мета роботи — вивчити вплив шкідливої звички паління на стан тканин пародонту в осіб підліткового та юнацького віку. Вивчено стоматологічний статус 114 осіб підліткового та юнацького віку (від 15 до 24 років), яких поділено на групи: до І групи залучено 26 осіб, які регулярно палять традиційні сигарети; до ІІ групи — 22 особи, які регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); до ІІІ групи — 23 особи, які регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOS); до IV групи — 43 особи без шкідливої звички паління. Встановлено поширеність захворювань тканин пародонту, індекс OHI-S, індекс PMA, індекс PBI. Виявлено, що поширеність захворювань тканин пародонту в середньому становила 72,36 %. Індекс OHI-S в обстежених І групи дорівнював 1,77 ± 0,02 балу, в обстежених ІІ групи — 1,53 ± 0,01 балу, в обстежених ІІІ групи — 1,46 ± 0,02 балу, в обстежених IV групи — 0,87 ± 0,03 балу. Індекс PMA в осіб І групи становив 38,6 ± 3,26 %, в осіб ІІ групи — 33,7 ± 2,52 %, в осіб ІІІ групи — 31,6 ± 1,84 %, в осіб IV групи — 22,8 ± 2,73 %. Індекс кровоточивості PBI в осіб І групи дорівнював 1,18 ± 0,02 балу, в осіб ІІ групи — 1,43 ± 0,03 балу, в осіб ІІІ групи — 1,39 ± 0,02 балу, в осіб IV групи — 1,27 ± 0,01 балу. Під час дослідження встановлено негативний вплив шкідливої звички паління на стан тканин пародонту осіб підліткового та юнацького віку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.75. Структура захворюваності на позалегеневий туберкульоз у Сумській області / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, Ю. Ю. Шевченко, М. Ю. Шевченко, Н. В. Яркова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 85-91. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — уточнити особливості перебігу позалегеневого туберкульозу для поліпшення його діагностики шляхом дослідження тенденції захворюваності на цю форму туберкульозу мешканців Сумської обл. Проаналізовано структуру захворюваності на позалегеневий туберкульоз мешканців Сумської обл. у 2004—2020 рр. За період з 2004 до 2020 р. в області зареєстровано 1414 нових випадків позалегеневого туберкульозу. Найбільшу кількість хворих (142 (24,3 %)) зареєстровано у 2004 р., найменшу (33 (9,8 %)) — у 2020 р., тобто цей показник зменшився у 2,5 разу. Захворюваність на позалегеневий туберкульоз у 2020 р. становила 3,1 випадку на 100 тис. населення, що майже втричі менше, ніж у 2004 р. (11,3 випадку на 100 тис. населення). Серед хворих 68 % осіб були дитячого віку. У дітей захворюваність на позалегеневі форми туберкульозу зменшилася з 13 випадків на 100 тис. дитячого населення у 2004 р. до 0,7 випадку у 2013 — 2014 рр., збільшилася до 4,8 випадку у 2015 р. та 7,0 випадків у 2016 р., і знову різко знизилася до 0,7 випадку у 2020 р. У порівнянні з 2019 р. (6,3 випадку на 100 тис. дитячого населення) цей показник зменшився у 9 разів. Зменшення кількості щеплень вакциною БЦЖ в області за досліджений період більше ніж удвічі (у 2004 р. — 14564, а у 2019 р. — 6154) вплинуло на зміну частоти випадків позалегеневого туберкульозу серед дітей. Висновки: виявлення хворих на позалегеневий туберкульоз у Сумській обл. у період з 2004 до 2020 р. зменшилося у 3,6 разу — з 11,3 до 3,1 випадку на 100 тис. населення. Позалегеневі форми туберкульозу переважали у дітей (68 %). Захворюваність на такі форми туберкульозу у дітей віком до 14 років з 2004 до 2020 р. знизилася з 13 до 0,7 випадку на 100 тис. дитячого населення. Частота позалегеневого туберкульозу органів дихання становила 57,4 %, туберкульозу кісток та суглобів — 21,6 %, туберкульозу сечостатевої системи — 15,1 %. Частота кістково-суглобового туберкульозу у дітей перевищувала таку у дорослих (30,6 та 21,1 %) та у 2,6 разу — середньоукраїнський показник (11,7 %). У дітей у Сумській обл. частота туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів була меншою за середньоукраїнський показник (0,7 та 7,3 %). У дітей підліткового віку у порівнянні з іншими локалізаціями значно переважав позалегеневий туберкульоз органів дихання (82,2 %). Частота туберкульозу кісток та суглобів становила 4,4 %, що у 4,8 разу менше, ніж у дорослих, та у 7 разів менше, ніж у дітей. Останній показник у Сумській обл. був удвічі меншим за середньоукраїнський (9,0 %).

Шифр НБУВ: Ж100471

1**.Р.76. Туберкульоз в Україні під час пандемії COVID-19** / Ю. М. Валецький, Р. О. Валецька, Л. А. Грищук, В. М. Загорулько, Л. Я. Патракеєва, С. М. Пахарчук // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 45-50. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити ситуацію з туберкульозу в Україні у 2020—2021 рр. у порівнянні з 2019 р. Здійснювали використовування, систематичний і статистичний аналіз даних із офіційних статистичних звітів і аналітичних збірників щодо туберкульозу за 2019—2021 рр. в Україні. Епідемія COVID-19, на приборкання якої було спрямовано основні матеріальні й людські ресурси в охороні здоров'я, погіршила епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в Україні; відбулось скорочення протитуберкульозних заходів, кадрового потенціалу та інфраструктури протитуберкульозних закладів. Це спричинило зменшення захворюваності, поширеності туберкульозу і смертності від цієї недуги, тоді як у інших країнах світу показники захворюваності та смертності від туберкульозу й ефективність лікування суттєво зросли. Цей різнобій пояснюється тим, що у розвинених країнах не зменшували фінансування протитуберкульозних заходів під час пандемії COVID-19, а в Україні — зменшили; до того ж використовували протитуберкульозні заклади і залучали лікарів-фтизіатрів до лікування хворих на COVID-19, внаслідок чого вони покинули своїх хворих на туберкульоз. Висновки: під час пандемії COVID-19 більшість ресурсів охорони здоров'я було спрямовано на боротьбу з нею. Протитуберкульозні заходи були другорядними і згорталися. Це призвело до зменшення статистичного показника за-

хворюваності на всі клінічні форми туберкульозу та смертності від нього, у тому числі полірезистентного, та його рецидивів, а також коінфекції і туберкульоз/ВІЛ/СНІД. Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед українців мала таку ж тенденцію, як і захворюваність.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.77. Analysis of the number of registered patients with rare diseases in some regions of Ukraine / M. V. Podgaina, N. A. Sliptsova, V. V. Tutuk // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 28-36. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета дослідження — проведення аналізу наявних даних щодо кількості зареєстрованих випадків рідкісних хвороб серед дітей та дорослих за регіонами України та визначення частки кожного захворювання у загальній структурі за віковими групами хворих. Об'єкт дослідження — дані Центру медичної статистики МОЗ України щодо кількості зареєстрованих випадків рідкісних хвороб в Україні станом на січень 2020 р. та даних Медико-генетичного Центру. Дослідження виконували із застосуванням інформаційних методів аналізу (збір та оброблення інформації), методів систематизації та узагальнення, математичних та статистичних розрахунків. За даними Центру медичної статистики МОЗ, загальна кількість хворих за рідкісні хвороби, що обліковуються, становила 10 786 осіб, із них діти становили 54 %. Серед зазначених захворювань найбільшу частку хворих зареєстровано з діагнозом "ювенільний ревматоїдний артрит" — 2 291 осіб, більшість з яких, майже 80 %, діти. Серед 18 рідкісних захворювань 11 % зареєстровано лише серед пацієнтів дитячого віку і хвороба Помпа, хвороба Фабрі. Найбільша кількість орфанних хворих характерна для Київської, Полтавської, Дніпровської Івано-Франківської та Харківської обл. Регіони з найменшою зареєстрованою кількістю орфанних пацієнтів — Луганська, Львівська, Херсонська, Сумська та Волинська. Інформації про зареєстровані випадки рідкісних хвороб у Чернівецькій, Одеській, Закарпатській областях та м. Київ від Центру медичної статистики МОЗ не надходило, але за програмою скринінгу новонароджених у 2020 р. було зазначено випадки чотирьох рідкісних хвороб в Одеській обл. та м. Київ, що виявило проблеми зі збору, централізації та координації статистичної інформації щодо рідкісних хвороб і потребує вирішення у майбутньому на державному та регіональному рівнях.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.78. Comparative characteristics of the anatomical and topographic structure of decayed and extracted teeth requiring orthopedic treatment in urban and rural residents of draft age in the Odessa region / S. V. Rachinsky, S. A. Schnayder, O. V. Labunets, T. V. Dieva, V. A. Labunets, E. E. Nomerovska // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 20-24. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Проведено поглиблене клінічне стоматологічне обстеження 170 осіб призовного віку чоловічої статі у віці 18 — 20 років серед міського і 162 серед сільського населення Одеської області. Встановлено, що переважна більшість об'єму зруйнованих і видалених зубів у даній категорії населення, як серед міських, так і сільських мешканців, які потребують ортопедичного лікування, становлять 6-ті зруйновані зуби і складають відповідно назагал 48,1 і 66,6 % та 77,7 і 70,7 % на верхній та нижній щелепах. Потім йдуть п'яті зуби, які серед міського населення видаляються у 2,5 рази більше ніж у сільського і складають відповідно 26,0 і 28,6 % та 11,1 і 11,1 %. Спостережено більш значний об'єм видалених зубів на верхній щелепі у порівнянні з нижньою. У 100 % випадків фіксуються тільки часткові дефекти зубних рядів.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.79. Dental orthopedic morbidity among drafted men residing in Ivano-Frankivsk region / S. Rachinsky, S. Schnayder, O. Labunets, T. Dieva, V. Labunets // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 46-48. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

The objective of the research was to establish the levei of dental orthopedic morbidity among draftees in the western region of Ukraine. A clinical dental examination of 294 drafted men residing in Ivano-Frankivsk region was carried out; among them, there were 185 urban residents and 109 rural residents. There were established a quite high prevalence of dental orthopedic morbidity and intensity of its development, especially among rural residents — 275,7 and 522,9 people per 1,000 population among urban and rural residents, respectively. The amount of orthopedic care in terms of total number of dentition defects and the teeth with destroyed coronal portion requiring orthopedic treatment, was found to be 2,4 times greater among rural residents as compared to urban ones and reached 1899,1 versus 787,6 defects, respectively. There was determined the identical structure of dentition defects among both urban and rural residents; bounded edentulous spaces accounted for 100 % of cases, the absence of one tooth was observed in 92,3 % of cases. Conclusions: the urgent need for a radical reform of the system for providing comprehensive orthopedic care to drafted men with a mandatory active dispensary registration was substantiated.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.80. The influence of environmental factors and working conditions on the dental morbidity of the population: a literature review / Ye. O. Strochenko // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 113-118. - Бібліогр.: 28 назв. - англ.

Мета статті — огляд досліджень, присвячених вивченню впливу факторів зовнішнього середовища та умов праці на стоматологічну захворюваність населення. В Україні, починаючи з кінця 80-х років XX ст., спостерігається підвищений інтерес до вивчення впливу факторів зовнішнього середовища та геофізичних факторів на стан стоматологічної захворюваності серед населення країни, що зумовлене насамперед об'єктивними причинами. Внаслідок цього за останні десятиліття велика кількість досліджень була присвячена впливу радіаційного забруднення на розвиток стоматологічних захворювань після Чорнобильської трагедії. Результати цих досліджень доводять, що кількість хворих на гінгівіт та пародонтоз значно вища серед людей, які проживають у районах, забруднених радіонуклідами, у порівнянні з людьми, які живуть у чистих районах регіонів країни. Дослідження впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини не обмежуються вивченням наслідків екологічних катастроф. Праця робітників певних галузей пов'язана з особливо шкідливими умовами, що характеризуються комплексною дією шкідливих виробничих факторів різного характеру та інтенсивності. Шкідливі умови праці під впливом різних радіаційних та хімічних виробничих факторів зумовлюють більш виражену інтенсивність зубних захворювань, насамперед захворювань слизової оболонки пародонту та ротової порожнини. Проведений огляд доводить необхідність виявлення стоматологічних захворювань у працівників різних професійних груп, а також розробку та впровадження відповідних терапевтичних та профілактичних заходів. Бажано також надавати працівникам інформацію з питань захворювань ротової порожнини, повідомляти їх про шкідливий вплив умов праці та навчати деяких заходів із відновлення нормального стану ротової порожнини.

Шифр НБУВ: Ж14683

Див. також: 1.Р.82, 1.Р.925, 1.Р.940

Лікувально-профілактична допомога

1.Р.81. Використання соціальних мереж у маркетингових комунікаційних стратегіях стоматологічних кабінетів / Т. М. Білущак, О. С. Стадник // Держава та регіони. Сер. Соц. комунікації. - 2021. - № 2. - С. 81-89. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета дослідження — аналіз та визначення ефективності популяризації стоматологічних послуг у соціальних мережах. Застосовано метод "дерева цілей" в Інтернет-маркетинговому стратегічному плануванні організації інформаційно-рекламного забезпечення стоматологічної діяльності в соціальних мережах; метод функціонального моделювання, а саме діаграму потоків даних у нотації Гейна — Сарсона та декомпозицію контекстної діаграми для розробки інформаційно-рекламного забезпечення діяльності стоматолога в соціальних мережах. Проведено теоретичний аналіз наукової літератури та оглядово-аналітичний моніторинг стану популяризації стоматологічних послуг у соціальних мережах як Інтернет-маркетингової стратегії сучасного стоматолога. Для узагальнення та формулювання висновків застосовано методи аналізу та синтезу. Для реалізації маркетингової комунікаційної стратегії присутності стоматологічного кабінету в соціальних мережах розглянуто переваги та недоліки кожної із них. З'ясовано переваги використання Інтернет-маркетингової стратегії в соціальних мережах у стоматологічній діяльності. Розроблено інформаційну модель, а саме "дерево цілей", де графічно зображено покрокове виконання завдань для досягнення мети. Створено

контекстну діаграму, що є засобом моделювання функціональних вимог організації інформаційно-рекламної діяльності стоматологічних послуг та діаграму першого рівня декомпозиції головного процесу. Запропоновано інформаційну та функціональну моделі, які допоможуть при плануванні та проведенні маркетингової комунікаційної стратегії для стоматологічних кабінетів у соціальних мережах. Попри існування окремих досліджень у представленому напрямі, наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше побудовано діаграми потоків даних та "дерево цілей" для організації інформаційно-рекламної діяльності стоматологічних кабінетів у соціальних мережах. Одержані результати нададуть змогу використовувати аналіз платформ соціальних мереж у побудові маркетингової комунікаційної стратегії стоматологічних послуг.

Шифр НБУВ: Ж23244:Соц.комун.

1.Р.82. Епідеміологічні тенденції щодо туберкульозу в Україні на початку пандемії COVID-19 / Ю. М. Валецький, Р. О. Валецька, Л. А. Грищук, М. І. Сахелашвілі, В. М. Загорулько, К. Д. Мажак, С. М. Пахарчук, Л. Я. Патракеєва // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 36-42. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити тенденції епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні на початку пандемії COVID-19 у 2020 р. Проведено аналіз даних офіційної статистики у 2015 — 2020 рр., опитування 157 лікарів-експертів і телефонного анкетування 69 мешканців Волинської обл. Встановлено, що захворюваність на COVID-19 значно позначилася на епідеміологічній ситуації з туберкульозу і на функціонуванні протитуберкульозної служби. У 2020 р. темп спаду захворюваності на легеневий і позалегеневий туберкульоз був значно інтенсивнішим, ніж у попередні роки. Проте захворюваність на туберкульоз серед контактних осіб із бактеріовиділювачами в осередках туберкульозу у 2020 р. зросла в 1,85 разу. Стабільно знижується частота рецидивів туберкульозу. Поширеність і смертність від усіх форм активного туберкульозу серед усього населення України має тенденцію до подібної при зниженні захворюваності. Ефективність лікування хворих усіх категорій пропорційна тяжкості туберкульозного процесу, проте ще недостатня. У 2020 р. зросла летальність у протитуберкульозних закладах проти зниження цього показника в попередні роки. На тлі недоступності для населення протитуберкульозної допомоги недостатньо використовуються денні стаціонари, а санаторна мережа потребує реорганізації. Вкрай недостатньо реалізується хірургічний метод лікування хворих. Висновки: щороку зменшується диспансерний контингент протитуберкульозних закладів. Спостерігаються скорочення інфраструктури протитуберкульозної служби, причому в ковідному році найбільшого скорочення зазнав ліжковий фонд протитуберкульозних закладів та санаторіїв, а також зменшення кількості фтизіатрів.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.83. Медико-соціальне обґрунтування системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу: монографія / М. П. Стовбан, О. К. Толстанов, П. Б. Волянський; ред.: М. П. Стовбан; Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту. - Кам'янець-Подільський: Рута, 2021. - 414 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 383-414. - укр.

Досліджено, проаналізовано та здійснено медико-соціальне обґрунтування системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу. Обґрунтовано концептуальну функціонально-організаційну модель системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу. Зазначено, що важливими компонентами проведення соціальної політики та соціально-економічної системи держави є сфера охорони здоров'я, результати діяльності якої впливають на всі галузі національної економіки, визначають розвиток соціальної структури та якість життя населення. Наведено особливості вітчизняної сфери охорони здоров'я, яка знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Визначено, що до складу госпітального округу мають входити заклади вторинної медичної допомоги, основним з яких виступає багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування. Встановлено, що головною метою спроможної мережі госпітального округу є надання якісної, комплексної, безперервної медичної допомоги, яка орієнтована на пацієнта, враховує соціально-демографічні характеристики та особливості розселення населення на певній території. Доведено, що в сучасних умовах ефективна взаємодія закладів охорони здоров'я має ґрунтуватися на використанні нових моделей управління; підвищенні якості медичних послуг; вдосконаленні форм планування та організації діяльності закладів охорони здоров'я; дотриманні міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

Шифр НБУВ: ВА863395

1.Р.84. Особливості невідкладної дистанційної дерматологічної допомоги у воєнний час / К. В. Коляденко, О. Є. Федоренко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 26-30. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

24 лютого 2022 р. почалась раптова агресія РФ проти України. Змінився звичний спосіб життя. Через реальні ризики для життя традиційна більшість медичних послуг та амбулаторних консультацій стали неможливими. Виникло питання, як у такій ситуації надавати дерматологічну допомогу пацієнтам. У цей час особливо корисним стало використання Інтернету, а саме Facebook і Telegram. Було створено кілька постів у Facebook, де оголосили про безкоштовну онлайн-консультацію лікарів під час війни. Крім того, було створено Telegram-канал, зареєструватися на якому міг будь-який лікар за бажанням, а за допомогою бота вони одержували запити від пацієнтів за своїм фахом. За перших 10 днів війни було одержано близько 200 запитів від пацієнтів із дерматологічними проблемами. Більшість (95 %) з них мали алергійну реакцію або герпес, в інших спостерігали загострення псоріазу або рожевого лишаю Жибера. Порівняльний аналіз звернень пацієнтів показав різке зростання частоти алергійних захворювань шкіри та станів, зумовлених вірусом герпесу. Більше того, такі алергійні реакції спостерігали у людей, які раніше не мали подібних проблем зі шкірою. У двох випадках простого герпесу висипання поширювалися на всю шкіру обличчя, що могло бути спричинено раптовим і значним стресом через інформацію про бомбардування та ракетні обстріли. Лише в одного пацієнта з усіх, які до лікарів зверталися від початку війни, був геморагічний васкуліт, пов'язаний із тяжкою супутньою патологією і не зумовлений безпосередньо стресом. На жаль, надалі мабуть, дана ситуація буде погіршуватися. Наслідки тривалого стресу через вимушене перебування в зоні бойових дій ще довго негативно відображатимуться на здоров'ї пацієнтів. Висновки: вимушений обставинами воєнного часу перехід до дистанційного медичного консультування дерматологічних пацієнтів виявився доволі успішним за своїми клінічними результатами, хоча і помітно скоротив чисельність таких звернень. Одночасно він надав можливість більш широко користуватись безкоштовною дистанційною допомогою закордонних клініцистів. Як у первинній невмотивованій появі різноманітних висипань на шкірі, так і в загостренні хронічних дерматозів домінуюче значення належить стресовій ситуації раптового початку воєнної агресії РФ.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.85. Порядок організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції / О. Даниленко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 16-21. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.86. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення / К. О. Толстанов, А. Г. Круть, І. А. Дмитренко, В. В. Горачук // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 166-173. - Бібліогр.: 33 назв. - укр.

Проблема улучшения качества медицинской помощи остается актуальной для мировых систем здравоохранения. В Украине используются общепризнанные в мире инструменты регулирования качества. Однако ряд исследований указывает на необходимость их совершенствования. Цель исследования — определить особенности применения международных инструментов регулирования качества медицинской помощи и обосновать концептуальные направления их усовершенствования в Украине. Материалы и методы системного подхода; сравнительного анализа; библиосемантический; концептуального моделирования; научные литературные источники, в т. ч. систематические обзоры из базы данных PubMed; отечественные нормативно-правовые документы. Установлено, что, в отличие от международных практик, в Украине лицензируется не профессиональная деятельность врачей, а хозяйственная деятельность учреждений здравоохранения и физических лиц-предпринимателей, занимающихся медицинской практикой; стандарты аккредитации не пересматривались с 2013 г. Отечественная адаптация клинических руководств приостановлена; сертификация систем управления качеством административно связана с аккредитацией. Все инструменты

управления качеством жестко регулируются Министерством здравоохранения, без привлечения представителей органов местного самоуправления, общественных организаций пациентов и медицинских работников. Предложены концептуальные направления усовершенствования инструментов регулирования качества: принятие закона о профессиональном лицензировании врачей; создание независимого агентства по аккредитации; обновление стандартов аккредитации, дополнение их стандартами безопасности пациентов в соответствии с международными критериями; внедрение методического обеспечения аккредитации и сертификации; подготовка инспекторов по аккредитации; внедрение методологии трейсера при проверке соблюдения стандартов аккредитации.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.87. Сертифікація працівників реабілітаційних центрів за сучасними стандартами першої допомоги на основі досвіду FAST / Д. М. Храмцов, Ф. М. Сердюк, Ю. М. Ворохта // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 48-50. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінка впливу сертифікації персоналу реабілітаційного центру на якість медичних послуг. Дослідження виконано на базі МЦ "Експерт Хелс" (м. Одеса) та клінічних базах Чорноморського національного університету ім. Петра Могили. Проведений ретроспективний аналіз частоти випадків невиконання індивідуальної програми реабілітації (ІПР) та рівня задоволеності наданим обсягом послуг, а також проспективне спостереження за дотриманням стандартів якості й частоти випадків надання першої невідкладної допомоги після завершення сертифікації. Додатково виконано анкетування персоналу щодо рівня компетенції у наданні першої допомоги на робочому місці. Статистична обробка проведена методами дисперсійного аналізу з використанням стандартних пакетів програмного забезпечення MS Excel (MicroSoft Inc., США). Ретроспективний аналіз не виявив суттєвих порушень принципів безпеки при наданні реабілітаційної допомоги до сертифікації персоналу за FAST. Частота виявлення випадків неналежного виконання ІПР не перевищувала 6,8 % (5 випадків із 74 проаналізованих). Після проведення тренінгу зменшилася кількість випадків невідповідності ІПР (на 50 %), значно зросли показники вмотивованості (на 55 %) та впевненості у своїх компетенціях (на 70 %). Висновки: сертифікація персоналу реабілітаційних центрів за сучасними стандартами першої допомоги сприяє підвищенню вмотивованості та впевненості у своїх компетенціях. Доцільне широке впровадження навчання персоналу реабілітаційних центрів основним навичкам надання першої невідкладної допомоги на рівні світових стандартів.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.88. СТАНДАРТ охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції / І. В. Руденко, І. В. Кузін, І. В. Чибісова, Л. І. Гетьман, Я. В. Лопатіна, І. В. Андріанова, С. В. Рябоконь, А. А. Водяник, С. М. Антоняк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 22-30. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.89. Стандарти медичної допомоги "ВІЛ-інфекція" / М. В. Азарскова, В. А. Андрес, І. В. Андріанова, С. М. Антоняк, Г. В. Бацюра, А. П. Волоха, Л. І. Гетьман, О. Б. Голуб, О. М. Даниленко, О. В. Даниленко, О. С. Денисюк, І. Т. Доан, А. В. Коваль, О. А. Климова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 51-64. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.90. Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ від 06.10.2021 №2161) / І. С. Руденко, Я. С. Терлеєва, А. І. Барбова, М. Г. Долинська, О. С. Зайцева, Н. А. Литвиненко, В. І. Петренко, Ю. І. Фещенко, І. В. Чибісова, Н. Л. Кампос-Родрігес, П. В. Поламарчук // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 43-61. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.91. Трансформації стоматологічної галузі за період незалежності України та їх вплив на доступність стоматологічної допомоги / І. П. Мазур, В. М. Лехан, А. В. Рибачук // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 184-192. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Представлен анализ трансформаций стоматологической отрасли в различные периоды развития системы здравоохранения с 1991 по 2020 гг. и их влияние на доступность стоматологической помощи. Материалами исследования послужили нормативно-правовые акты, статистические данные об инфраструктуре и человеческие ресурсы стоматологической отрасли в Украине. Использованы библиосемантический, исторический, аналитический, медико-статистический и биостатистический методы исследования. Проведен анализ обеспеченности стоматологическими учреждениями и врачами-стоматологами на разных этапах развития системы здравоохранения Украины. Трансформация системы здравоохранения Украины в 2015—2020 гг. привела к значительному сокращению стоматологических учреждений и человеческих ресурсов в системе МЗ Украины при значительном увеличении количества частных клиник и стоматологов, оказывающих стоматологическую помощь. Доля работающих стоматологов в государственном секторе здравоохранения по отношению к частному сектору сокращается: в 2017 г. 72 % работали в коммунальных учреждениях и 28 % — в частных учреждениях; в 2020 г. — 59,7 и 40,3 % соответственно. Таким образом, трансформация системы здравоохранения приводит к сокращению количества стоматологических учреждений и персонала в коммунальном секторе, которое не компенсирует интенсивное развитие частного сектора, уменьшает доступность стоматологической помощи. Внедрение инновационных технологий увеличивает трудоемкость работы стоматологов и соответственно требует увеличения численности врачей-стоматологов. Политика в области стоматологического образования не позволяет подготовить достаточное количество стоматологов для отрасли и компенсировать миграционные процессы в европейские страны трудового стоматологического потенциала.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.92. COVID impact analysis on the dynamics of development of the cough, cold and allergy remedies segment in Ukraine / M. O. Nezhyva, V. O. Mysiuk // Бізнес Інформ. - 2021. - № 7. - С. 281-288. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Створення конкурентоспроможної медичної галузі в Україні, яка базується на економічних принципах сучасного менеджменту та маркетингу, що буде відповідати соціально-економічним і політичним змінам є головною метою сучасної медицини. Необхідно створити таку систему медичної допомоги, функціонування якої в Україні, поліпшить, з одного боку, якість стандартів охорони здоров'я, а з іншого — стан системи охорони здоров'я та медичних працівників. Найбільшими проблемами в напрямку досліджень є такі: панічна купівля збільшує продажі ліків від кашлю, застуди та алергії; самолікування буде продовжуватися, оскільки відвідування лікаря вважається крайнім заходом; фрагментація продовжується з місцевими компаніями через зниження цін. Мета роботи — вивчення тенденцій лікування кашлю, застуди та алергії в Україні та виявлення впливу COVID-19 на розвиток даного сегмента. Досліджено медичну галузь і вплив на її розвиток COVID-19. Особливу увагу приділено розвитку таких сегментів, як засоби від кашлю, застуди та алергії в Україні. Визначено, що споживачі продовжили традицію самолікування під час COVID-19, проте пандемія посилила зростання паніки. Ціни на засоби від кашлю, застуди та алергії в роздрібній торгівлі зростають. Визначено, що обсяг продажів засобів від кашлю, застуди та алергії зросте на 8 % від поточного значення CAGR.

Шифр НБУВ: Ж14572

1.Р.93. Psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers of tertiary care hospitals / M. J. Khan, B. Jamil, M. Z. Haroon // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 50-58. - Бібліогр.: 25 назв. - англ.

Це дослідження було проведено для оцінки психологічного впливу пандемії на медичних працівників, які працюють у лікарнях третинної медичної допомоги в провінції Хайбер-Пахтунхва в Пакистані. За допомогою адаптованої вибірки електронна форма опитувальника загального стану здоров'я Голдберга була поширена серед медичних працівників приватного сектору та державних лікарень третинного рівня. Дані були проаналізовані за допомогою SPSS версії 22. Проведено аналіз результатів. Достовірною відмінність важали при $p = < 0,05$. Усього в опитуванні взяли участь 186 медпрацівників, серед яких 105 (56,5 %) чоловіків і 81 (43,5 %) жінка, середній вік 37,6 ± 9,28 року. Виявлено найвищу поширеність соціальної дисфункції — 184 (97,8 %), потім — соматизації 169 (92,8 %). Виявлено достовірну відмінність залежності між віковою групою та тривожністю ($p = 0,018$), спеціальністю медичних працівників і соматизацією та соціальною дисфункцією ($p = 0,041$ та 0,037 відповідно).

Пандемія становить значний ризик для психічного здоров'я медичних працівників. Під час піку пандемії, для надання якісної допомоги медичними працівниками, їм наполегливо рекомендується належна програма підтримки психічного здоров'я.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.94. System approach to forecasting and preparedness of response to emergency situations / H. V. Ivanets, S. A. Horielyshev, D. S. Baulin, M. H. Ivanets, O. O. Novykova // Наук. вісн. Нац. гірн. ун-ту. - 2020. - № 6. - С. 109-114. - Бібліогр.: 20 назв. - англ.

Purpose. Development of system approach and formation of complex methods for joint forecasting of emergency situations (ES) and ensuring the preparednes of the response of civil protection units in real conditions. Methodology. When developing methods for predicting ES and possible damage as result of them, polynomial-regression method with varied order, weighted least square method, probabilistic-statistical method, methods of time series and mathematical statistics were used. When developing models of resource provision of preparedness for emergency response, methods of regression analysis, time series and mathematical statistics were used. The principle of forecasting the costs of funds for the elimination of the consequences of ES is based on the fact that they are determined by the costs of eliminating man-made and natural emergencies. When choosing models for predicting technical support and the number of personnel required for emergency response, we proceeded from the fact that they should be determined not only by the predicted number of ES, but also by their nature. The model for optimization of territorial structures of civil protection (CP) is based on the principle of compliance of the number of regional structures with the level of threats in these territories. Methods of mathematical statistics and mathematical modeling were used in the study on the effectiveness of the application of system approach to joint forecasting and provision of preparedness for emergency response. Findings. Methods for forecasting the processes of emergencies and damage as a result of them, models for optimizing territorial structures of civil protection, taking into account the state of man- made natural hazards in the regions of the state, forecasting technical support and the number of personnel to eliminate possible emergencies. Originality. A system approach to solving the problem of joint forecasting of ES and maintaining the preparedness of response of civil protection units in order to minimize the consequences of these situations is proposed. Practical value. The proposed set of methods and models is the foundation for substantiating organizational and technical measures to prevent and adequately respond to emergencies both on national scale and in the country's regions.

Шифр НБУВ: Ж16377

Див. також: 1.Р.52, 1.Р.507

Охорона материнства та дитинства

1.Р.95. Дитячій хірургічній службі Житомирської області — 60 років / О. К. Толстанов, Ю. Д. Довгополий, П. С. Русак, Д. В. Шевчук // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 6-11. - укр.

Дитяча хірургія на Житомирщині набула офіційного статусу 13 лютого 1961 р., коли на базі обласної лікарні відкрито відділення дитячої хірургії на 25 ліжок. Першими лікарями, які взяли на себе відповідальність за організацію цієї роботи, були К. О. Могилевська — завідувачка відділення, П. І. Покотило — хірург, В. Ф. Патлай — ортопед, О. П. Петровська — лікар-педіатр. Старшою медичною сестрою на той час працювала О. Л. Комикалець. Становлення колективу і налагодження роботи проходили вкрай важко у зв'язку з відсутністю відповідного досвіду.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.96. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації надання спеціалізованої нефрологічної допомоги дітям із інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на рівні госпітального округу: монографія / І. Д. Шкробанець, В. В. Безрук, Т. М. Бойчук; Національна академія медичних наук України, Буковинський державний медичний університет. - Чернівці: Медуніверситет, 2021. - 263 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 218-263. - укр.

Узагальнено дані літератури та проаналізовано результати власних досліджень щодо обґрунтування удосконалення організації надання спеціалізованої нефрологічної допомоги дітям із інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на рівні госпітального округу. Висвітлено проблеми поширення інфекційно-запальних захворювань сечовидільної системи серед дитячого населення та особливості організації медичної допомоги пацієнтам із даною патологією. Охарактеризовано науковий базис удосконалення функціонально-організаційної моделі надання допомоги дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на рівні госпітального округу. Наведено особливості захворюваності, поширеності інфекційно-запальних хвороб сечовидільної системи в Чернівецькій області та проаналізовано основні показники надання медичної допомоги дітям в аспекті загальнодержавних тенденцій. Оцінено ресурсну забезпеченість лікувальних закладів, що надають нефрологічну допомогу дитячому населенню на рівні госпітального округу у Чернівецькій області. Представлено клініко-лабораторну характеристику інфекцій сечової системи, вікові, ґендерні та адміністративно-територіальні відмінності серед дитячого населення Чернівецької області. Оцінено рівень задоволеності споживачів медичних послуг, лікарів нефрологічною допомогою хворим дітям та керівників закладів охорони здоров'я організацією її надання на рівні госпітального округу. Обґрунтовано, розроблено та впроваджено удосконалену функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на рівні госпітального округу (на прикладі Чернівецької області).

Шифр НБУВ: ВА864907

1.Р.97. Характеристика акушерської допомоги в Україні / Р. В. Марушко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 30-41. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

За сучасних умов несприятливої демографічної ситуації тривалих воєнних дій на Сході України трансформації сфери охорони здоров'я, незадовільного стану здоров'я населення родопоміч як важливий інструмент формування громадського здоров'я має особливу соціальну і політичну значущість. Мета роботи — здійснити комплексний аналіз і оцінку ефективності акушерської допомоги в України в сучасних умовах. Матеріали та методи. Проведено комплексний ретроспективний аналіз і оцінку динаміки основних показників акушерської допомоги в Україні за даними державної і галузевої статистики за 2001—2019 рр. Застосовано методи системного підходу, бібліографічний, статистичної обробки даних, графічного зображення. Дані проведеного дослідження показали, що сучасна система акушерської допомоги грунтується на принципах науково обгрунтованої практики і доказового менеджменту. Проведене на популяційному рівні суцільне дослідження змін показників організації акушерської допомоги на догоспітальному етапі засвідчило зменшення числа абортів з 27,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2001 р. до 7,5 у 2019 р., ВШ з 95 % ДІ 0,26 (0,26 — 0,27), повне охоплення вагітних ультразвуковим дослідженням (УЗД), обстеженням на сифіліс, наявність ВІЛ/СНІДу при недостатньому забезпеченні вагітних жінок раннім диспансерним наглядом — 91,96 — 90,25 %, високій при позитивній тенденції частоті гестозів — 11,3 % у 2001 р. і 6,57 % у 2019 р., темп убутку — 71,9 %, прееклампсії і еклампсії — 2,8 % у 2001 р. і 2,11 % у 2019 р., темп убутку — 24,6 %. Доведено, що організація акушерської і неонатальної допомоги на основі розроблених протоколів, що грунтуються на даних доказової медицини, дала змогу забезпечити позитивну динаміку ускладнених пологів із 67,8 % у 2001 р. до 36,23 % у 2019 р., ВШ з 95 % ДІ 0,26 (0,26 — 0,27), аномалій пологової діяльності з 111,2 до 41,14 на 1000 пологів, ВШ з 95 % ДІ 0,3 (0,3 — 0,4), акушерських кровотеч із 36,3 % до 18,55 %, ВШ з 95 % ДІ 0,5 (0,49 — 0,53). Проблемними залишаються питання збільшення обсягів хірургічних втручань у пологах — частоти кесаревих розтинів із 114,99 % до 253,1 %, ВШ з 95 % ДІ 2,4 (2,3 — 2,4), інструментальних вагінальних пологів — з 5,27 % до 13,8 %, ВШ з 95 % ДІ 2,6 (2,5 — 2,8). Високим, незважаючи на позитивну динаміку, (23,9 на 100 тис. народжених живими у 2001 р. і 14,9 у 2019 р.) залишається рівень материнської смертності. Зареєстроване зниження репродуктивних втрат з 9,1 % у 2001 р. до 8,8 % у 2019 р. супроводжувалося несприятливою зміною структури перинатальної смертності — збільшенням мертвонародженості з 4,8 % до 5,8 %, ВШ з 95 % ДІ 1,2 (1,1 — 1,3) на тлі стійкого зростання частки антенатальної смерті плода — з 85 ,3 % у структурі мертвонароджуваності у 2001 р. до 90,5 % у 2019 р. при зменшенні рівня постнатальної смертності з 4,3 % до 3,0 %, ВШ з 95 % ДІ 0,7(0,6 — 0,8). Висновки: резер-

вами подальшого удосконалення системи надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим є подальше розроблення і впровадження медико-організаційних технологій, що грунтуються на доказах.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.98. І Український конгрес керівників дитячих обласних лікарень "Актуальні питання організації педіатричної служби провідних багатопрофільних лікарень" з міжнародною участю // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 8-11. - укр.

20—21 травня 2021 р. у м. Київ відбувся І Український конгрес керівників дитячих обласних лікарень "Актуальні питання організації педіатричної служби провідних багатопрофільних лікарень". Подія була міжнародною, адже в ній взяли участь закордонні делегації: до України завітали Міністр охорони здоров'я Республіки Каракалпакстан, делегації з Казахстану, Узбекистану та Киргизстану. Захід проводили у змішаному форматі (онлайн і офлайн), вдалося організувати доповіді для іноземних фахівців — на конгресі виступили спеціалісти Ізраїлю, Сполучених Штатів Америки, Норвегії.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.31, 1.Р.42

Гігієна

1.Р.99. Вплив солей полігексаметиленгуанідину на мікробіологічні показники води / І. М. Кушнір, Г. В. Колодій, В. І. Кушнір, С. Д. Мурська, І. С. Семен, У. З. Бербека // Наук.-техн. бюл. Держ. н.-д. контрол. ін-ту вет. препаратів та корм. добавок і Ін-ту біології тварин. - 2021. - Вип. 22, N 1. - С. 126-130. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Висвітлено питання застосування дезінфікуючого засобу, виготовленого на основі солей полігексаметиленгуанідин-гідрохлориду (ПГМГ-гідрохлориду) та полігексаметиленгуанідин-фосфату (ПГМГ-фосфату), для знезараження води. Вода відіграє одну з найважливіших ролей практично у всіх процесах життєдіяльності. Вона входить до складу крові, бере участь в роботі кровоносної системи, доставляючи до органів поживні речовини і кисень, бере участь у процесах окиснення, гідролізу та інших реакціях міжклітинного обміну, формує середовище для підтримки здорової мікрофлори травного тракту, що забезпечує ефективне розщеплення поживних речовин за оптимальної кількості ферментів. Доброякісна питна вода маэ бути безпечною в епідемічному відношенні, не повинна містити патогенних мікробів, вірусів та інших біологічних включень, має бути нешкідливою за хімічним складом, мати добрі органолептичні властивості і бути прозорою, без кольору, не мати будь-якого присмаку або запаху. Якість води оцінюють за загальним мікробним забрудненням та кількістю бактерій групи кишкових паличок в 1 $см^3$ води, а також термостабільних кишкових паличок (фекальних коліформ) в 100 $см^3$ води, патогенних мікроорганізмів і числом коліфагів. У результаті проведених досліджень було встановлено, що застосування дезінфікуючого засобу у 0,2 % концентрації не сприяло зменшенню загального мікробного забруднення води. Зокрема, ефективність при цьому, за 1, 2 та 3-годинної експозиції, становила, відповідно, 57, 62 та 68 %. Після застосування дезінфікуючого засобу у 0,3 % концентрації ефективність його застосування становила за 1 год — 69 %, 2 год — 82 %, 3 год — 100 %. Було встановлено, що застосування дезінфікуючого засобу, створеного на основі солей ПГМГ, у 0,4 % концентрації сприяло зменшенню загального мікробного забруднення води. При цьому ефективність за 1, 2 та 3 годинної експозиції становила, відповідно, 73, 86 та 100 %. Отже, застосування дезінфікуючого засобу, що у своєму складі містить солі ПГМГ, у 0,3 % концентрації за 3-годинної експозиції виявилась оптимальнішою, що сприяло зменшенню загального мікробного забруднення води.

Шифр НБУВ: Ж72108

1.Р.100. Йод як незамінний нутрієнт протягом перших 1000 днів життя / І. Веласко, С. К. Бат, М. П. Рейман // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 88-98. - Бібліогр.: 87 назв. - укр.

Йод є важливим мікронутрієнтом, що входить до складу гормонів щитоподібної залози (ЩЗ).Цей мікронутрієнт є найважливішим на ранніх стадіях розвитку, оскільки розвиток мозку плода залежить від надходження йоду. За останні 2 десятиліття розуміння фізіології ЩЗ під час вагітності істотно поглибилось. Крім того, рецептори тиреоїдних гормонів ідентифіковані й охарактеризовані в плацентарних та ембріональних тканинах, що надало змогу пролити світло на передачу гормонів ЩЗ від матері до плода. Експериментальні дослідження показали, що цитоархітектоніка кори головного мозку може бути непоправно порушена при дефіциті йоду, викликаючи аномальні патерни міграції нейронів, пов'язані з когнітивними порушеннями у дітей. У цьому контексті необхідно переглянути роль йоду як ключового фактора в програмуванні розвитку нервової системи плода та немовляти, приділяючи особливу увагу питанням легкої та помірної йодної недостатності. Мета роботи — узагальнити існуючі дані досліджень як на тваринах, так і на людях, про вплив дефіциту йоду (зокрема, материнської гіпотироксинемії) на розвиток мозку та неврологічні або поведінкові розлади, такі як знижений коефіцієнт інтелекту (IQ) чи синдром дефіциту уважності та гіперактивності. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.101. Конспекти уроків "Основи санітарної гігієни" для підготовки кваліфікованих робітників за професією "Візажист": метод. посіб. / Ю. Р. Брик; Тернопільське вище професійне училище сфери послуг та туризму. - Тернопіль: Осадца Ю. В. , 2021. - 67 с.: табл. - Бібліогр.: с. 65. - укр.

Наведено критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з "основ санітарії та гігієни". Досліджено види дезінфекції та способи проведення дезінфекції у салонах краси. Висвітлено правила особистої гігієни візажиста та санітарні вимоги до інструментів, що використовуються при виконанні макіяжу обличчя та очей. Розглянуто санітарно-гігієнічні вимоги до використання кольорів у макіяжі та косметичних засобів. Наведено основні вимоги до засобів для виконання Біо-тату, їх характеристика та вплив на шкіру.

Шифр НБУВ: ВА864793

1.Р.102. Методики оцінки якості життєдіяльності людини сучасного міста: монографія / П. М. Саньков, В. В. Гільов, Н. О. Ткач, Ю. Б. Балашова, В. В. Дем'яненко; Придніпровська державна академія будівництва та архітектури. - Дніпро: ПДАБА, 2023. - 245 с.: рис., табл. - Бібліогр. в кінці розд. - укр.

Розкрито на основі аналізу й узагальнення вітчизняного та закордонного досвіду проєктування, будівництва й експлуатації міського житлового фонду виявлення основних факторів і проведення відповідних досліджень в напрямку підвищення якості та безпеки життєдіяльності людини. Розроблено наукове обґрунтування та практичні заходи щодо підвищення ефективності процесу управління якістю життя людини в умовах сучасного міста. Досліджено на прикладах закономірності впливу архітектурних, містобудівних, екологічних і організаційно-технологічних факторів, що відображають специфічні особливості всіх напрямів підвищення якості і безпеки життєдіяльності людини в сучасному місті і здійснюють суттєвий вплив на тривалість, вартість і якість передпроєктних досліджень.

Шифр НБУВ: ВА864170

1.Р.103. 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. Оптимізація згорткової нейронної мережі здійснена 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 в якості цільової функції. За допомогою розробленого додатку проведено ефективне навчання згорткової нейронної мережі на тестових вхідних зображеннях. Цей процес було здійснено під керуванням операцій-

ної системи Linux. Обмежена кількість періодів навчання забезпечила зменшення підсумкового часу навчання. Здійснено перевірку побудованої системи на контрольній множині. Отримано високі показники розпізнавання зображень. Працездатність програмного додатку перевірена 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

1.Р.104. Урбанізація і вплив на здоров'я забруднення повітря в Україні: загрози та можливості / Н. О. Рингач, Л. Й. Власик, Л. І. Власик, Т. Л. Колодніцька // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 69-76. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — здійснити контент-аналіз досліджень впливу забруднення повітря на здоров'я мешканців міст у світі та в Україні, показати зв'язок урбанізації та дії вибраного середовищного фактора ризику, висвітлити оцінку його внеску у величину Глобального тягаря хвороб для України, та визначити можливості мінімізації шкідливої дії, здійснити контент-аналіз досліджень впливу забруднення повітря на здоров'я мешканців міст у світі та в Україні. Для вивчення внеску у формування Глобального тягаря хвороб використано дані хабу Інституту вимірювання та оцінки здоров'я Data Visualizations/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2019 Cause and Risk Summary. Наразі потрібні зміни у мисленні та синергетичний підхід для виконання всіх завдань із досягнення Цілей Сталого Розвитку, схвалених, узгоджених і встановлених для себе урядами різних країн світу, у т. ч. Україною. Важливе глобальне Завдання 3.9 "Суттєво скоротити кількість випадків смерті та захворювань від дії небезпечних хімічних речовин та через забруднення й отруєння повітря, води та ґрунтів" не було вибрано для себе Україною через брак достовірних показників з доведеним причинно-наслідковим зв'язком розладу здоров'я з фактором довкілля, який цей розлад спричинив. Зменшуючи рівень забруднення атмосферного повітря, можна суттєво зменшити тягар захворювань, насамперед, спричинений хворобами серця та інсультом, раком легень, а також хронічними захворюваннями органів дихання, включаючи астму. Висновки: політика, яка стимулює інвестиції на підтримку більш "чистого" транспорту, енергоефективних будинків, виробництва електроенергії, промисловості та кращого поводження з побутовими відходами може зменшити ключові джерела забруднення зовнішнього повітря.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.105. Хімія навколишнього середовища та санітарно-хімічний аналіз: навч. посіб. / Н. М. Буденкова, М. В. Яцков, О. І. Мисіна; Нац. університет водного господарства та природокористування. - Рівне: НУВГП, 2023. - 188 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 183. - укр.

Розробка представляє собою оригінальний навчальний посібник для студентів за спеціальністю 183 «Технології захисту навколишнього середовища» та студентів коледжів екологічних та технологічних спеціальностей. У ньому на сучасному рівні коротко розглянуті основні визначення та базові поняття хімії навколишнього середовища, екохімії атмосфери, гідросфери, літосфери. В посібник включено наукові здобутки авторів з розробки технологій утилізації забруднювачів навколишнього середовища. В частині посібника «Санітарно-хімічний аналіз» розглянуто фізико-хімічні та хімічні методи аналізу природних вод та грунтових витяжок, а також вміщено методику виконання лабораторних робіт.

Шифр НБУВ: ВА865592

1.Р.106. Хромосомні аберації у лімфоцитах людини за зовнішнього та/або внутрішнього опромінення зразків крові ^{137}Cs у модельних експериментах in vitro / В. А. Курочкіна, Л. К. Бездробна, Т. В. Циганок, М. В. Стрільчук, І. А. Малюк // Ядер. фізика та енергетика. - 2021. - **22**, № 3. - С. 300-307. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Наведено лінійну залежність виходу нестабільних хромосомних аберацій у лімфоцитах людини від дози пролонгованого зовнішнього і/або внутрішнього опромінення зразків периферичної крові ^{137}Cs у діапазоні доз 0,09 — 0,54 Гр in vitro. Показано більшу цитогенетичну ефективність внутрішнього опромінення ^{137}Cs у порівнянні з зовнішнім. Установлено, що цитогенетична ефективність ^{137}Cs за забруднення крові обумовлюється впливом на клітини не лише в стані мітотичного спокою, а й у стані проліферації за рахунок внутрішньоклітинної радіоактивності під час культивування їх. Запропоновано використовувати представлені дозові залежності виходу хромосомних аберацій у лімфоцитах in vitro для біологічної дозиметрії людини під час радіаційних аварій, пов'язаних із пролонгованим зовнішнім впливом або надходженням ^{137}Cs до організму як доповнення до результатів фізичної дозиметрії.

Шифр НБУВ: Ж25640

1.Р.107. Impact of abiotic factors of the environment on functional health of women of different age groups / O. Furdychko, O. Mudrak, O. Yermishev, H. Mudrak // Агроекол. журн. - 2020. - № 2. - С. 6-15. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Визначено вплив абіотичних чинників середовища на функціональне здоров'я жінок різних вікових груп. З'ясовано, що основним регуляторним механізмом живого організму, який забезпечує гомеостаз, є вегетативна нервова система. За зміни внутрішнього і зовнішнього середовища за допомогою вегетативно-гуморальних механізмів відбувається регуляція функціональних (фізіологічних і патологічних) коливальних процесів у основних системах органів, визначаючи ступінь пристосувальної реакції організму до впливу цих чинників. Дослідження стану вегетативної нервової системи людини є першочерговим завданням в умовах пристосування фізіологічних і функціональних систем організму до умов життєдіяльності, в т.ч. за дії на організм патологічних чинників. Відомо, що оцінка функціонування вегетативної нервової системи може бути фізіологічним маркером виявлення механізмів індивідуальної мінливості і реагування на чинники середовища. Викладено результати досліджень впливу деяких абіотичних чинників, а саме фаз Місяця, на вегетативний баланс організму людини, співвідношення активності симпатичної нервової системи до парасимпатичної нервової системи та на функціональне здоров'я жінок різних вікових груп. Встановлено, що вплив такого абіотичного чинника, як зміна фаз Місяця на організм призводить до достовірних змін функціональної активності і гомеостазу організму. Показники фаз місячної активності функціональних систем, дублюючи лінію норми, мають однакову спрямованість, вони відрізняються амплітудою, формують вікові особливості тонусу вегетативної нервової системи та стану функціонального здоров'я у жінок різних вікових груп.

Шифр НБУВ: Ж23660

1.Р.108. Photoprotection: new concepts, controversies and trends in 2022: (a rev.) / C. Diehl // Укр. журн. дермат., венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 47-54. - Бібліогр.: 67 назв. - англ.

Питання про необхідність створення фотозахисту виникло на технічних, якщо не наукових засадах, ще у 30-х рр. минулого століття. Фотозахист було призначено для набуття засмаги без опіків. Ця концепція проіснувала до 80-х рр., а потім її було доопрацьовано завдяки науковим досягненням, які надали змогу досягти більш високих значень SPF, а також через усе більшу занепокоєність населення щодо шкідливих наслідків впливу сонця на виникнення раку шкіри. Тоді ж було встановлено, що сонячне випромінювання здатне не тільки спричиняти розвиток карциноми і меланоми, а й прискорювати видимі ознаки старіння шкіри. Це призвело до того, що сьогодні фотозахист перетворюється на відповідальну дію і щоденну рутину. Цей документ має на меті оновити сучасні знання про фотозахист. Висновок: не лише UVA/UVB, а й видиме світло та інфрачервоне випромінювання, тобто весь сонячний спектр, негативно впливає на шкіру, отже, необхідно створити повний спектр фотозахисту. Утворення темних димерів циклобутанового піримідину після перебування на сонці стає актуальним питанням, і фотоліази, ймовірно, є рішенням для зменшення утворення цих сполук і усунення пошкоджень, які вони можуть спричинити на шкірі. Іншими важливими питаннями є також рівень вітаміну D в організмі, на який може вплинути регулярне застосування SPF із високим фотозахисним фактором, часте використання мінеральних наночастинок як сонцезахисних засобів, можливий вплив деяких сонцезахисних кремів на здоров'я людини, а також потенційна шкода навколишньому середовищу, яку вони можуть завдати. Еволюція сонцезахисних кремів до більш елегантних, приємних і простих у використанні хімічних складів є безумовною гарантією кращого фотозахисту для пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.109. The impact of social media on skin care: a narrative review / M. Joshi, N. H. Korrapati, F. Reji, A. Hasan, R. A. Kurudamannil // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 85-96. - Бібліогр.: 50 назв. - англ.

Соціальні медіа цілковито заволоділи багатьма аспектами нашого життя, вони мають значний вплив на вибір людини, особливо

щодо способу життя. Сайти соціальних мереж, таких як "Фейсбук", "Твітер", "Інстаграм", "Тікток", відіграють важливу роль у виборі засобів догляду за шкірою, косметики, естетичних і дерматологічних процедур. Мета роботи — здійснити огляд сучасної літератури, присвяченої ролі соціальних мереж та їх впливу на догляд за шкірою. З використанням пошукових баз даних Google Scholar, Research4life, ScienceDirect, PubMed та Scopus, за допомогою контент-аналізу, методів порівняльного аналізу та бібліосемантики проаналізовано сучасну літературу, присвячену впливу соціальних медіа на практику естетичної дерматології. Загалом відібрано та опрацьовано 50 публікацій англійською мовою на основі їх відповідности обраній темі. Індустрія краси використовує соціальні мережі як маркетингову стратегію, щоб охопити якнайбільше споживачів, із особливим акцентом на підлітків і жінок, що мають проблемну шкіру. За останні роки соціальні медіа перетворилися з розважальних платформ на освітні для численних користувачів, забезпечуючи їх інформацією про дерматологічні проблеми, включаючи хвороби шкіри, такі як рак шкіри чи акне. Дерматологи та фахівці з медичної естетики активно діляться інформацією про поширені хвороби шкіри. Сьогодні в соціальних мережах поширюється значна кількість неправдивої та сумнівної інформації, яку публікують користувачі, що не мають медичної освіти. Відтак користь означених сайтів для вибору шляхів догляду за шкірою досі залишається дискусійною. Висновки: дерматолог уже не є єдиним джерелом інформації для пацієнтів. Цю роль поступово опановують дописувачі в соціальних мережах. Як наслідок, користувачі інтернет-платформи, маючи доступ до різноманітної інформації, зазнають впливу великої кількости людей, обираючи догляд за шкірою. Це може завдати непоправної шкоди, оскільки кожна шкіра має індивідуальні особливості, а отже, обраний режим догляду може не забезпечити очікуваних результатів.

Шифр НБУВ: Ж100996

Див. також: 1.Р.135

Гігієна харчування

1.Р.110. Вплив антимікробного пакування на забезпечення якості і безпечності харчових продуктів в умовах війни / Т. В. Козій, С. О. Почтарьов // Екон. вісн. ун-ту/Ун-т Григорія Сковороди в Переяславі. - 2022. - Вип. 53. - С. 67-72. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Предмет дослідження — необхідність забезпечення антимікробного пакування з використанням антимікробних речовин як органічного, так і неорганічного походження для забезпечення якості і безпечності харчових продуктів в надзвичайних умовах: війни, пандемії і та ін. Мета роботи — висвітлення необхідності створення гігієнічної безпеки здоров'я населення і забезпечення безпеки продуктів харчування, що мають вирішальне значення для виживання в умовах війни та епідеміологічної ситуації. Галузь застосування результатів. Результати дослідження можуть бути використані у діяльності виробничих підприємств, підприємств товарознавчої галузі, закладів вищої освіти для підвищення ефективності практичної підготовки фахівців з товарознавства. Результати роботи. На основі проведеного дослідження розглянуто вплив антимікробного пакування на забезпечення якості і безпечності харчових продуктів в надзвичайних ситуаціях в країні (війні, пандеміях та ін.). Висновок: отже, основне призначення упаковки харчових продуктів — захистити їх від мікробного та хімічного забруднення, від кисню, водяної пари та світла. Тому тип упаковки відіграє важливу роль у визначенні терміну придатности харчових продуктів, особливо для зберігання в особливих умовах. Завдяки правильному вибору пакувальних матеріалів і технології пакування можна гарантувати високу якість і свіжість продукту протягом часу, необхідного для його промислового виробництва і споживання.

Шифр НБУВ: Ж73720

1.Р.111. Лікувально-оздоровчі продукти з топінамбура і їх використання в медичній практиці / В. І. Боцюрко, В. Д. Касіянчук // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 43-45. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Наведено сучасні дані про топінамбур, як унікальну рослину, що володіє здатністю максимально використовувати енергію сонця для нагромадження в бульбах полісахариду інуліну в дуже високій концентрації — більше 50 % їх ваги. У цьому відношенні топінамбур є рекордсменом у рослинному світі. Інулін володіє властивістю пребіотика і сприяє розмноженню найкориснішої кишкової палочки — біфідумбактерії, як другої імунної системи людського організму. Разом з тим нормалізується склад мікрофлори кишечника, 90 % якої становлять біфідумбактерії. Це надає змогу використовувати топінамбур як їстівний продукт у лікувальній практиці за захворювань кишечника, імунодефіцитних станів, зокрема і у разі цукрового діабету, оскільки фруктоза, що утворюється з інуліну, не потребує для засвоєння інсуліну. З цією метою в Івано-Франківському національному медичному університеті створено препарат Біфтоп, до якого входить порошок топінамбура та біфідумбактерії. Проведені клінічні дослідження показали його високу ефективність. Крім того, висушений екстракт топінамбура може використовуватись у хлібопекарській промисловості для випічки дієтичного хліба, булочок, кондитерських виробів. На сьогодні в Івано-Франківській обл. завершуються будівельно-монтажні й пуско-налагоджувальні роботи по виробництву сухофруктів, в тому числі і порошку із топінамбура, які можна буде широко використовувати з лікувально-профілактичною метою.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.112. Мобільна інформаційна система контролю раціону харчування людини / Н. Олексів, В. Висоцька // Вісн. Нац. ун-ту "Львів. політехніка". Сер. Інформ. системи та мережі. - 2022. - Вип. 11. - С. 145-172. - Бібліогр.: 61 назв. - укр.

Життя кожної людини, групи людей і нації залежить від географічних, економічних, політичних, культурних і релігійних умов. Спосіб життя формується у результаті щоденного повторення та складається з таких факторів: харчування, фізичні навантаження, наявність шкідливих звичок, моральний і духовний розвиток тощо. В останні десятиліття спосіб життя вважають невід'ємною частиною добробуту, що сприяло збільшенню кількості досліджень. Медики стверджують, що більш ніж половина проблем зі здоров'ям пов'язані з дієтою. Мільйони людей харчуються неправильно, навіть не підозрюючи про це. Актуальність теми зумовлена численністю підходів до вирішення проблеми контролю дієти, проте різні аналоги пропонують можливості, які відрізняються і не завжди є зрозумілими та зручними, оскільки існує кілька способів досягнення однієї мети. Дослідження стосовно здорового харчування в сучасних умовах є одним із пріоритетних завдань задля покращання фізичного стану різних вікових груп. Мета — створення системи, спрямованої на те, щоб допомогти кінцевому споживачеві дотримуватися здорового харчування, визначаючи склад і калорійність продукту, сформувати рекомендації відповідно до ритму життя. Система призначена для вирішення конкретних завдань: розпізнавати продукти, співвідносити продукт і його калорійність, формувати харчовий щоденник, нагадувати користувачеві про пропущені прийоми їжі та вести статистику.

Шифр НБУВ: Ж29409:А:ІСМ

1.Р.113. Оптимальний підбір амінокислот для подолання білкового дефіциту / Г. О. Сімахіна, Н. В. Науменко // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 5. - С. 170-181. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Найважливішим компонентом їжі є білки, оскільки саме вони забезпечують ріст, утворення нових і відновлення ушкоджених тканин. Білки називають іще протеїнами, і цим терміном підкреслюється надзвичайно важлива роль білків у життєдіяльності організмів. Потреба живого організму в білках зумовлюється його потребою в амінокислотах — замінних та есенціальних. Тому зрозумілою є увага, що приділяється проблемам пошуку нових джерел білку, створення легкозасвоюваних високобілкових комплексів із рослинної сировини традиційних і нетрадиційних для харчової промисловості видів. Наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, результати власних експериментальних досліджень опрацьовані аналітичними та компаративними методами. Для поліпшення структури харчування населення, більш повного задоволення потреб організму людини в основних поживних речовинах та енергії необхідно збагачувати традиційні харчові продукти з неповноцінним складом амінокислот і створювати продукти нового покоління зі збалансованим складом амінокислот. Організм здатен синтезувати необхідні білки в необхідних кількостях лише за наявності достатньої кількості всіх незамінних амінокислот — ізолейцину, лейцину, лізину, метіоніну,

фенілаланіну, треоніну, триптофану, валіну. За відсутності хоча б однієї із них білки не виробляються, а їжа використовується лише як джерело енергії або накопичується у жирових відкладеннях. Тому необхідно забезпечити адекватне постачання організму цими амінокислотами за допомогою відповідного харчування зі збалансованим складом тваринних і рослинних білків. І це є одним із найістотніших чинників здоров'я за сучасних умов. Практично всі амінокислоти природних матеріалів перетворюються в організмі людини на важливі біологічно активні сполуки. Для поповнення білкової складової в раціонах харчування необхідним є пошук нових джерел білка, зокрема нетрадиційних. Проведені дослідження показують, що зелена маса багатьох сільськогосподарських культур може слугувати перспективним джерелом рослинного білка, який у поєднанні з білком тваринного походження забезпечує збалансоване білкове харчування та сприяє подоланню білкового дефіциту в населення України.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.114. Спеції як один з важливих засобів посилення дієтичної реабілітації хворих з явищами поліморбідності, коморбідності та інфекційними процесами у контексті новітніх досягнень. Огляд літератури та дискусія / Л. О. Волошина, О. І. Волошин, О. І. Доголіч, І. В. Присяжнюк // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 87-93. - Бібліогр.: 50 назв. - укр.

Обгрунтовано потребу ширшого застосування спецій у дієтичній реабілітації хворих із явищами поліморбідності, коморбідності та інфекційними процесами на підставі аналізу новітніх наукових досліджень їх фармакологічних властивостей. Проведено інформаційний пошук у друкованих і електронних виданнях, пошукових наукових базах із застосуванням методів аналізу, порівняння та узагальнення одержаних даних. Установлено, що останніми роками у світової медико-біологічної спільноти значно зріс інтерес до таких спецій, як імбир, куркума, кориця, часник, петрушка, цибуля, базилік, гвоздика, коріандр, кардамон, різні види перців, кріп, кмин, чорнушка, мускатний горіх, розмарин. Виявлено, що всім їм притаманна різна за інтенсивністю протизапальна, спазмолітична, знеболювальна, антиоксидантна, антибактеріальна, противірусна, протигрибкова, гіпохолестеринемічна дія, деяким — протипухлинна, гіпоглікемічна, антикоагулянтна, антидепресантна, ноотропна, діуретична. Виділено групи спецій за домінуючими властивостями, що надає змогу лікарям застосовувати їх у дієтичній реабілітації диференційовано з урахуванням патогенетичних особливостей різних захворювань, особливо за наявності явищ поліморбідності та коморбідності. Зазначено перспективи ширшого застосування спецій при пухлинних процесах, цукровому діабеті, імунодефіцитних станах і хронічних інфекційних захворюваннях. Висвітлено перший досвід авторів з успішного застосування спецій у комплексній реабілітації хворих із постковідним синдромом. Нові наукові дані про фармакологічні, метаболічні, поліорганні та системно-регуляторні властивості спецій надають підставу широко використовувати їх у комплексній реабілітації хворих із явищами поліморбідності, коморбідності та інфекційними процесами.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.115. Щодо кількісного вмісту метанолу у винах ізабельних сортів винограду та його вплив на здоров'я споживачів / В. М. Кучеренко, М. В. Білько // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 6. - С. 16-23. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Досліджено вплив вин із ізабельних сортів винограду (Ізабелла, Лідія, Ноа, Сенека, Онтаріо, Ліндей та ін.) на здоров'я споживачів на підставі аналізу вмісту в них метанолу. Наведено дані щодо розповсюдженості цього сорту в різних країнах світу, особливостей органолептичних характеристик, асортименту харчових продуктів. Наведено результати досліджень і висновки деяких авторів, які відмічають підвищений вміст пектинових речовин у ягодах ізабельних сортів, завдяки яким у вині накопичується метиловий спирт, що є небезпечним для здоров'я людини. Також наведено дані Міжнародної організації винограду та вина МОВВ, у яких зазначаються діапазони вмісту метанолу в білих, рожевих і червоних винах і гранично допустимі концентрації цієї речовини в різних типах вин. Визначено граничний рівень метилового спирту, який складає 20 мг метанолу на 1 кг ваги тіла, що може призвести до гострого болю у верхній частині живота, порушення зору, невиліковної сліпоти, навіть смерті від порушення дихання. Доведено, що негативний вплив вина з ізабельних сортів винограду може бути в разі одноразового перорального введення 3,5 л на одну особу на основі перерахунку гранично допустимої дози метанолу на концентрацію його у винах. Розглянуто основні технологічні прийоми, які призводять до підвищення вмісту метанолу у виноградних винах, серед яких тривалий контакт сусла з м'язгою, використання ферментних препаратів пектолітичної дії та препарату диметилдикарбонат (ДМДК), а також застосування винограду, враженого шляхетною пліснявою Botrytis cinerea. Доведено, що вміст метанолу у виноградних винах, вироблених з ізабельних сортів винограду навіть із використанням ферментних препаратів і препарату ДМДК, не перевищує допустиму концентрацію, яка могла б становити загрозу здоров'ю споживачів.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.116. China and changing food trends: a sustainability transition perspective / D. Marinova, D. Bogueva, Yanrui Wu, Xiumei Guo // Ukr. Food J. - 2022. - **11**, № 1. - С. 126-147. - Бібліогр.: 141 назв. - англ.

Населення світу стало свідком значних змін у способах виробництва та споживання їжі. Хоча це принесло користь здоров'ю населення, воно також сприяло зміні клімату та нестабільному використанню природних ресурсів. Проведено комплексний огляд літератури. Окреслено характеристики чотирьох теорій переходу, пов'язаних із харчуванням, щоб допомогти пояснити поведінку населення, а саме: демографічного, харчового/білкового, харчового та стійкого переходу. Описано подальший настільний аналіз змін, що відбуваються в Китаї, найбільшій у світі демографії, та внесок цієї країни в найбільш необхідний глобальний перехід до сталого розвитку. Теоретична основа теорій переходу, які використовуються з середини 20-го століття, окреслює зміни в поведінці населення, які впливають на відносини між людьми, а останнім часом і з природним середовищем. Будучи мультидисциплінарною галуззю, яка описує фундаментальні зрушення в людських суспільствах, теорії переходу є дуже проникливими щод їжі та харчування. Демографічний перехід пов'язує індустріалізацію з народжуваністю та смертністю, а також із доступністю їжі. Під час зміни харчування відбувається зміна у споживанні людьми калорій із різних груп їжі. Хоча частка білка залишається відносно стабільною, початковий перехід від рослинної їжі до тваринної зараз змінюється у зворотному порядку зі зростанням обізнаності про екологію та охорону здоров'я. Перехід "харчування/білок" може призвести до кращої дієтичної поведінки зі зменшенням надмірного споживання, втрат і відходів. Перехід до харчових продуктів пояснює зміни на стороні пропозиції — як виробляється, обробляється та розподіляється їжа, відображаючи зміни в методах сільського господарства, використання землі, грунту, води, добрив і хімікатів, ланцюгів постачання та розподілу. Більш стійкі методи ведення сільського господарства в даний час впроваджуються у відповідь на екологічно загрозливі тенденції в результаті змін у землекористуванні та використання хімічних речовин. На відміну від інших концепцій, перехід до сталості описує не еволюційну модель змін, а лише поточну найбільш необхідну трансформацію в розвитку. Це вимагає радикальної трансформації та дій, спрямованих на зменшення впливу на навколишнє середовище всієї діяльності людини, включаючи харчування. Розвиток Китаю зазнав подібних змін, але з унікальними особливостями. Його демографічний перехід відбувся під впливом "політики однієї дитини", тоді як перехід "харчування/білок" був спричинений підвищенням рівня доходів. Індустріалізація виробництва харчових продуктів із застосуванням хімікатів є широко поширеною, але останнім часом набирають обертів органічні методи землеробства. Продовольча безпека та виробництво визнаються як виклик і можливість у переході Китаю до сталого розвитку з державними дієтичними зусиллями щодо обмеження внутрішнього споживання м'яса. Встановлено, що Китай має можливість відігравати важливу роль у глобальному переході до покращеного вибору їжі, як того вимагають нинішнє середовище та надзвичайна кліматична ситуація, змінюючи власні харчові звички, а також вносячи внесок у розвиток нових альтернатив продуктів тваринництва.

Шифр НБУВ: Ж43715

1.Р.117. Fructose: role in the formation of intestinal symptoms / N. N. Silivontchik // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 54-60. - Бібліогр.: 42 назв. - англ.

Фруктоза — це простий цукор, присутній у фруктах та меду, також вона є основним компонентом двох найбільш часто використо-

вуваних підсолоджувачів — сахарози (столового цукру) та кукурудзяного сиропу з високим умістом фруктози. Споживання фруктози помітно зросло за останні кілька сотень років, і в даний час споживання додаткового цукру наближається до 15 відсотків загального споживання енергії в середньостатистичному європейському раціоні. Поширеність мальабсорбції фруктози відносно висока у здорових дорослих (~ 34 %), і цей показник більше у пацієнтів з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту. Симптоми, що розвиваються після прийому фруктози у разі непереносимості фруктози, є поширеними у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК). Через недостатність таргетної терапії СПК багато пацієнтів для лікування симптомів вдаються до модифікації дієти. В останні роки дієта з низьким вмістом FODMAP для лікування СПК набуває все більшої популярності. Абревіатура FODMAP означає "ферментовані олігосахариди, дисахариди, моносахариди та поліол" і включає продукти з умістом фруктози більше, ніж глюкози, олігосахариди, включаючи фруктани, галактоолігосахарид і цукрові поліоли, такі як сорбітолак і сорбітол. Склад дієт FODMAP та їх механізми дії при СПК було інтенсивно вивчено в останнє десятиліття, але їх зв'язок з фруктозою не є специфічним. Дієта FODMAP може посилити кишкові симптоми через збільшення об'єму води в тонкому кишечнику, утворення газів у товстому кишечнику та перистальтики кишечника. Дієтичні обмеження FODMAP пов'язані зі зниженням ферментації та значним покращанням симптомів у деяких пацієнтів із СПК.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.118. Influence of drying temperature on the organoleptic properties, antioxidant activity and polyphenol content in dried leaves of Allium ursinum L. subsp. ucrainicum / J. Lukinac, M. Jukic // Ukr. Food J. - 2022. - **11**, № 1. - С. 9-26. - Бібліогр.: 22 назв. - англ.

Мета дослідження — визначення впливу температури сушіння на антиоксидантну активність (АОА) і вміст поліфенолів у висушеному листі Allium ursinum L. subsp. ucrainicum та його органолептичні властивості. Оцінено вплив трьох температур сушіння (40, 50 і 60 °С) на органолептичні властивості (колір, здатність до дегідратації та регідратації), АОА і вміст поліфенолів у висушеному листі A. ursinum. Колір зразків вимірювали за допомогою системи комп'ютерного зору. Загальний вміст фенолів визначали спектрофотометрично, а АОА — методом DPPH. Виявлено значні відмінності між свіжими, зневодненими та регідратованими зразками A. ursinum за всіма проаналізованими параметрами кольору (висушене листя показало набагато нижчу інтенсивність зеленого кольору, ніж свіже). Висушування за вищих температур призводить до зміни кольору, яка є більш вираженою за вищих температур сушіння (60 °С) через деградацію хлорофілу. Температури сушіння мали статистично значущий вплив на дегідратацію та регідратаційну здатність висушених зразків. Вища температура сушіння призводила до вищого ступеня зневоднення та регідратації (через пори висушеного продукту вода знову надходила в клітини). Конвекційне повітряне сушіння призводило до значного видалення вологи зі свіжого листя A. ursinum (більше 91 %), але органолептичні якості листя A. ursinum зберігалися. Випробувані умови сушіння мали значний вплив на загальний вміст фенолів і АОА листя A. ursinum. Підвищення температури під час сушіння знижувало загальний вміст поліфенолів у висушеному листі A. ursinum. У всьому діапазоні вимірювань зразки, висушені за нижчих температур, мали вищу антиоксидантну здатність, тоді як більш високі температури сушіння призводили до більшого зниження антиоксидантного потенціалу висушеного рослинного матеріалу. A. ursinum вважається одним із функціональних харчових продуктів для споживання людиною завдяки високій харчовій цінності та профілактичному чи лікувальному впливу під час різних захворювань. Для отримання високоякісного сушеного продукту процес сушіння повинен забезпечувати якість, порівнянну зі свіжими овочами.

Шифр НБУВ: Ж43715

1.Р.119. "Life style modification" у будь-який період життя жінки. Правда і міфи про сіль: (дайджест) / Ю. П. Нерознак, Ю. В. Давидова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 94-95. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

За нестачі солі в раціоні організм використовує власні внутрішні резерви — компоненти з органів і тканин, тому людина, яка невиправдано дотримується безсольової дієти, спочатку відчуває слабкість у м'язах, далі швидко стомлюється, а її самопочуття стрімко погіршується. Щоб уникнути подібних негараздів, досить, щоб у раціоні була певна кількість солі.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.120. Phytic acid content and in-vitro digestibility of several cereal and legume types treated with different processes / M. Bektas, Muge Hendek Ertop // Ukr. Food J. - 2021. - **10**, № 3. - С. 507-523. - Бібліогр.: 520 назв. - англ.

Мета роботи — визначити взаємозв'язок між вмістом фітинової кислоти (ФК) і швидкістю засвоюваності зерна, яке широко вживається в щоденному раціоні. Вивчено ефект дефітинізації замочування (протягом 12 год), кип'ятіння (при 100 °С протягом 1 год), автоклавування (при 121 °С протягом 15 хв.), ферментації (при 25 — 27 °С) і процесів пророщування на зернові. Визначено вміст ФК, засвоюваність мінералів (MD, %) і засвоюваність білків (ЗБ, %) та порівняно їхній вплив до та після процесів. За всіма застосованими методами спостерігалося зниження вмісту ФК у бобових і зернових культурах. Установлено, що ферментація (< 800 мг/100 г) борошна та пророщування інших зразків (< 700 мг/100 г) дають більш ефективні результати для деградації ФК. Виявлено зниження вмісту ФК у зразках на 20 — 70 % шляхом ферментації та 50 — 80 % — за рахунок проростання. Крім того, рівень ЗМ у зернових, який був особливо низьким до пророщування, після пророщування збільшився вдвічі. Встановлено, що ЗБ, %, збільшується під впливом процесів, за винятком кип'ятіння та замочування. Особливо ефективним був процес пророщування при ЗБ. Показник збільшення ЗБ для десяти зразків бобів склав до 200 %, тоді як вміст ФК у зразках борошна злаків після їх спонтанного бродіння знижувався, показники їх засвоюваності статистично підвищувалися ($p < 0,05$). Встановлено, що такі процеси, як замочування, ферментація або термічне оброблення, які широко використовуються для приготування зерна, забезпечують перевагу дефітинізації з різною швидкістю. Ефективним з точки зору харчової якості є комбіноване використання таких прийомів, як замочування та відварювання, які використовуються при приготуванні для споживання різноманітних злакових і бобових продуктів.

Шифр НБУВ: Ж43715

Гігієна праці

1.Р.121. Аналіз і групування дії адаптогенів рослинного походження для сприяння трудової діяльності операторів складних технічних систем / С. М. Чумаченко, В. Ю. Дубницький, І. А. Черепньов, Д. П. Коломієць, М. І. Карпенко // Інженерія природокористування. - 2020. - № 4. - С. 78-94. - Бібліогр.: 43 назв. - укр.

Розглянуто тенденцію щодо інтелектуалізації виробництва та збільшення чисельності працівників, які зайняті переважно розумовою працею, що склалася в світі протягом останнього часу. На підставі проведеного аналізу даних літературних джерел наведено класифікацію різних видів розумової праці. Показано різницю між поняттями "оператор", як професійною назвою роботи, і "роботи, яка має характер операторської". На прикладі авіації проілюстровано тенденцію відставання можливостей оператора від прискореного розвитку сучасної техніки. Розглянуто еволюцію понять "надійність людини" та "людський фактор", а також наведено різні варіанти класифікації помилок людини-оператора складних технічних систем. Для докладного розгляду обрано групу помилок, що здійснюються оператором ненавмисно. Наголошено на особливій загрозі від виникнення помилок за умов змінної праці, особливо в нічний час. На підставі аналізу наукових публікацій, рознесених за часом більш ніж на 70 років, отримано розподіли кількості нещасних випадків і помилок оператора протягом робочого дня. Показано вплив досвіду роботи (як позитивний, так і негативний) на якість виконання службових обов'язків операторами різного профілю. Проведений аналіз наукових джерел надав можливість виділити зі списку факторів, які провокують операторів на вчинення помилкових дій з урахуванням широти поширення, такі як хронічний вплив електромагнітних випромінювань та ефект професійного психоемоційного вигорання. Для парирування цих факторів запропоновано метод протидії вищевказаному негативному впливу. З урахуванням оптимального поєднання ефективності та мінімізації негативних побічних наслідків запропоновано використовувати адаптогени рослинного походження. Ви-

користовуючи результати досліджень, отриманих у результаті аналізу наукових публікацій, побудовано регресійні моделі, що надають можливість прогнозувати витривалість оператора в екстремальних умовах. Виконано кластерний аналіз, який надав можливість провести групування адаптогенів за ознакою спільності змін в організмах лабораторних тварин, що відбуваються під впливом зовнішніх впливів. Згідно з отриманими результатами групування адаптогени, які потрапили в один кластер, мають еквівалентну дію на організм піддослідних тварин. Результати цього групування, спільно з отриманими регресійними моделями, можна використовувати для вибору рослинних адаптогенів, які найбільш сприяють підвищенню ефективності роботи операторів і мають найменші негативні наслідки для стану їх здоров'я.

Шифр НБУВ: Ж101173

1.Р.122. Виробничий ризик від постійного шумового навантаження для робітників відкритого повітря / А. В. Ковальова // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2021. - Вип. 4. - С. 90-93. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Представлене дослідження стосується визначення безпеки працюючих на відкритому повітрі при ремонті та реконструкції автомобільних шляхопроводів та будівельних робіт поблизу автомагістралей в умовах постійного шумового навантаження. На підставі аналізу вітчизняних та нормативних досліджень було визначено методологію досліджень виробничого ризику в залежності від вікової категорії працюючих та їх професійного стажу. Предметом дослідження є вплив постійного шумового забруднення на безпеку працюючих відкритого повітря для умов м. Києва. Мета роботи — визначення комплексного виробничого ризику від постійного шумового забруднення для безпеки працівників відкритого повітря. При визначенні сукупного значення виробничого ризику, розглядалися окремо значення ризику захворювання серцево-судинної системи, ризику захворювання нервової системи та ризик захворювання органів слуху. Завдання роботи — на підставі натурних вимірів по обраних автомобільних шляхопроводах та великих перехрестях в залежності від кількості полос руху в м. Києві, здійснено аналіз рівнів постійного шумового навантаження на території виробничих майданчиків працюючих. Встановлено межі шумового навантаження, що у більшості середньозважених та у максимальних значеннях вимірів перевищують нормативний рівень відкритого виробничого майданчика (80дБА). Методи досліджень: натурні виміри здійснювалися приладом "Асистент", методи розрахунку здійснювалися на основі методик діючих міжнародних стандартів та нормативних документів. Наукова новизна полягає в оцінці величин виробничого ризику для умов м. Києва для працюючих на відкритому повітрі від постійного шумового навантаження протягом 8-годинного робочого дня залежно від вікових показників та професійного стажу. Отримані результати щодо оцінки ризику сукупного рівня захворювань залежно від рівнів шуму на автомобільних шляхопроводах м. Києва свідчать про середній (помірний рівень) для різних вікових груп працюючих. Що стосується значення сукупного агрегованого ризику у випадку максимальних рівнів шумового забруднення, то розрахунки показали, що у випадку працюючих за віком більше 50 років ризик кваліфікується, як високий. Дослідження свідчать, що отримані результати середньозважених і максимальних рівнів шумового забруднення для безпеки працюючих на відкритому повітрі потребують заходів по зниженню шумового навантаження, які слід розробляти з врахуванням середньострокової та короткострокової перспективи (1—3 роки), а також щорічний перегляд значень виробничого ризику.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.123. Виробничий ризик для безпеки працюючих на відкритому повітрі від температурних умов навколишнього середовища / О. С. Волошкіна, А. В. Ковальова // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2021. - Вип. 3. - С. 118-122. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Представлено дослідження щодо аналізу впливу температурних показників атмосферного повітря урбанізованих територій на показники забруднення первинними та вторинними елементами та вплив якісного стану повітря на значення виробничого ризику. Запропоновано алгоритм системної ієрархічної моделі оцінки і класифікації виробничого ризику для робітників, які працюють на відкритому повітрі. Представлені залежності між вологовмістом в повітрі, температурними показниками та індексом забруднення AQIPM2,5 в м. Києві за березень 2020 р. Взаємовплив температурних та якісних показників атмосферного повітря на здоров'я працівників на відкритих виробничих майданчиках на даних 2016 р. представлено на прикладі окремих автомобільних шляхопроводів м. Києва, як одного з самих спекотних років останнього десятиліття. Представлені середньомісячні значення індексу забруднення атмосферного повітря аерозольними частками PM2,5 мкм і виробничогоризику в залежності від вторинного формальдегідного забруднення внаслідок фотохімічних перетворень. Розроблена шкала класифікацій між кількісними показниками виробничого ризику та показниками забруднення атмосферного повітря. Ступінь небезпечності виробничого ризику по перевищенню концентрації найбільш небезпечного забруднювача може бути визначена даним підходом за референтним значенням окремого показника. Результати роботи стануть в нагоді при розробці рекомендацій щодо захисту здоров'я працюючих в умовах поступового підвищення температурних показників, а також при розробці містобудівельних норм охорони праці на будівельних майданчиках.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.124. Вуглецевий наноструктурний матеріал для багаторазових захисних масок / І. В. Кононко, Н. В. Бошицька, В. П. Сергєєв, В. Д. Кліпов, Н. В. Кононко // Доп. НАН України. - 2021. - № 6. - С. 78-86. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Досліджено комплекс властивостей розробленого активованого вуглецевого волокнистого наноструктурного матеріалу (АВВНМ) як фільтрувального прошарку багаторазових захисних масок для обличчя. Показано, що АВВНМ притаманна висока здатність до поглинання основних забруднювачів довкілля (фенолу; металів Pb^{2+}, Sr^{2+}, Cu^{2+}, Ni^{1+}, Co^{2+}, Al^{3+}, Cs^{2+}; хлорпохідних; радіоактивних легких продуктів поділу та ін.) і речовин білкової природи. Встановлено, що АВВНМ виявляє бактеріостатичні властивості, які можуть бути трансформовані в бактерицидні шляхом нанесення на його поверхню біологічно активних речовин. Доведено, що АВВНМ відповідає вимогам до медичних матеріалів і може бути рекомендований для виготовлення масок для захисту органів дихання.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.Р.125. Забезпечення безпечних умов праці для профілактики професійних захворювань працівників металургійного і ливарного виробництва / Н. С. Євтушенко, О. І. Пономаренко, Н. Є. Твердохлєбова, І. О. Мезенцева, Є. О. Семенов, С. Д. Євтушенко // Метал та лиття України. - 2022. - **30**, № 3. - С. 117-125. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Успішне функціонування вітчизняних підприємств машинобудування, їх висока конкурентоспроможність, можливі лише на передовій технологічній основі, зокрема шляхом реалізації ними інноваційної стратегії в галузі охорони праці, успіх якої визначається науково обгрунтованим плануванням заходів з профілактики виробничого травматизму і профзахворювань. Одним із найбільш важливих виробництв у галузі машинобудування є ливарне виробництво. Сучасне ливарне виробництво характеризується наступними якісними ознаками: всі галузі машинобудування у своєму технологічному процесі виготовлення кінцевої продукції обов'язково мають лиття як комплектуючих виробів. У процесі трудової діяльності працівники ливарних цехів зіштовхуються зі шкідливими і небезпечними виробничими факторами, які несприятливо впливають на їх безпеку і стан здоров'я, і, як наслідок, збільшують ймовірність виникнення професійних захворювань та одержання травм. Поліпшення умов праці — найважливіша і пріоритетна задача для підприємства. Від вирішення цієї задачі багато в чому залежить поліпшення стану охорони праці, зниження рівня виробничого травматизму та виробничої захворюваності. Важливим аспектом є впровадження профілактичних заходів щодо поліпшення безпеки праці робочих у ливарних цехах, що набувають особливої актуальності. Розроблення цих заходів можливе лише на підставі інформації про ступінь небезпеки впливу факторів виробничого середовища і трудового процесу. У даній роботі проведено комплексний аналіз умов праці працівників металургійного та ливарного виробництва, охарактеризовано основні причини нещасних випадків у ливарних цехах, проведено аналіз показників професійної захворюваності працівників у процесі лиття, сформульовано заходи щодо зменшення кількості нещасних випадків та виробничого травматизму, а також запропоновано рекомендації щодо усунення причин, що призводять до нещасних випадків і професійних захворювань працівників металургійних підприємств.

Шифр НБУВ: Ж14585

1.Р.126. Медицина праці: завдання та тести: навч. посіб. для післядиплом. мед. освіти : у 3 ч.. **Ч. 2. Професійна патологія** / Д. В. Варивончик, О. В. Демецька; Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. - Б.м., 2021. - 332 с.: іл. - Бібліогр.: с. 316-319. - укр.

Представлено навчальні теми, тестові запитання, ситуаційні задачі для забезпечення післядипломної медичної освіти лікарів із спеціальності "Професійна патологія". Рекомендовано для закладі вищої медичної освіти III — IV рівнів акредитації.

Шифр НБУВ: В359575/2

1.Р.127. Моніторинг низькочастотного звукового та інфразвукового навантаження на виробниче середовище та засоби його зниження / О. В. Панова, В. Ф. Фролов, Л. О. Левченко // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2022. - Вип. 1. - С. 127-129. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Проведено моніторинг низькочастотного звуку та інфразвуку на території міста у октавних смугах частот. Показано, що рівні цього чинника перевищують гранично допустимі значення у автомобільному та міському електричному транспорті. Ненормативні значення інфразвуку спостерігаються поблизу залізничного полотна. Виконано аналіз можливих підходів до зниження рівнів низькочастотного звуку та інфразвуку принаймні усередині будівель. Показано переваги та недоліки резонансних та мембранних панелей для поглинання низькочастотних пружних хвиль. Наведено розрахунковий апарат для визначення поглинальних властивостей конструкцій. Доведено, що для ефективного захисту конструкції повинно налаштовуватися на мінімальні пікові частоти, що забезпечує поглинання хвиль вищих кратних ним частот. Запропоновано двошарову конструкцію, налаштовану на дві найбільш критичні звукові та інфразвукові частоти. Додаткове заповнення проміжку між ними та проміжку між конструкцією та поверхнею монтажу стандартним шумопоглинальним матеріалом дозволяє підвищити загальний шумозахист. Надано розрахунок перфорованої шумозахисної панелі, яка застосовується у разі одного суттєвого піку у низькочастотній або інфразвуковій області. Така панель є ефективною, починаючи з частот 100—150 Гц. Запропоновано можливість одночасного зниження рівнів електромагнітних полів. Це досягається за рахунок додавання у проміжний шумопоглинальний матеріал металовмісної субстанції. Це може забезпечуватися застосуванням дрібнодисперсного концентрату залізної руди, який добре імплантується у будь-який матеріал і має низьку вартість. Показана можливість покриття жорстких елементів звукозахисної конструкції спеціальною фарбою для екранування електромагнітних полів широкого частотного діапазону.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.128. Оцінка і класифікація виробничого ризику при виконанні дорожніх робіт на прикладі міста Києва / А. В. Ковальова // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2022. - Вип. 1. - С. 121-126. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Визначено комплексний виробничий ризик за допомогою системної моделі для працюючих на відкритому повітрі при реконструкції автотранспортних шляхопроводів з урахуванням метеорологічних факторів, забруднення атмосферного повітря та хронічного впливу шуму від автотранспортних засобів. Запропоновано методологію системного підходу до визначення професійного ризику на основі ієрархічної дворівневої системної математичної моделі, яка враховує всі закономірності впливу основних небезпечних факторів. Запропоновано кваліфікаційну шкалу для оцінки виробничого ризику ризику для здоров'я працюючих. Визначено, що значення ризику для здоров'я працюючих при виконанні дорожніх робіт не може бути отримано на основі існуючих нормативних документів, оскільки вони не враховують ризик від постійного шумового навантаження від автотранспортних засобів на шляхопроводах, що додатково посилюється температурним впливом в теплі місяці року. Розроблена системна математична модель оцінки та класифікації значення виробничого ризику для працюючих на відкритому повітрі, яка враховує всі закономірності впливу основних небезпечних факторів забруднення міського середовища та проведено її апробацію для умов м. Києва. Результати роботи актуальні для удосконалення управління безпекою працюючих при виконанні дорожніх робіт за рахунок комплексного врахування всіх шкідливих факторів впливу при оцінці виробничого ризику.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.129. Fundamental principles of activity of international labour organization in occupational safety and hygiene / Yu. D. Dreval, S. O. Zaika, O. P. Sharovatova, O. V. Bryhada, B. M. Tsymbal // Наук. вісн. Нац. гірн. ун-ту. - 2020. - № 6. - С. 88-95. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Purpose. Based on the analysis of the relevant basic international documents, to provide further substantiation for the provisions on the importance of the concept of occupational safety and health in the program and standards-related activities of the ILO. Methodology. The ILO's participation in the development and settlement of the defined area of social and labour relations is explored using a number of methods, namely: the method of system analysis (which ensures consideration of a set of activities of this organization as a complex system defined by relative structural independence and meaningful harmonious unity of individual components) and the method of comparison (which further advances arguments for the position of achievements and voids in the study on this issue, as well as places emphasis on the most significant and promising area of activity of this organization related to occupational safety and health). Findings. Based on the application of these methods, it is substantiated that much attention is paid to various aspects of occupational safety and health in the programmes and standards-related activities of the ILO. In this case, a harmonious interrelation between the key documents, labour standards, as well as the fundamental principles and rights at work is fundamentally essential. This interrelation is partly embodied in a special ILO document on labour protection, which, however, has no clear emphasis on the protection of working people as the fundamental basis of this organization. The grouping of conventions of this organization is carried out, which in the set of norms are aimed at regulating occupational safety and health issues. In addition to the above, emphasis is placed on the need for a comprehensive analysis of fundamental conventions and conventions, which together are aimed at direct regulation of occupational safety and health. Originality. The provision that the concept of occupational safety and health is of paramount importance in the key documents and conventions of ILO, and that this concept is one of the systemically important factors of this organization, is presented and comprehensively substantiated. Indeed, a set of provisions based on the safety of workers is contained in both program documents (declarations, conventions) and in most conventions. At the same time our analysis shows that such provisions with certain details directly relate to all fundamental principles and rights at work (therefore, when analysing this issue attention should be paid not only to formal but also to the essential characteristics of occupational safety and health). ILO conventions, which contain norms on labour protection, are also defined and grouped (with substantiation of the provision on the degree of involvement in this area of fundamental and governance conventions, as well as conventions based on direct regulation of relevant relations).

Шифр НБУВ: Ж16377

1.Р.130. Technogenic factors of the work environment and their impact on the oral cavity / O. A. Glazunov, A. A. Gruzdeva // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 2-5. - Бібліогр.: 9 назв. - англ.

Різні техногенні фактори мають негативний вплив на стоматологічний статус робітників, які працюють у шкідливих умовах. Результати численних досліджень свідчать про поступовий зріст розповсюдженості захворювань порожнини рота зі збільшенням робочого стажу. Вивчення розповсюдженості та факторів ризику формування різних форм патології серед професійних груп, які зайняті на підприємствах залізорудного виробництва, є актуальним. Мета дослідження — оцінити стан гігієни порожнини рота (ГПР) та активність біохімічних маркерів ротової рідини у робочих залізорудного виробництва, виявити їх взаємозв'зок зі ступенем впливу шкідливих чинників виробництва. Обстежено 256 робочих промислових залізорудних підприємств у віці від 20 до 60 лет, стаж роботи складав 5 — 20 років. Стан ГПР оцінювали згідно гігієнічного індексу Ю. А. Федорова та В. В. Володкиної (1971), індексів Stallard (1969) та J. Silness (1964), H. Loe (1967). У ротовій рідині оцінювалися біохімічні маркери — активність каталази (маркер стану антиоксидантної системи) і лізоциму (рівень неспецифічної резистентності). Рівень ГРП серед робітників промислових підприємств був значно гірший, ніж у группі порівняння. У ротовій рідині відзначається істотне зменшення з віком гірників активності ферменту каталази, що є маркером антиоксидантної системи і лізоциму, що відображає рівень неспецифічної резистентності, що свідчить про ослаблення за-

хисних сил організму і формування умов для зростання патології органів і тканин порожнини рота.

Шифр НБУВ: Ж14683

Див. також: 1.Р.80

Гігієна дітей та підлітків. Шкільна гігієна

1.Р.131. Вплив біологічних та медико-соціальних факторів на формування схильності підлітків шкільного віку до негативної поведінки / В. П. Неділько, Г. В. Скибан, Л. П. Пінчук // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 49-56. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — виявити фактори середовища, що впливають на прояви негативної поведінки в підлітків шкільного віку. Матеріали та методи. Методом соціологічного опитування, проведеного серед 256 підлітків базових навчальних закладів, вивчено стан здоров'я та психологічний стан таких дітей в умовах сім'ї та школи. Для виявлення причин, що спонукають підлітків до негативної поведінки, обстежено 337 підлітків: 101 — група ризику, 80 підлітків школи-інтернату соціальної реабілітації, 156 — група контролю. Результати. Встановлено зниження показників здоров'я підлітків із групи ризику, психологічний стан в умовах сім'ї у значної частки підлітків був незадовільним: у 13,3 % він характеризувався як нервовий, в 11 % — пригнічений, у 7,6 % — тривожний, у 8,8 % — агресивний. Така сама картина спостерігалася і в умовах школи: 26,5 % підлітків вказували на тривожно-нервовий стан, 16,2 % — пригнічений, 9,8 % — агресивний. Поглиблені дослідження причин погіршення психологічного стану підлітків та схильності їх до негативної поведінки виявили ряд біологічних і медико-соціальних факторів, до яких слід віднести ускладнення пологів, вигодовування дітей на першому році життя, умови виховання дітей в сім'ї, організацію шкільного навчання, поширеність шкідливих звичок, нездоровий спосіб життя та несприятливі сімейні умови (неповні сім'ї, вживання батьками алкоголю, неуважне ставлення до дитини). Висновки: проведені дослідження дають змогу констатувати, що підлітки, схильні до соціально-негативної поведінки, мають обтяжений анамнез життя, низку соціальних і біологічних факторів, які негативно впливають на стан здоров'я, психологічний розвиток і адаптацію таких дітей у суспільстві. Для попередження цього явища доцільно створити державну програму з проблем превентивного виховання молоді, формування в кожного підлітка поняття здорового способу життя. Під особливий контроль слід взяти підлітків із сімей групи ризику. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.132. Проблемы питания и факторы формирования здоровья детей первого года жизни / Саида Нураддин кызы Рустамова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 23-29. - Библиогр.: 13 назв. - рус.

Оценка вида питания, являющегося одним из важным составляющих, обеспечивающих физический рост, развитие и здоровье ребёнка первого года жизни, и формирующего процессы метаболизма в более старшем возрасте, служит в течение последних десятилетий предметом исследований и дискуссий отечественных и зарубежных ученых. Цель работы — изучить влияние характера вскармливания на заболеваемость и физическое развитие детей грудного возраста. Материалы и методы. Под наблюдением в течение года находилось 250 детей (118 девочек и 132 мальчика) первого года жизни, получавших различные виды вскармливания — грудное молоко и молочную смесь (стандартную и с пребиотиком). В основную (I) группу (n = 130) вошли дети (62 девочки и 68 мальчиков), находившиеся на грудном вскармливании; а в группы сравнения — дети, получавшие искусственное вскармливание: во II группе (n = 60) (27 девочек и 33 мальчика) получали стандартную смесь с пребиотиком; в III группе (n = 60) (29 девочек и 31 мальчик) — стандартную смесь без пребиотика. Физическое развитие оценивали согласно общепринятой методике измерений по абсолютным значениям, ежемесячным прибавкам антропометрических показателей и массо-ростовым индексам. Изучали амбулаторные карты детей, протоколы обследования ребенка первого года жизни (анализировали учетно-отчетную документацию). Критериями включения в основную (I) группу младенцев были: грудное вскармливание не менее 9 мес; возраст детей до 1 года. У девочек, находившихся на искусственном вскармливании с добавлением пребиотика, прибавка массы тела за первый год жизни была достоверно выше (7100,0 ± 95,9 г) по сравнению с прибавкой массы девочек, получавших грудное молоко и стандартную смесь (6671,0 ± 7 2,6 г и 6733,3 ± 91,8 г соответственно). Несмотря на то, что значимых различий по медианам массы тела и роста детей основной (I) группы относительно детей групп сравнения (II и III) не выявлено, но установлено, что дети I (основной) группы с избыточной массой тела / ожирением в возрасте 1 года имели в > 2 раза ниже показатели, чем дети II и III групп. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, по сравнению с детьми, получавшими молочную смесь, начали сидеть самостоятельно намного раньше — в среднем через 7,6 ± 0,05 мес после рождения, в то время как дети, находившиеся на искусственном вскармливании, в среднем в 8,0 ± 0,13 мес и 8,1 ± 0,12 мес соответственно во II и III группах (p < 0,05). При изучении структуры наиболее распространенных заболеваний детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания выявлено, что самый высокий процент как в основной группе (грудное вскармливание), так и в группах сравнения (искусственное вскармливание) составили острые кишечные инфекции — соответственно у 7,7 ± 2,34 % и 11,7 ± 2,93 % детей (p = 0,3905). Выводы: полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии грудного вскармливания на антропометрические показатели и формирование основных навыков у детей раннего возраста. Выявленная у детей, получавших грудное молоко, более низкая частота инфекционных заболеваний.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.133. Рівень санітарно-гігієнічних знань щодо гігієни ротової порожнини в осіб підліткового та юнацького віку, які палять / І. С. Лісецька, М. М. Рожко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 51-55. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Численні дослідження останніх років свідчать, що поширеність захворювань зубів, тканин пародонту і зубощелепних аномалій залишається на високому рівні серед дитячого населення, незважаючи на розроблені й впроваджені у практичну охорону здоров'я нові схеми профілактики та лікування. Так, поширеність карієсу зубів у дітей в період тимчасового прикусу становить близько 80 — 90 %, а постійного — 70 — 80 %. Поширеність хронічного катарального гінгівіту в дітей 12 — 15-річного віку дорівнює 70 — 80 %, досягаючи в окремих регіонах 95 — 98 %, а локалізованого та генералізованого пародонтиту — 4,1 — 16,4 %. Відомо, що патогенез стоматологічних захворювань тісно пов'язаний зі шкідливою звичкою — палінням. Переважно виявляється строга кореляційна залежність між інтенсивністю, стажем паління та виникненням і розвитком патологічних змін у різних органах та системах, у тому числі в ротовій порожнині (РП). Дотримання на належному рівні гігієни РП є важливим фактором, який впливає на виникнення захворювань пародонту. Відомо, що формування навичок догляду за РП формується саме в дитячому віці, тому питання щодо вивчення стану гігієни РП та рівня гігієнічних знань у підлітків зі здоровим пародонтом і катаральним гінгівітом для подальшого розроблення схеми профілактичних заходів залишається одним з актуальних напрямів стоматології дитячого віку. Мета роботи — вивчити рівень гігієнічного догляду за РП і знань щодо цього догляду в осіб підліткового та юнацького віку, які палять. Матеріали та методи. Вивчено рівень знань щодо дотримання індивідуальної гігієни РП у 87 осіб віком від 15 до 24 років. До основної групи ввійшло 40 осіб підліткового та юнацького віку, які палять, до групи порівняння — 47 осіб аналогічного віку без шкідливої звички паління. Встановлено, що більшість респондентів володіють інформацією стосовно правильного догляду за гігієною РП, відповідно 67,54 ± 3,75 % — в основній групі, 72,78 ± 4,81 % — у групі порівняння. Однак не всі опитані володіють повним обсягом інформації. Про це вказали 23,43 ± 7,51 % підлітків та юнаків основної групи і 17,86 ± 6,42 % респондентів групи порівняння. Крім того, індивідуальна оцінка власних навичок догляду за РП за даними анкетування в респондентів виявила, що не всі опитані регулярно доглядають за РП. В основній групі тільки 59,56 ± 4,61 % зазначили про регулярний догляд за РП, а це в 1,4 раза менше, ніж у групі порівняння — 81,42 ± 5,73 % (p < 0,001). Слід проводити додаткове гігієнічне навчання,

обов'язкове повторне інформування щодо ризиків виникнення стоматологічних захворювань для формування системи стійкого розуміння й усвідомлення необхідності дотримання особами підліткового та юнацького віку індивідуальної гігієни РП. Особливу увагу потрібно приділяти аспектам виникнення та укорінення шкідливих звичок, зокрема паління, як традиційних, так і альтернативних його видів, що негативно впливає на соматичне і стоматологічне здоров'я.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.134. Роль здоров'язберігаючих технологій у збереженні здоров'я школярів / Г. В. Бекетова, К. Б. Савінова, Г. П. Мозгова, Н. В. Бекетова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 16-22. - Бібліогр.: 32 назв. - укр.

Застосування ЗЗТ "Навчання у русі" достовірно підвищило адаптаційно-резервні можливості дітей молодшого шкільного віку та позитивно вплинуло на функціональний стан їхньої серцево-судинної системи: за індексом Баєвського (97,2 проти 33,3 % у контрольній групі) ($p < 0,05$); за даними проби Руф'є, високий і вищий за середній рівень функціонального резерву серця після закінчення початкової школи мали відповідно 77,6 і 8,4 % учнів ($p < 0,001$); за результатами клініко-ортостатичної проби, частка учнів із фізіологічною реакцією гемодинаміки після зміни положення тіла зросла з 64,6 до 100,0 %, а в контрольній групі — знизилася з 65,9 до 44,4 %. При цьому доказано, що впровадження ЗЗТ "Навчання у русі" нівелює різницю в стані адаптативно-резервних можливостей серед як 6, так і 7-річних дітей. ЗЗТ "Навчання у русі" також позитивно вплинуло на функціональний стан дихальної системи у школярів за рахунок збільшення задовільного показника екскурсії грудної клітки (з 41,5 до 88,9 %) ($p < 0,05$), задовільних даних проби Штанге (з 67,0 до 87,0 %), високого показника життєвого індексу (з 58,5 до 97,2 %), що супроводжувалося високим рівнем антиінфекційної резистентності учнів молодшого шкільного віку зі зменшенням кількості пропусків занять унаслідок гострих респіраторних інфекцій за рік на одного учня (18,7 і 15,9 доби в I і IV класах відповідно); їх ускладнень (15,1 і 3,5 % проти 14,9 і 16,2 % у контрольній групі); у IV класі жодного разу не хворіли 16,3 % дітей, а в контрольній групі — лише 5,25 % ($p < 0,05$). В основній групі знизилася частка дітей із функціональними розладами серцево-судинної системи (з 30,8 до 8,3 %) ($p < 0,001$), а в контрольній групі — збільшилася (з 46,6 до 58,3 %) на тлі достовірного приросту порушень опорного-рухового апарату (з 29,5 до 44,4 %), хвороб органів травлення (з 21,9 до 36,0 %), дихання (з 7,9 до 44,4 %) та ендокринної системи (з 32,5 до 50,0 %) ($p < 0,05$). За 4 роки застосування ЗЗТ в основній групі спостерігалася позитивна динаміка щодо зниження кількості дітей із високим рівнем тривожності, у контрольній групі питома вага дітей із високим рівнем тривожності, навпаки, зросла, що негативно вплинуло як на загальний стан здоров'я учнів, так і на шкільну успішність. Отримані результати дослідження підтвердили, що впровадження ЗЗТ "Навчання у русі" сприяє збереженню того рівня здоров'я, з яким дитина прийшла до школи. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.135. Стан здоров'я дітей і формування здоров'я збережувальної компетентності у школярів, які мешкають в йододефіцитних регіонах / Т. В. Сорокман, М. І. Бачу, М. Г. Гінгуляк // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 8-12. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити стан здоров'я дітей і формування здоров'язбережувальної компетентності у школярів, які мешкають у йододефіцитних регіонах. Проанкетовано 655 батьків і ретроспективно вивчено захворюваність 1973 школярів із різних районів Північної Буковини (Чернівецька обл.). Визначено інтегральний показник інформованості (ІПІ) та інтегральний показник профілактичної поведінки (ІППП). З'ясовано, що харчування обстежених дітей було нераціональним, із вживанням продуктів, вирощених на присадибних ділянках, йодовану сіль використовувала тільки 1 родина з 50. На відмінно (не хворіє) своє здоров'я оцінили 11,9 %, добре (інколи хворіє) — 71,7 %, задовільно (часто хворіє) — 16,3 % опитаних. 14,4 % респондентів мають високий ІППП, 41,7 % — середній та 43,8 % — низький. Між показниками ІПІ та ІППП спостерігається високовірогідний зв'язок (λ 2 Пірсона = 98,119, df = 29, p = 0,000, V Крамера = 0,162). З метою формування здоров'я збережувальної компетентності у школярів, які мешкають в йододефіцитних регіонах, необхідно розробляти та впроваджувати нові форми мотивації до щоденного профілактичного прийому йодованої солі.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.136. Харчова поведінка та характеристика харчування дітей дошкільного віку / Т. В. Сорокман, І. Я. Лозюк // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 29-34. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити стан харчування та особливості харчової поведінки дітей дошкільного віку. Дослідження проведено на базі дитячих дошкільних установ м. Чернівці впродовж 2019 — 2020 рр. На першому етапі проведено анкетування 109 дітей (51 дівчинка та 58 хлопчиків) віком 4 — 6 років. Проаналізовано харчові щоденники, які вели батьки дітей. На другому етапі дослідження методом випадкової вибірки з генеральної сукупності відібрано 48 дітей (28 хлопчиків і 20 дівчаток) для детальнішого дослідження харчового раціону. Середньодобовий показник харчування обчислено за допомогою комп'ютерної програми "АСКОН-харчування" з аналізом по 38 інгредієнтах та енергетичній цінності. Встановлено, що на грудному вигодовуванні перебувало 72 (66,1 %) дитини. Перехід на штучне вигодовування до 3-місячного віку виявлено у третини (32,1 %) дітей; від 3 до 6 міс — ще у третини (31,2 %) дітей. Серед матерів 21,4 % вказали на раннє введення прикорму, ще майже така ж кількість — на пізнє введення прикорму. У 25,6 % випадків зареєстровано модель "чистої тарілки", у 19,3 % — модель "чим більше, тим краще", у 10,1 % — модель "позбавлення негативних переживань і фізичного болю", у 33,1 % — модель "маніпулювання". Виявлено зв'язок між мотивацією батьків ($r = 0,67$), особливо матері ($r = 0,79$) до вживання корисної їжі та різноманітністю смакових уподобань їхніх дітей. У більшості дітей встановлено незбалансований раціон, що призвело до дефіциту макро- та мікронутрієнтів (вітамінів B1, B2, A, PP) і мікроелементів (йод, кальцій, залізо, цинк). Відзначено дефіцит ліноленової та лінолевої кислот та калорійності. Встановлено, що дезадаптивні харчові раціони негативно впливають на смакові звички та харчову поведінку, спричиняють розвиток дефіциту мінеральних речовин і вітамінів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.742, 1.Р.745

Епідеміологія

1.Р.137. Вивчення динаміки захворюваності населення Карпатського регіону на системний кліщовий бореліоз (хвороба Лайма) / В. П. Стефурак, Н. В. Довганич, С. М. Кіщук // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 65-70. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Вивчено поширення та динаміку природно-осередкового зоонозу (хвороба Лайма (ХЛ)) на теренах Карпатського регіону та розроблено заходи його профілактики. Встановлено, що переносниками збудників ХЛ є іксодові кліщі (Acarina). Хвороба передається трансмісивно через присмоктування іксодових кліщів до тіла людини. У кліщів здійснюється трансоваріальна (через яйця), а також трансфазова (через личинки та німфи) передача збудників. Отримані дані свідчать про те, що захворюваність населення гірських регіонів до ХЛ є високою. Тенденція щодо захворюваності населення з року в рік зростає, зокрема в Косівському, Верховинському та Рахівському районах. Хворіють переважно люди середнього віку, частіше представники професійних груп ризику (лісники, збирачі ягід і грибів, пастухи, мисливці тощо).

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.138. Діяльність центрального банку в умовах пандемії / І. В. Пасічник, Р. Д. Назаренко // Бізнес Інформ. - 2020. - № 6. - С. 245-251. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Виявлено особливості у реалізації монетарної політики в умовах посилення кризових явищ у світовій економіці, спричинених пандемією. Проаналізовано діяльність та зміни, внесені центральними

банками країн Європейського Союзу, США, Великою Британією, щодо регулювання фінансового сектора. Досліджено діяльність Національного банку України на початок 2020 р. з підтримки економіки, визначено основні заходи підтримки та прогнози монетарної політики на поточний і наступний рік. Основним інструментом монетарної політики НБУ є облікова ставка (ставка рефінансування). Змінюючи її значення, НБУ впливає на вартість грошових ресурсів — знижує для надання доступу або збільшує для обмеження доступу до коштів. За початок 2020 р. НБУ знизив облікову ставку до 8 % — для того, щоб допомоги бізнесу пережити час карантину. Визначено основні заходи центральних банків з підтримки банківської системи, фінансової стабільності та стимулювання ділової активності. До таких заходів можна віднести: надавання додаткової ліквідності банкам за допомогою інструментів монетарної політики; введення обмежень щодо операцій та діяльності комерційних банків та інші заходи. Ставки по кредитах рефінансування центральними банками Великої сімки були скоординовано зменшено, на наданий момент вони складають приблизно 0,25 %. Наведено пріоритетні шляхи розвитку подій та дії центральних банків по відновленню світової економіки. Центральні банки пом'якшують монетарну політику та забезпечують ліквідність економіки, щоб підтримувати кредитну активність банківських установ і забезпечити економіку необхідними ресурсами. Завдяки цим зусиллям зарубіжні країни, а також Україна, зможуть відновити економічне зростання.

Шифр НБУВ: Ж14572

1.Р.139. Дослідження поширеності лептоспірозу на території Львівської області із застосуванням ГІС-технологій / О. О. Зубач, І. І. Бень, О. Б. Семенишин, О. М. Зінчук // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 36-40. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Лептоспіроз є одним із найпоширеніших зоонозів на планеті. Визначення зон ризику інфікування цією недугою у Львівській області є актуальним із огляду на потребу в прогнозуванні епідситуації щодо захворюваності. Застосовано геоінформаційну систему (ГІС), яка дає змогу узагальнити інформацію про захворюваність людей на лептоспіроз і зараженість лептоспірозом основних господарів — мишоподібних гризунів на території Львівської області. Мета роботи — з'ясувати результативність застосування ГІС у дослідженнях лептоспірозу на території Львівської області з метою оцінити його поширення, визначити зони високого ризику інфікування. За допомогою ГІС із використанням програми QGIS 2.0.1 на основі попередньо створеної електронної структурованої бази даних за 2008 — 2019 рр. у програмі Microsoft Excel проаналізовано випадки лептоспірозу у людей та зараженості мишоподібних гризунів на території Львівської області. Статистичний аналіз відносних величин проведено за допомогою двобічного критерію Р. Фішера. Статистично достовірною вважали різницю, якщо $p < 0,05$. За допомогою ГІС-технологій здійснено пошарове нанесення випадків захворювання людей на лептоспіроз ($n = 259$) і зараженості мишоподібних гризунів ($n = 3524$) з урахуванням географічних координат даних на карту Львівської області. Найвища зараженість гризунів була в Лісостепу (13,16 %) порівняно з лісовою зоною (10,66 %) та зоною Українських Карпат (10,26 %), обидва $p < 0,05$. Подібну закономірність виявлено й щодо захворюваності людей на лептоспіроз: істотно частіше випадки хвороби фіксували у Лісостепу (62,94 %) порівняно з лісовою зоною (24,32 %) та зоною Українських Карпат (12,74 %), обидва $p < 0,001$. Висновки: застосування ГІС дало змогу отримати просторове уявлення про поширеність лептоспірозу на території Львівської області. Завдяки проведеному на основі ландшафтно-географічного поділу зонуванню території Львівської області визначено, що зоною найвищого ризику зараження лептоспірозом для людей є Лісостеп.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.140. Моделювання динаміки епідемій інфекційних захворювань в умовах дифузійних збурень / А. Бомба, С. Барановський // Фіз.-мат. моделювання та інформ. технології: наук. зб. - 2021. - Вип. 32. - С. 58-63. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Запропоновано модифікацію SIRS моделі епідемії для урахування впливу дифузійних збурень на динаміку поширення інфекійного захворювання. Сингулярно збурену модельну задачу із запізненням зведено до послідовності задач без запізнення, для яких шукані функції представлені у вигляді асимптотичних рядів як збурення розв'язків відповідних вироджених задач. Наведені результати числових експериментів, що ілюструють вплив просторово розподілених дифузійних перерозподілів на характер поширення інфекційного захворювання.

Шифр НБУВ: Ж72935

1.Р.141. Основні питання вакцинації дітей та підлітків проти COVID-19: (огляд) / Л. О. Ющенко, В. С. Олійник, О. В. Тихолаз, Г. І. Мантак, В. О. Тихолаз // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 55-65. - Бібліогр.: 63 назв. - укр.

На основі накопичених наукових даних визначено основні принципи специфічної імунопрофілактики COVID-19 у дітей та підлітків. Установлено, що лише дві вакцини — Pfizer-BioNTech (BNT162P2) "Comirnaty" та Moderna mRNA-1273 "Spikevax" — схвалені ВООЗ для екстреного застосування в дітей і тільки перша з них дозволена до використання в Україні. За даними результатів клінічних досліджень, обидві вакцини мають доведений профіль безпечності та ефективності. Існуючий на сьогодні аналіз небажаних явищ після вакцинації Pfizer-BioNTech (BNT162b2) "Comirnaty" та Moderna mRNA-1273 "Spikevax" вказує на сприятливий клінічний перебіг місцевих, системних реакцій і поствакцинального міокардиту з регресом симптомів у всіх пацієнтів. Ризик мультисистемного запального синдрому у дітей після гострої інфекції, можливість інших неблагоприємних наслідків інфекції SARS-CoV-2, імовірність тяжкого захворювання у дітей із супутніми захворюваннями залишаються вагомими причинами для вакцинації дітей і перевищують ризики можливих несприятливих подій після імунізації. З позиції глобального дефіциту вакцин у світі програми імунізації повинні бути зосереджені на групах із високим ризиком госпіталізації та смерті відповідно до Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19. Вакцинація проти COVID-19 дітей із наявними факторами ризику, супутніми захворюваннями, імунодефіцитними станами є пріоритетною. Перш ніж перейти до вакцинації дітей і підлітків із низьким ризиком тяжкого захворювання, слід здійснювати активне виявлення дітей з груп високого ризику та пропонувати їм вакцинацію з обгрунтуванням важливості її проведення. Незважаючи на широке впровадження вакцинації, потрібно дотримуватися відповідних профілактичних заходів для боротьби з COVID-19, утому числі фізичного дистанціювання, частого миття рук, носіння масок. Надзвичайно важливо підтримувати високі рівні охоплення вакцинацією проти інших інфекційних хвороб і не відстрочувати планової вакцинації дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.142. Пропагування вакцинації від COVID-19 у профілях програми "ТСН" в Instagram та Facebook / Н. Ф. Семен // Держава та регіони. Сер. Соц. комунікації. - 2021. - № 4. - С. 108-112. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета дослідження — проаналізувати особливості інформаційної кампанії щодо масової вакцинації від COVID-19 у профілях програми "ТСН" в Instagram та Facebook. У процесі дослідження використано метод аналізу для характеристики інформації про необхідність вакцинації від COVID-19, поданої в Instagram- та Facebook-профілях програми "ТСН"; метод аналогій та порівняння — для зіставлення інформації про щеплення від COVID-19 на аналізованих акаунтах "ТСН". Пости, що стосувалися вакцинації від COVID-19 у профілях Facebook та Instagram передачі "ТСН", було відібрано для дослідження за допомогою методу контент-аналізу. Застосовуючи метод узагальнення, вдалося дійти до логічних висновків та охарактеризувати особливості подачі інформації "ТСН" про необхідність вакцинації від COVID-19 у профілях Facebook та Instagram. Проаналізувавши акаунти програми "ТСН" в Instagram та Facebook, можна стверджувати, що тема вакцинації від COVID-19 тут не є топовою. Аналізовані профілі фокусуються на загальній інформації, статистиці захворювання по регіонах України, натомість рідко публікують пости про необхідність вакцинації від COVID-19. Оскільки вакцинація — це єдиний можливий метод вберегтися чи спростити перебіг COVID-19, виникає потреба у підвищенні рівня довіри до щеплення серед населення. Соціальні мережі, зокрема Instagram та Facebook, сьогодні є перспективним каналом в інформуванні громадськості про всі тонкощі вакцинування та його впливу на перебіг пандемії коронавірусу. У такі складні для людства часи медіа мають виробити чітку стратегію подачі інформації про необхідність вакцинації від COVID-19 на цих соціальних платформах. Для вироблення арсеналу таких навичок потрібно регулярно досліджувати прийоми,

що застосовують вітчизняні медіа в Instagram та Facebook для пропагування необхідності масової вакцинації. Результати можуть бути використані під час комплексних досліджень інформаційних кампаній українських медіа в Instagram та Facebook, а також для розроблення чіткої стратегії роботи українських ЗМІ під час висвітлення інформації про COVID-19 та вакцинацію від цієї недуги зокрема.

1.Р.143. Професор Лев Падлевський — директор бактеріологічного інституту / М. П. Чабан, З. І. Шевцова, В. В. Гапонов // Гастроентерол. - 2021. - **55**, № 4. - С. 280-285. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Наведено життєвий шлях лікаря-епідеміолога професора Лева Падлевського, який родом із Польщі. Він став першим директором бактеріологічного інституту в Катеринославі. Надано інформацію про його дружину Надію (уроджену Берестнєву) — відому піаністку, фундаторку білоруської фортепіанної школи. Трагічна доля спіткала синів Падлевських, які загинули у боротьбі з нацистами. Старший, Єжі, був архітектором, молодший, Роман, — композитором.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.144. Рекомендації щодо обмеження поширення COVID-19 у закладах охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 101-102. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.145. Світова економічна криза і пандемія COVID-19 та їх уроки для уряду країн / П. А. Орлов // Бізнес Інформ. - 2020. - № 6. - С. 30-40. - Бібліогр.: 32 назв. - укр.

Мета роботи — подальший розвиток концепції автора щодо соціальної відповідальності підприємств усіх видів діяльності та форм власності в сучасних умовах. Йдеться про забезпечення комфортних, безпечних умов праці та гідної оплати свого персоналу, розвиток соціальної інфраструктури, недопущення ухилення від сплати податків, забезпечення належної охорони навколишнього середовища, а також про використання соціально відповідального маркетингу (СВМ). Наведено авторські підходи до оцінки конкурентоспроможності соціально безвідповідальних підприємств. Конкурентоспроможність продукції як у короткостроковому, так і в довгостроковому періодах може бути помилковою, досягнутою за рахунок соціальної безвідповідальності підприємства та його маркетингу. Яскравим підтвердженням цього є скандал навколо німецької автомобілебудівної компанії "Volkswagen", який отримав назву "Dieselgate". Також обгрунтовано критерії ефективності економічної системи України та інших країн. Автор вважає, що в ООН оцінили потенційні соціально-економічні наслідки не тільки пандемії COVID-19, а і світової економічної кризи, яка продовжується для більшості країн. І ці наслідки багато в чому збігаються та їх неможливо розділити.

Шифр НБУВ: Ж14572

1.Р.146. Сучасні особливості епідемічного процесу вірусних інфекцій з аерозольним шляхом передачі у Сумській області / Н. Г. Малиш, М. В. Мацюк, А. В. Сенченко // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 115-123. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Вірусні інфекції з повітряно-крапельним механізмом передачі є одними із найбільш поширених інфекційних хвороб у світі. Їх актуальність зумовлена широким розповсюдженням та соціально-медичними наслідками. Мета роботи — дослідити динаміку захворюваності на вірусні інфекції з аерозольним шляхом передачі у Сумській обл., визначити рівень впливу соціальних і природних факторів на інтенсивність епідемічного процесу. Використано дані галузевої статистичної звітності МОЗ України, ДУ "Сумський обласний лабораторний центр", Головного управління статистики у Сумській обл., Сумського обл.і центру гідрометеорології. Застосовано епідеміологічні та статистичні методи дослідження. У Сумській області епідемічний процес аерозольних вірусних інфекцій характеризувався вираженою тенденцією до зниження захворюваності на грип ($T_{зн}^{сер}$ = – 6,2 %) та краснуху ($T_{зн}^{сер}$ = – 22,7 %), помірною — на епідемічний паротит ($T_{зн}^{сер}$ = – 2,4 %); високою інтенсивністю, без тенденції до зниження — на інші гострі респіраторні ($T_{зн}^{сер}$ = – 0,2 %); різким зростанням захворюваності — на кір ($T_{зн}^{сер}$ = – 23,1 %). Коронавірусну інфекцію, спричинену SARS-CoVV-2, було виявлено у 3 % населення. Середньобагаторічний показник проведення щеплень проти кору, краснухи та епідемічного паротиту вакциною КПК-1 та КПК-2 становив, відповідно, 70,9 % та 61,2 %. Встановлено зворотний кореляційний зв'язок між показниками вологості повітря, чисельністю населення, коефіцієнтами природного та міграційного руху і захворюваністю на кір ($p < 0,05$). Система епідеміологічного нагляду за інфекціями вірусної етіології з аерозольним шляхом передачі потребує нових підходів до розробки профілактичних заходів.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.147. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). COVID-19 vaccines for children and teens // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 81-83. - англ.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.148. COVID-криза як драйвер диджиталізації бухгалтерських процедур / К. О. Назарова, О. М. Мойсеєнко // Бізнес Інформ. - 2020. - № 6. - С. 227-234. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

COVID-криза — як прояв глобальної фінансово-економічної, соціальної та політичної кризи — є серйозним викликом для світу в цілому та України зокрема, але, разом із тим, вона стала ключовим поштовхом для прискорення тренду диджиталізації та диджитал-трансформації. Досліджено основні напрями диджиталізації облікових процедур під впливом COVID-кризи та з'ясовано проблемні питання, що виникають при впровадженні диджитал-технологій для цілей бухгалтерського обліку підприємств України. Наведено визначення поняття диджиталізації та її порівняння з диджитизацією на прикладі документування операцій для цілей бухгалтерського обліку. Виділено основні напрями диджиталізації бухгалтерських процедур — розширення застосування електронного документообігу, використання хмарних технологій, дистанційна (віддалена) робота. Визначено переваги використання можливостей диджитал-технологій в умовах дії карантину на всій території України. Обгрунтовано, що ефективність реалізації основних напрямів залежить від: подальшого вдосконалення процедур електронного документообігу як на рівні окремих підприємств, держав, так і на міждержавному рівні; підвищення рівня інформаційної безпеки для цілей використання хмарного ресурсу для зберігання даних, здійснення розрахунків, обміну даними, їх використання у зручній формі; виправлення дисбалансу між рівнями розвитку технологій та компетенцій бухгалтерських працівників.

Шифр НБУВ: Ж14572

1.Р.149. Examination of parents refusing administration of childhood vaccinations: Turkey example / Caner Baysan, Seher Palanbek Yavas, Mehmet Ugur Karabat // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 218-224. - Бібліогр.: 28 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчення рівня обізнаності, ставлення, усвідомлення ризику батьками при відмові від вакцинації та статусу вакцинації їх дітей у провінції Туреччини з низьким соціально-економічним рівнем. Матеріали та методи. До перехресного дослідження ввійшли 105 батьків (частка участі — 80,2 %), які відмовилися від вакцинації. Результати. Найбільш часто батьки відмовлялися від вакцини DaBT-IPA-Hib (90,5 %), а найменш часто — від вакцини БЦЖ (58,1 %). Виявлено, що ті, хто вважав, що вакцини не мають користі ($p = 0,003$), сумнівався в умісті вакцини ($p = 0,001$), не хотів вакцинації через свої релігійні переконання ($p = 0,006$) і вірив у природний імунітет ($p = 0,002$), були менш обізнані щодо вакцинації своїх дітей на статистично значущому рівні, ніж інша група. З огляду на частоту вакцинації, у необхідності якої вони переконані, вакцина проти гепатиту А має найвищий показник (35,0 %, n = 7), а вакцина БЦЖ — найнижчий (8,3 %, n = 1). Висновки: при оцінці причин відмови від вакцинації та переконання було виявлено, що основним джерелом інформації є надання медичними працівниками наукових доказів за допомогою різних методів комунікації (соціальні мережі).

Шифр НБУВ: Ж25721

Див. також: 1.Р.76, 1.Р.82, 1.Р.480, 1.Р.489, 1.Р.505, 1.Р.876, 1.Р.879

Загальна патологія

1.Р.150. Алергени та перехресна алергія / Т. О. Перцева, О. Є. Абатуров, Є. М. Дитятковська. - Дніпро: Ліра, 2023. - 278 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 205-278. - укр.

Розглянуто актуальну та недостатньо вивчену у сучасній медицині проблему перехресної алергії, викликаної різноманітністю алергенів. Докладно представлено номенклатуру, базу даних, моле-

кулярну структуру та функції алергенів різного походження. Надано детальне уявлення стосовно перехресної алергії та її джерел.

Шифр НБУВ: ВА864868

1.Р.151. Біологічна та медична механіка: навч. посіб. / О. О. Лебедь, С. О. Лебедь, О. В. Штрімайтіс; Нац. університет водного господарства та природокористування, Рівненська медична академія, Рівненська обласна рада. - Вид. 2-ге, змін. і допов. - Рівне: Волинські обереги, 2023. - 187 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 182-183. - укр.

Розглянуто механіку живих організмів, методики та прилади визначення їх фізичних і медичних характеристик на основі сучасних фізичних і біологічних методів діагностики. Подано інформацію про кінематичні характеристики живих організмів, механічні та реологічні властивості біологічних тканин, реологічні моделі біологічних тканин, центр мас органів людини, умови рівноваги в статиці. Увагу приділено біологічній та медичній апаратурі гемодинаміки, вимірюванню в'язкості крові, інфузійним приладам, вимірюванню тиску у плеврі. Задіяно апарат штучної підтримки роботи серця.

Шифр НБУВ: ВА865437

1.Р.152. Вибрані аспекти медичної генетики: навч. посіб. / С. М. Касян, В. О. Петрашенко, М. П. Загородний; ред.: О. І. Сміян; Сумський державний університет. - Суми: Сум. деж. ун-т, 2019. - 163 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 163. - укр.

Навчальний посібник містить інформацію про основні поняття, синдроми та захворювання медичної генетики. Наведено загальну характеристику моногенної патології. Звернено увагу на клініку і генетику окремих форм моногенних хвороб. Розглянуто спадкові хвороби обміну; принципи лікування спадкових хвороб, реабілітації та соціальної адаптації. Узагальнено загальну характеристику та клініку хромосомних хвороб.

Шифр НБУВ: ВА865586

1.Р.153. Епігенетичний вік та роль чинників метаболічно-асоційованих захворювань у прискоренні темпу старіння / О. В. Колеснікова, О. Є. Запровальна, А. В. Потапенко, Т. М. Бондар, А. О. Радченко // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 9-15. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета дослідження — встановити взаємозв'язок між чинниками метаболічно-асоційованих захворювань, маркерами передчасного старіння і біологічним віком у пацієнтів різних вікових груп. У дослідження було залучено 151 пацієнта без клінічних ознак серцево-судинних захворювань з наявними метаболічними порушеннями, які перебували на амбулаторному або стаціонарному лікуванні в Національному інституті терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України у період з 2019 до 2021 р. Середній вік обстежених становив (51,4 ± 12,1) року. Серед пацієнтів переважали жінки (62,3 %). Пацієнтів було розподілено на групи залежно від віку: група 1 (n = 22) — до 40 років, група 2 (n = 46) — 40—49 років, група 3 (n = 49) — 50—59 років, група 4 (n = 21) — 60—69 років, група 5 (n = 13) — 70—79 років. Усім пацієнтам проведено антропометричні вимірювання і клініко-біохімічні аналізи. Вміст у сироватці крові інсуліну, С-рективного білка, сиртуїну-1 (SIRT1) і відсоток глобального метилювання відповідно до рівня 5-метилцитозину (5-mc) визначали за імуноферментним методом. Прооксидантно-антиоксидантний баланс сироватки крові розраховували як співвідношення вмісту тотальних гідропероксидів і тотальної антиоксидантної активності. Молекулярно-генетичні дослідження передбачали визначення відносної довжини теломер лейкоцитів крові за методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу. Епігенетичний вік розраховували за допомогою епігенетичного годинника БМАт PhenoAge. Порівняння статистичних характеристик між групами та в динаміці спостереження проводили з використанням параметричних і непараметричних критеріїв залежно від типу даних. Для оцінки прогностичного значення досліджуваних чинників використовували метод логістичної регресії. Найбільшу кількість метаболічної патології та найменшу — ізольованої патології зареєстровано у пацієнтів віком 50—59 років. У цій групі пацієнтів аналіз вікових особливостей метаболічних порушень виявив нелінійну залежність з максимумом виявів. Результати кореляційного аналізу свідчили про наявність статистично значущого зв'язку між відсотком глобального метилювання та показниками антропометрії (індекс маси тіла, обвід талії та стегон, частка вісцерального жиру), рівнем тромбоцитів і швидкістю клубочкової фільтрації. До чинників, асоційованих із прискореним старінням, належали індекс інсулінорезистентності, рівень загального холестерину, SIRT1, глікозильований гемоглобін та довжина теломер лейкоцитів крові. Прискорення процесів старіння асоційовано як з метаболічними, так і з молекулярно-генетичними чинниками.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.154. Засновник Тернопільської школи патофізіологів: до 110-річчя з дня народж. Еммануїла Наумовича Бергера / В. В. Файфура, Ю. І. Бондаренко, О. В. Денефіль. - Тернопіль: ТНМУ: Укрмедкнига, 2020. - 163 с.: іл., фот. - Бібліогр.: с. 152-162. - укр.

Висвітлено життєвий і творчий шлях видатного вченого-патофізіолога, засновника кафедри патологічної фізіології Тернопільського медичного інституту, талановитого педагога, громадського діяча, професора Еммануїла Наумовича Бергера, 110-річчя з дня народження якого відзначила громадкість 2020 року. Зазначено, що він пройшов не легкий і складний, а разом з тим плідний науковий шлях, залишивши у спадок наступному поколінню свої ідеї. 12 квітня 1957 році у Тернополі було створено медичний інститут і на посаду завідувача кафедри патологічної фізіології з Харкова було направлено Еммануїла Наумовича Бергера. Задокументовано, як покоління лікарів, котрим він дав путівку в життя, згадують його з теплотою, насамперед як чудового лектора з притаманною йому академічного стилю, бездоганною логікою і доступністю викладу. Він заклав науковий напрямок, який розробляють його учні і до нині.

Шифр НБУВ: ВА863781

1.Р.155. Оптимізоване життєзабезпечення при ненавмисному загальному переохолодженні організму (науково-літературний огляд) / О. В. Кравець, В. В. Єхалов, В. А. Сединкін // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 12-20. - Бібліогр.: 54 назв. - укр.

Серцево-легенева реанімація в умовах ненавмисного загального переохолодження організму являє собою певну медико-соціальну проблему сучасності. Викладено особливості діагностики зупинки кровообігу в умовах вираженої загальної гіпотермії, проведення реанімаційних заходів на догоспітальному та госпітальному етапах, маршрут пацієнтів та принципи прогнозування результату критичних станів.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.156. Особливості функціонального стану автономної нервової системи під впливом глибокого дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку: монографія / О. С. Паламарчук; Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет" . - Ужгород: Говерла, 2021. - 127 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 100-121. - укр.

Присвячено вивченню впливу глибокого дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку на функціональний стан автономної нервової системи здорових осіб за даними варіабельності серцевого ритму із можливістю його використання для корекції автономних дисфункцій. Отримані дані поглиблюють уявлення про фізіологічні механізми участі автономної нервової системи у процесах адаптації до ментальних стресорів. Основні наукові результати дозволять запропонувати методи оптимізації розумової діяльності осіб, зайнятих операторською діяльністю на електронно-обчислювальних пристроях. Розглянуто метод біологічного зворотного зв'язку та його вплив на варіабельність серцевого ритму: біологічний зворотний зв'язок як метод лікування та профілактики захворювань; контури біологічного зворотного зв'язку та його технології; варіанти методик біологічного зворотного зв'язку; варіабельність серцевого ритму та її фізіологічна інформативність; спосіб життя і варіабельність серцевого ритм; вплив віку, статі та генетики на ВСР; серцево-судинні фактори ризику; клінічне застосування біологічного зворотного зв'язку. Визначено методику оцінки функціонального стану автономної нервової системи: дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР); вплив на функціональний стан АНС шляхом глибокого дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку; комплексна оцінка адаптаційних резервів організму за допомогою розрахунку показника активності регуляторних систем (ПАРС) за Баєвським Р.М.

Шифр НБУВ: ВА863890

1.Р.157. Поліморфізм гена FABP2(Ala54Thr) і антропометричні, ліпідні та глюкометаболічні показники під час розширення фізичних навантажень / І. Р. Комір, Н. Ю. Ємельянова, Л. Л. Пєтєньова // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 44-51. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити вплив поліморфних варіантів гена FABP2 (Ala54Thr) на зміну антропометричних параметрів і показ-

ники вуглеводного та ліпідного обміну в осіб з різною фізичною активністю. Проаналізовано результати обстеження 176 пацієнтів (128 (72,7 %) жінок і 48 (27,3 %) чоловіків) віком від 37 до 57 років із низьким та помірним серцево-судинним ризиком, які перебували на обстеженні та лікуванні в клініці Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України. Генотипування поліморфізму Thr54Ala 163G > A, rs179988346A > G здійснювали за методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу з використанням набору реагентів "SNP-Экспресс-Shot" ("Литех"). Концентрації загального холестерину і фракції ліпопротеїнів (тригліцериди, холестерин ліпопротеїнів високої та низької густини) визначали за ферментативним методом, рівень глікемії — за глюкозооксидазним методом. Фізичну активність оцінювали за опитувальником IPAQ (International Questionnaire on long Physical Activity), м'язову силу — за допомогою динамометра CAMRY, EH101. Склад тіла визначали з використанням методу біоімпедансу (ваги OMRONHJ-203-EK). Програма тренувань передбачала три етапи: розминка (10 хв), основна аеробна програма (43 хв), розтяжка та дихальні вправи (7 хв). Для статистичного аналізу використовували SPSS IBM, версія 17.0. Аналіз антропометричних показників продемонстрував, що різниці за величиною індексу маси тіла (IMT) та даними біоімпендансметрії між групами не виявлено, хоча відзначено тенденцію у групі з варіантом AA до нижчого IMT ($p > 0,05$), меншої частки жирової тканини ($p > 0,05$) і більшої сили ($p > 0,05$). Через 12 тиж. спостереження зареєстрували статистично значущу різницю за зниженням величини IMT, відсотка жирової тканини, результатом каліперометрії та збільшенням м'язової сили в усіх групах. При аналізі ліпідного профілю залежно від генотипу поліморфного FABP2 (Ala54Thr) виявлено, що носії варіанта AA мали статистично значущо вищі показники загального холестерину у порівнянні з носіями варіанта GG (6,20 [5,62 — 7,61] та 5,09 [4,50 — 6,20] ммоль/л. Не встановлено статистично значущої різниці за показниками вуглеводного обміну, рівнем глюкози натще і глікованого гемоглобіну ($p > 0,05$). Через 12 тиж. тренувань у всіх групах відзначено зниження вмісту глюкози натще та глікованого гемоглобіну, але лише для варіанта AA гена FABP2 (Ala54Thr) зниження рівня глюкози було статистично значущим (з 5,72 [4,68 — 7,00] до 4,65 [4,18 — 6,00] ммоль/л, $p = 0,05$). При аналізі генетичних чинників та оцінки розподілу за групами поліморфних варіантів гена FABP2 (Ala54Thr) значних відмінностей у локусах гена не виявлено. Встановлено зниження IMT через 12 тиж. тренувань лише у 68,5 % пацієнтів. Носії варіанта GG мали більший IMT протягом усього періоду спостереження.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.158. Про використання піддослідних тварин в освітньому процесі / Ю. В. Шкатула, Ю. О. Бадіон // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 95-100. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — оцінювання можливості, необхідності та доцільності проведення дослідів на тваринах під час навчання студентів-медиків для визначення можливих альтернатив. Проведено анонімне неперсоніфіковане анкетування 83 лікарів-інтернів. Під час анкетування з'ясовували мету проведених дослідів, види тварин, методи знеболювання, роль респондента у процесі проведення експерименту та рівень одержаних знань. За бажанням респонденти пропонували альтернативу дослідам на тваринах під час здійснення навчального процесу. Установлено, що 47 % анкетованих сприймають проведення дослідів на тваринах під час навчання як обов'язкову, традиційну і загальноприйняту практику. Значна частина респондентів (33,7 %) висловила думку про повну відсутність одержаної нової інформації, 47 % назвали рівень одержаних знань помірним, лише 19,3 % — суттєвим. Висновки: практику проведення дослідів на тваринах необхідно привести у відповідність до законодавчих вимог. Неприпустимо використовувати тварин із навчальною метою, якщо ця мета може бути досягнута іншими шляхами. Експерименти на тваринах виправдані лише в тому разі, якщо є всі підстави очікувати, що їх результати суттєво сприятимуть вирішенню актуальних наукових завдань. Розробка й імплементація альтернативних інноваційних методів навчання надасть змогу підвищити ефективність засвоєння знань та навичок і ліквідувати практику проведення експериментів на тваринах.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.159. Роль вродженої імунної системи у розвитку алергічних захворювань / О. Є. Абатуров, Т. О. Перцева, Є. М. Дитятковська, А. О. Нікуліна. - Дніпро: Ліра, 2023. - 403 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 265-403. - укр.

Розглянуто актуальну та недостатньо вивчену у сучасній медицині проблему, роль вродженої імунної системи у розвитку алергічних захворювань. Докладно наведено дані стосовно молекулярної структури та патогенетичного значення образ-розпізнавальних рецепторів вродженої імунної системи у розвитку алергічних захворювань. Надано детальне уявлення про роль цитокінів і хемокінів при алергічних захворюваннях. Окрему увагу зосереджено на особливостях впливу медикаментозного регулювання активності PRR та інфламасом на перебіг алергічних захворювань.

Шифр НБУВ: ВА864870

1.Р.160. Analysis of color properties of raster images of histological microspecimens: own research experience / M. D. Ivanova, M. S. Myroshnychenko, G. I. Khara, O. V. Arseniev, V. O. Olkhovsky, E. K. Grygorian, Yu. Ya. Fedulenkova, S. V. Kozlov // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 9-15. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Мета дослідження — розробка комп'ютерної програми, яка б дозволила провести аналіз кольорових властивостей растрових зображень гістологічних мікропрепаратів, які використовуються в патологічній анатомії та судовій медицині. При розробці комп'ютерної програми використовувалася система побудови клієнтських додатків — Windows Presentation Foundation (WPF). Система дозволяє створювати додатки з візуально привабливими можливостями взаємодії з користувачем. Мова програмування — C. Використано базові графічні можливості системи NET Framework. Для прискорення відображення застосована подвійна буферизація. Під час проведеного дослідження розроблено сучасну комп'ютерну програму "Аналіз кольорових властивостей растрових зображень", яка дозволяє проаналізувати колір кожного окремого пікселя фотографії в кольорових моделях RGB і Lab, порівнювати кольори і яскравість окремих пікселів, вибирати групи точок і визначати статистичні характеристики вибраних груп. На фотографіях, кольорові властивості яких досліджуються за допомогою програми "Аналіз кольорових властивостей растрових зображень", характерні точки добре помітні. Комп'ютерна програма "Аналіз кольорових властивостей растрових зображень" представляє істотний науковий і практичний інтерес для фахівців як в області морфології (патологоанатомів, судово-медичних експертів та ін.), так і у сфері інших медико-біологічних дисциплін.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.230, 1.Р.235, 1.Р.257, 1.Р.259, 1.Р.272, 1.Р.276, 1.Р.342, 1.Р.371, 1.Р.379, 1.Р.390, 1.Р.529, 1.Р.533, 1.Р.758, 1.Р.765

Медична мікробіологія та паразитологія

1.Р.161. Біологічні властивості екологічних культур Mycobacterium vaccae / І. А. Бібен, О. І. Сосницький, В. В. Зажарський, А. О. Сосницька // Наук.-техн. бюл. Держ. н.-д. контрол. ін-ту вет. препаратів та корм. добавок і Ін-ту біології тварин. - 2021. - Вип. 22, N 1. - С. 38-51. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Прокаріоти genus Mycobacterium займають важливе еволюційно-історичне місце в системі мікроорганізмів прокаріотичної і еукаріотичної організації в біосфері Землі. Велике видове різноманіття прокаріотів genus Mycobacterium з'явилось внаслідок дивергенції прабатьківського виду сапронозного типу існування при грунтоутворенні у процесі літотрофної деградації навколишнього середовища архейними формами і до найвищого ступеня біопаразитизму у вигляді вузькоспеціалізованих інфектопатогенів з вираженою патогенністю, інвазивністю і потенційною здатністю приживатись в антагоністично налаштованому імунокомпетентному внутрішньому середовищі макроорганізму з дуже високорозвиненою і ефективною імунною системою нагляду за генетичним гомеостазом організму з її парадигмою толерантності до всього генетично свого і категоричною нетерпимістю до всього, що є носієм генетично чужорідної інформації. Лише незначна кількість видів мікобактерій адаптувалась до внутрішнього середовища еукаріотичних організмів за рахунок репресії власними факторами патогенності імунних механізмів лімфоїд-

ної системи макроорганізму. Значно ефективнішим був шлях симбіонтних відносин, взаємовигідний міжпопуляційно. В результаті довготривалого еволюціонування міжвидових відносин виник динамічний мікробіальний орган і мікробіота товстого кишечника, яка представлена індигенними і транзиторними мікробіонтами, серед яких важливе місце займає Mycobacterium vaccae. За загальноприйнятими бактеріологічними методами ізолювали і ідентифікували екологічні штами "K", "N", "Gk", "Gn" Mycobacterium vaccae та вивчили їх базисні властивості. Штами володіли характерними для виду Mycobacterium vaccae морфоітинкторіальними, культуральними і біохімічними властивостями, були апатогенними для лабораторних тварин при парентеральному введенні, при цьому індукували короткострокову сенсибілізацію до мікобактеріальних антигенів у вигляді ГЧСТ. Інфекційний мікобактеріальний процес супроводжувався синтезом специфічних Ig, які виявлялись в РПГА в титрах пропорційних інфікувальній дозі прокаріот, але це не має діагностичної цінності внаслідок варіабельності титрів Ig. У курчат-бройлерів на відгодівлі за пероральної дачі впродовж двох тижнів в дозі 500 мг/50 см^3 однократно на добу екологічні штами "K", "N", "Gk", "Gn" Mycobacterium vaccae стимулювали метаболізм, підвищили приріст живої маси тіла та посилили протективні потенції неспецифічної форми імунної реактивності макроорганізму.

Шифр НБУВ: Ж72108

1.Р.162. Дослідження структурних особливостей взаємодії S-протеїну SARS-CoV-2 з ліпідними мембранами методом малокутового розсіяння нейтронів / Д. В. Соловйов, О. І. Іваньков, Л. А. Булавін, І. Ю. Дорошенко, М. М. Онук // Вісн. Київ. нац. ун-ту. Сер. Фіз.-мат. науки. - 2021. - Вип. 2. - С. 127-130. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

За допомогою методу малокутового розсіяння нейтронів проведено дослідження впливу S-протеїну коронавірусу SARS-CoV-2 на структурні параметри модельної ліпідної мембрани на системах диміристоїлфосфатидилхоліну (ДМФХ) з домішками холестерину та мелатоніну. Висунуто припущення, що збільшення концентрації мелатоніну в мембрані запобігає взаємодії коронавірусного S-протеїну з ліпідною мембраною клітини. За присутності домішок холестерину в системі взаємодія ліпідної мембрани з активною частиною S-протеїну відбувається залежно від фазового стану ліпіду: у випадку гель-фази взаємодія не відбувається, а у рідкокристалічній фазі додавання RBD SARS-CoV-2 в систему призводить до зменшення товщини мембрани.

Шифр НБУВ: Ж28079:Фіз.-мат.

1.Р.163. Каталог мутацій мікобактерій туберкульозного комплексу та їхніх асоціацій з медикаментозною резистентністю // Туберкул. леген. хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 82-89. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.164. Коронавіруси тварин — нові перспективи для досліджень коронавірусів людини: [монографія] / З. С. Клестова. - Київ: Спрінт-Сервіс, 2020. - 257 с.: рис., табл. - Бібліогр. в кінці розд. - укр.

Проведено експериментальні дослідження з вивчення змін властивостей коронавірусів тварин та виявлення ряду закономірностей за дії різних чинників. Доповнено оглядом наукової літератури щодо структури, функціонування та пошуку ефективних протикоронавірусних препаратів з визначення нових перспектив зменшення ризиків від COVID 19. Висвітлено аспекти in vitro та in vivo взаємодії коронавірусу різних штамів з чутливою клітиною та організмами, вплив на геном, зміни їх властивостей під час довготривалого зберігання за різних температурних умов. Окреслено визначення популяційних змін вірусу та міжштамових відмінностей, що важливо для розуміння еволюції збудника, електронно-мікроскопічні дослідження з морфології та виявлення особливостей різних стадій клінічного перебігу коронавірусної інфекції. Розглянуто проведення біопроби на чутливих організмах, пошук та підбір перспективних противірусних сполук рослинного і штучно синтезованого походження, що дозволяє як пояснити, так і змінювати деякі біологічні властивості вірусу, врахування яких сприятиме зменшенню ризиків від COVID.

Шифр НБУВ: ВА863399

1.Р.165. Сучасний стан розробок та досліджень нових вакцин-кандидатів проти туберкульозу (огляд літератури) / Н. А. Мацегора, А. В. Капрош // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 48-57. - Бібліогр.: 33 назв. - укр.

Для системного аналізу наукової літератури щодо сучасного стану розробки нових протитуберкульозних вакцин розглянуто 147 літературних джерел за запитами Tuberculosis vaccine, Vaccine prevention of tuberculosis, детально вивчено 33 із них. За даними звіту ВООЗ, на стадії клінічних випробувань перебувають 14 кандидатів на вакцину проти туберкульозу: вакцини AEC/BC02, Ad5 Ag85A та ChAdOx185A-MVA85A — у фазі 1, MTBVAC, ID93+GLA-SE, TB/FLU-04L і GamTBvac — у фазі 2а, підсилювачі DAR-901, H56:IC31, M72/AS01, ревакцинація БЦЖ та вакцини RUTI — у фазі 2б, VPM1002 та MIP/Immuvac — у фазі 3. Протитуберкульозні вакцини-кандидати різноманітні за типом і призначенням. За типом вакцини бувають: субодиничні, векторні, генетично модифіковані живі рекомбінантні, призначені для поліпшення існуючої вакцини БЦЖ, живі ослаблені, які містять Mycobacterium tuberculosis, інактивовані. Субодиничні протитуберкульозні вакцини містять очищені імуноактивні білкові компоненти, виділені від M. tuberculosis, з додаванням ад'юванта, для посилення їх імуногенних властивостей. Рекомбінантні живі вакцини використовують живий вектор для доставки гетерологічних антигенів, які викликають імунну відповідь. Ослаблені живі вакцини містять варіант живого патогенного організму, який був ослаблений, для запобгання виникненню серйозних захворювань при введенні. Інактивовані вакцини проти туберкульозу створено для профілактики та лікування ТБ, та продовжують досліджуватися. Це вакцини з інактивованими цілими бактеріями або їх фрагментами розщеплення, підготовлені фізично або хімічно. Вакцини-кандидати вивчають у різних цільових групах для доконтактної та післяконтактної профілактики, протирецидивної профілактики і терапевтичної вакцинації, а також для запобігання активації латентної туберкульозної інфекції у інфікованих вірусом імунодефіциту людини та контактних осіб. Результати останніх клінічних досліджень мають важливе значення для усунення прогалин у знаннях і демонструють цінність нових стратегій вакцинації проти туберкульозу для ендемічних країн.

Шифр НБУВ: Ж100471

Див. також: 1.Р.321, 1.Р.338, 1.Р.688, 1.Р.746, 1.Р.905

Фармакологія. Фармація. Токсикологія

1.Р.166. До 80-річного ювілею патріарха фармації професора Грошового Тараса Андрійовича / В. В. Трохимчук, А. В. Кабачна, С. Г. Убогов, В. О. Борищук, В. С. Гульпа // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 3-4. - укр.

Фармацевтична спільнота країни вітає доктора фармацевтичних наук, професора, завідувача кафедри організації і економіки фармації з технологією ліків Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського Грошового Тараса Андрійовича з ювілеєм. Він народився 26 листопада 1941 р. у с. Леханівка на Тернопільщині. Це надзвичайно талановитий і відданий фармації вчений. Своєю невтомною працею він добре послужився справі на фармацевтичній ниві як вчений і педагог. Після закінчення фармацевтичного факультету Львівського державного медичного інституту Тарас Андрійович працював завідувачем аптек м. Борислав Львівської обл., у 1968 р. вступив до аспірантури на кафедру технології ліків Львівського медичного інституту. Після захисту кандидатської дисертації у 1971 р. його було прийнято асистентом цієї кафедри. У 1975 р. Тараса Андрійовича було запрошено на роботу асистентом кафедри технології ліків Запорізького державного медичного університету. На цій кафедрі він виконав наукову роботу та захистив докторську дисертацію, йому присвоєно звання професора. У 1989 р. Грошового Т. А. було призначено завідувачем кафедри організації та економіки фармації, на якій він пропрацював до 1997 р. У 1997 — 2002 рр. він працював заступником президента ВАТ "Галичфарм" та за сумісництвом — професором кафедри технології ліків із курсом промислової фармації Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. На початку 2000 рр. Тараса Андрійовича запросили в Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, де він був залучений до створення фармацевтичного факультету, а з 2002 р. його було призначено деканом фармацевтичного факультету та завідувачем кафедри фармацевтичних дисциплін. Зараз Тарас Андрійович працює завідувачем кафедри організації і економіки фармації з технологією ліків цього універ-

ситету. Він знаний в Україні і за її межами вчений, користується авторитетом серед фармацевтичної спільноти. Серед вагомих його наукових досліджень і розробки по вдосконаленню технології таблетованих лікарських препаратів, розробки щодо створення м'яких лікарських форм, наукові рекомендації щодо оптимізації багатофакторних процесів технології ліків за допомогою математичного планування експерименту, розробки щодо проведення промислового маркетингу. У співавторстві Тарас Андрійович створив п'ять лікарських препаратів, що у промислових масштабах виготовляли в країні, автор близько 700 наукових праць, серед них 4 монографії, 35 авторських свідоцтв та винаходів. Автор трьох навчальних посібників. Він підготував 3 доктора та 25 кандидатів. Серед вагомих наукових праць відзначено такі монографії: "Биофармацевтические и технологические аспекты создания лекарственных препаратов" (Тбілісі, 1987 р., у співавторстві); у 2007 р. підготовлено та видано працю "Фармація Тернопільщини. Минуле і сьогодення" під його авторством про діяльність з фотографіями та біографічними даними.

1.Р.167. Фармакологія: підручник / Л. Д. Болібрух, А. М. Кричковська, В. І. Лубенець; Національний університет "Львівська політехніка". - Львів: Левада, 2023. - 254 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 253-254. - укр.

Стисло та в доступній формі розглянуто основні групи лікарських засобів, які широко застосовуються у сучасній медичній практиці. Висвітлено базові положення фармакокінетики та фармакодинаміки основних груп лікарських препаратів, їх фармакотерапевтичну дію та побічні ефекти. Класифікацію лікарських засобів подано а урахуванням їх фармакологічної дії, клінічного застосування. Наведено короткі дані про патогенез захворювань, для лікування яких використовуються певні групи лікарських засобів. Особливу увагу приділено показанням і протипоказанням до застосування лікарських препаратів у медичній практиці, заходам щодо запобігання та лікування їх побічної дії.

Шифр НБУВ: ВА863932

Див. також: 1.Р.320, 1.Р.324

Фармакологія

1.Р.168. Мелатонін: біологічна роль та оптимізація його застосування: (огляд літ.) / В. П. Пішак, М. І. Кривчанська, М. О. Ризничук, О. Р. Булик, Ю. Р. Лукань // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 86-90. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Мета роботи — систематизувати дані літератури про мелатонін, його біологічну роль, ефективність терапії за різних патологічних станів у людини. Висновок: враховуючи те, що мелатонін секретується в різних органах і тканинах і залучений до молекулярних механізмів патологічних процесів, препарати мелатоніну можна розглядати для оптимізації лікування соціально значущих хвороб. Подальші дослідження мелатоніну також можуть сприяти розробці нових підходів для профілактики та лікування вікової патології.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.169. Оценка влияния ряда природных и модифицированных полисахаридов на микровязкость мембран эритроцитов крыс методом спиновых зондов / Л. В. Иванов, Е. В. Щербак, М. Т. Картель // Поверхня: зб. наук. пр. - 2020. - Вип. 12. - С. 327-336. - Библиогр.: 14 назв. - рус.

Исходя из собственных данных относительно фармакокинетики нитазола при его пероральном введении кроликам проанализированы различные аспекты его использования в качестве вспомогательных веществ при создании лекарственных форм с регулированным всасыванием крахмала, карбоксиметил-, диалдегидкрахмала, альгината натрия и хитозана. Выполненный анализ фармакокинетических кривых выявил корреляцию между наличием и величиной отрицательного заряда в полимере производных крахмала с одной стороны и увеличением биодоступности нитазола с другой — скорости всасывания, оцениваемой по t_{max} и из уравнений, описывающих кривые в рамках одночастевой модели со всасыванием. Можно предположить, что изменение биодоступности нитазола в присутствие производных крахмала связано с ион-ионным или ион-дипольным взаимодействием положительно заряженной иминной группы нитазола и отрицательно заряженных групп производных крахмала. Очевидно, в механизме всасывания нитазола лимитирующей стадией является стадия растворения нитазола в желудке. Так как всасывание нитазола может также зависеть от микровязкости мембран клеток стенки желудка, изучено влияние вышеназванных полисахаридов на микровязкость мембран эритроцитов, как модельных клеток. Выявлено заметное влияние только хитозана на микровязкость мембран эритроцитов (образование полиэлектролитного комплекса), при котором происходила некоторая иммобилизация конформационной подвижности липидного бислоя мембран клеток при связывании противоположно заряженного хитозана с поверхностью мембран эритроцитов. Остальные отрицательно заряженные полисахариды существенно не влияли на микровязкость мембран, видимо из-за процессов электростатического отталкивания от клеток эритроцитов. Совокупность полученных данных расширило наши знания о механизмах возможного влияния высокомолекулярных полисахаридов на биодоступность различных лекарственных веществ при создании препаратов с регулированным всасыванием.

Шифр НБУВ: Ж68643

1.Р.170. Порівняльне вивчення специфічної активності супозиторіїв ректальних із клопідогрелем / І. Л. Кечин, В. В. Гладишев, О. Л. Дроздов, О. Б. Харапонова, С. А. Гладишева // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 314-319. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Один из наиболее эффективных препаратов для тромбоцитарной антиагрегации — клопидогрель, угнетающий активацию тромбоцитов путем селективного связывания аденозиндифосфата (АДФ) со специфическими рецепторами. В ряде клинических ситуаций необходимо получить выраженный антитромботический эффект в максимально сжатые сроки, что обусловливает интерес к трансмукозному применению препарата, в частности ректальному. Теоретические предпосылки для разработки ректального пути введения клопидогреля базируются на данных о том, что антиагрегационный эффект вещества осуществляется его основным метаболитом, образующимся после "первого печеночного прохождения", тогда как сам клопидогрель в этом аспекте не активен. Сотрудники кафедры технологии лекарств Запорожского государственного медицинского университета на основании комплексных физико-химических, фармакотехнологических, биофармацевтических, реологических и микробиологических исследований предложили рациональный состав ректальной лекарственной формы клопидогреля — суппозиториев на гидрофильном носителе для предотвращения атеротромботических событий у пациентов с инфарктом миокарда, острым коронарным синдромом, ишемическим инсультом, окклюзионной болезнью периферических артерий. Цель работы — исследование специфической активности суппозиториев ректальных с клопидогрелем. Объект доклинических исследований — экспериментальные суппозитории с клопидогрелем 0,075 г для ректального введения. Способность клопидогреля ослаблять ингибирующее действие АДФ на активность аденилатциклазы и снижение числа мест связывания для 2-метилтио-АДФ (аналог АДФ) без изменения рецепторной аффинности положена в основу методики сравнительного изучения его специфической активности в ректальной лекарственной форме (суппозитории) и референтного препарата Плавикс ("Санофи Винтроп Индастриа", Франция) в форме пероральных таблеток. Исследования провели на белых нелинейных крысах обоих полов массой 150 — 210 г и в возрасте 3,5 — 5,0 месяца. Установлены статистически значимые различия по ингибированию индуктируемой агрегации тромбоцитов через 6 часов при ректальном введении клопидогреля и при внутрижелудочном введении референтного препарата, свидетельствующие об эффективности ректального аппликационного трансмукозного введения этого активного фармацевтического ингредиента (АФИ). На 5 сутки введения препаратов ингибирование индуктируемой агрегации тромбоцитов значительно увеличивается, что подтверждается данными научной литературы о накопительном эффекте клопидогреля при ежедневном употреблении. Отмечено, что ректальное введение клопидогреля эффективнее по сравнению с пероральным и, вероятно, связано с быстрой доставкой АФИ в печень и образованием активного метаболита клопидогреля, имеющего ингибирующий эффект относительно индуктируемой и спонтанной агрегации тромбоцитов в крови животных и человека. Результаты исследования дают весомые аргументы в пользу создания суппозиториев ректальных с клопидогрелем, поскольку в клинических условиях более

быстрое достижение антиагрегационного эффекта у пациентов с острым коронарным синдромом — первоочередное задание клинической фармакологии и фармации.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.171. Прогнозування біологічної активності похідних амінометансульфонової кислоти / П. Б. Антоненко, Р. Є. Хома, Я. В. Рожковський, В. Й. Кресюн // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 113-121. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Одним із найперспективніших шляхів розробки потенційних лікарських препаратів залишається спрямований синтез нових сполук, у тому числі серед похідних амінометансульфонової кислоти (AMSA). Мета дослідження — оцінка потенційної біологічної та фармакологічної активності низки похідних AMSA за допомогою комп'ютерної системи PASS. Розрахунок потенційної біологічної активності похідних AMSA проводили за допомогою PASS (Prediction of Activity Spectra for Substances). Показник (імовірності) P_a від 0,7 до 1,0 свідчить про високу ймовірність активності. Досліджено: N-(2-гідроксиетил)-AMSA (HEAMSA), N-(пропіл)-AMSA (PrAMSA), N-(бутил)-AMSA (BuAMSA), N-(трет-бутил)-AMSA (tBuAMSA), N-(гептил)-AMSA (HpAMSA), 4-(N-феніламінометил)феніл-AMSA (PhAMPhAMSA), N-(бензил)-AMSA (BzAMSA). За результатами дослідження в чотирьох сполук (HEAMSA > BzAMSA > PrAMSA > tBuAMSA; P_a = 0,702 — 0,822) передбачається здатність пригнічувати глікозилфосфотидилінозитол фосфоліпазу D, що вказує на можливість пригнічувати ріст пухлинних і стовбурових клітин. Сполуки HEAMSA, PrAMSA, BuAMSA, tBuAMSA, HpAMSA виявили здатність пригнічувати екзорибонуклеазу II, що зумовлює наявність противірусної активності. Практично всі досліджувані сполуки ймовірно пригнічують активність ферментів ендоглюкозилцерамідази та цукор-фосфатази, що може зумовлювати гіпоглікемічну активність. При цьому за останньою активністю P_a = 0,732 — 0,815, а за силою дії сполуки розташувались наступним чином: HpAMSA > BuAMSA > PrAMSA > HEAMSA > tBuAMSA > BzAMSA. У всіх досліджених похідних AMSA, крім BzAMSA, прогнозується антигіпоксична активність, за силою якою сполуки розташувались наступним чином: BuAMSA > HpAMSA > HEAMSA > PrAMSA > tBuAMSA > PhAMPhAMSA (P_a = 0,705 — 0,814). Сполуки HEAMSA і PrAMSA можуть викликати анксіолітичну дію, сполука tBuAMSA — аналгетичну дію, PhAMPhAMSA — антипіретичну дію, сполуки BuAMSA, HpAMSA можуть пригнічувати про-опіомеланокортин (POMC) конвертуючий фермент. POMC є прогормоном, з якого утворюються адренокортикотропний і меланоцит-стимулюючий гормони, а також бета-ліпотропін і бета-ендорфін. Тому пригнічення процесу лізису POMC може впливати на ендокринну й антиноцицептивну системи. Наведені дані свідчать про перспективність доклінічного дослідження нових похідних амінометансульфонової кислоти.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.172. Протизапальна активність комбінованого рослинного засобу "Панкрео-Плант" / Л. М. Трутаєва, Н. А. Цубанова // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 305-312. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Сучасні дослідження з вивчення фармакологічних ефектів лікарської рослинної сировини та її біологічно активних компонентів дають змогу обгрунтовано використовувати їх у розробці складних фітопрепаратів для фармакотерапії різних захворювань, зокрема, печінки. Такі препарати мають ряд відомих переваг перед синтетичними засобами. Широкий спектр фармакологічної дії дає можливість комплексно впливати на різні прояви патологій печінки, що також зменшує навантаження на хворий орган за рахунок зменшення кількості одночасного прийому декількох лікарських засобів. Мета дослідження — експериментальне вивчення протизапальної активності комбінованого рослинного засобу "Панкрео-Плант". Експерименти проводили на самцях і самках щурів вагою 180—200 г. Вивчення протизапального ефекту рослинного засобу "Панкрео-Плант" проводили на моделі карагенінового та зимозанового набряку лапи в щурів. Активність препаратів оцінювали за спроможністю знижувати набряк порівняно з групою контрольної патології. У ході експерименту встановлено, що Панкрео-Плант виявляє найбільшу протизапальну активність у перші 2 год запалення, що підтверджує його високу антиліпооксигеназну активність. Слід зазначити, що за протизапальною дією в перші години гострого зимозанового запалення досліджуваний препарат перевищує активність диклофенаку натрію та відомого засобу кверцетину з доведеною антиліпооксигеназною активністю. Засіб "Панкрео-Плант" у діапазоні доз 36 — 90 мг/кг виявляє протизапальну активність на моделі гострого карагенінового набряку. Обрано оптимальну дозу, яка становить 72 мг/кг. За умов зимозанового набряку підтверджено виразну протизапальну дію засобу "Панкрео-Плант" у дозі 72 мг/кг, яка в певні терміни експерименту перевищує ефективність референс-препаратів диклофенаку натрію та кверцетину. Саме цю дозу рекомендовано для подальших досліджень з вивчення фармакологічних ефектів досліджуваного фітозасобу за умов патології печінки різного генезу.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.173. Розробка рідкої лікарської форми для інтраназального введення на основі адемолу / С. І. Семененко, Б. С. Бурлака, К. А. Бурлака, О. М. Семененко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 3. - С. 205-213. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Останнім часом проводяться дослідження по створенню назальних форм, які можуть використовуватись для транспортування активно діючих сполук системної дії. Сьогодні розроблені назальні форми з наркотичними і ненаркотичними аналгетиками, гормональними препаратами, вакцинами, препаратами серцево-судинної дії. Розробка нової рідкої назальної форми з активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) для системного використання повинна враховувати біологічні, фізико-хімічні та технологічні фактори, які, ймовірно, будуть впливати на транспортування АФІ через ніс до мозку. При створенні назальної форми адемолу використано програмне забезпечення у вигляді експертної системи ExpSys Nasalia (nasalia.zsmu.zp.ua), запропоновано додати до складу рецептури пластифікатор, мукоадгезивний засіб і консервант. З метою комплексного вивчення сумісності інгредієнтів у назальній формі проведено in silico, а також експериментальні термогравіметричні дослідження. Отримані дані комплексних моделей машинного навчання, які відповідно до високих показників Score в більшості випадків свідчать про сумісність інгредієнтів і можливість їхнього поєднання в одній рецептурі назального лікарського засобу. Термогравіметричні дослідження проведено на приладі дериватограф — Shimadzu DTG-60 (Японія) з платиново-платинородієвою термопарою при нагріванні зразків в алюмінієвих тиглях (від 15 до 250 °С). Як еталонну субстанцію використано α-Al_2O_3. Швидкість нагрівання складала 10 °С за хвилину. Вивчено окремі інгредієнти — АФІ: адемол; допоміжні речовини: гліцерин, гідроксиетилцелюлозу, бензалконію хлорид; готову назальну лікарську форму без діючої речовини та лікарську форму з адемолом. Характер наявних теплових ефектів на дериватограмі рідкої назальної форми з адемолом співпадають із тепловими ефектами окремих допоміжних компонентів основи, що, своєю чергою, підтверджує відсутність взаємодії компонентів між собою.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.174. Фармакодинаміка ібупрофену крізь призму політропності вінборону: монографія / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, Г. І. Степанюк. - Вінниця: ТВОРИ, 2022. - 118, [1] с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 104-115. - укр.

Узагальнено експериментальні дослідження впливу лікарського засобу з політропними фармакологічними властивостями вінборону на фармакодинаміку широковживаного нестероїдного протизапального засобу — ібупрофену. Представлено дані про вплив ібупрофену та його комбінації з вінбороном на шлункову секрецію, проліферацію та апоптоз епітеліоцитів шлунку. Проведено оцінку ефективності комбінованого застосування ібупрофену та вінборону в лікуванні експериментального ревматоїдного артриту за даними гематологічних, біохімічних та патоморфологічних досліджень. Зазначено, що незважаючи на багаторічний досвід застосування в клінічній практиці нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) їх терапевтична цінність суттєво обмежується різними за ступенем виразності та характером перебігу побічними реакціями. Перше місце серед небажаних ефектів посідають ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а саме НПЗЗ-індукована гастропатія. Визнано комбіноване застосування антифлогістиків нестероїдної природи з препаратами інших фармакологічних груп, які здатні нівелювати ульцерогенну дію НПЗЗ. З метою профілактики розвитку НПЗЗ-індукованої гастропатії запропоновано комбіноване застосування перевіреного часом похідного пропіонової кислоти — ібупрофену ((RS)-2-(4-ізобутилфеніл) пропіонова кислота) та нового вітчизняного лікарського засобу з політропними фармакологічними ефекта-

ми вінборону (2-феніл-3-карбетокси-4-диметиламінометил-5-оксибензофурану гідрохлорид), якому притаманний цілий ряд цінних фармакологічних властивостей. Вміщено таблиць — 10, рисунків — 40, бібліографія — 144 посилання.

Шифр НБУВ: ВА863394

Див. також: 1.Р.229, 1.Р.242, 1.Р.308, 1.Р.406, 1.Р.583, 1.Р.799

1.Р.175. Анксіолітичні властивості аналога кінцевого фрагмента нейропептиду Y та його вплив на вміст нейроактивних амінокислот у головному мозку / І. О. Гаврилов, С. Ю. Штриголь, Т. В. Горбач // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 102-112. - Бібліогр.: 32 назв. - укр.

Мета дослідження — поглиблено вивчити анксіолітичні властивості нонапептиду NP9 на мишах і щурах, з'ясувати його вплив на вміст нейроактивних амінокислот у головному мозку. Експеримент проведено на 45 білих нелінійних мишах (24 самки, 21 самець) і на 24 нелінійних щурах-самцях. Нонапептид NP9 вводили інтраназально в дозі 0,2 мг/кг мишам і в дозах 0,05 і 0,1 мг/кг щурам. Як препарати порівняння використовували семакс (Пептоген, РФ) у дозі 0,1 мг/кг інтраназально мишам і гідазепам (Гідазепам ІС, Інтерхім, Україна) у дозі 5 мг/кг внутрішньошлунково щурам. Поведінкові реакції вивчали в тестах "Відкрите поле" і "Піднесений хрестоподібний лабіринт" на мишах. Анксіолітичні властивості вивчали також у тесті конфліктної ситуації за H. G. Vogel на щурах. Визначали вміст гліцину, гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), глутамату й аспартату в головному мозку мишей. Нонапетид NP9 суттєво знижував тривожність мишей без пригнічення рухової активності та будь-яких ознак седації в тестах "Відкрите поле" і "Піднесений хрестоподібний лабіринт", що відповідає результатам попередніх досліджень на щурах. Його анксіолітична активність була стабільнішою, ніж у семаксу. У тесті конфліктної ситуації за H. G. Vogel на щурах підтверджено анксіолітичні властивості нонапептиду в дозах 0,05 мг/кг та особливо 0,1 мг/кг, за протитривожною дією він не поступався гідазепаму в дозі 5 мг/кг. Після триденного інтраназального введення NP9 (0,2 мг/кг) мишам у гомогенаті головного мозку збільшувався вміст глутамату та аспартату у разі зниження вмісту гліцину та ГАМК. Таким чином, анксіолітичні властивості нонапептиду NP9 підтверджено як на мишах, так і на щурах. Його дія є анксіоселективною, оскільки не супроводжується загальним пригніченням тварин. Досліджуваний нонапептид після триденного інтраназального введення мишам підвищує вміст глутамату й аспартату.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.176. Вплив потенційного антиконвульсанта 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону на вміст нейротрансмітерних амінокислот у головному мозку мишей на моделі пентилентетразолового кіндлінгу / М. В. Міщенко, С. Ю. Штриголь, Т. В. Горбач // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 10-18. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати ефективність потенційного антиконвульсанта 5-[(Z)-(4-нітро-бензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону (Les-6222) на моделі пентилентетразолового кіндлінгу (ПТК) в мишей і визначити його вплив на вміст нейротрансмітерних амінокислот (гамма-аміно-масляна кислота (ГАМК), гліцин, глутамат, аспартат). Дослідження виконано на 33 білих нелінійних мишах на моделі ПТК, яка відтворює хронічний епілептогенез. Пентилентетразол у дозі 30 мг/кг вводили внутрішньоочеревинно протягом 16 діб. Досліджувану сполуку Les-6222 застосовували в дозі 100 мг/кг внутрішньошлунково (в/ш). Як препарати порівняння використано вальпроат натрію (300 мг/кг в/ш) і целекоксиб (4 мг/кг в/ш). Спостерігали за динамікою перебігу судом. На 16 день у тварин вилучали головний мозок і заморожували рідким азотом. У гомогенаті мозку визначали вміст нейротрансмітерних амінокислот методами високовольтного електрофорезу (ГАМК, глутамат, аспартат) і тонкошарової хроматографії на пластинах Silufol (гліцин). 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон виявив високу (на рівні вальпроату натрію) протисудомну активність, яка визначалася статистично достовірним зниженням кількості тварин із судомами з 8 по 16 день екперименту ($p < 0,05$) і статистично значущим зменшенням кількості днів без пароксизмів у тварин ($p < 0,05$). У порівняні з групою контрольної патології відсоток тварин із пароксизмами протягом експерименту був на 22,54 % меншим ($p < 0,05$). Целекоксиб не виявив протисудомного ефекту. У головному мозку мишей групи контрольної патології достовірно зменшувався вміст гальмівних (ГАМК, гліцин) і зростав рівень збуджувальних (глутамат, аспартат) амінокислот. 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон на 16,26 % ($p < 0,01$) знижував підвищений вміст глутамату, а також тенденційно зменшував рівень аспартату та збільшував вміст ГАМК, але не гліцину. Це відрізняє за механізмом дії досліджувану сполуку від вальпроату натрію, який сприяв нормалізації вмісту всіх досліджуваних амінокислот. Таким чином, перспективний антиконвульсант 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон на моделі хронічного епілептогенезу (пентилентетразоловий кіндлінг) у мишей виявляє виразну протисудомну дію, у механізмі якої може відігравати певну роль достовірне зменшення церебрального вмісту глутамату.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.177. Докінг-аналіз взаємодії пропоксазепаму з діазепамовим та ібупрофеновим місцями зв'язування людського сироваткового альбуміну / В. Б. Ларіонов, А. С. Акішева, М. Я. Головенко, О. А. Макаренко, І. П. Валіводзь, Ж. М. Цапенко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 45-56. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення взаємодій пропоксазепаму та деяких похідних 1,4-бенздіазепіну з людським сироватковим альбуміном методом молекулярного докінгу та аналіз складових цих взаємодій. Молекулярний докінг проведено за допомогою програми iGEMDOCK v2.1, структури альбуміну (з діазепамом (2BXF) та ібупрофеном (2BXG)) отримані з бази даних біологічних макромолекул (http://www.rcsb.org/). Структури лігандів (діазепам, оксазепам, пропоксазепам, 3-гідро-ксипропоксазепам, ібупрофен) оптимізовано за величиною внутрішньої енергії в програмі Avogadro (v 1.2.0) і наведено у форматі *.pdb. Візуалізацію результатів докінгу виконано з використанням ресурсу ezCADD. Сполуки демонструють перехресну спорідненість до сайтів зв'язування, але є більш схильними до взаємодії з бенздіазепіновим місцем зв'язування, при цьому енергія зв'язування пропоксазепаму (- 10,27 ккал/моль) є найбільшою серед досліджуваних структур і навіть перевищує цей показник для діазепаму. Розраховані в процесі молекулярного докінгу характеристики зв'язування відповідають реальним, але з частковим завищенням даних для діазепамового сайту. За результатами молекулярно докінгу до діазепамового та ібупрофенового сайтів зв'язування людського сироваткового альбуміну з референтними сполуками — діазепамом та ібупрофеном — установлено, що сполуки демонструють перехресну спорідненість до сайтів зв'язування, хоча діазепам демонструє більше значення енергії взаємодії (- 9,38 ккал/моль) із власним сайтом, ніж з ібупрофеновим (- 7,32 ккал/моль). Енергія зв'язування з діазепамовим сайтом для пропоксазепаму (- 10,27 ккал/моль) є найбільшою серед досліджуваних структур і навіть перевищує цей показник для діазепаму, а його положення відрізняється утворенням зв'язків з атомом брому (положення "7") на відміну від діазепаму, який взаємодіє через кисень карбонільної групи гетерокільця. В ібупрофеновому місці зв'язування пропоксазепам явно взаємодіє з іншім сайтом.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.178. Дослідження взаємодії потенційного антиконвульсанту 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону з речовинами стимулювальної та пригнічувальної дії на центральну нервову систему / М. В. Міщенко, С. Ю. Штриголь // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 291-297. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати характер взаємодії потенційного антиконвульсанту 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону з речовинами стимулювальної та пригнічувальної дії на центральну нервову систему (ЦНС) і проаналізувати її можливі механізми. Експеримент проведено на 66 білих нелінійних мишах. Досліджувану сполуку вводили внутрішньошлунково в дозі 100 мг/кг. Взаємодію з кофеїну-бензоатом натрію (20 мг/кг, внутрішньоочеревинно) вивчали в тесті відкритого поля. Для оцінки взаємодії зі сполуками депримувальної дії використано модель етанолового (12,5 % (об/об) внутрішньоочеревинно) та тіопенталового наркозу (70 мг/кг внутрішньоочеревинно), препарат порівняння — пірацетам у дозі 400 мг/кг внутрішньошлунково. При дослідженні взаємодії 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону з кофеїну-бензоатом натрію в стимулювальній дозі виявлено

нівелювання збуджувального впливу: на 42,55 % ($p < 0,01$) зменшилася локомоторна активність тварин порівняно з показником групи кофеїну, сума всіх показників тесту знизилася на 33,33 % ($p < 0,05$). На моделі тіопенталового наркозу 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинон не потенціював пригнічувальний вплив барбітурату. За дослідження взаємодії з етанолом виявлено достовірне подовження часу перебування тварин у бічному положенні на 23,05 % порівняно з контролем ($p < 0,05$), що може свідчити про фармакодинамічну взаємодію. Таким чином, доведено відсутність у 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону потенціювальної взаємодії з барбітуратами, виявлено сприятливий модулювальний вплив на ефект кофеїну. Алкопротекторної активності в досліджуваної сполуки не виявлено, навпаки, вона подовжує наркозний ефект етанолу. Результати свідчать про доцільність подальшого вивчення механізму дії перспективного антиконвульсанту 5-[(Z)-(4-нітробензиліден)]-2-(тіазол-2-іліміно)-4-тіазолідинону.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.179. Перспективний антиконвульсант 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетамід: вплив на вміст нейроактивних амінокислот і 8-ізопростану в головному мозку мишей за моделювання судом тіосемікарбазидом / С. Ю. Штриголь, С. В. Залевський, Т. В. Горбач // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 19-26. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати зміни вмісту гальмівних (гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), гліцин) і збуджувальних (глутамат, аспартат) амінокислот, а також 8-ізопростану в головному мозку (ГМ) мишей за умов моделювання судомного синдрому та впливу оригінального похідного хіназоліну 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду. У попередніх дослідженнях ця сполука виявила протисудомні, анксіолітичні та антидепресивні властивості. Експеримент виконано на 24 білих нелінійних мишах на моделі судом, які індуковано тіосемікарбазидом. Досліджувану сполуку в дозі 100 мг/кг і референс-препарат вальпроат натрію в дозі 300 мг/кг вводили внутрішньошлунково за 30 хв до введення тіосемікарбазиду (25 мг/кг внутрішньоочеревинно). На висоті першого нападу клонічних, клоніко-тонічних або тонічних судом тварин декапітували, негайно вилучали ГМ і заморожували його рідким азотом. У гомогенаті ГМ визначали вміст ГАМК, аспартату та глутамату методом високовольтного електрофорезу, вміст гліцину методом тонкошарової хроматографії на пластинах Silufol, вміст 8-ізопростану імуноферментним методом. Тіосемікарбазид спричинив закономірне значне зменшення вмісту ГАМК на тлі зростання глутамату, зниження вмісту гліцину за незмінного рівня аспартату. 2-(2,4-Діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетамід сприятливо вплинув на баланс гальмівних і збуджувальних амінокислот у ГМ: помірно збільшив вміст ГАМК і дуже виразно — гліцину, помірно знизив рівень глутамату та аспартату. За нормалізувальним впливом на ГАМК і глутамат досліджувана сполука дещо поступалась вальпроату натрію, а на вміст гліцину та аспартату діяла не менш ефективно. Крім того, 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетамід протидіяв оксидативному стресу в головному мозку, значно зменшуючи збільшений під впливом тіосемікарбазиду вміст 8-ізопростану. За антиоксидантними властивостями досліджувана сполука дещо поступалася препарату порівняння вальпроату натрію. Отже, оригінальне похідне хіназоліну 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетамід у дозі 100 мг/кг внутрішньошлунково на висоті нападу індукованих тіосемікарбазидом судом у мишей підвищує знижений рівень гальмівних і зменшує вміст збуджувальних амінокислот у ГМ. Сполука пригнічує оксидативний стрес, виходячи зі зменшення церебрального вмісту 8-ізопростану. Ці властивості пояснюють механізм протисудомної дії та зумовлюють перспективність подальшого дослідження 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду протисудомного та психотропного засобу.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.180. Порівняльні психотропні та знеболювальні властивості інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2 типу (SGLT2) дапагліфлозину й емпагліфлозину / В. В. Цивунін, С. Ю. Штриголь, М. В. Настека, Є. О. Нехороша // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 3. - С. 147-158. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінити вплив інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (SGLT2) дапагліфлозину та емпагліфлозину на емоційно-стресову реакцію інтактних тварин у тесті "Відкрите поле", на тривожність, депресивну поведінку, пам'ять, фізичну витривалість, а також на біль різного походження. Експерименти виконано на безпородних білих мишах. Протидіабетичні препарати групи інгібіторів SGLT2 дапагліфлозин (50 мг/кг) та емпагліфлозин (20 мг/кг) вводили в шлунок у вигляді суспензії подрібнених таблеток за 30 — 40 хв до тестування. Психотропні ефекти досліджували в тестах "Відкрите поле", "Піднесений хрестоподібний лабіринт", "Підвішування мишей за хвіст", "Умовна реакція пасивного уникання", "Плавання з навантаженням". Для вивчення впливу на центральний компонент больової чутливості використано тест "Гаряча пластина", на периферичний — тест "Оцтовокислі корчі". Дапагліфлозин та особливо емпагліфлозин зменшують депресивну поведінку в тесті "Підвішування за хвіст". Емпагліфлозин також виявляє ноотропні властивості, покращуючи пам'ять у тесті "Умовна реакція пасивного уникнення". На показники тривожності в тесті "Піднесений хрестоподібний лабіринт" і на поведінку мишей у тесті "Відкрите поле" обидва інгібітори SGLT2 суттєво не впливають (тенденційне збільшення орієнтовно-дослідницької активності в тесті "Відкрите поле" під впливом емпагліфлозину відповідає в цілому стимулювальній спрямованості дії препарату). Обидва препарати не збільшують фізичну витривалість у тесті "Плавання з навантаженням". Дапагліфлозин, але не емпагліфлозин, чинить знеболювальний ефект у тесті "Гаряча пластина", що вказує на центральний механізм знеболювальної дії. У тесті "Оцтовокислі корчі" обидва препарати не виявили ефекту, що свідчить про відсутність у них виразного периферичного компоненту аналгетичної активності. Таким чином, інгібітори SGLT2 мають плейотропні властивості. Емпагліфлозин характеризується стимулювальним впливом на ЦНС, чинить антидепресивний і ноотропні ефекти, що може бути корисним для корекції афективних і когнітивних порушень, а дапагліфлозин завдяки центральним знеболювальним властивостям може розглядатися як перспективний засіб для корекції больових синдромів при цукровому діабеті.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.181. Пригнічення термоіндукованої денатурації бичачого сироваткового альбуміну пропоксазепамом і його фармакологічні наслідки / В. Б. Ларіонов, В. С. Акішева, М. Я. Головенко, О. А. Макаренко, І. Ю. Борисюк // Доп. НАН України. - 2022. - № 3. - С. 77-86. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Багато нестероїдних протизапальних засобів виявляють захисний ефект проти теплової денатурації сироваткого альбуміну. Наведено результати вивчення протизапальної активності in vitro пропоксазепаму та ряду похідних 1,4-бенздіазепіну за ефектом протективного впливу на стабільність сироваткого альбуміну в умовах термічної денатурації. Протективний ефект сполук розрахоано як IC_{50}, фізико-хімічні параметри визначено за допомогою програм ACD/Labs 12.01 і Chem Axom (Marvin Sketch 21.7). Величинами IC_{50} діазепам і пропоксазепам майже вдвічі перевищують референтний препарат ібупрофен. Сполуки з вільною гідроксигрупою в положенні 3 (оксазепам і 3-гідроксипропоксазепам) виявляли менший ефект, що може бути пов'язано з їх здатністю до зв'язування з бичачим сироватковим альбуміном (БСА). Поляризованість молекули похідних 1,4-бенздіазепіну більшою мірою впливає на їх зв'язування з БСА і прояв їх захисної дії, ніж ліпофільність, що надає підставу припустити значний внесок індукційної взаємодії у цей процес.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.Р.182. Протизапальні властивості стандартизованої рослинної композиції BNO 2103 у щурів з флогоген-індукованим набряком стопи / В. В. Черних, С. К. Шебеко, К. О. Зупанець // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 57-66. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Канефрон Н — відомий препарат для лікування сечостатевих захворювань. Одним із його ключових ефектів є протизапальний, що було показано низкою досліджень. Патогенез хронічної хвороби нирок (ХХН) асоційований із запаленням, тому пошук ефективних протизапальних засобів є актуальним. Оскільки досліджений спектр ефективності засобу базується тільки на частині нозологій із групи

ХХН, вважали за доцільне вивчити нюанси механізмів протизапальної дії стандартизованої рослинної композиції BNO 2103, що є активним інгредієнтом Канефрону Н. Позитивні результати можуть бути обгрунтуванням розширення спектра застосування BNO 2103. Мета дослідження — вивчити протизапальні властивості стандартизованої рослинної композиції BNO 2103 на моделях набряку стопи в щурів, викликаного різними флогогенами (карагенін, простагландин Е2). Експериментальне дослідження проводилось на 60 самцях білих безпородних щурів вагою 150 — 200 г, які були розподілені на 2 серії по 30 тварин, кожна серія включала 3 групи. Запалення моделювали за допомогою субплантарного введення флогогенів — карагеніну та простагландину Е2. Досліджувану композицію та препарат порівняння — диклофенак натрію — вводили внутрішньошлунково одноразово. Спостереження, фіксування об'єму набряку та оцінювання протизапальної активності відбувались за 0,5; 1; 2 і 3 год після введення карагеніну через 0,5; 1 і 2 год після введення простагландину Е2. Композиція BNO 2103 проявила виражену антиексудативну дію на моделі карагенінового набряку, за якою поступалася препарату порівняння диклофенаку натрію, який є неселективним інгібітором циклооксигенази. На моделі простагландинового набряку композиція BNO 2103 проявила антиексудативну дію не гірше, ніж компаратор. Композиція виявила здатність інгібувати циклооксигеназний шлях перетворення арахідонової кислоти та утворення медіаторів запалення, продемонструвала значний антипростагландиновий ефект. Таким чином, стандартизована рослинна композиція BNO 2103 має значний протизапальний ефект, здійснює інгібуючий вплив на ексудативне запалення, викликане різними флогогенами (карагенін, простагландин Е2), пригнічуючи циклооксигеназний шлях перетворення арахідонової кислоти, що, найімовірніше, зумовлено наявністю в складі засобу флавоноїдів, ефірних олій і фенольних сполук. Це надає змогу розглядати BNO 2103 як перспективний антифлогістик для лікування запальної патології нирок.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.183. Психотропні властивості та гостра токсичність 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду — перспективного антиконвульсанта / С. В. Залевський, С. Ю. Штриголь, Д. В. Штриголь // Фармакол. та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 363-371. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати вплив 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду на поведінкові реакції мишей у відкритому полі, тривожність, депресивну поведінку, тонус м'язів і координацію рухів, визначити гостру токсичність зазначеної сполуки. Експеримент виконано на 21 білій нелінійній миші. Досліджувану сполуку в дозі 100 мг/кг і референс-препарат вальпроат натрію в дозі 300 мг/кг вводили внутрішньошлунково за 30 хв до тестування у відкритому полі, піднесеному хрестоподібному лабіринті (анксіолітична дія), в іммобілізаційному тесті підвішування мишей за хвіст (депресивна поведінка), ротарод-тесті (м'язовий тонус і координація рухів). Гостру токсичність визначали експрес-методом Т. В. Пастушенко шляхом уведення 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду в дозі 5 г/кг внутрішньошлунково. 2-(2,4-Діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетамід не впливав на рухову, орієнтовно-дослідницьку та емоційну активність у тесті відкритого поля на відміну від вальпроату натрію, який чинив депримувальну дію. Також 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4- дихлорофеніл)метил]-ацетамід викликав анксіолітичний ефект (вальпроат натрію суттєво не впливав на тривожність), виявляв антидепресивну дію (вальпроат натрію — депресогенний вплив) і не порушував тонус м'язів і координацію рухів, які погіршувались під впливом вальпроату натрію. Доза 2-(2,4-діоксо1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду 5 г/кг не викликала загибелі тварин, тобто, орієнтовно належить до V класу токсичності — практично нетоксичні речовини. Таким чином, доведено сприятливий профіль центральних ефектів 2-(2,4-діоксо-1,4-дигідрохіназолін-3(2Н)-іл)-N-[(2,4-дихлорофеніл)метил]-ацетаміду — відсутність негативного впливу на поведінку тварин в умовах стрес-реакції в тесті відкритого поля, наявність анксіолітичних та антидепресивних властивостей, а також відсутність порушень м'язового тонусу та координації рухів. Сполука належить до V класу токсичності — практично нетоксичні речовини.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.184. Синтез та аналгезуюча активність похідних 1-феноксиметил-4-(R-феніл)-5,6,7,8-тетрагідро-2,2а,8а-триазациклопента[cd]азулену / С. А. Демченко, О. Є. Ядловський, Л. С. Бобкова, З. С. Суворова, М. В. Науменко, С. А. Циганков, С. М. Ярмолюк, А. М. Демченко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 159-166. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Останніми роками в плані пошуку нових знеболюючих та/чи протизапальних засобів значний інтерес викликають похідні азуленів, для яких показана антиексудативна та антиноцицептивна активність. Мета дослідження — синтез і вивчення антиноцицептивної активності нових похідних 1-(фено кси-метил)-4-(R-феніл)-5,6,7,8-тетрагідро-2,2а,8а-триазациклопента[cd]азулену. Здійснено синтез похідних 1-(феноксиметил)-4-(R-феніл)-5,6,7,8-тетрагідро-2,2а,8а-триазациклопента[cd]азулену, їхню структуру підтверджено ПМР-спектрами. Первинну оцінку аналгетичної та протизапальної активності нових похідних 1-(феноксиметил)-4-(R-феніл)-5,6,7,8-тетрагідро-2,2а,8а-триазациклопента[cd]азулену проводили на моделях "Оцтовокислі корчі" та "Карагеніновий набряк", використовуючи як препарати порівняння диклофенак натрію ("Карагеніновий набряк") і кеторолак ("Оцтовокислі корчі"). Досліджувані сполуки вводили внутрішньошлунково в дозі 25 мг/кг у вигляді водно-спиртової емульсії з використанням Твін-80 як емульгатора. Статистичну обробку даних проводили з використанням параметричних методів статистики (t-test). Показано, що похідним 1-(феноксиметил)-4-(R-феніл)-5,6,7,8-тетрагідро-2,2а,8а-триазациклопента[cd]азулену, за виключенням сполуки 4 f (R = p-F-), притаманна виражена антиноцицептивна активність, яка близька або переважає таку кеторолаку. Найактивніші сполуки 4 a (R = H), 4 c (R = Et) і 4 t (R = EtO) переважають за ефективністю референтний препарат кеторолак. Сполукам ряду притаманний периферичний компонент антиноцицептивної дії. Досліджувані сполуки не виявляють антиексудативну активність. Враховуючи, що модель "Карагеніновий набряк" характеризує циклооксигеназну ланку запалення, можна припустити, що ці сполуки не інгібують ЦОГ.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.185. Участь бензодіазепінових рецепторів у механізмі анксіолітичної дії синтетичного аналога кінцевого фрагмента нейропептиду Y / І. О. Гаврилов, С. Ю. Штриголь // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16,** № 1. - С. 3-9. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета дослідження — виявити можливу участь бензодіазепінових рецепторів (БДР) анксіолітичному ефекті нового модифікованого аналога нейропептиду Y — нонапептиду NP9. Експеримент проведено на 43 білих нелінійних мишах масою 25 — 30 г із використанням тесту "Піднесений хрестоподібний лабіринт" (ТПХПЛ). Нонапептид NP9 вводили інтраназально в дозі 0,2 мг/кг. Як препарат порівняння використано Семакс (Пептоген, Росія) у дозі 0,1 мг/кг інтраназально. Для вивчення можливої участі ГАМКА-рецепторного комплексу в механізмі дії NP9 використано селективний антагоніст БДР — флумазеніл 15 мг/кг внутрішньоочеревинно. Нонапептид NP9 зменшував тривожність тварин у ТПХПЛ, але на тлі флумазенілу маркери анксіолітичної активності знижувались до рівня контролю та значно поступалися показникам впливу NP9 per se. Семакс не виявив протитривожних властивостей, а флумазеніл не вплинув на його поведінкові ефекти. Таким чином, у механізмі анксіолітичної дії нонапептиду NP9 беруть участь БДР.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.186. Development of composition and evaluation of equivalence of diacerein hard gelatin capsules / O. O. Saliy, O. V. Los, O. P. Baula, V. U. Turchyna // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 62-72. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Діацереїн — нового покоління симптоматичний засіб повільної дії для лікування остеоартрозу, при пероральному прийомі виявляє помірну протизапальну та знеболювальну активність, уповільнює розпад хрящової тканини і полегшає біль і набряк, але за фізико-хімічними властивостями практично нерозчинний у воді і належить до II класу БСК, завдяки чому лише 35—56 % препарату досягає системної циркуляції. Підвищення швидкості розчинення практично нерозчинного АФІ за допомогою рецептури, виду допоміжних речовин, ступеня розчинності та кінетики вивільнення субстанції з твердих желатинових капсул мають забезпечити гарантовану ефективність препарату. Мета роботи — розроблення складу препарату у формі твердих желатинових капсул на основі діацереїну, експери-

ментальне дослідження розчинності діацереїну та оцінка складу дослідженням кінетики розчинення лікарського засобу. Визначення pH-залежної розчинності діацереїну здійснювали за умов: об'єм середовища розчинення 250 мл, температура розчинення 37,0 °С ~1,0 °С. Досліджували найвищу рекомендовану до застосування одноразову дозу 50 мг. Розроблення складу лікарського засобу діацереїн, капсули, 50 мг здійснювали зі застосуванням різних видів допоміжних речовин та їх модифікацій для досягнення належних технологічних властивостей щодо текучості та стислого часу розпаду капсул для вивільнення діючої речовини. Порівняльні дослідження кінетики розчинення здійснювали за методом in vitro за тестом "Розчинення" з використанням приладу з лопаттю зі швидкістю обертання 75 об/хв, середовища розчинення зі значення РН 1,2, 4,5 та 6,8, у об'ємі 900 мл за температури 37°С ~0,5 °С. Як референтний лікарський засіб використано "Артродарині", капсули, 50 мг, виробництва TRB PHARMA S. A., Аргентина. Встановлено, що діацереїн практично нерозчинний у буферному розчині з pH 1,2, має відносно низьку розчинність у буферному розчині з pH 4,5, при цьому розчинність діацереїну підвищується з ростом pH середовища до 6,8. Розроблено оптимальний склад капсул з діацереїном за технологією вологої грануляції. Одержані дані насипної густини та коефіцієнту Карра вказують на задовільну плинність маси для капсулювання. Здійснено порівняльні дослідження кінетики розчинення досліджуваного лікарського засобу та оригінального препарату "Артродарин", капсули по 50 мг. Всі одержані значення фактора подібності становлять в межах від 50 до 100, та свідчать про подібність у буферних середовищах із pH 1,2; 4,5 та 6,8. Розроблений склад препарату є еквівалентним за кінетикою розчинення до оригінального препарату.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.187. MMP8- і HSP70-опосередкована ульцерогенна дія нестероїдних протизапальних засобів за тривалого введення / К. А. Бурлака, С. В. Павлов // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 372-379. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Розглянуто вплив нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), а саме індометацину, ацетилсаліцилової кислоти та мелоксикаму, за їх тривалого введення на вміст MMP8 і HSP70 у плазмі крові щурів. Тривалий прийом НПЗЗ, як відомо, призводить до утворення ерозій, виразок й інших захворювань шлунка та кишечника. Висловлено припущення, що дані побічні ефекти є не тільки результатом пошкодження слизової оболонки НПЗЗ, але й можливого впливу НПЗЗ на гени, які регулюють клітинний цикл. Мета дослідження — вивчення вмісту MMP8 і HSP70 у плазмі крові щурів за тривалого введення НПЗЗ та можливої кореляції цих показників з ульцерогенною дією зазначених лікарських засобів. Дослідження проведено на 60 лабораторних щурах масою 250 — 400 г, які були розподілені на чотири групи по 15 тварин: 1 — контрольна (КГ), щури, яким вводили щоденно впродовж 3 міс. розчин натрію хлориду 0,9 %, 2 — щури, яким вводили щоденно індометацин протягом 3 міс. у дозі 0,6 мг/кг, 3 — щури, яким вводили щоденно протягом 3 міс. ацетилсаліцилову кислоту в дозі 0,6 мг/кг та 4 група — щури, яким вводили щоденно протягом 3 міс. мелоксикам у дозі 0,1 мг/кг. У результаті проведених досліджень виявлено значне підвищення вмісту MMP8 у плазмі тварин, які отримували індометацин, у середньому на 86 %, ацетилсаліцилову кислоту — на 79 % і мелоксикам — на 66 %. А також було зареєстровано підвищення вмісту HSP70 у всіх групах дослідних тварин. Математичний аналіз показав наявність позитивного кореляційного зв'язку середньої сили між вмістом досліджених маркерів, MMP8 і HSP70, і ступенем пошкодження шлунково-кишкового тракту в щурів. Отримані результати свідчать про можливий MMP8- і HSP70-опосередкований механізм ульцерогенної дії НПЗЗ, який також може бути одним з молекулярних механізмів ініціації онкогенезу в шлунково-кишковому тракті.

Шифр НБУВ: Ж100063

Див. також: 1.Р.172, 1.Р.174, 1.Р.195

1.Р.188. Антагоністична активність пробіотичних штамів лактобацил за сумісного культивування / І. В. Страшнова, Г. В. Ямборко, Н. Ю. Васильєва // Мікробіологія і біотехнологія. - 2022. - № 1. - С. 45-57. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета дослідження — дослідити антагоністичні властивості поліштамових композицій і консорціумів, створених на основі пробіотичних штамів бактерій роду Lactobacillus. Біосумісність досліджували при сумісному культивуванні штамів лактобацил на щільному живильному середовищі MRS. Для створення композицій використовували окремо вирощені добові бульйонні культури у певних співвідношеннях, для створення консорціумів — штами лактобацил у відповідних співвідношеннях культивували разом у MRS бульйоні протягом доби. Антагоністичну активність створених комбінацій щодо 10 тест-культур визначали лунково-дифузійним методом. За результатами дослідження біосумісності були відібрані штами Lactobacillus spp. 175, М2 і М3, на основі яких створено 7 композицій та 7 консорціумів з певними співвідношеннями бульйонних культур цих штамів. Лактобацили у складі композицій дещо краще проявляють антимікробні властивості, у порівнянні з консорціумами. Найкращу антагоністичну активність щодо усіх тест-штамів мікроорганізмів проявила композиція Lactobacillus sp. M2 + Lactobacillus sp. M3 + Lactobacillus sp. 175 у співвідношенні 1 : 2 : 2. Висновки: створені на основі пробіотичних штамів Lactobacillus spp. 175, М2 і М3 композиції і консорціуми є активними антагоністами прота еукаріотичних тест-культур мікроорганізмів. Прояв активності залежить від способу поєднання штамів у комбінації, найкращий ефект досягається при вирощуванні кожного штаму окремо з подальшим змішуванням бульйонних культур. Найбільш антагоністично активною є композиція, створена на основі бульйонних культур Lactobacillus sp. M2 + Lactobacillus sp. M3 + Lactobacillus sp. 175 у співвідношенні 1 : 2 : 2.

Шифр НБУВ: Ж25976

1.Р.189. Комп'ютерне моделювання комплексу гліциризину з протеазою SARS-CoV-2 — мішенню для розробки противірусних препаратів / О. В. Савицький, О. І. Корнелюк // Доп. НАН України. - 2022. - № 1. - С. 115-123. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Основна протеїназа вірусу SARS-CoV-2 (3CLpro) контролює активність реплікацій ного комплексу вірусу і завдяки цьому є можливою мішенню для розробки специфічних інгібіторів. Під час розробки лікарських препаратів проти SARS-CoV-2 велика увага приділяється відомим раніше ефективним хімічним сполукам. Однією з таких сполук може бути гліциризин — тритерпеноїдний сапонін, виділений із коріння солодки (Glycyrrhizae radix). Наведено результати комп'ютерного моделювання комплексу гліциризину з протеазою вірусу SARS-CoV-2, проведеного з метою вивчення механізму зв'язування гліциризину в активному центрі протеази та можливого інгібування каталітичної активності ключового ферменту. Виконано молекулярний докінг гліциризину зі структурою 3CLpro SARS-CoV-2 із відкритою каталітичною петлею, отриманою з траєкторії молекулярної динаміки на 694 нс часу симуляції. Встановлено, що енергія зв'язування для кращого структурного комплексу гліциризину з 3CLpro SARS-CoV-2 становить — 10,723 ккал/моль, причому гліциризин формує 9 водневих зв'язків з амінокислотними залишками протеази Thr26, Asn119, Asn142, Glu166, Arg188 і Gln189.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.Р.190. Синергізм антимікробної активності суміші поверхнево-активних речовин Rhodococcus erythropolis IMB Ac-5017 з іншими біоцидними сполуками / Т. П. Пирог, Л. В. Ключка, І. В. Ключка, С. І. Антонюк, О. Л. Бахтій, Д. В. Жалюк // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 5. - С. 17-25. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Підвищення стійкості патогенних мікроорганізмів, які є збудниками широкого спектра інфекційних захворювань у людини та тварин, стимулює пошук нових, альтернативних антибіотикам, природних сполук. Такими сполуками є мікробні поверхнево-активні речовини (ПАР), яким притаманний широкий спектр біологічних властивостей (антимікробна, антиадгезивна активність і здатність до руйнування біоплівок), а також ефірні олії. Проте недоліком ефірних олій є недостатньо висока антимікробна активність (мінімальні інгібуючі концентрації становлять 500 — 1600 мкг/мл). Досліджено дію на бактерії (Pseudomonas. MI-2, Escherichia coli IEM-1, Staphylococcus aureus БМС-1) суміші ПАР, синтезованих Rhodococcus erythropolis IMB Ac-5017 на відходах виробництва біодизелю та відпрацьованій соняшниковій олії з антибіотиками ципрофлоксацином, офлоксацином та ефірною олією чайного дерева. Встановлено, що ПАР, синтезовані на промислових відходах, проявляли синергічну антимікробну активність з досліджуваними антибіотиками й ефірною олією. Мінімальні інгібуючі концентрації суміші ПАР з антибіотиками щодо бактеріальних тест-культур становили 0,8 — 25,5 мкг/мл і були значно нижчими, ніж кожної сполу-

ки окремо (500 — 25 000 і 3,2 — 102,5 мкг/мл для антибіотиків і ПАР відповідно). Використання суміші ПАР та ефірної олії чайного дерева знизило мінімальні інгібуючі концентрації ефірної олії щодо досліджуваних тест-культур із 156 — 625 до 2,4 — 19,5 мкг/мл.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.191. Anti-adhesion properties of 4-(adamantyl-1)-1-(1-aminobutyl) benzole against Escherichia coli / N. Hrynchuk, T. Bukhtiarova, N. Vrynchanu, L. Ishchenko, E. Vazhnichaya // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 380-393. - Бібліогр.: 48 назв. - англ.

Однією з серйозних проблем медицини є поява та розповсюдження антибіотикорезистентних штамів E. coli, здатних спричинити гострі та хронічні персистуючі інфекції, зумовлені біоплівками. Мета дослідження — вивчити вплив 4-(адамантил-1)-1-(1-амінобутил)бензолу (АМ-66) на адгезивні властивості E. coli та експресію генів, що регулюють адгезію. Антибіоплівкову активність адамантанвмісної сполуки АМ-166 досліджували методом сорбції генціанвіолету на структурах біоплівки. Гідрофобність клітинної поверхні оцінювали за адгезією до розчинника (тест MATS), swimming-, swarming- та twitching-міграцію E. coli досліджували стандартними методами. Адгезію клітин до абіотичної поверхні оцінювали за методом Christensen, вплив АМ-166 на експресію генів fimA, papC, fliC та motB — за допомогою ПЛР у реальному часі. Сполука АМ-166 порушує формування біоплівки E. coli, біомаса зменшується у разі 5,0 МІК на 69,2 %, 0,5 МІК — на 36,9 %. Встановлено, що АМ-166 знижує гідрофобність клітин E. coli (на 4,0 % у разі 0,5 МІК), адгезію до абіотичного субстрату (на 46,0 — 76,4 %, залежно від часу інкубації), пригнічує twitching-міграцію та стимулює swarming-міграцію, діаметри зон рухливості збільшились у 1,5 (0,5 МІК) та 1,2 (2,0 МІК) разу. За дії АМ-166 реєструється збільшення експресії гена fimA, зменшення експресії генів fliC та motB (у 2 рази). Зниження експресії гена papC статистично недостовірне. Антибіоплівкова активність АМ-166 обумовлена порушенням рухливості мікроорганізмів та зміною експресії генів fimA, fliC, motB. У майбутньому необхідно вивчити вплив похідного адамантану на системи Quorum Sensing у E. coli.

Шифр НБУВ: Ж100063

Див. також: 1.Р.479, 1.Р.481, 1.Р.586, 1.Р.889

1.Р.192. Лектини: отримання, властивості, застосування у біології та медицині / С. П. Туранська, А. Л. Петрановська, В. В. Туров, П. П. Горбик // Поверхня: зб. наук. пр. - 2020. - Вип. 12. - С. 289-326. - Бібліогр.: 113 назв. - укр.

Матеріали огляду належать до науково-практичної проблематики, що стосується міждисциплінарного напрямку на межі нанотехнології, хімії та фізики поверхні, біології та медицини та базується на використанні природних компонентів у складі залізовмісних біоактивних нанокомпозитів і магнітних рідин при створенні ефективних векторних систем для протипухлинної терапії з мінімізованими проявами побічного впливу на організм людини та покращеною сумісністю з іншими лікарськими засобами. До таких природних компонентів, що мають унікальні властивості, значні та не реалізовані до цього часу потенційні можливості практичного використання, належать, зокрема, лектини. Мета роботи — підбір та аналіз результатів робіт щодо отримання лектинів, дослідження їх властивостей і застосуванню у біології та медицині. Лектини є групою речовин білкової природи (білки та глікопротеїни) неімунного походження, які мають властивості зворотньо та вибірково зв'язувати вуглеводи і вуглеводні детермінанти біополімерів без змін ковалентної структури та розпізнають їх із надзвичайно високою специфічністю. Завдяки цій властивості вони є ідеальним інструментом для читання коду в структурі специфічних епітопів цукру, що знаходяться на поверхні всіх клітин. Лектини є речовинами первинного синтезу та присутні у всіх царствах, типах і класах живих організмів. Вони опосередковують клітинну комунікацію на молекулярному рівні та беруть участь у багатьох фізіологічних і патофізіологічних процесах. Патогенні бактерії та віруси використовують лектини для приєднання до тканини господаря, що є однією з передумов розвитку інфекції. Блокування адгезії специфічного збудника за допомогою інгібіторів лектину є основою антиадгезивної терапії, альтернативним способом лікування інфекцій, спричинених мультирезистентними штамами бактерій. Численні лектини виявляють протипухлинну активність і досліджуються як потенційні протипухлинні ліки. На сьогодні вони знайшли практичне застосування у низці вузькоспеціалізованих медичних галузей, таких як гістологія (виявлення вуглеводних структур на поверхні клітин і тканин), діагностика імунодефіцитних станів і виявлення хромосомних порушень, трансплантологія (розділення клітин крові та лімфоїдних клітин, відмінних за антигенними властивостями). Вважається дуже значною перспектива застосування лектинів у очищенні крові від вірусів, патологічно змінених глікопротеїнів, у цілеспрямованій доставці ліків до нормальних або патологічно змінених клітин і тканин організму або до інфекційних агентів. Актуальним і перспективним вбачається поєднання властивостей лектинів і магніточутливих залізовмісних нанокомпозитів у складі магнітних рідин для застосування в онкології.

Шифр НБУВ: Ж68643

1.Р.193. Adsorption of cisplatin by the surface of the magnetic sensitive nanocomposite $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$ / P. P. Gorbyk, A. L. Petranovska, N. V. Kusyak, N. M. Korniichuk, A. P. Kusyak, O. I. Oranska, T. V. Kulyk, B. B. Palianytsia, O. A. Dudarko // Хімія, фізика та технологія поверхні. - 2021. - **12**, № 4. - С. 291-300. - Бібліогр.: 27 назв. - англ.

Одним із найбільш широко використовуваних протипухлинних хіміотерапевтичних препаратів є "цисплатин" (діюча речовина — цис-діамінодихлороплатина), побічними ефектами використання якого є кумулятивна ото-, нефро- та нейротоксична дія. Мінімізація небажаних ефектів без зниження терапевтичної дії цисплатину може бути досягнута з використанням носіїв ліків, зокрема магнетит-вуглецевих нанокомпозитів. Із цією метою синтезовано нанокомпозит $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$ із вуглецевою поверхнею, де прошарок оксиду алюмінію захищає магнетит у процесі піролізу вуглеводнів. Синтезовані зразки охарактеризовано методами TEM, XRD, мас-спектрометрії, досліджено магнітні властивості та величину питомої поверхні. Встановлено, що використаний режим термообробки (T = 500 °C, середовище аргону) достатній для повної карбонізації сахарози та зберігає фазу магнетиту, що не призводить до погіршення магнітних характеристик. Результати TEM- досліджень і магнітних вимірювань свідчать про формування нанокомпозиту $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$ типу ядро-оболонка. Проведено адсорбцію цисплатину на поверхні НК $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$; процес адсорбції вивчено залежно від часу контакту, pH розчину та концентрації цисплатину. Експериментальні результати кінетичних досліджень проаналізовано на відповідність теоретичним моделям Бойда та Морриса — Вебера, моделям псевдопершого та псевдодругого порядків. Моделі ізотерм Ленгмюра та Фрейндліха використано для аналізу процесів адсорбції. Лімітуючим фактором адсорбції є зовнішньодифузійні процеси масопереносу, що корелює з розрахованими параметрами моделі псевдопершого порядку ($r^2 = 0,985$). Кореляція теоретичних і практично отриманих величин адсорбційної ємності вказує на можливість застосування моделі Фрейндліха для опису адсорбції цисплатину на поверхні $Fe_3O_4/Al_2O_3/C$.

Шифр НБУВ: Ж100480

Див. також: 1.Р.531

Фармація

1.Р.194. Амінокислотний склад трави та коренів деяких перспективних рослин роду Teucrium L. флори України / К. М. Анзіна, А. В. Гудзенко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 414-419. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити якісний склад і кількісний вміст вільних і зв'язаних амінокислот у траві та коренях самосилу гайового (Teucrium chamaedrys L.) і самосилу гірського (Teucrium montanum L.). Для визначення суми амінокислот використовували методику, запропоновану Штейном і Муром у сучасній модифікації, зі застосуванням автоматичного аналізатора амінокислот моделі ААА Т — 339 (Чехія). Попередньо підготовану наважку сировини розчиняли в цитратному буферному розчині та піддавали аналізу. Розподіл компонентів здійснювали на аналітичній колонці, яку заповнювали катіонітом LG ANB. Для реєстрації амінокислот використовували метод детекції нінгідрином. Отримані дані свідчать про наявність у всіх зразках досліджуваної рослинної сировини 18 амінокислот, з яких 7 є незамінними. Найбільша кількість амінокислот міститься у траві Teucrium chamaedrys L. — 7,161 мг/100 мг. Вміст

амінокислот у коренях самосилу гайового та траві самосилу гірського практично однаковий 3,853 мг/ 100 мг та 3,703 мг/100 мг відповідно. Найменша кількість амінокислот міститься у коренях самосилу гірського — 2,391 мг/100 мг. У найбільшій кількості в рослинній сировині присутні аспарагінова та глутамінова кислоти. Серед переважаючих амінокислот варто відзначити лейцин, гліцин, лізин та аланін, концентрація яких у досліджуваних об'єктах складає 5 — 10 % від загального вмісту амінокислот. Результати проведених досліджень розширюють існуючі відомості про амінокислотний склад трави та коренів Teucrium chamaedrys L. і Teucrium montanum L.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.195. Аналгетичні властивості екстрактів трави пижми дівочої (Tanacetum parthenium L.) / О. Я. Міщенко, І. В. Кириченко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 3. - С. 167-175. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

Лікарські засоби рослинного походження займають важливе місце в розробці нових ефективних ліків, зокрема знеболювальної дії. Мета дослідження — експериментальне вивчення аналгетичної активності екстрактів трави пижми дівочої (Tanacetum parthenium L.) на моделях термічного та хімічного больового подразнення. Дослідження аналгетичної активності ліпофільного (ЛЕПД) та гідрофільного (ГЕПД) екстрактів трави пижми дівочої проведено на білих лабораторних статевозрілих мишах-самцях масою 18 — 20 г на моделях термічного подразнення кінцівок у тесті "Гаряча пластина" (обидва екстракти досліджували в дозах 25 — 100 мг/кг) і хімічного подразнення в тесті "Оцтовокислі корчі" (у дозі 50 мг/кг). За результати експериментів встановлено аналгетичну активність ЛЕПД і ГЕПД у тесті "Гаряча пластина", де задіяні переважно центральні механізми формування болю, і встановлено найефективніша доза 50 мг/кг. У тесті "Оцтовокислі корчі", де задіяні переважно периферичні механізми формування болю, досліджувані екстракти в дозі 50 мг/кг виразно знижували кількість корчів у тварин у порівнянні з контролем. Отримані дані є експериментальним обгрунтуванням подальшого вивчення досліджуваних екстрактів пижми дівочої (Tanacetum parthenium L.) як перспективних аналгетичних засобів.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.196. Вивчення вмісту полісахаридів у траві самосилу гайового та самосилу гірського / К. М. Анзіна, А. В. Гудзенко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 131-135. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Серед різноманіття представників флори України трапляються рослини, які активновикористовуються в народній медицині, але вміст біологічно активних речовин (БАР) у них вивчено недостатньо. Важливим елементом будь-якого цілісного фармакогностичного дослідження є вивчення кількісного вмісту вуглеводів у рослинній сировині. Вуглеводи відіграють ключову роль у формуванні питомої маси рослинного організму. У рослинах найбільшу кількість вуглеводів складають полісахариди. Полісахариди рослинного походження виявляють високу біологічну активність, потенціюють фармакологічну активність БАР, пролонгують дію та підвищують ефективність застосування лікарських засобів, мають протизапальну, муколітичну, імуномодулюючу, протипухлинну дію. Мета дослідженн — вивчення вмісту водорозчинних полісахаридів, пектинових речовин, а також геміцелюлози А і Б у траві самосилу гайового (Teucrium chamaedrys L.) і самосилу гірського (Teucrium montanum L.). Для виділення полісахаридів використано методику Н. К. Кочеткова. Визначення вмісту полісахаридів проводили гравіметричним методом, використовуючи електронні аналітичні ваги Radwag (Польща) серії AS 220/C. Встановлено, що серед фракцій полісахаридів найбільший відсоток складали водорозчинні полісахариди (3,12 % у самосилі гайовому та 2,81 % у самосилі гірському), найменший — фракція геміцелюлози Б (1,08 % у самосилі гайовому та 0,92 % у самосилі гірському). Вміст пектинових речовин становив 1,22 % у самосилі гайовому та 0,97 % у самосилі гірському, геміцелюлози А — 2,63 і 2,36 % відповідно. Отримані результати щодо полісахаридного складу можна використовувати для подальшого дослідження сировини самосилу гайового та самосилу гірського та при розробці методик контролю якості на лікарську сировину та субстанції на її основі.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.197. Гіпоурикемічна дія та гостра токсичність екстракту листя любистку лікарського (Levisticum officinale Koch) / О. О. Койро, А. І. Шемаруліна, А. В. Кононенко, С. Ю. Штриголь // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 22-130. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати в експерименті вплив рідкого водно-спиртового екстракту листя любистку лікарського (ЕЛЛЛ) на обмін сечової кислоти (СК) у нормі та на моделі гіперурикемії, визначити гостру токсичність зазначеного екстракту. ЕЛЛЛ отримано методом перколяції, як екстрагент використано 70 % етиловий спирт. В експерименті на мишах визначали вплив 7-денного введення ЕЛЛЛ (з якого попередньо відганяли спирт відновлювали об'єм водою) у дозах 1 і 5 мл/кг на вміст СК у крові, на ниркову екскрецію СК в інтактних мишей і на моделі гіперурикемії, викликаної калію оксонатом, а також на активність ксантиноксидази (КО) у печінці. Як препарат порівняння використано алопуринол (10 мг/кг у шлунок). Проаналізовано кореляційні зв'язки між зазначеними показниками пуринового обміну. Експрес-методом визначали гостру токсичність ЕЛЛЛ. Позбавлений спирту ЕЛЛЛ в інтактних тварин чинив помірний, а на моделі оксонат-індукованої гіперурикемії — виразніший гіпоурикемічний вплив (у дозі 5 мл/кг знижував вміст СК у крові на 47 %, $p < 0,01$). За виразністю гіпоурикемічного ефекту ЕЛЛЛ поступався алопуринолу. Механізм гіпоурикемічного впливу ЕЛЛЛ, як і алопуринолу, полягає в інгібуванні КО (активність ензиму зменшувалась на 37 — 51 % за нормоурикемії та на 51—57 % за гіперурикемії). Роль цього механізму підтверджується результатами кореляційного аналізу зв'язку між урикемією та активністю КО. Як ЕЛЛЛ у дозі 5 мл/кг, так і алопуринол в умовах оксонат-індукованої моделі гіперурикемії відновлювали прямий кореляційний зв'язок між концентрацією в крові СК та активністю КО (відповідно rho = 0,68 і rho = 0,88), притаманний інтактним тваринам (rho = 0,86) і порушений оксонатом калію (rho = -0,04>). Ниркова екскреція СК під впливом ЕЛЛЛ зменшувалась. ЕЛЛЛ належить до практично нетоксичних речовин (V клас токсичності, 5000 $LD^{50} < 15\,000$ мг/кг при визначенні експрес-методом). Таким чином, ЕЛЛЛ може розглядатися як перспективний гіпоурикемічний засіб для лікування захворювань, асоційованих із підвищенням вмісту СК у крові.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.198. Дослідження анатомічних ознак трави золотушника канадського, інтродукованого в Україні / Т. М. Гонтова, В. П. Руденко, В. П. Гапоненко, С. А. Козира, С. В. Романова // Фармацевт. журн. - 2021. - **76,** № 6. - С. 94-104. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Золотушник канадський (Solidago canadensis L.) належить до родини Айстрові роду Золотушник, який містить близько 117 видів. У природних умовах цей вид широко розповсюджений у США, Канаді, Мексиці, Чилі. Золотушник канадський почали вирощувати в Україні з 1986 р. для одержання сировини, яку використовували для виробництва препарату Марелін (Вифитех, ЗАО, Росія). Зараз в природі широко розповсюджені золотушник канадський, золотушник звичайний і золотушник кавказький, ареали яких перемежовуються, утворюючи гібриди. Траву золотушника використовують у народній і офіційній медицині при захворюваннях сечового міхура і нирок, за сечокам'яної хвороби. Препарати золотушника виявляють протизапальну, антимікробну, діуретичну спазмолітичну дію, що зумовлено комплексом біологічно активних речовин (БАР) сировини (флавоноїдами, кумаринами, органічними кислотами, амінокислотами). На фармацевтичному ринку відомі препарати, до складу яких входить золотушник, а саме фітолізин ("Herbapol" The Warsaw Herb Company, Польща), Солідаго композитум С (Хеель, Німеччина), Урофлукс (Rhone-Poulenc Rorer, Німеччина). Золотушник входить до складу Європейської фармакопеї 8 видання, Британської фармакопеї, Державної фармакопеї України (ДФУ) 2,0. У монографії ДФУ сировиною є цілі або різані, висушені квітучі надземні частини золотушника гігантського (Solidago gigantea Ait.) або золотушника канадського (Solidago canadensis L.), їх різновиди, або гібриди, або суміш обох видів, а також золотушника європейського (Solidago virgaurea L.). У монографії ДФУ описано загальні морфолого-анатомічні ознаки обох видів, які є дуже схожими. Анатомічні ознаки наведено для порошкованої сировини, обробленої хлоралгідратом розчином Р. Не всі діагностичні ознаки можна визначити у порошкованій сировині, крім того, не всі анатомічні ознаки, що наведено у роботі "Золотушник. Solidaginis herba", можуть одночасно відповідати і Solidago gigantea Ait. — Solidago canadensis L., тому актуальним та доцільним було дослідити вітчизняні серії золотушника канадсь-

кого і визначити додаткові діагностичні мікроскопічні ознаки. Мета дослідження серій вітчизняної сировини золотушника канадського за анатомічними ознаками та визначення сукупності індивідуальних ознак виду для встановлення тотожності сировини.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.199. Лікарське рослинництво — один із напрямів розвитку сільськогосподарського виробництва / С. Я. Ольхович, О. В. Крохтяк, І. Я. Ткач, О. І. Гриник // Збалансов. природокористування. - 2020. - № 2. - С. 53-59. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Визначено роль лікарського рослинництва у сільському господарстві. Функціями лікарських рослин є: задоволення потреб організму у поживних речовинах; пригнічення хвороботворної мікрофлори організму; посилення припливу крові до окремих органів; посилення видільних (секреторних) функцій організму; антиалергічна дія; припинення кровотеч; вплив на центральну нервову систему. Найпоширеніші у сільській місцевості та прибутковими для вирощування є ромашка лікарська — середня урожайність в середньому становить 5 — 10 ц/га, може приносити дохід до 300 тис. грн; материнка звичайна — хороший медонос з продуктивністю до 100 кг/га; меліса лікарська — за врожайності 220 — 250 ц/га сирої маси, або ж 35—40 ц/га сухої трави можна одержати близько 35 кг/га ефірної олії і дохід близько $ 8000 за 1 ц сухої маси; валеріана лікарська — урожайність становить від 7 — 9 до 15 — 20 ц/га, можна одержати до 240 тис. грн/100 кг; м'ята перцева — за урожайності 15 — 20 ц/га сукупний дохід становитиме від 60 до 80 тис. грн; ехінацея пурпурова — урожайність становить близько 4 т/га сухої трави і до 2 т/га коренів, прибуток до 80 тис. грн/1 га за траву і до 200 тис. грн за корені. Під час виробництва лікарської рослинної сировини слід грунтуватися на соціо-еколого-економічних чинниках, які включають в себе: якісний і кількісний стан природних ресурсів, можливість зростання доходу від вирощування лікарської сировини; доходи у вигляді заробітної плати, створення нових робочих місць; зміцнення фізичного та морального здоров'я населення. Встановлено, що лікарські культури є більш прибутковими у вирощуванні, ніж сільськогосподарські.

Шифр НБУВ: Ж100860

1.Р.200. Мікроскопічні діагностичні ознаки представників родини Бобові. Повідомл. ІІ. Провідна система / О. В. Гречана, А. Г. Сербін, А. М. Рудник, О. О. Салій // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 292-298. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мировой рынок растительных продуктов быстро расширяется, и торговля ими имеет тенденцию к росту на 15 — 25 % ежегодно. Пропорционально увеличивается количество сообщений о случайных загрязнениях или преднамеренных, экономически мотивированных фальсификациях растительного сырья. По данным научной литературы, из почти 6000 препаратов растительного происхождения, которые продаются в 37 странах, 27 % содержат незадекларированные загрязнения, заменители или другие компоненты. Проведен микроскопический анализ проводящей системы для установления морфоанатомических характеристик отдельных представителей рода клевер (Trifoliae L.), Fabaceae L. Клевер проявляет противовоспалительные, антисептические, желчегонные, потогонные, мочегонные, кровоостанавливающие, отхаркивающие, вяжущие свойства, его применяют при лечении многих заболеваний. Цель работы — изучение строения проводящей системы листьев и стеблей представителей рода Trifolium L. для выявления общих признаков и отличий, которые могут быть использованы как диагностические. Растительный материал (траву) клевера лугового (Trifolium pratense L.), мясокрасного (T. incarnatum L.), ползучего (T. repens L.) и земляничного (T. fragiferum L.) заготавливали в период активного цветения растения (май — июнь), сушили в хорошо проветриваемом помещении. Препараты листьев и стеблей предварительно разваривали в 5 % водном растворе натрия гидроксида и фиксировали в растворе хлоралгидрата. Поперечные срезы делали микротомом. Использовали световой микроскоп БИОЛАМ ЛОМО (РФ), полученные данные фиксировали цифровой фотокамерой OLYMPUS SH-21 для идентификации проводящего аппарата листка, черенка и стебля. Во время изучения строения центральной жилки листьев клевера лугового и земляничного установили: проводящая система, покрытая кристаллоносной обкладкой, представляла собой один закрытый коллатеральный пучок в центре; это не характерно для двудольных растений. Черенки листков клевера мясокрасного, земляничного и ползучего на поперечном срезе имели разные формы — почковидную и округлую. Проводящие пучки в клевере мясокрасном и ползучем расположены кругом, а земляничный имел безпучковый тип строения. Пучки закрытого типа, коллатеральные, что противоречит сведениям научной литературы о строении проводящей системы двудольных растений. В стеблях растений проводящие пучки — открытые коллатеральные. Выводы: при поиске дифференцирующих признаков у некоторых представителей рода Trifoliae L. в ходе фармакогностического анализа выявлены особенности строения проводящей системы центральной жилки и черешка листков объектов исследования: клевера лугового (Trifolium pratense L.), мясокрасного (T. incarnatum L.), ползучего (T. repens L.) и земляничного (T. fragiferum L.). Для представителей двудольных растений не характерны проводящие пучки закрытого типа, которые обнаружили при микроскопическом исследовании.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.201. Отримання концентратів біофлавоноїдів із лікарської сировини / Г. О. Сімахіна // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2021. - **27**, № 2. - С. 140-147. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Раціональне харчування є найважливішою складовою здорового способу життя, воно забезпечує належний стан здоров'я, допомагає реалізувати резерв довголіття, підвищити якість життя. Раціональне харчування розглядається не лише як джерело постачання організму необхідними пластичними матеріалами та енергією, а й дотримання складних співвідношень між численними мікронутрієнтами з точки зору їхнього якісного та кількісного складу. Раціональне харчування — це також дієвий засіб боротьби з аліментарно залежними хворобами та профілактики їх виникнення. У процесі метаболізму в клітинах організму людини відбуваються різноманітні реакції, побічними продуктами яких значною мірою є реакційно активні форми кисню, так звані вільні радикали (ВР). У здоровому організмі ці процеси не лише не викликають негативних наслідків, а й є необхідними та корисними. Однак у разі несприятливих впливів на людину зовнішніх і внутрішніх чинників, у тому числі негативних емоційних станів, відбувається надлишкове накопичення ВР. Загальний стан клітин, які піддаються їхній ушкоджувальній дії, розглядається як оксидативний стрес, а самі ВР ініціюють ланцюгове окиснення структурних елементів клітини, зокрема ліпідів, білків мембран, ДНК, що викликає загибель клітини та провокує розвиток різноманітних, зокрема автоімунних, хвороб. За сучасними науковими даними, найбільш ефективним засобом боротьби з надлишком ВР є природні антиоксиданти, які завдяки своїй будові можуть бути донорами протонів або електронів, здатних нейтралізувати ВР. Високу антиоксидантну активність виявляють сполуки фенольної природи — біофлавоноїди, які в досить значних концентраціях містяться в різних лікарських рослинах. Тому в наші дні широко застосовуються лікарські трави не лише в медицині, а й у харчових технологіях. Здійснено оцінку ряду лікарських рослин на вміст загальної суми біофлавоноїдів, оскільки їх виражений профілактичний і лікувальний ефекти є результатом впливу всіх діючих речовин, і розроблено спосіб отримання сухих і згущених концентратів як поліфункціональних збагачувачів харчових середовищ із переважаючим вмістом біофлавоноїдів.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.202. Параметри отримання настойки з підземних органів родовика лікарського та вивчення її біологічної активності / Т. В. Опрошанська, О. П. Хворост // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 299-305. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Цель работы — экспериментально определить оптимальные параметры получения настойки из корневищ с корнями кровохлебки лекарственной и изучить ее антимикробную и антиоксидантную активности. Корневища с корнями дикорастущей кровохлебки лекарственной заготавливали осенью 2019 г. При определении оптимальных параметров технологии получения настойки критерием оценки служил выход суммы полифенолов и суммы гидроксикоричных кислот, которые определяли спектрофотометрическим методом согласно методикам ГФУ 2,0. Антимикробную активность изучали методом диффузии в агар и методом серийных разведений, антиоксидантную — in vitro с помощью стабильного радикала 2,2-дифенил-1-пикрилгидразила (2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl — DPPH). Выводы:

определены параметры получения настойки из корневищ с корнями кровохлебки лекарственной, установлена ее антимикробная и антиоксидантная активности. Результаты показали актуальность дальнейшего изучения настойки из корневищ с корнями кровохлебки лекарственной как перспективного лекарственного средства.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.203. Синтез і дослідження протипухлинної активності деяких нових 7Н-[1,2,4] тріазоло [3,4-b][1,3,4] тіадіазинів / І. І. Мирко, Т. І. Чабан, В. В. Огурцов, І. В. Драпак, В. С. Матійчук // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 320-327. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Поиск эффективных малотоксичных противоопухолевых средств — одна из важнейших проблем в современной медицине и фармации. Несмотря на большой выбор противоопухолевых препаратов и разнообразие механизмов их действия, эффективность существующих препаратов остается недостаточной. Среди многочисленных природных и синтетических гетероциклических соединений, которые проявляют противоопухолевую активность, все больший интерес вызывают производные 7Н-[1,2,4]триазоло[3,4-b][1,3,4]тиадиазина, которые способны к инициации различных путей гибели опухолевых клеток. Таким образом, актуален синтез новых производных указанного класса соединений и изучение их противоопухолевых свойств. Цель работы — синтез новых 7Н-[1,2,4]триазоло[3,4-b][1,3,4]тиадиазинов и исследования их противоопухолевой активности. Использовали методики органического синтеза, физические и физико-химические методы анализа органических соединений (ЯМР 1Н-спектроскопия, элементный анализ). Для получения новых 7Н-[1,2,4]триазоло[3,4-b][1,3,4]тиадиазинов осуществлено взаимодействие 4-амино-4Н-[1,2,4]триазол-3-тиолов с соответствующими бромацетофенонами. Реакция проходит при нагревании названных реагентов в спирте с закрытием тиадиазинового цикла и формированием 7Н-[1,2,4]триазоло[3,4-b][1,3,4]тиадиазиновой системы. Структура всех синтезированных соединений подтверждена методом ЯМР 1Н спектроскопии и данными элементного анализа. Противоопухолевую активность синтезированных соединений изучали в рамках международной научной программы DTP (Developmental Therapeutic Program) Национального института рака (NCI, Бетезда, Мэриленд, США). Установлено, что синтезированные соединения проявили противоопухолевое действие разного уровня. Самым активным среди тестируемых веществ оказалось соединение 3j со средним значением GP 28.73. Наиболее чувствительными к ней были линии меланомы MDA-MB-435 и SK-MEL-2, рака почек A498 и RXF 393, рака ЦНС SNB-75 и немелкоклеточного рака легких NCI-H522. Вторичный этап исследований этого соединения подтвердил его высокую противоопухолевую активность в отношении большинства линий раковых клеток. Выводы: в результате взаимодействия 4-амино-4Н-[1,2,4]триазол-3-тиолов с соответствующими бромацетофенонами получена серия новых не описанных в научной литературе триазоло[3,4-b][1,3,4]тиадиазинов. Тестирование синтезированных соединений на противоопухолевую активность позволило выделить высокоактивное соединение с выраженным противоопухолевым эффектом, которое по показателям активности приближается или превышает известные лекарственные средства 5-фторурацил (5-FU) и цисплатин, а также вещество противоопухолевого действия куркумин.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.204. Фармакогностичне дослідження видів роду сосна: автореф. дис. ... канд. фармацевт. наук : 15.00.02 / Т. П. Мандзій; Запорізький державний медичний університет. - Запоріжжя, 2017. - 22 с.: рис., табл. - укр.

Висвітлено комплексне фармакогностичне дослідженя листків сосни звичайної (Pinus sylvestris L.), сосни гірської (Pinus mugo Turra), сосни кедрової Європейської (Pinus cembra L.) та сосни Веймутової (Pinus strobus L.). Описано виділення і склад ефірних олій зазначених видів сосни. Розроблено лікарський засіб на основі листків з сосни звичайної, вибрані параметри стандартизації сировини та лікарського засобу. Встановлено основні анатомічні ознаки листків сосни звичайної, сосни гірської, сосни кедрової Європейської та сосни Веймутової. Використовуючи сучасні методи дослідження, в листках сосни звичайної, сосни гірської, сосни кедрової Європейської та сосни Веймутової ідентифіковано та визначено кількісний вміст органічних кислот, амінокислот, аскорбінової кислоти, макро- та мікроелементів, окиснювальних фенолів, гідроксикоричних кислот та флавоноїдів. Визначено технологічні параметри листя сосни звичайної та процесу одержання сухого екстракту та розробки мазі на його основі. Розроблено проекти методик контролю якості "Сосни звичайної листки" та "Сосни звичайної листків екстракт сухий". Новизну підтверджено та захищено патентом України на корисну модель № 113879 "Мазь з екстрактом листків сосни звичайної з ранозагоювальною дією". Встановлено експлуатаційні запаси, обсяг можливої щорічної заготівлі сировини сосни звичайної, що вказує на можливість розробки лікарських засобів із забезпеченою сировинною базою.

Шифр НБУВ: РА436780

1.Р.205. Comparative chromato-mass spectrometric study of tinctures based on Echinacea purpurea (L.) Moench / Yu. I. Korniievskyi, Yu. Skoryna, V. H. Korniievska, N. V. Kandybei // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - 14, № 3. - С. 275-281. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Актуальной проблемой современности является распространение вторичных иммунодефицитов, связанных с повышенными стрессовыми нагрузками, урбанизацией и негативными изменениями в экологии, приводящими к нарушениям функционирования иммунной системы. Препараты, производимые на основе лекарственных растений, характеризуются более мягким действием, меньшей вероятностью развития привыкания и побочных эффектов, а также возможностью достаточно длительного применения. Эхинацея пурпурная (Echinacea purpurea (L.) Moench), представитель семейства Asteraceae, — перспективное растение с иммуномодулирующим действием. Основными действующими веществами эхинацеи являются фенольные соединения, углеводы и алкиламиды. Химический состав эхинацеи представлен также флавоноидами, дубильными веществами, сапонинами, высшими жирными кислотами, аминокислотами, бетаином, эфирным маслом, макро- и микроэлементами (Se, Co, Ag, Mo, Zn, Mg, K, Na, Fe и др.). Лекарственные препараты проявляют иммуностимулирующее, антиоксидантное, мембраностабилизирующее действие, способствуют заживлению ран, ожогов, язв; их применяют при инфекционных и вирусных заболеваниях, особенно верхних дыхательных путей. Традиционно их используют при фурункулезе, септицемии (заражении крови), пиорее, тонзиллитах, а также для лечения фурункулов, карбункулов и абсцессов. В современной фармацевтической науке ведущее место занимают исследования, связанные с внедрением в медицинскую практику лекарственных средств растительного происхождения, изучением их химического состава, стандартизацией, разработкой оптимальных технологий изготовления фитопрепаратов. Именно поэтому объектами исследований стали настойки на основе эхтнацеи пурпурной. Цель работы — изучение и сравнительный анализ компонентного состава настоек на основе эхинацеи пурпурной (Echinacea purpurea (L.) Moench) с помощью газовой хроматографии (ГХ). Для исследования использованы настойки корневищ с корнями эхинацеи пурпурной: экспериментальная, изготовленная по промышленной технологической рецептуре (1:5, экстрагент — этанол 70 %) из сырья, заготовленного в июле 2019 г. на опытном участке Запорожского государственного медицинского университета; контрольная — готовая продукция ООО "Житомирская фармацевтическая фабрика", серия 20319. Настойки исследовали на газовом хроматографе Agilent 7890B с масс-спектрометрическим детектором 5977B. Для идентификации компонентов использована библиотека масс-спектров NIST14. Выводы: с помощью ГХ изучен и проведен сравнительный анализ компонентного состава настоек на основе эхинацеи пурпурной (Echinacea purpurea (L.) Moench). Метод ГХ пригоден для определения природных биологически активных веществ в составе фитопрепаратов из эхинацеи и может быть использован при разработке методик их стандартизации. Результаты исследования имеют ценность для дальнейшей разработки и совершенствования аналитической нормативной документации на сырье и фитопрепараты из эхинацеи пурпурной, а также могут стать основой для создания новых субстанций с иммуномодулирующей активностью на основе подземных органов эхинацеи.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.206. Research of the chemical composition of Artemisia tschernieviana Bess. by gas chromatography method with mass detection / O. I. Panasenko, V. I. Mozu, O. M. Denysenko, I. I. Ak-

sonova, V. V. Holovkin // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 282-286. - Бібліогр.: 19 назв. - англ.

Цель работы — определение химического состава полыни Черняева травы, установление перспективности её исследования какпотенциального источника лекарственных средств с антибактериальным и противовоспалительным действиями. Объект исследования — полыни Черняева трава. Сырье собрано в июле 2021 г. в фазу цветения (г. Запорожье). Настойку получали методом мацерации, сырье экстрагировали метиловым спиртом при комнатной температуре в течение 10 дней в соответствии с методикой изготовления настоек. Химический состав настойки изучили с помощью газового хроматографа Agilent 7890B GC System (Agilent, Санта-Клара, Калифорния, США) с масс-спектрометрическим детектором Agilent 5977 BGC/MSD (Agilent, Santa Clara, CA, США) и хроматографической колонки DB-5ms (30 м — 250 мкм — 0,25 мкм). Выводы: полыни Черняева трава может быть рекомендована для дальнейших исследований как источник потенциальных про-тивовоспалительных и антибактериальных средств.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.207. Study of flavonoids and phenolic acids in green tea leaves / O. Yu. Maslov, S. V. Kolisnyk, M. A. Komisarenko, E. Yu. Akhmedov, S. M. Poluian, Z. V. Shovkova // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 287-291. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Цель работы — определение качественного состава и количественного содержания флавоноидов и фенолокислот в зелкного чая листьях. Объект исследования — зеленого чая листья, собранные в провинции Аньхой, КНР. Анализ 60 % спиртовой вытяжки зеленого чая листьев провели методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с помощью хроматографической системы Prominence LC-20 Shimadzu (Япония) со спектрофотометрическим детектором SPD-20AV, колонка Agilent Technologies Microsorb-MV-150 (C18 модифицированный силикагель, длина — 250 мм, диаметр — 4,6 мм, размер зерен сорбента — 5 мкм). Вещества в вытяжке идентифицировали путем сравнения времени удерживания и спектральных характеристик исследуемых веществ со стандартами. В зеленого чая листьях идентифицировали 13 соединений, определили их количественное содержание методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Среди агликонов флавоноидов количественно преобладал кверцетин (0,35 %), а из гликозидов флавоноидов — лютеолин-6-С-глюкозид (1,30 %). Среди фенольных кислот доминирующее соединение — галловая кислота (5,21 %). Выводы: определили качественный состав и количественное содержание флавоноидов и фенольных кислот в зеленого чая листьях методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Содержание флавоноидов в зелёного чая листьях превышало содержание фенольных кислот.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.208. Аналіз тенденцій екстемпорального виготовлення ліків в аптеках для дітей / О. М. Заліська, Ю. В. Качерай, З. О. Заболотня, О. М. Семенов // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 18-27. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета дослідження — провести аналіз реальних даних і асортименту лікарських засобів, що виготовляють у виробничих аптеках м. Львів з акцентом на дитячі лікарські форми. Період дослідження — 2020 — 2021 рр. Об'єктами дослідження була номенклатура екстемпоральних лікарських засобів та лікарських форм для дітей у 6 виробничих аптеках м. Львів. Використано методи контент-аналізу дитячих екстемпоральних прописів залежно від складу АФІ, дози та лікарських форм, аналіз витрат на екстемпоральні лікарські засоби у порівнянні з готовими лікарськими засобами. Встановлено, що для лікування на стаціонарному етапі лікарі призначають лікарські засоби, які виготовляють екстемпорально у рідких лікарських формах (75 %) — розчини для ін'єкційного введення та у твердих лікарських формах (25 %) і дозовані прості порошки — 19 %, дозовані складні порошки — 6 %. Аналіз номенклатури екстемпоральних лікарських засобів у 6 досліджуваних аптеках за 2020—2021 рр. показав, що найбільшу питому вагу серед усіх виготовлених лікарських форм займають м'які лікарські форми і становлять 61,6 % (мазі, креми, пасти); рідкі лікарські форми — 28,3 % (розчини, мікстури, суспензії, лосьйони, краплі, шампуні); тверді лікарські форми — 8,3 % (моно-, комбіновані порошки, супозиторії) та 1,8 % — інших лікарських форм (присипки та лаки). Було виділено унікальні рецепти екстемпоральних лікарських засобів, аналоги яких відсутні у промислових лікарських формах. Проведено аналіз вартості усіх дитячих екстемпоральних лікарських засобів у досліджуваних аптеках та визначено, що їх вартість становить від 40,5 до 305,6 грн. Екстемпоральні лікарські засоби є в 2,2 — 4,9 разу більш доступнішими за лікарські засоби з аналогічним складом промислового виробництва. На фармацевтичному ринку України багато дитячих лікарських засобів іноземного виробництва, і їх ціна вища, це суттєво збільшує витрати на лікування захворювання. За методами анкетування та інтервіювання провізорів аптек проведено експертну оцінку ефективності використання екстемпоральних лікарських засобів для дітей. Встановлено, що екстемпоральні лікарські засоби є ефективними і високоефективними через низку переваг: відсутність барвників, консервантів, стабілізаторів, коригентів смаку, неможливість фальсифікації лікарських засобів, точність дозування та можливість прийому такої дози, що забезпечує очікувану ефективність та безпеку лікування у дітей, профілактику ускладнень. До екстемпоральних лікарських засобів значно вища комплаєнтність щодо лікування у дітей та батьків, такі ліки забезпечують вищу ефективність лікування та зменшують кількість помилок у дозуванні. Використання екстемпоральних лікарських засобів надає змогу батькам правильно їх дозувати для дітей, уникати помилок у дозуванні, неналежного прийому, що є надзвичайно важливим для забезпечення раціонального застосування препаратів у педіатричній практиці.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.209. Дослідження з вибору консерванта для м'якої лікарської форми з водорозчинним білково-полісахаридним комплексом гриба плеврот черепичастий / О. А. Колпакова, Н. В. Кучеренко // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 73-79. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

М'які лікарські засоби для зовнішнього застосування з компонентами природного походження зазвичай потребують введення консервантів для забезпечення мікробіологічної стабільності. Тому дослідження з вибору консерванта є необхідним етапом створення фармацевтичної композиції. Мета роботи — обгрунтування вибору виду та концентрації ефективного консерванта (або комбінації консервантів) для введення до складу мазі протирубцевої дії з водорозчинним білково-полісахаридним комплексом гриба плеврот черепичастий. Об'єктом дослідження була оригінальна мазева композиція на емульсійній основі, діючим компонентом якої є водорозчинний білково-полісахаридний комплекс гриба плеврот черепичастий. Для підвищення мікробіологічної стабільності до складу зразків вводили консерванти, що найчастіше зустрічаються в складі м'яких лікарських форм (ніпагін: ніпазол, триклозан, бронопол та бензойна кислота). Визначення чутливості зразків мазі до мікроорганізмів здійснювали за допомогою методу дифузії в агар ("метод колодязів"), як мікробіологічну модель використовували загальноприйнятий набір тест-штамів еталонних культур грампозитивних і грамнегативних бактерій та грибів. У результаті дослідження встановлено, що високі протимікробні властивості має зразок 7, де діаметри зон затримки росту становили 34 — 35 мм щодо Staphylococcus aureus ATCC 25923, Basillus subtilis ATCC 6633, 29 — 31 мм для Escherichia coli ATCC 25922, Proteus vulgaris ATCC 4636 та Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853. Стосовно грибів Candida albicans ATCC 653/885 зони затримки росту становили 27 — 28 мм. До складу цього зразка було введено бронопол, саме цей консервант забезпечить необхідну мікробіологічну чистоту та стабільність готової мазі. Дослідження показують, що м'які лікарські форми з субстанціями природного походження потребують введення антимікробних агентів. Експериментально доведено, що бронопол у концентрації 0,2 % забезпечує ефективну мікробіологічну стабільність м'якої лікарської форми протирубцевої дії з водорозчинним білково-полісахаридним комплексом гриба плеврот черепичастий.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.210. Лікарські засоби, виготовлені в аптеках: особливості проведення валідації аналітичних методик і випробувань (до впровадження розділу монографії ДФУ) / О. А. Євтіфєєва, В. А. Георгіянц // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 80-93. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

У більшості зарубіжних країн ліки, виготовлені у громадських та лікарняних аптеках, є важливим елементом фармацевтичного сектора, рецептура яких поширюється та розвивається з урахуванням пот-

реб сьогодення. Правове регулювання обігу цих ліків підпорядковується загальним вимогам Національної фармакопеї та ЄФ до готових лікарських засобів, але здійснюється з врахуванням особливостей лікарських засобів, виготовлених в аптеках: індивідуального призначення, рецептури, виготовлення, контролю якості, реалізації. В Україні у ДФУ є монографії на різні категорії лікарських засобів, виготовлених в аптеках. Але на сьогодні існує низка питань із забезпечення контролю їх якості, які потребують узгодженості з загальними вимогами до готових лікарських засобів. Мета даної роботи є узагальнення визначених раніше підходів та оцінка результатів їх використання в експериментальних дослідженнях із розробки та валідації методик для контролю якості лікарських засобів, виготовлених в аптеках; обгрунтування та розробка фрагмента загальної монографії "Лікарські засоби, виготовлені в аптекахі ДФУ. У результаті критичного аналізу загальних вимог до валідації методик аналізу та специфіки лікарських засобів, виготовлених в аптеках було розроблено стандартизовану процедуру валідації. При формуванні допусків вмісту окремих інгредієнтів в аптечних лікарських формах було обрано підхід ДФУ, тобто обрано допуски вмісту на рівні і 5 %, і 10 %, і 15 %. Апробацію стандартизованої процедури для валідації методик кількісного визначення АФі в лікарських засобах, виготовлених в аптеках було проведено на значній кількості найменувань (близько 50 лікарських засобів, виготовлених в аптеках) із використанням спектрофотометричного, фотоколориметричного, рефрактометричного та титриметричних методів аналізу. Дослідження проводили для різних категорій лікарських засобів, виготовлених в аптеках: розчини концентратів, напівфабрикати, лікарські засоби, виготовлені про запас, лікарські засоби, виготовлені з готових лікарських засобів. Запропоновано стандартизовану процедуру валідації аналітичних методик надає змогу проводити контроль якості лікарських засобів, виготовлених в аптеках відповідно до вимог ДФУ та уникнути надмірних витрат. На основі статистичного аналізу експериментальних даних було сформовано проєкт частини загальної монографії на лікарські засоби, виготовлені в аптеках: валідація аналітичних методик і випробувань.

Шифр НБУВ: Ж28227

Токсикологія

1.Р.211. Актуальні аспекти токсикокардіології: (огляд) / Ю. І. Марков // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 25-28. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Розглянуто різноманітні аспекти виникнення токсичного ураження серцево-судинної системи, що нерідко трапляється в клінічній практиці. Подібні ситуації спостерігають при поєднанні кількох токсичних чинників (алкоголь, наркотичні речовини тощо), у випадках перевищення терапевтичних доз кардіотропних препаратів, при призначенні хіміотерапії в онкології. Вказані основні патофізіологічні механізми дії токсикантів на серце та напрямки запобігання токсичному ураженню серцево-судинної системи.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.212. Експериментальна оцінка можливої токсичності етилстеарату за умов використання його як харчового продукту / К. О. Гаврюшенко, Ф. Ф. Гладкий, Т. В. Горбач // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 6. - С. 189-196. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Показано принципову можливість використання при виготовленні продуктів харчування жирних кислот (ЖК), "носієм" яких є одноатомний спирт етанол. Стеаринова кислота у формі етилових ефірів має ряд унікальних фізикохімічних властивостей (висока твердість, низька температура плавлення тощо), що є надзвичайно цінним у галузі харчових технологій, а з фізіологічної точки зору, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, вона має переваги перед іншими насиченими кислотами (лауриновою, пальмітиновою, міристиновою), зважаючи на рівень утворення ліпопротеїнів низької щільності в плазмі крові людини. Проведено експериментальну оцінку впливу етилстеарату на ліпідний обмін і рівень інтоксикації в організмі за умов використання його як харчового продукту. Дослідження виконано на базі Харківського національного медичного університету. В експерименті використовували 3-місячних щурів-самців популяції WAG, що були розділені на дві групи (експериментальна (ЕГ) і контрольна (КГ)), чисельністю по 10 особин у кожній. Для перевірки впливу етилстеарату на ліпідний обмін і рівень інтоксикації в організмі ЕГ тварин харчувалась протягом місяця за раціоном, у якому 30 % від добової потреби в ліпідах було замінено на досліджуваний продукт, а КГ — за стандартним раціоном. Після закінчення експерименту тварин було декапітовано та виділено біологічний матеріал (кров і печінка) для визначення фракційного складу ліпідів у гомогенатах печінки, ліпідного спектра сироватки крові, інтегрального індексу інтоксикації та показників пероксидного окиснення ліпідів-антиоксидантної системи. Основні результати експерименту свідчать про відсутність токсичного навантаження та порушень у ліпідному обміні при застосуванні як харчового продукту ЖК, "носієм" яких є етанол.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.213. Особливості інтоксикації кобальтом і його сполуками / О. М. Арустамян, В. С. Ткачишин, Ю. А. Арустамян, О. Ю. Алексійчук, І. В. Думка // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 6-11. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Кобальт застосовується при виготовленні хімічно стійких сплавів, у нікель-кадмієвих акумуляторах та деяких конструкціях літій-іонних акумуляторів, при отриманні низки фарб для скла й кераміки. Також його застосовують як каталізатор хімічних реакцій у нафтохімії, виробництві полімерів та інших процесах. Із кобальтових сплавів виготовляють різноманітні обробні інструменти. Сплави кобальту мають високу твердість і зносостійкість, їх застосовують у протезуванні як у стоматології, так і в хірургії. Щодо значення кобальту для організму, кобальт є кофактором і активатором ферментів, зв'язує азот при продукції амінокислот, атом кобальту — центральний компонент вітаміну В12, що є кофактором і активатором для декількох незамінних ферментів. При його недостатності в організмі може розвиватися акобальтоз. При надмірному потраплянні кобальту та його сполук до організму розвивається отруєння. В наш час у більшості випадків інтоксикації зустрічаються на виробництві. У виробничих умовах працівники зазнають переважно інгаляційного впливу аерозолів кобальту або його оксидів. Гранично допустима концентрація кобальту металевого й окису в повітрі робочої зони — 0,5 мг/м^3. Кобальт входить до переліку промислових отрут і відноситься до другого класу небезпеки. Можуть бути як гострі, так і хронічні отруєння цим елементом і його сполуками. Реагуючи з сульфгідрильними групами білків, він інактивує тіоферменти. Кобальт та його сполуки справляють подразнюючу, загальнотоксичну дію на систему крові, дихання, серцево-судинну та нервову систему. Токсичний ефект у гострій формі зводиться до ураження бронхолегеневої системи (ливарна лихоманка, гострий риніт, гострий фарингіт, гострий ларингіт). Гостре отруєння кобальтом та його сполуками супроводжується явищами дихальної недостатності та розвитком кобальтової кардіоміопатії. Розвивається також поліцитемія та порушення функції щитоподібної залози внаслідок її гіперплазії та розвитку зоба. Хронічні інтоксикації проявляються у вигляді професійної бронхіальної астми та гігантськоклітинної інтерстиціальної пневмонії, хронічного бронхіту, хронічних обструктивних захворювань легень, пневмосклерозу. Припинення експозиції зазвичай призводить до швидкого зменшення числа скарг і часткового поліпшення функції легень. Залежно від шляху надходження кобальту в організм необхідно проведення тих чи інших заходів, спрямованих на припинення дії токсичної речовини на організм хворого. Як антидотну терапію застосовують комплексони: ЕДТА, тетацин-кальцій, купреніл, що належать до хелатоутворюючих сполук і утворюють легкорозчинні низькомолекулярні комплекси з металами, що швидко виводяться з організму через нирки. Також як антидот застосовують сукцимер, що вводиться протягом 2 годин із моменту отруєння. Унітіол також можна застосовувати як антидот, що вводять протягом 6 годин із моменту отруєння. Неспецифічним антидотом є активоване вугілля. Найбільш ефективним як неспецифічний антидот є використання синтетичного і природного вугілля з високою сорбційною ємністю. Проводиться також симптоматичне й підтримуюче лікування.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.214. Тестові завдання для самопідготовки студентів до модульного контролю з дисципліни "Токсикологічна і судова хімія": навч. посіб. / уклад.: В. В. Бевзо, М. М. Тураш, О. В. Рябая; ред.:

В. В. Бевзо; Буковинський державний медичний університет. - Чернівці: Букрек, 2020. - 110 с. - укр.

Представлено навчальний посібник, який призначено для студентів 4-го курсу вищих медичних закладів освіти України III — IV рівнів акредитації спеціальності "Фармація" освітнього рівня "Магістр", які опановують токсикологічну та судову хімію. Включено тестові завдання з 10 основних тем, які згруповані відповідно до основних розділів токсикологічної і судової хімії. Запропоновано до кожного тестового завдання 5 варіантів відповідей, правильна відповідь одна і вона міститься на першій позиції — А. Зазначено, що при розборі тестових завдань студенти можуть більш глибоко засвоїти курс токсикологічної і судової хімії.

Шифр НБУВ: ВА864183

1.Р.215. The linkage between mercury-caused neuro- and genotoxicity via the inhibition of DNA repair machinery: fish brain model / V. S. Nedzvetsky, V. Ya. Gasso, B. Herrmann, R. O. Novitsky // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 4-9. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Важкі метали в модельних умовах та при промисловому забрудненні викликають порушення в нейронних клітинах різних видів тварин і людини. Нейротоксичність ртуті, яка є однією з найбільш токсичних важких металів, вивчалася протягом декількох десятиліть. Однак хронічні наслідки впливу її низьких доз для клітин нервової тканини все ще недостатньо зрозумілі, тому основні молекулярні механізми впливу ртуті необхідно прояснити. Мета дослідження — уточнення механізму генотоксичного впливу ртуті, роль ДНК-репараційного білка апуринової/апіримідинової ендонуклеази 1 (APE1) у клітинах нервової тканини та реакція на нейротоксичність, викликану неорганічною ртуттю. У моделі використано ювенільну форель, яку піддавали впливу хлориду ртуті в діапазоні доз 9—36 мкг/л протягом 60 днів для вивчення цитотоксичності при хронічному впливі. Визначено утворення реактивних форм кисню (ROS) як індекс окисного стресу та APE1 як маркера реакції пошкодження клітинної ДНК у нервових клітинах. Рівень ROS вимірювали за допомогою флуорометричного методу, заснованого на реакції 2',7'-дихлоро-флуоресцеїн-діацетату. Аналіз маркерів репарації ДНК (APE1) та апоптозу (антиапоптотичний білок BCL-2) проведено за допомогою western blotting. Хронічний вплив хлориду ртуті індукує статистично значуще продукування ROS у мозку риб. Навпаки, низькі дози ртуті стимулювали зниження експресії APE1 у тканинах мозку. Крім того, хронічний вплив хлориду ртуті в концентраціях 18 та 36 мкг/л інгібує експресію BCL-2 у тварин. Шкідливий вплив ртуті може стимулюватися окиснювальним стресом. Зниження експресії APE1 може призводити до недостатньої ефективності репарацій ДНК та викликати погіршення функціонування нервових клітин. Отримані дані щодо експресії APE1 показали, що нейротоксичний ефект ртуті може бути опосередкований, погіршенням клітинної реакції на пошкодження ДНК у клітинах мозку. Оцінка порушень репарації ДНК за допомогою визначення експресії APE1 може бути перспективним інструментом для виявлення шкідливого впливу токсикантів з точки зору їх нейро- та генотоксичності.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.330

Загальна діагностика

1.Р.216. Аналіз та обробка сигналів кардіограми у реальному часі / А. Яворський // Вісн. Київ. нац. ун-ту. Сер. Фіз.-мат. науки. - 2021. - Вип. 1. - С. 108-113. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Аналіз сигналів електрокардіограми (ЕКГ) є важливим завданням для збереження та покращання людського життя, оскільки основною причиною смерті є хвороби серця та їх наслідки. У багатьох випадках рання діагностика таких проблем може врятувати і продовжити життя. У даній роботі розроблено підхід до виявлення фібриляції передсердь у реальному часі, яка є загальною серцевою аритмією. Її складно діагностувати, особливо на ранній стадії і тож потрібне автоматичне та неінвазивне ефективне виявлення в реальному часі, щоб допомогти діагностувати такий тип проблем на ранніх термінах. Своєчасне медичне втручання може врятувати життя. ЕКГ як запис електричної активності серця широко використовується для виявлення різних серцевих вад. У той же час аритмію важко виявити через її нерегулярність, а також через те, що ефективність моделей виявлення залежить від якості даних та проаналізованих характеристик. Дослідження базується на наборі даних PhysioNet Computing in Cardiology Challenge 2017. Він містить 8528 записів ЕКГ з одним відведенням серцевих ритмів (9 — 61 с.). Запропонований метод та натренована математична модель досягають кращих результатів, ніж відомі, водночас, модель є простішою і, отже, менш енергоємною, щоб бути реалізованою у вбудованому пристрої.

Шифр НБУВ: Ж28079:Фіз.-мат.

1.Р.217. Біль у грудній клітці (диференційна діагностика): посіб. для лікарів / В. І. Паламарчук. - Тернопіль: ТНМУ: Укрмедкнига, 2021. - 95 с.: табл. - Бібліогр.: с. 93-95. - укр.

Викладено аспекти вирішення питань диференційної діагностики больового синдрому в грудній клітці. Його причиною можуть бути хвороби серцево-судинної системи, легень, шлунково-кишкового тракту, хребта, м'язів і фасцій. Описано підходи до аналізу скарг, анамнезу, даних об'єктивного обстеження, а також розглянуто сучасні лабораторні та інструментальні методи діагностики, які сприяють правильній і швидкій верифікації діагнозу. Наведено класифікацію причин болю в грудній клітці (торакалгій). Особливу увагу приділено діагностиці захворювань, які можуть закінчитися летально. Виявлено труднощі диференційної діагностики захворювань, які супроводжуються болем у грудній клітці. Висвітлено результати наукових досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, а також використано скромний досвід автора, як практикуючого лікаря.

Шифр НБУВ: ВА863777

1.Р.218. Клінічний випадок синдрому Кавасакі / В. Є. Ткач, М. С. Волошинович, Б. А. Зубик, Л. А. Вітовська, Ю. В. Ципочка, Н. В. Козак // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 24-28. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Синдром Кавасакі в країнах Європи діагностують досить рідко. Цю порівняно "молоду" хворобу вперше описав японський педіатр Томісаку Кавасакі в 1967 р. Причини її виникнення досі невідомі. Більшість вчених схиляються до думки, що "запуск" хвороби зумовлюють існуючі в організмі вогнища інфекції вірусної чи бактеріальної етіології, що спричиняють запалення і пошкодження кровоносних та лімфатичних судин. Синдром Кавасакі є неконтагіозним захворюванням, проте описано випадки його повторного епізоду. На тлі високої температури тіла (в межах 38—40 °С) виникають поліморфні висипання: розеоли, еритеми, уртикарії, папули, які часто подібні до таких за кору чи скарлатині. Діти стають плаксивими, дратівливими, часто прокидаються, їх турбують пронос і біль у животі. Висипання уражають кінцівки і тулуб. Нижні і верхні кінцівки стають набряклими, особливо виражений набряк долонь, підошов і пальців. Через 1,5 — 2 тиж починається пластинчасте лущення кінчиків пальців верхніх і нижніх кінцівок, набрякають міжфалангові зіднання, активні рухи в суглобах спричиняють у дитини біль і плач. Слизові оболонки ротової порожнини гіперемійовані, язик має насичено червоний (малиновий) колір, виникає хейліт. Розрізняють три фази перебігу хвороби: гостру — від її початку до 2 тиж., підгостру — від 2 до 4 тиж. і фазу відновлення — від 1 до 3 міс. У більшості хворих уражаються шийні лімфатичні вузли, часто пальпують один вузол діаметром від 1 до 1,5 см. Специфічних лабораторних тестів для діагностики синдрому не існує. Враховуючи спорадичність захворювання і складність його діагностики, наведено клінічний випадок синдрому Кавасакі у хлопчика віком 3,5 року. Ймовірною причиною хвороби було поєднання вірусу вітряної віспи і COVID-19. Розмаїття симптоматики синдрому призвело до діагностичних помилок і, відповідно, вплинуло на тактику лікування, призначеного лікарем первинної ланки медичної допомоги. Описано клінічні прояви, ускладнення, маршрут хворого, комплексне лікування та реабілітацію. Своїм повідомленням автори прагнули привернути увагу педіатрів, сімейних лікарів і дерматологів до того, що синдром Кавасакі в період пандемії не є рідкісною хворобою, а поєднання COVID-19 з іншою вірусною та мікробною інфекцією в рази збільшує ймовірність виникнення тяжких ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.219. Оптичний контроль межі розподілу між поверхнею золота та зразками клітин крові / Ю. М. Ширшов, К. В. Костюкевич, Р. В. Христосенко, Н. Я. Грідіна, С. А. Костюкевич, Ю. В. Ушенін,

А. В. Самойлов // Оптоелектроніка та напівпровідник. техніка: зб. наук. пр. - 2021. - Вип. 56. - С. 134-155. - Бібліогр.: 62 назв. - укр.

Звернено увагу на оптичні властивості межі розподілу між плоскою поверхнею скла чи плівки золота та суспензією клітин крові, що вміщує інформацію щодо форми власне клітин крові — еритроцитів. З метою визначення товщини перехідного шару між поверхнею та об'ємом суспензії було використано порівняння кутів поверхневого плазмонного резонансу $\varphi_{ППР}$ та повного внутрішнього відбивання $\varphi_{ПВВ}$. Встановлено розрахунковим шляхом, що для двох зовнішніх середовищ з відмінними показниками заломлення між кутами $\varphi_{ППР}$ та $\varphi_{ПВВ}$ існує лінійне співвідношення. Коефіцієнт нахилу цього співвідношення дозволяє визначити товщину перехідного шару, якщо він є тоншим за 300 нм. Експеримент проведено в геометрії Кретчмана для зразків крові 100 % гематокрита в нативному, а також гемолізованому станах. Використано зразки еритроцитів, які промито та розбавлено в буферному розчині. Показано, що еритроцити в нативних зразках крові 100 % гематокрита щільно прилягають до золотої поверхні (на відстані 80—100 нм), що свідчить про сильну деформацію клітин, які після центрифугування перебувають в формі поліедроцитів з низкою плоских ділянок на поверхні. Промивання клітин в буферному розчині та розведення призводить до релаксації форми еритроцитів у звичайну дискоцитну форму та віддаляє цитоплазму еритроцита від поверхні завдяки збільшенню радіуса викривлення мембрани.

Шифр НБУВ: Ж60673

1.Р.220. Система аналізу ритмів електрокардіограм та виявлення аномалій / І. В. Баклан, О. К. Очеретяний, В. В. Григорович // Систем. технології. - 2020. - № 3. - С. 144-153. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Розглянуто програмне забезпечення для аналізу і виявлення серцево-судинних захворювань у їх початковий період, щоб забезпечити просте, швидке та набагато діюче лікування пацієнта, а також забезпечити своєчасний контроль хронічних хвороб, що у свою чергу має покращити ступінь охорони здоров'я та зменшити витрати на непотрібні заходи для нього.

Шифр НБУВ: Ж69472

1.Р.221. Diagnostic visualization of changes in biological tissues by ultrasound method based on Doppler effect / I. M. Lukavenko, I. A. Symonenko // J. of Nano- and Electronic Physics. - 2021. - **13**, № 4. - С. 04025-1-04025-4. - Бібліогр.: 7 назв. - англ.

Вивчено фізичні процеси впливу ультразвукових хвиль на біологічні тканини. Показано, що відбиття і поглинання ультразвуку тканинами залежить від їх структури, властивостей і частоти ультразвукових коливань. Коефіцієнт поглинання ультразвуку суттєво змінюється у разі зміни структури і стану тканини у зв'язку з розвитком в ній патологічного процесу. Ультразвук за терапевтичного впливу на тканину викликає механічний, тепловий і фізико-хімічний ефекти, співвідношення між якими залежить від інтенсивності дії та зовнішніх умов. Встановлено, що сильне поглинання ультразвуку спостерігається на межі тканин, які мають різні акустичні властивості. Розглянуто механізми впливу ультразвукових хвиль на м'які біологічні тканини. На основі сонограм, одержаних в ультразвукових апаратах з використанням ефекту Допплера, проведено оцінку швидкості кровотоку в доброякісних пухлинах. Встановлено, що швидкість кровотоку в доброякісних новоутвореннях грудної залози має величину від 0,6 до 0,3 см/с (мінімальне значення) та від 3,0 до 10,6 см/с (максимальне значення). Доведено, що метод кольорового допплерівського картування в діагностиці новоутворень надає повністю достовірний результат у випадку кіст та малодостовірний результат за склерозуючого аденозу.

Шифр НБУВ: Ж100357

1.Р.222. Gas-sensing fluorescent nanostructured composites with coumarin dyes and CdTe semiconductor nanoparticles for non-invasive medical diagnostics / V. P. Mitsai, Ya. P. Lazorenko, A. G. Misyura, S. O. Mamilov // Наносистеми, наноматеріали, нанотехнол.: зб. наук. пр. - 2021. - **19**, вип. 4. - С. 941-952. - Бібліогр.: 20 назв. - англ.

Наведено результати дослідження спектрально-люмінесцентних властивостей розчинів і наноструктурних композитів, що включають ряд кумаринових барвників (кумарин 4, кумарин 7), напівпровідникових нанокристалів (квантових точок CdTe), а також величини їх спектральних зсувів залежно від середовища. Виявлено ефект підсилення інтенсивності флюоресценції кумаринових барвників квантовими точками CdTe шляхом безвипромінювального переносу енергії. Показано флюоресцентну чутливість синтезованих систем до парів аміаку й ацетону в повітрі, що проявляється у пониженні інтенсивності флюоресценції, пропорційному концентрації аналіту. Для аміаку відгук на концентрацію парів у 10 р.р.m. складав 13,2 °С 0,6 %, на 5000 р.р.m. —74,0 °С 1,1 %. Для ацетону відгук на концентрацію парів у 33 р.р.m. складав 0,56 °С 0,08 %, на 67 р.р.m. — 1,2 °С 0,1 %, а на 133 р.р.m. — 2,2 °С 0,1 %. Виявлено відновлення сенсорних властивостей таких систем після десорбції молекул аналітів. Створені наноструктурні композити є перспективними як сенсорні елементи приладів для неінвазивної медичної діагностики ряду патологій, таких як рак легенів, захворювання печінки та нирок, серцева недостатність, панкреатит, шляхом визначення концентрацій їх біомаркерів у видихуваному повітрі людини — аміаку й ацетону.

Шифр НБУВ: Ж72631

1.Р.223. Generator of EEG delta rhythms based on Si nanowires / K. O. Ostrovska, A. A. Druzhinin, N. S. Liakh-Kaguy, I. P. Ostrovskii // J. of Nano- and Electronic Physics. - 2021. - **13**, № 4. - С. 04012-1-04012-5. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Роботу присвячено розробці генератора дельта ритмів електроенцефалограми (ЕЕГ) людського мозку на основі дослідження електрофізичних характеристик зростків нанодротів Si. Кремнієві мікро та нанодроти вирощували за допомогою методу хімічного осадження з газової фази і мали діаметр від 100 нм до 20 мкм. Вольтамперні характеристики зростків мікро- та нанодротів Si одержували шляхом пропускання струму через поздовжню гілку та вимірювання напруги на поперечній гілці зростка. Пропускання струму призводить до нагрівання вузла зростка і виникнення термо-ерс за рахунок різниці температур між вузлом і кінцем мікро- та нанодроту. Дослідження вольтамперних характеристик зростків нанодротів Si показали, що при досягненні критичного значення струму порядку 10 мкА спостерігається поява генерації коливань напруги. Період коливань становить близько 1 с, тоді як їх амплітуда складає 100—120 мкВ, що нагадує коливання дельта-ритму в мозку людини. Обговорено різні причини коливань: контактні явища; наявність механічного напруження у вузлі зростка; існування нескомпенсованого заряду обірваних зв'язків у приповерхневих шарах нанодротів. Детальний розгляд запропонованих причин показав, що ефект не пов'язаний з контактними явищами, а також із наявністю механічних напружень у вузлі зростка нанодротів. Можливим механізмом виявленого ефекту є стрибкоподібний перерозподіл заряду в приповерхневих шарах нанодроту, що призводить до компенсації наведеної термо-ерс. Виявлений ефект надав змогу розробити генератор дельта-ритмів, який може бути використаний для лікування різних захворювань (діти з розладами спектра аутизму, внутрішньо переміщені особи із зони антитерористичної операції тощо).

Шифр НБУВ: Ж100357

Див. також: 1.Р.768, 1.Р.926

Загальна терапія

1.Р.224. Визначні події з історії харківської терапевтичної школи / Л. М. Грідасова, О. М. Кулешова, Т. А. Лавренко // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 5-8. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Сьогодні в Україні єдиним загальнотерапевчним центром є Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України. Його засновником і першим директором була академік Любов Трохимівна Мала, завідувачка кафедрою госпітальної терапії і клінічної фармакології Харківського конічного інституту (нині — Харківський національний медичний університет). При кафедрі існувала наукова лабораторія, де вивчали атеросклероз, гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця. На її основі було створено майбутню провідну станову НАМН України. З перших днів роботи Інститут став клінічною базою кафедри. Кафедру госпітальної терапії і клінічної фармакології було створено на основі кафедри госпітальної терапії медичного факультету Харківського університету.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.225. Дистанційне навчання у підготовці до ліцензійного іспиту "Крок 3" за модулем "Невідкладні стани": за та проти /

В. В. Єхалов, О. В. Кравець, В. А. Сединкін, І. А. Романюта, Д. А. Кріштафор, О. С. Павлиш // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 72-77. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

У 2020—2021 рр. в умовах пандемії COVID-19 система післядипломної медичної освіти пішла на вимушені заходи щодо збереження життя та здоров'я суб'єктів навчання та викладацького складу у вигляді тимчасового переходу на дистанційну освіту. Під час проходження лікарями-інтернами різних спеціальностей модуля "Невідкладні стани" було проведено анонімне тестування 342 молодих колег із подальшими висновками. Дистанційний андрагогічний процес є прийнятним лише як складова дуальної форми вищої медичної освіти. Віддалена форма навчання у великих аудиторіях має багато недоліків, тому заняття доцільно вести у малих групах.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.226. Навчання школярів базової серцево-легеневої реанімації: трирічне проспективне когортне дослідження / О. А. Льовкін // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 51-53. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

У країнах Європи щодня вмирають від раптової серцевої смерті близько 2500 осіб. Більшість смертельних випадків виникли на вулиці, у громадських закладах, тому що ніхто зі свідків не вмів адекватно надати екстрену домедичну допомогу. Тому всі групи суспільства повинні навчатися надання домедичної допомоги. Тому практичні та соціальні навички необхідно розвивати на ранніх етапах навчання, починаючи зі школярів. Мета цієї роботи — провести аналіз трирічного проспективного когортного дослідження навчання школярів Запорізького багатопрофільного ліцею N 99 базової серцево-легеневої реанімації. У проспективному когортному дослідженні брали участь 300 школярів 7 — 10-х класів за 2016 — 2019 навчальні роки. Методичною радою ліцею N 99 спільно з кафедрою медицини катастроф, військової медицини Запорізького державного медичного університету була розроблена та затверджена робоча програма "Базова підтримка життєдіяльності"; був створений навчально-тренувальний клас із необхідним оснащенням та зібрана команда сертифікованих інструкторів для проведення симуляційних тренінгів зі школярами. Рівень практичних навичок школярів оцінювався за допомогою створеного протоколу та чек-листів. Статистичний аналіз даних передбачав методи описової статистики. Величини, що мали розподілення, відмінне від нормального, надані у вигляді медіани (нижній квартиль; верхній квартиль). Аналіз кількісних величин проведений за допомогою U-критерію Манна — Уїтні, якісні бінарні ознаки порівнювались із використанням критерію φ^2 з поправкою Єйтса, точного тесту Фішера. В усіх процедурах критичний рівень значимості p приймали за 0,05. Обробку даних проводили з використанням пакета прикладних програм Statistica 10.0. Дані дослідження свідчать, що рівень практичних навичок школярів, які проходили симуляційне навчання за програмою "Базова підтримка життєдіяльності" (5,5 години навчання), був вище (16,5 (14; 18)) від рівня практичних навичок школярів, які отримали класичне навчання за програмою "Захист Вітчизни" (60 годин навчання) (8,6 (6; 10)) ($p = 0,001$). Доведено, що вікових та гендерних різниць між рівнем практичних навичок школярів 7—10-х класів, які пройшли симуляційне навчання за програмою "Базова підтримка життєдіяльності", не існує ($p > 0,05$). Також під час дослідження були отримані дані, що рівень практичних навичок роботи з тренувальним автоматичним зовнішнім дефібрилятором школярів 7—10-х класів, які пройшли симуляційне навчання за програмою "Базова підтримка життєдіяльності", був високим (від 76,6 до 96,2 %).

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.227. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування: містицизм, астрологія, кровопускання і п'явки / Н. Б. Губергріц, Н. В. Бєляєва, К. Ю. Ліневська // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 59-63. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Таємниці, що вкривають алхімію завісою містицизму, передавалися від членів братств фізикам і фармацевтам і досі певною мірою зберігаються серед представників цих професій. Їхні препарати були екзотичними, зокрема широкий спектр засобів для лікування багатьох захворювань. У давнину однією з об'єктивних ознак захворювання була наявність паразитів, наприклад, глистів або їхніх яєць. Їхнє виявлення надавало підставу для висновку про вселення диявола як результат гріха. У той час як космологія, віщування та біблійні пророцтва домінували в оцінці стану здоров'я та використовувалися для прогнозу ймовірності успішного наслідку лікування, результати досліджень анатомів і фізіологів XVI і XVII ст. започаткували розуміння взаємозв'язку між будовою тіла та його функціями. Застосування принципу, що структура управляє функцією, а функція перебуває під впливом структури у межах концепції повної інтеграції організму, надало змогу дослідникам розкрити деякі таємниці організму та сприяло певним досягненням у сфері медичних знань. Кровопускання з медичною метою використовували практично в усіх культурах і суспільствах. Воно базувалося на концепції, що за низки захворювань видалення певного об'єму крові забезпечує швидше одужання пацієнта. Існували 3 основних методи кровопускання: флеботомія — розтин вени для виходу крові, накладання банок, яке проводили юним, літнім і слабким пацієнтам, які не могли перенести флеботомію, застосування п'явок. Антикоагулянти, що секретуються п'явкою у кров, уповільнюють загоєння та рубцювання. Ця властивість особливо корисна для відновлення пошкоджених тканин без рубця, тому становить особливий інтерес для пластичної хірургії.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.228. Терапевтичні апарати і системи: навч. посіб. / В. П. Олійник, Д. В. Теличко; Національний аерокосмічний університет імені М. Є. Жуковського "Харківський авіаційний інститут". - Харків: ХАІ, 2022. - 87 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 86. - укр.

Розглянуто технічні засоби терапевтичного призначення, які набули широкого використання в медичних лікувальних закладах. Описано структури терапевтичних апаратів і систем, їх призначення, основні технічні характеристики, особливості побудови й застосування. Розроблення сучасної медичної терапевтичної техніки потребує не тільки знань інженерних питань, а й спеціальних знань з біології та медицини. Існує така класифікація видів терапії за засобами впливу: фармакотерапія (хіміотерапія, фітотерапія), гормонотерапія, вакцинотерапія (серотерапія), кліматотерапія, фізіотерапія, рефлексотерапія, психотерапія, дієтотерапія, трудова терапія. У клінічній медицині використовують також класифікацію видів терапії за спрямованістю лікувальної дії: етіотерапія (казуальна терапія), патогенетична терапія (хірургія), симптоматична терапія, реабілітаційна (замісна) терапія. Сьогодні застосовується така класифікація фізіотерапевтичних методів лікування: електролікування, світлолікування, променева терапія, теплове лікування та механолікування. Комбіновані методи застосовуються для впливу на пацієнта з допомогою фізичних факторів. До підвидів комбінованих методів належать: водолікування, бальнеотерапія та фізіофармаколікування. За сучасними уявленнями, дія фізичних факторів на організм визначається сукупністю фізико-хімічних змін властивостей клітин та обмінних процесів у них, а також реакцією функціональних систем на подразнення. Таким чином, терапевтичні апарати й системи (ТАС) — це технічні засоби, призначені для створення лікувального ефекту. Класифікація ТАС за механізмом створення лікувального ефекту: створення подразнювальної дії, створення енергетичного впливу, уведення лікарських препаратів, заміна або дублювання функцій органів або систем. ТАС, на відміну від медичного інструментарію (затискачів, пінцетів, скальпелів тощо), містять елементи різних напрямів інженерії, тому розроблення ТАС нерозривно пов'язане як з досягненнями фундаментальних наук, так і з розвитком прикладних напрямів.

Шифр НБУВ: ВА865459

Див. також: 1.Р.155, 1.Р.401

Лікарська терапія

1.Р.229. Иммунотерапия: монография / Д. В. Мальцев; Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Институт экспериментальной и клинической медицины. - 2-е изд., доп. и перераб. - Киев: Юстон, 2020. - 663 с.: рис., табл. - рус.

Изложены основы современного учения об иммунотерапии как о прогрессивном высокоэффективном методе биологического лечения иммунодефицитных, инфекционных, аутоиммунных, аллергических и онкологических заболеваний при помощи компонетов иммунной системы организма человека различного происхождения. Приведены как обзоры научной литературы, посвященные оценке эффективности и безопасности различных иммунотерапевтических

агентов в контексте доказательной медицины, так и результаты оригинальных клинических исследований в указанном направлении.

Шифр НБУВ: ВС70580

1.Р.230. Фармакотерапія в геріатричній клініці: [монографія] / В. В. Безруков, Л. П. Купраш, Н. О. Горчакова, І. Ф. Бєленічев, О. О. Нагорна, Ю. О. Гріненко, О. В. Купраш, С. О. Гударенко, С. А. Моргунцова, О. І. Риженко. - Дніпро: Журфонд, 2019. - 165 с.: табл. - Бібліогр.: с. 142-163. - укр.

Розкрито вікові особливості фармакодинаміки та фармакокінетики лікарських засобів та їх застосування для лікування хвороб похилого та старечого віку. Показано, що фармакологічна дія лікарських засобів у хворих похилого та старечого віку має ряд особливостей, обумовлених морфологічними, обмінними та функціональними порушеннями, що відбуваються в організмі при старінні, а також віковою своєрідністю розвитку та перебігу захворювань, характерною для цього віку поліморбідністю, а також суттєвими змінами на усіх рівнях життєдіяльності організму: молекулярно-генетичному, клітинному, органному, регуляторному. Наведено клініко-фармакологічні характеристики сучасних лікарських засобів згідно з концепцією клінічної геронтології та геріатрії.

Шифр НБУВ: ВА866262

1.Р.231. Approximations for the optimization problem for medical microneedle systems / G. Sandrakov // Фіз.-мат. моделювання та інформ. технології: наук. зб. - 2021. - Вип. 32. - С. 17-21. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Системи мікроголок використовуються для трансдермальних (підшкірних) ін'єкцій ліків при лікуванні різних захворювань. Ефективність використання таких систем залежить істотно від розміру та параметрів мікроголок. Задача визначення таких залежностей і оптимальних параметрів розглянута як задача оптимізації взаємодії систем мікроголок з пружною поверхнею. Задачі мінімізації інтегральних функціоналів, розв'язки яких є апроксимаціями для розв'язків задачі взаємодії, отримані методами теорії осереднення. Ці задачі формулюються у вигляді класичних задач з перешкодами.

Шифр НБУВ: Ж72935

1.Р.232. Why do "empty" liposomes have their own biological activity? / A. I. Soloviev // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 394-405. - Бібліогр.: 19 назв. - англ.

Відомо, що ліпосоми успішно використовуються, перш за все, у фармакології та фармакотерапії для доставки ліків, але не можна виключати їх власну біологічну активність. Отримані дані чітко демонструють, що навіть порожні фосфатидилхолінові ліпосоми (PCL), тобто, ліпосоми самі по собі, мають дивовижну здатність нормалізувати скоротливу активність судин, порушених при гіпоксії, відновлювати функцію ендотелію при артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті й навіть відновити ендотелійзалежну релаксантну функцію судин, пошкоджену після впливу іонізуючого γ-випромінювання. Показано, що ліпосоми самі по собі ефективно відновлюють активність Махі К-каналів, пошкоджену внаслідок генотоксичного окисного стресу, спричиненого γ-випромінюванням. Порожні фосфатидилхолінові ліпосоми мають виражену внутрішню біологічну активність щодо тканин судинної стінки. Ці ефекти можуть бути пов'язані з їх здатністю впливати на фосфоліпідне оточення іонних каналів і модулювати функціональну активність іонних каналів.

Шифр НБУВ: Ж100063

Внутрішні хвороби

1.Р.233. Визначення ко-сенсибілізації — важливий етап у підвищенні ефективності ACIT у хворих на поліноз / Є. М. Дитятковська, С. В. Білецька // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 139-144. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

С целью повышения эффективности аллерген-специфической иммунотерапии у пациентов с поллинозом было проведено определение у них профиля аллергенной сенсибилизации на молекулярном уровне, которое выполнено у 47 пациентов с клиническими проявлениями сезонного риноконьюнктивита и круглогодичного аллергического ринита в течение длительного времени. Аллергическое обследование больных включало сбор анамнеза, молекулярные методы исследования крови по технологии ALEX с определением уровня специфических антител класса lgE к мажорным и минорным компонентам пыльцевых и бытовых аллергенов и диагностические кожные пробы (прик-тест). Оценка основных клинических проявлений аллергического ринита проводилась по рекомендациям Европейской ассоциации аллергологов и иммунологов. Выраженность назальных симптомов определялась по шкале TNSS, глазных симптомов — по шкале TOSS. Интегральная оценка интенсивности клинической симптоматики аллергического ринита вычислялась как сумма баллов по основным симптомам. По результатам молекулярной аллергодиагностики определен профиль аллергологической сенсибилизации у пациентов с поллинозом, который установил наличие специфических lgE-антител к мажорным аллергокомпонентам пыльцы амброзии (nAmb a1) — у 91,5 ± 4,1 % пациентов, полыни (nArt v3, nArt v1) — у 40,4 ± 7,2 %, тимофеевки луговой (rPh1 p1, rPh1 p5b) — у 17,0 ± 5,5 %, клещей домашней пыли (Der p1, Der p2) — у 29,8 ± 6,7 %. Разработанный на основании молекулярной аллергодиагностики профиль аллергологической сенсибилизации к аллергокомпонентам позволяет получить полную и подробную информацию о сенсибилизации пациента (диагностировать настоящую аллергию), перекрестную реактивность к другим аллергенам, обосновать целесообразность и прогнозировать эффективность аллерген-специфической иммунотерапии.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.234. Міждисциплінарний підхід до ведення пацієнта із синдромом Шегрена: випадок з практики / Н. Ю. Ємельянова, Т. Є. Козирєва, О. В. Степанова, Н. В. Зоренко // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 32-37. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Наведено клінічний випадок пацієнта з первинним синдромом/хворобою Шегрена (СШ), великою кількістю симптомів захворювань органів травлення, скаргами на сухість слизових оболонок, зокрема порожнини рота. Діагноз був підтверджений суміжними спеціалістами (офтальмологом, гінекологом, ревматологом, стоматологом). Детальне стоматологічне обстеження виявило основні стоматологічні скарги (постійна сухість у порожнині рота, неприємний запах із рота, зміна смакових відчуттів), клінічний стан (сухість червоної облямівки губ, набряк слизової оболонки порожнини рота, зміни рельєфу ясен), зниження секреторної активності малих слинних залоз, значне зниження нестимульованої салівації за помірного рівня стимульованої салівації. Зазначено, що значне зниження показників сіалометрії (0,01 мл на хв) і функціональної активності малих слинних залоз (до 18) підтверджує наявність істинної ксеростомії. При проведенні мікрокристалізації слини виявлено дезорганізацію структур неправильної форми, а також значну кількість органічних включень, що свідчить про порушення гомеостазу в порожнині рота. Враховуючи результати ультразвукового дослідження великих слинних залоз і відсутність збільшення та набряку залоз під час клінічного огляду, можна вважати, що деструктивне ураження залоз є не настільки виразним, евакуаторна функція залози не зниженою, проте кількість секрету, який виділяється, значно зменшеною. Важливо, що для надання допомоги пацієнтам із СШ необхідна доступність кваліфікованої консультації з проведенням усіх досліджень суміжними спеціалістами, зокрема стоматологом.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.235. Роль опасистих клітин і гранулоцитів у розвитку алергічних захворювань / О. Є. Абатуров, Є. М. Дитятковська, О. О. Русакова. - Дніпро: Ліра, 2023. - 206 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 135-206. - укр.

Вивчено ключову роль активованих опасистих клітин, базофілів та еозинофілів у розвитку алергічного запалення. Описано процеси онтогенезу, рекрутування, активації, патогенетичного значення зазначених клітин у разі розвитку таких алергічних захворювань, як бронхіальна астма, еозинофільний езофагіт та атопічний дерматит. Надано детальне уявлення стосовно впливу медикаментозного регулювання активності опасистих клітин, базофілів та еозинофілів на перебіг алергічних захворювань.

Шифр НБУВ: ВА864865

1.Р.236. Синдром оральної алергії. Огляд літератури / А. Є. Богомолов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 49-53. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — вдосконалити методи диференційної діагностики та принципи ведення пацієнтів із синдромом оральної алергії (СОА).

Представлено огляд літератури і проаналізовано діагностичні підходи та принципи ведення пацієнтів із СОА. СОА — це тип харчової алергії, обмежений слизовою оболонкою порожнини рота та спричинений вживанням переважно сирих фруктів, овочів, ароматизаторів та горіхів. Дані щодо поширеності СОА значно варіюють залежно від дослідження з огляду на використання різних критеріїв включення та виключення пацієнтів. Утім, є повідомлення про його частоту від 4,7 до понад 20 % у дітей і від 13 до 53,8 % у дорослих. Достовірно відомо, що серед дитячої популяції СОА переважно діагностують у підлітків. Етіологічно СОА спричиняють харчові алергени; здебільшого це необроблені фрукти та сирі овочі, які потрапляють у ротоглотку хворого. Алергени в їжі, яка зумовлює СОА, фактично інактивуються під дією шлункового соку, тому після проковтування їжі реакція зазвичай припиняється. Висновки: СОА є підтипом харчової алергії, з якою стикаються у своїй практичній роботі алергологи, дерматологи, лікарі загальної практики — сімейної медицини. Після контакту з їжею у пацієнтів виникають такі симптоми: свербіж губ і ротоглотки; парестезія; ангіоневротичний набряк слизової оболонки порожнини рота, язика, піднебіння та ротоглотки; іноді можлива охриплість. Сучасна терапія СОА передбачає застосування комплексного підходу, який включає дотримання елімінаційної дієти, проведення фармакотерапії та алергенспецифічної імунотерапії. У фармакотерапії найчастіше використовують антигістамінні препарати, кортикостероїди і адреналін (внутрішньом'язово).

Шифр НБУВ: Ж23543

Див. також: 1.Р.59, 1.Р.159, 1.Р.580

Хвороби систем кровообігу та лімфообігу

1.Р.237. Асоціація I/D поліморфізму гена ACE з метаболічними чинниками серцево-судинного ризику і структурно-функціональним станом лівих відділів серця у пацієнтів з діабетичною нефропатією та гіпертонічною хворобою / В. А. Чернишов, А. О. Несен, В. Л. Шкапо, К. О. Савічева, П. С. Семенових // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 48-60. - Бібліогр.: 43 назв. - укр.

Мета дослідження — виявити асоціацію I/D поліморфізму гена ACE з метаболічними чинниками серцево-судинного ризику (вісцеральним ожирінням, інсулінорезистентністю (ІР), дисліпопротеїдемією) і показниками структурно-функціонального стану лівих відділів серця у пацієнтів із діабетичною нефропатією (ДН) та гіпертонічною хворобою (ГХ). Проведено клінічне обстеження 82 пацієнтів (42 (51,2 %) жінок і 40 (48,8 %) чоловіків) з ДН I — IV стадії та ГХ II—III стадії віком від 31 до 82 років (середній вік — (61,65 ± 1,28) року), із них у 73 (89,0 %) досліджено I/D поліморфізм гена ACE за трьома генотипами: II — 18 (24,7 %) випадків, ID — 32 (43,8 %) і DD — 23 (31,5 %). Показники ліпідного обміну (рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ) і тригліцеридів) визначали за ферментативним методом на автоаналізаторі. Вміст холестерину у складі ліпопротеїдів дуже низької і низької густини розраховували за стандартними формулами. Концентрацію глюкози в сироватці крові визначали за допомогою глюкозооксидазного методу, інсуліну і імуноферментним. Індекси ІР (HOMA-IR, тригліцерид-глюкозний індекс та METS-IR (metabolic score for insulin resistance)) розраховували за стандартними формулами. I/D поліморфізм гена ACE (rs 4646994) досліджували за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Структурно-функціональний стан лівих відділів серця оцінювали за допомогою трансторакальної ехокардіографії. Діастолічний і систолічний артеріальний тиск (САТ) вимірювали за методом М. С. Короткова. У пацієнтів з генотипом II холестерину ліпопротеїдів низької густини прямо пропорційно корелював із відсотком жирових відкладень (r = 0,490; p = 0,046) і загальною масою жиру (r = 0,484; p = 0,049) в умовах гіпертригліцеридемії внаслідок активації ліполізу вісцерального жиру, якою також пояснюється обернено пропорційна залежність між відносною товщиною стінки (ВТС) лівого шлуночка (ЛШ) та сироватковою концентрацією тригліцеридів (r =-0,540; p = 0,02). Наявність у генотипі алеля D у гетерозиготному стані (генотип ID) асоціювалася зі збільшенням ВТС ЛШ за рахунок впливу САТ (r = 0,358; p = 0,045). У разі гетерозиготного генотипу ID виявлено залежність індексу HOMA-IR від індексу маси тіла (r = 0,399; p = 0,029) та індексу маси жиру (r = 0,402; p = 0,025), що свідчить про внесок вісцерального ожиріння у формування ІР у пацієнтів із ДН і ГХ з гетерозиготним генотипом за алелем D. У хворих на ДН та ГХ із генотипом DD рівень САТ обернено пропорційно залежав від ХС ЛПВГ (r = - 0,498; p = 0,018), що опосередковується впливом ІР на підвищення САТ і зниження ХС ЛПВГ. У пацієнтів з генотипом DD САТ і діастолічний артеріальний тиск майже однаково впливали на розмір лівого передсердя (r = 0,460; p = 0,036 та r = 0,453; p = 0,034 відповідно). У пацієнтів з генотипом DD індекс METS-IR прямо пропорційно корелював із ВТС ЛШ (r = 0,419; p = 0,047) та індексом маси міокарда ЛШ (r = 0,518; p = 0,011), що підтверджує асоціацію алеля D гена ACE з гіпертрофією ЛШ, зумовлену наявністю не лише ГХ, а й ІР. Висновки: I/D поліморфізм гена ACE асоціюється з метаболічними чинниками серцево-судинного ризику (вісцеральним ожирінням, ІР, дисліпопротеїдемією) і патологічним ремоделюванням ЛШ серця у хворих на ДН і ГХ.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.238. Асоціація антропометричного та оксидантного статусу з темпом старіння у хворих на артеріальну гіпертензію / О. В. Колеснікова, О. Є. Запровальна, А. О. Радченко // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 6-14. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити асоціації між антропометричними показниками, індикаторами старіння та маркерами оксидантного стресу як імовірної зв'язуючої ланки між антропометричним статусом і темпом старіння у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). Обстежено 97 пацієнтів з АГ I — II стадії, серед яких переважали жінки (60,8 %). Середній вік хворих — 49,5 [41,0; 56,4] року. Контрольну групу утворено із 20 здорових добровольців, порівнянних за віком і статтю. Пацієнтів з АГ було розподілено на підгрупи залежно від віку: група 1 < 45 років (n = 31), група 2 — 45 — 59 років (n = 55), група Е3 » 60 років (n = 11). У всіх пацієнтів визначали антропометричні показники, показники оксидантного стану (загальна антиоксидантна здатність, вміст загальних гідропероксидів (ЗГП), загальна антиоксидантна активність (ЗАА), співвідношення ЗГП/ЗАА). Як індикатори старіння використовували календарний вік, біологічний вік (БВ), ризик смерті, довжину теломер у крові та букальному епітелії, теломеразну активність, рівень глобального метилювання (ГМ) ДНК. Оцінку БВ та ризику смерті проводили за методом M. E. Levine et al. (2018). Установлено, що більша вікова категорія в основній групі характеризувалася статистично значущо вищим БВ (p = 0,0001) та ризиком смерті (p = 0,0001). У пацієнтів молодого та середнього віку зміни індексу маси тіла (ІМТ), обводу талії (ОТ), співвідношення обводу талії та обводу стегон (ОТ/ОС) і вміст вісцерального жиру (ВЖ) асоціюються зі змінами БВ, ризику смерті та рівня ГМ ДНК. У порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла особи з надмірною масою тіла мали більший вміст ЗГП (p = 0,019) та вищу загальну антиоксидантну здатність (p = 0,001), пацієнти з ожирінням — більші вміст ЗГП (p = 0,004), БВ (p = 0,018), вищий ризик смерті (p = 0,009) та рівень ГМ ДНК (p = 0,005). Пацієнти з високою центральною акумуляцією жиру (за ОТ) та високим значенням ОТ/ОС у порівнянні з особами з нормальними значеннями цих показників мали більший БВ (p = 0,044 та p = 0,040) і вищий ризик смерті (p = 0,035 та p = 0,050), а пацієнти з великою величиною ОТ/ОС — додатково статистично значущо вищий рівень ГМ ДНК (p = 0,042). У порівнянні з пацієнтами з нормальним вмістом ВЖ особи з високим та дуже високим рівнем ВЖ мали статистично значущо вищі показники ЗАА (p = 0,018 та p = 0,026) і ЗГП (p = 0,015 та p = 0,042), пацієнти з дуже високим рівнем ВЖ у порівнянні з особами з високим і нормальним вмістом ВЖ — статистично значущо вищі БВ (p = 0,004 та p = 0,018) і ризик смерті (p = 0,004 та p = 0,016). Висновки: у пацієнтів з АГ молодого та середнього віку зміни антропометричних показників асоціюються зі змінами індикаторів старіння. Біологічний вік та ризик смерті, розраховані за методом M. E. Levine et al. (2018), є ефективними індикаторами темпу старіння і залежать від виразності антропометричних порушень. Збільшення ІМТ та величини ОТ/ОС у пацієнтів з АГ супроводжується статистично значущим збільшенням рівня ГМ ДНК. Зростання активності окисних процесів на тлі виснаження систем антиоксидантного захисту є одним з механізмів, що зумовлює прискорення темпу старіння у пацієнтів з АГ унаслідок ожиріння, визначеного за величиною ІМТ та вмістом ВЖ.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.239. Внесок поєднаної кардіометаболічної патології у зміну темпу старіння в різних вікових групах / О. В. Колеснікова, А. О. Радченко, О. Є. Запровальна, Т. А. Лавренко // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 31-38. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінити темп старіння у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) різних вікових груп та його асоціацію з характером метаболічних порушень і станом прооксидантно-антиоксидантного балансу. У дослідження залучено 151 пацієнта з АГ та різними варіантами метаболічних порушень (дисліпідемія, ожиріння, неалкогольна жирова хвороба печінки). Пацієнти проходили амбулаторне або стаціонарне лікування в Національному інституті терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України в період з 2019 до 2021 р. Середній вік пацієнтів — (51,4 ± 12,1) року. Серед них переважали жінки (62,3 %). Пацієнтів розподілили на групи залежно від віку: група 1 (n = 22) < 40 років, група 2 (n = 46) — 40—49 років, група 3 (n = 49) — 50 — 59 років, група 4 (n = 21) — 60—69 років, група 5 (n = 13) — 70—79 років. Прооксидантно-антиоксидантний баланс розраховували як співвідношення вмісту загальних гідропероксидів та загальної антиоксидантної активності. Оцінку біологічного віку (БВ) проводили за методами В. П. Войтенка та співавт. (БВ1) і О. Г. Горєлкіна та Б. Б. Пінхасова (БВ2). Темп старіння вважали прискореним, якщо Δ віку між біологічним і календарним віком (ΔБВ1, ΔБВ2 відповідно) перевищувала 0. Дисліпідемію та інсулінорезистентність (ІР) зареєстрували у більшості пацієнтів усіх вікових груп. Ожиріння було найменш поширеним серед пацієнтів віком < 40 та 70—79 років. Частота неалкогольної жирової хвороби печінки поступово збільшувалася з віком і була найбільшою у пацієнтів віком 70—79 років. У хворих віком 40—59 років у порівнянні з особами молодше 40 років була більшою частота поєднаної кардіометаболічної патології. У порівнянні з пацієнтами молодше 40 років статистично значущо гірші показники загального холестерину, інсуліну та індексу ІР спостерігали у хворих віком 40—59 років, холестерину ліпопротеїнів низької густини, глюкози та швидкості клубочкової фільтрації — у пацієнтів віком 50—59 років. В осіб молодше 40 років у порівнянні з пацієнтами віком 40—69 років були статистично значущо кращими показники окисно-відновного балансу. Темп старіння у більшості пацієнтів молодше 50 років був прискорений. В осіб молодше 60 років більше асоціацій біохімічних показників виявлено з БВ, аніж з календарним віком. ΔБВ2 була пов'язана з найбільшою кількістю маркерів порушень обміну ліпідів, вуглеводів, ниркової та печінкової функції. У пацієнтів віком 40—59 років з АГ відбувається збільшення кількості кардіометаболічних станів, що супроводжується статистично значущим підвищенням вмісту загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької густини, глюкози, інсуліну, індексу ІР та швидкості клубочкової фільтрації. Більшість пацієнтів молодше 50 років мають прискорений темп старіння на відміну від осіб старше 50 років, імовірно, за рахунок порушення прооксидантно-антиоксидантного балансу. Пацієнтам молодше 60 років бажано проводити оцінку БВ для раннього виявлення вік-асоційованих біохімічних змін при метаболічній патології на тлі АГ.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.240. Вплив порушень сну на формування та перебіг серцево-судинних захворювань. Огляд літератури / О. О. Буряковська, Г. С. Ісаєва // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 68-77. - Бібліогр.: 83 назв. - укр.

В основі формування порушень сну, гіпертонічної хвороби (ГХ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу лежать декілька спільних механізмів патогенезу. Насамперед слід ураховувати можливу активацію симпатоадреналової системи, яка спричиняє патогенез гіпертонії і завжди супроводжує відсутність якісного сна. Встановлено, що рівень маркерів системного запалення підвищується як при хронічному порушенні сну, так і при ГХ та ЦД 2 типу. Підвищення вмісту альдостерону також характерне для порушень сну, ГХ і ЦД. У декількох дослідженнях продемонстровано роль ендотеліальної дисфункції в розвитку хронічних порушень сну. Недотримання харчової поведінки, а саме споживання висококалорійної їжі перед сном, є чинником ризику розвитку як ЦД, так і порушень сну. В нормі існують циркадні ритми регуляції артеріального тиску, продукції та секреції інсуліну, які можуть спостерігатися при циркадних порушеннях сну. Ще одним чинником, що спричиняє формування порушень сну у пацієнтів з ГХ та ЦД, є зростання рівня тривожності та депресії, які також часто супроводжують обидва стани. Не встановлено, які саме чинники спричиняють розвиток безсоння у хворих на ГХ і ЦД. Відсутні дані щодо частоти різних порушень сну у цієї групи хворих в українській популяції. Не досліджено ролі гормонів стресу у формуванні хронічних порушень сну. Найважливішим чинником, на думку практикуючого лікаря, є вплив препаратів для лікування ГХ і ЦД на якість сну. Не вивчено ролі немедикаментозної корекції (навчання пацієнтів основам гігієни сну) в лікуванні та профілактиці порушень сну. Таким чином, безсоння може бути як чинником ризику ГХ та ЦД, так і часто супроводжувати їх, значною мірою впливаючи на якість життя хворих, ефективність лікування та прогноз у цієї групи пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.241. Гіпервентиляційний синдром як фактор ризику діастолічної дисфункції у хворих на гіпертонічну хворобу / І. В. Зарівна, В. А. Левченко, І. П. Вакалюк, М. В. Максим'як, О. С. Мороз // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 29-38. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з актуальних проблем сучасної кардіології. Відомо, що на формування та перебіг ГХ впливає ряд супутніх коморбідних станів, одним із яких є нейрогенний гіпервентиляційний синдром (НГВС). Останній як прояв і маркер розладів надсегментарних вегетативних структур дестабілізує константи гомеостазу, ініціює розвиток специфічних патологічних процесів, які лежать в основі соматизації гіпервентиляційних порушень, в т.ч. змін з боку серця. Що ініціювало дослідження стану структурних і функціональних характеристик шлуночків серця за допомогою ЕХО-кардіографії у хворих на ГХ на тлі НГВС. Серед цих хворих із 1 стадією ГХ (43,59 %) було виявлено розширення порожнин шлуночків, переважно правого, без потовщення їх стінок. У хворих із ІІ стадією гіпертензії, розширення порожнин шлуночків відмічалось у 37,88 % випадків. При цьому було виявлено наступні варіанти ремоделювання: концентричне — у 10,61 % осіб, концентричну гіпертрофію — у 22,73 % випадків, асиметричну гіпертрофію — у 12,12 %, ексцентричне ремоделювання та ексцентричну гіпертрофію лівого шлуночка відповідно у 4,55 % і 9,09 % пацієнтів. У 13,64 % випадків спостерігалось потовщення вільної стінки правого шлуночка. В контрольній групі хворих без проявів гіпервентиляційного синдрому ознаки концентричної і асиметричної гіпертрофії відмічалися у 10 % пацієнтів, ексцентричної — у 20 % випадків; розширення лівого шлуночка у 20 % осіб. На підставі результатів оцінки стану трансмітрального та трикуспідального потоків виявлено достовірне збільшення числа випадків розладів релаксації шлуночків серед гіпертоніків на фоні НГВС. Що може свідчити про певну роль перманентної гіпервентиляції у формуванні ремоделювання шлуночків і обов'язковий систематичний ехокардіографічний контроль цих хворих.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.242. Метаболітотропні кардіо- та ендотеліопротектори: сучасний погляд і перспективи створення: (огляд) / В. П. Риженко, Н. О. Горчакова, І. Ф. Бєленічев, Н. В. Бухтіярова, О. М. Кучковський, Г. І. Бессараб, О. О. Нефьодов // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 88-101. - Бібліогр.: 64 назв. - укр.

Мета дослідження — проаналізувати дані літератури та результати власних досліджень щодо механізмів розвитку ендотеліальної дисфункції при серцево-судинних захворюваннях і створення нових метаболітотропних кардіо- та ендотеліопротекторів. У дослідженні використано бібліосемантичний, аналітичний, логічний методи та метод узагальнення. У бібліографічній базі даних медико-біологічної та біомедичної інформації MEDLINE, EMBASE, Medline (PubMed), Web of Science та Cochrane Central проведено пошук публікацій англійською мовою, що відповідають ключовим словам цього дослідження: метаболітотропні кардіопротектори, ендотеліопротекторна активність, кардіопротекторна активність, лікування, серцево-судинні захворювання (ССЗ), дисфункція ендотелію. Обговорено зв'язок між ендотеліальною дисфункцією та розвитком або прогресуванням ССЗ, станів, що супроводжуються метаболічними порушеннями. Показано роль нітроксидергічної системи в молекулярних механізмах дисфункції ендотелію. Наведено фармакологічні характеристики відомих метаболітотропних кардіопротекторів — тіотриазоліну, мілдронату та мексидолу, а також результати експериментальних досліджень нового метаболітотропного ендотеліопротектора Ангіоліну. Зроблено висновок про доцільність подальшого

пошуку кардіопротекторів серед похідних L-лізину. Враховуючи роль нітроксидергічної системи в ішемічному пошкодженні міокарда перспективним може бути віртуальний скринінг пасток оксиду азота серед похідних L-лізину, структури яких є в комбінаторних бібліотеках відкритого доступу.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.243. Можливості досягнення цільових рівнів артеріального тиску і атерогенних ліпідів у хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння на амбулаторно-поліклінічному етапі (результати 12-тижневого спостереження) / С. М. Коваль, І. О. Снігурська, О. В. Мисниченко, М. Ю. Пенькова // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 22-30. - Бібліогр.: 45 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення можливостей досягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) і атерогенних ліпідів у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) за допомогою комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії на тлі рекомендацій щодо корекції способу життя на амбулаторно-поліклінічному етапі. У поліклініці Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України обстежено 54 хворих на АГ 2-го та 3-го ступеня з АО I — II ступеня. Серед обстежених було 30 (56 %) чоловіків та 24 (44 %) жінки. Вік пацієнтів — від 47 до 59 років (середній вік — (50,6 ± 5,2) року). Усім хворим проводили загальноклінічне лабораторне та інструментальне обстеження. Після первинного обстеження всім хворим призначено трикомпонентну фіксовану комбінацію антигіпертензивних препаратів: інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) периндоприл, тіазидоподібний діуретик (ТПД) індапамід і блокатор кальцієвих каналів (БКК) дигідропіридинового ряду тривалої дії амлодипін в оптимальних добових дозах з урахуванням рівня АТ. Як гіполіпідемічний препарат призначали аторвастатин у добовій дозі залежно від вихідного рівня холестерину ліпопротеїнів низької густини (ХС ЛПНГ). Досягнення цільових рівнів АТ і концентрації в крові ХС ЛПНГ оцінювали через 6 та 12 тиж. Під час дослідження проводили коригування доз антигіпертензивних препаратів і аторвастатину. Установлено, що трикомпонентна фіксована комбінація антигіпертензивних препаратів (ІАПФ, ТПД і БКК дигідропіридинового ряду) та гіполіпідемічна терапія статинами протягом 6 тиж. на тлі рекомендацій щодо корекції способу життя у хворих на АГ з АО в амбулаторно-поліклінічних умовах надала змогу досягти цільових рівнів іофісногоі АТ лише у 57 % хворих і цільового рівня ХС ЛПНГ у 32 %. Недостатня ефективність антигіпертензивної терапії в обстежених хворих асоціювалася з більшою виразністю ожиріння, підвищенням частоти серцевих скорочень і більшою частотою гіпертрофії лівого шлуночка. Додавання кардіоселективного β-адреноблокатора з вазодилатаційною дією небівололу до фіксованої комбінації ІАПФ +ТПД + БКК статистично значущо підвищувало ефективність антигіпертензивної терапії. Інтенсифікація статинотерапії не призводила до статистично значущого збільшення частоти досягнення цільового рівня у крові ХС ЛПНГ. Висновки: стандартна трикомпонентна фіксована комбінація антигіпертензивних препаратів у поєднанні із середньодозовою терапією статинами та рекомендаціями щодо нормалізації способу життя у значної частини хворих на АГ з АО на амбулаторно-поліклінічному етапі є недостатньо ефективною, що вказує на необхідність вчасної корекції медикаментозної терапії.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.244. Плазмова концентрація ендотеліну-1 у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з ожирінням, залежно від Lys198Asn поліморфізму гена ендотеліну-1 / Ю. О. Сміянова // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 87-94. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Ендотеліальну дисфункцію розглядають як один із основних механізмів формування артеріальної гіпертензії (АГ) та її ускладнень, а ендотелій-1 (ЕТ-1) відіграє в цьому одну із ключових ролей. Ендотелій втягується у патологічний процес на ранніх етапах розвитку АГ. ЕТ-1 у даний час розглядають як маркер АГ, хронічної серцевої недостатності (ХСН), ішемічної хвороби серця (ІХС), зокрема гострого інфаркту міокарда (ІМ), порушень ритму серця, легеневої гіпертензії, атеросклеротичного пошкодження судин, специфічних судинних порушень. Одним із факторів, що може впливати на рівень ЕТ-1, є Lys198Asn поліморфізм гена ЕТ-1, який багатьма дослідниками розглядається як можливий генетичний маркер АГ. Однак вплив даного поліморфізму на рівень ЕТ-1 у плазмі крові пацієнтів з АГ різної тяжкості в Україні є маловивченим. Основою роботи були матеріали комплексного обстеження 160 пацієнтів із верифікованим діагнозом АГ I, II стадії 1, 2, 3 ступеня (основна група) та 110 практично здорових осіб (група контролю). Пацієнтів основної групи було розподілено на три групи: 1 група — 75 пацієнтів з нормальною масою тіла; 2 група — 48 пацієнтів з надлишковою масою тіла; 3 група — 37 пацієнтів з ожирінням аліментарного характеру. У хворих з ожирінням окружність талії у жінок склала 103 (96 — 115) см, а у чоловіків 108 (105 — 116) см, що свідчить про абдомінальний тип ожиріння. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що рівень ЕТ-1 вищий у пацієнтів, хворих на АГ з надлишковою масою тіла та ожирінням у порівнянні з хворими на АГ з нормальною масою тіла. Рівень пептиду залежить від генотипу пацієнтів і є вищим у хворих на АГ з генотипом Asn198Asn та Lys198Asn у порівнянні з носіями генотипу Lys198Lys.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.245. Порівняння впливу спіронолактону та моксонідину як четвертого компонента терапії резистентної гіпертензії на жорсткість магістральних артерій / Ю. М. Сіренко, О. Л. Рековець, О. О. Торбас // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 16-22. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Мета дослідження — порівняти вплив спіронолактону та моксонідину як четвертого компонента терапії резистентної артеріальної гіпертензії (АГ) на жорсткість магістральних артерій. Початкова доза спіронолактону становила 25 мг/добу, у 6 пацієнтів її збільшили до 50 мг/добу. Початкова доза моксонідину становила 0,2 мг двічі на добу, у 16 хворих її збільшили до 0,4 мг двічі на добу, а у 3 — до 0,6 мг двічі на добу. Пацієнтам обох груп призначали трикомпонентну антигіпертензивну терапію в максимальних дозах в одній таблетці (блокатор ренін-ангіотензинової системи + антагоніст кальцію + діуретик). Ступінь жорсткості стінки артерій оцінювали за величиною серцево-кісточкового судинного індексу (Cardio-Ancle Vascular Index (CAVI)). Протягом 12 міс спостереження спіронолактон відмінено у 3 (10 %) хворих через розвиток побічних ефектів (1 випадок гінекомастії, 1 — гіперкаліємії, 1 — тяжкої діареї). В групі М препарат відмінено у 4 (13 %) хворих (різниця з групою С статистично незначуща): 2 випадки тяжкої сонливості, 1 — нудоти із блювотою, 1 — приступи запаморочення без гіпотензії. В остаточний аналіз даних було залучено 27 хворих із групи С та 26 — із групи М. У групі С значення офісного систолічного артеріального тиску знизилося з (149,3 ± 6,5) до (127,4 ± 5,5) мм рт.ст. через 3 міс та до (124,3 ± 4,3) мм рт.ст. через 12 міс ($p < 0,001$). У групі М зниження систолічного артеріального тиску протягом 3 міс було дещо меншим, ніж у групі С: з (148,9 ± 7,5) до (132,5 ± 6,2) мм рт.ст. ($p < 0,05$), а через 12 міс — до (124,3 ± 4,3) мм рт.ст. ($p < 0,001$ у порівнянні із початковим рівнем, різниця між групами статистично незначуща). Значення діастолічного артеріального тиску в групі С знизилося з (88,8 ± 5,4) до (75,1 ± 5,6) мм рт. ст. через 3 міс ($p < 0,05$) та до (72,1 ± 4,7) мм рт. ст. через 12 міс ($p < 0,001$ у порівнянні із початковим рівнем), у групі М — відповідно з (89,1 ± 4,1) до (83,1 ± 5,1) мм рт.ст. ($p < 0,03$) і (73,2 ± 8,9) мм рт. ст. ($p < 0,001$ у порівнянні із початковим рівнем, різниця між групами статистично незначуща). Величина CAVI значно не змінилася в групі М (справа — 9,4 ± 1,1 на початку дослідження, 9,3 ± 1,3 через 12 міс ($p > 0,05$), зліва — 9,2 ± 1,6 та 9,3 ± 1,6 відповідно ($p > 0,05$). Однак у групі С через 12 міс значення CAVI знизилося з 9,5 ± 1,2 на початку дослідження до 8,6 ± 1,2 ($p < 0,05$) справа та 39,4 ± 1,1 до 8,7 ± 1,2 ($p < 0,05$) зліва. У групі С індекс маси міокарда лівого шлуночка зменшився на 11 % (з (112,2 ± 8,4) до (101,4 ± 7,8) г/м^2; $p < 0,05$), тоді як у групі М спостерігали тенденцію до зменшення цього показника на 6 % (з (113,5 ± 7,7) до (107,2 ± 6,5) г/м^2, $p > 0,05$). Висновки: терапія спіронолактоном як четвертим компонентом терапії резистентної АГ достовірно зменшувала жорсткість стінки магістральних артерій (за величиною CAVI) і сприяла достовірному регресу гіпертрофії лівого шлуночка.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.246. Прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів у віддаленій період після перенесеного інфаркту міокарда / А. В. Ягенський, М. М. Павелко // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 28-35. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Прихильність до лікування артеріальної гіпертензії (АГ) після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) є недостатньо вивченою про-

блемою світової кардіології. Мета роботи — оцінити прихильність до лікування та чинники, що впливають на неї, у пацієнтів із АГ у віддалений період після перенесеного ІМ. У дослідженні брали участь 265 пацієнтів після перенесеного ІМ (68,2 % чоловіків, середній вік 65,4 ± 9,5 року). Середній час від перенесеного ІМ до включення у дослідження становив 2,3 ± 1,9 року. Якість вторинної профілактики оцінювали за результатами анкетування, вимірювання антропометричних показників, артеріального тиску (АТ) і частоти серцевих скорочень (ЧСС), а також визначення показників ліпідного обміну, креатиніну та глюкози венозної крові. Частота виявлення АГ у віддалений період після ІМ становить 69,1 %. Лише у 26,3 % пацієнтів із АГ у віддалений період після ІМ фіксували АТ у межах цільових значень. Чинниками, що асоціювалися із досягненням цільових значень АТ, були вік до 60 років (ВШ — 1,35; p = 0,02), візит до лікаря упродовж останніх шести місяців (ВШ — 1,82; p = 0,002), регулярне самостійне вимірювання АТ (ВШ — 1,63; p = 0,01). 13,3 % пацієнтів із АГ після ІМ не вживали антигіпертензивні лікарські засоби, 60,4 % пацієнтів із АГ лікувались, але не досягали цільових значень АТ. Висновки: для досягнення цільових показників АТ у пацієнтів із АГ після перенесеного ІМ потрібно запровадити регулярне вимірювання АТ в домашніх умовах, використовувати комбіноване антигіпертензивне лікування; регулярно контролювати прихильність до лікування, вживання антитромбоцитарних, антигіпертензивних лікарських засобів і статинів. Пацієнтів, у яких АГ тяжко піддається контролю, має консультувати кардіолог щонайменше один раз на шість місяців.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.247. Чинники ризику розвитку метаболічних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію: (огляд) / Л. В. Журавльова, О. В. Пивоваров // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 61-68. - Бібліогр.: 54 назв. - укр.

Мета дослідження — проаналізувати наукові публікації, що містять новітні дані досліджень розвитку метаболічних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). Для систематизації даних щодо чинників ризику розвитку метаболічних порушень у хворих на АГ проаналізовано інформацію із відкритих баз даних PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та інші матеріали українських і зарубіжних вчених. Проведено огляд оцінки ризику комбінованих станів у різних країнах. Розглянуто контрольні заходи щодо запобігання розвитку ускладнень у хворих із поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу. Наголошено на важливості раннього виявлення метаболічних порушень у хворих на АГ, що сприятиме зниженню ризику ускладнень. Установлено, що значна поширеність поєднаного перебігу АГ і цукрового діабету 2 типу зумовлює необхідність своєчасного виявлення та корекції коморбідної патології. Постійний моніторинг наявності чинників ризику метаболічних порушень у хворих на АГ у популяції населення сприяє виявленню пацієнтів, які потребують уваги для досягнення позитивних результатів та профілактики виникнення ускладнень. Поширеність цукрового діабету 2 типу і розвиток асоційованих хвороб становлять найбільший виклик охороні здоров'я у світі, що доведено дослідженнями в різних країнах. Підтверджено тісні взаємозв'язки між показниками ліпідного та вуглеводного обміну, що свідчать про необхідність комплексного патогенетичного підходу до лікування пацієнтів з АГ. Останніми роками коморбідність є економічним і медико-соціальним тягарем для суспільства, тому дослідження чинників розвитку метаболічних порушень у хворих на АГ створює підґрунтя для розробки методів їх профілактики та лікування.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.248. Peculiarities of hemodynamic and metabolic indicators in patients with arterial hypertension and concomitant obesity depending on plasma renin activity / V. H. Psarova, M. M. Kochuieva, G. I. Kochuiev // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 46-53. - Бібліогр.: 22 назв. - англ.

Мета роботи — оцінювання впливу активності реніну плазми на стан гемодинамічних параметрів і метаболічних показників у хворих на артеріальну гіпертензією (АГ) із супутнім ожирінням. Обстежено 200 пацієнтів із АГ та ожирінням (ОЖ) I — II ступенів. Пацієнтів було розподілено на дві групи залежно від активності реніну плазми: до першої групи ввійшов 21 пацієнт з низькореніновою АГ (НРАГ), до другої — 179 пацієнтів з високореніновою АГ (ВРАГ). Антропометричні, біохімічні, автоматизовні методи імунного аналізу, спектрофотометричні, інструментальні та статистичні методи використовували під час проведення дослідження. Пацієнти з ВРАГ мали вищі рівні АТ (ДАТ, p = 0,004, САТ і середній АТ, p < 0,001 для обох показників), більші значення показників ТІМ ЗСА на рівні біфуркації (p = 0,003) і ШПХ ЗСА (p = 0,023), більші розміри лівого шлуночка та ММЛШ (p = 0,039) у порівнянні з пацієнтами із НРАГ. ВРАГ асоціювалася з більш вираженим дисбалансом системи оксидативного стресу і антиоксидантного захисту, вищими рівнями лептину, загального ХС і ХС ЛПНЩ. Пацієнти з ВРАГ мали достовірно вищі рівні інсуліну і більш виражену ІР за відсутності відмінностей щодо рівнів глікемії. Достовірно нижчий рівень сироваткового альдостерону за достовірно більш високого показника АРК установлено у пацієнтів із НРАГ у порівнянні із групою пацієнтів з ВРАГ. Висновки: встановлено особливості серцево-судинного ремоделювання та нейрогуморального статусу залежно від фенотипу АГ у пацієнтів із супутнім ожирінням.

Шифр НБУВ: Ж101336

Див. також: 1.Р.216, 1.Р.220, 1.Р.348, 1.Р.349, 1.Р.357, 1.Р.376, 1.Р.490, 1.Р.491

Серцево-судинна недостатність

1.Р.249. Вплив ривароксабану на динаміку показників міокардіальної ішемії у хворих із хронічною серцевою недостатністю після інфаркту міокарда / Н. В. Савчук // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 31-38. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Оцінюючи ефективність використаних схем лікування впродовж року, доведено переваги використання солей магнію і калію глюконової кислоти, еплеренону чи ривароксабану на фоні базової терапії (БТ). У всіх обстежуваних групах у процесі лікування спостерігали позитивну динаміку відносно зменшення кількості порушень серцевого ритму. Однак вірогідне зменшення кількості суправентрикулярної та шлуночкової екстрасистолії відзначали в групах хворих із використанням солей магнію і калію глюконової кислоти чи ривароксабану на фоні БТ. Результати холтерівського моніторування електрокардіограми засвідчили, що досліджувані схеми лікування були ефективними в зниженні показників ішемії міокарда. Здійснене лікування хворих ривароксабаном призводило до зниження сумарної тривалості ішемії міокарда за добу на 51,93 %. Отже, встановлено інтенсивне зменшення проявів міокардіальної ішемії та порушення серцевого ритму при використанні ривароксабану на фоні БТ у хворих із хронічною серцевою недостатністю після перенесеного інфаркту міокарда.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.250. Ефективність кардіопротекторного лікування декомпенсованої серцевої недостатності у хворих, що перенесли гострий інфаркт міокарда у фокусі імуноферментного аналізу / Х. В. Левандовська, Т. В. Налужна, Т. В. Мергель, У. В. Юсипчук, Т. І. Гриджук // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 16-23. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

У хворих з перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) вона залишається провідним фактором розвитку несприятливих серцево-судинних подій і призводить до зниження якості життя. Ендотеліальна дисфункція — одна з головних ланок формування некомпенсованої серцевої недостатності (СН) у постінфарктному періоді. Альтернативним напрямком у її лікуванні є цитопротекція, в основі якої лежить застосування гемодинамічно нейтральних препаратів, які є енергетичним субстратом і володіють властивостями утворення та зберігання макроергічних сполучень у кардіоміоцитах [2]. Мета роботи — встановлення ефективності кардіопротекторного лікування хворих з декомпенсованою СН у постінфарктному періоді, застосовуючи янтарну кислоту та препарати аргініну, шляхом аналізу показників ST2 і NT-proBNP у даного контингенту хворих. Обстежено 60 хворих із діагнозом Q-QS ІМ, в яких зафіксовано декомпенсовану хронічна серцева недостатність (ХСН) II А — Б стадії за класифікацією В. Х. Василенка та М. Д. Стражеска, III — IV ФК (за NYHA). Хворі були сформовані у 4 групи залежно від отриманих методів лікування. Концентрацію NT-proBNP і рівень ST-2 у сироватці крові визначено шляхом імуноферментного аналізу. Дані, отримані під час проведення даного дослідження є надзвичайно важливими для розуміння основних ланок патогенезу виникнення декомпенсованої

СН в умовах перенесеного ІМ і надають можливість появі іншого, нового підходу до лікування такого контингенту хворих. У пацієнтів із декомпенсованою СН, що виникла після перенесеного гострого ІМ, базисна терапія з додаванням препаратів аргініну та янтарної кислоти сприяє зниженню рівня в крові NT-proBNP і ST2 після завершення лікування.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.251. Клініко-інструментальні параметри, рівень NT-proBNP та показники якості життя у пацієнтів із серцевою недостатністю та помірно зниженою фракцією викиду лівого шлуночка залежно від наявності цукрового діабету 2 типу / Ю. С. Рудик, Д. П. Бабічев, О. О. Меденцева, Ю. Ч. Гасанов, Т. О. Ченчик // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 15-21. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити вплив цукрового діабету (ЦД) 2 типу на показники якості життя, клініко-біохімічні та ультрасонографічні параметри у пацієнтів із серцевою недостатністю з помірно зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка. У дослідження було залучено 68 пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) з помірно зниженою ФВ, з них 36 із супутнім ЦД 2 типу та 32 без ЦД 2 типу, та 18 практично здорових осіб. Усім учасникам дослідження проведено антропометричні (зріст, маса тіла, індекс маси тіла), лабораторні (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові з визначенням рівня аспартатамінотрансферази, аланінамінотрансферази, креатиніну, глюкози, калію, натрію та магнію, ліпідного спектра, імуноферментний аналіз з визначенням вмісту глікованого гемоглобіну та N-термінального фрагмента мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP), інструментальні (ехокардіоскопія (ЕхоКС), електрокардіографія) обстеження та опитування для оцінки якості життя (EQ-5D-5L). Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою пакета статистичних програм SPSS 19.0. Пацієнти із СН з помірно зниженою ФВ та супутнім ЦД 2 типу у порівнянні з хворими без ЦД мали статистично значущо гірші показники вуглеводного обміну, значно вищу середню концентрацію NT-proBNP у сироватці крові, більшу масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) та величину індексу ММЛШ (ІММЛШ) за результатами трансторакальної ЕхоКС, гіршу якість життя за результатами опитувальника EQ-5D-5L за відсутності статистично значущої різниці за віком та фракцією викиду лівого шлуночка між групами. Виявлено сильніший кореляційний зв'язок між NT-proBNP та ІММЛШ у пацієнтів без ЦД 2 типу та відсутність кореляційного зв'язку між NT-proBNP та ММЛШ у пацієнтів із супутнім ЦД 2 типу, що може бути наслідком певного впливу ЦД 2 типу на процес конверсії pro-BNP. Висновки: між групою пацієнтів із СН з помірно зниженою ФВ та супутнім ЦД 2 типу і групою із СН з помірно зниженою ФВ без ЦД 2 типу виявлено статистично значущу різницю за якістю життя, показниками вуглеводного обміну, вмістом NT-proBNP, індексом маси тіла і даними ЕхоКС.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.252. Прогнозування несприятливого перебігу серцевої недостатності у хворих із супутньою тиреоїдною патологією / С. М. Пивовар, Ю. С. Рудик, Л. В. Паніна // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 52-61. - Бібліогр.: 36 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити предиктори несприятливого перебігу серцевої недостатності (СН) з урахуванням тиреоїдного статусу хворих. Проведено комплексне обстеження 381 пацієнта із СН, що виникла на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) після інфарктного кардіосклерозу. Усіх пацієнтів було госпіталізовано до кардіологічного відділення у зв'язку з декомпенсацією СН. Коморбідну тиреоїдну патологію (ТП) мали 57,22 % пацієнтів (92 (24,15 %) — нетоксичний зоб, 126 (33,07 %) — автоімунний тиреоїдит). У 142 (37,3 %) хворих діагностували синдром низького рівня трийодтироніну, у 26 (6,82 %) — субклінічний гіпотиреоз. Для виділення несприятливих чинників щодо перебігу СН у хворих із супутньою ТП у порівнянні з пацієнтами без цієї коморбідності проведено регресійний аналіз Кокса (модель пропорційних ризиків (Cox proportional hazards model)). Побудовано графіки Каплана — Мейера. За даними регресійного аналізу Кокса обчислено прогностичний коефіцієнт. З огляду на значення β-коефіцієнтів змінних, залучених до моделі, побудовано рівняння регресії Кокса, за яким можна визначити ймовірність розвитку повторної госпіталізації (ПГ) у пацієнтів із СН протягом 24 міс. За результатами ROC-аналізу встановлено, що ризик ПГ пацієнтів із СН у зв'язку з декомпенсацією захворювання зростає за досягнення оптимальної точки розподілу для значення відношення ризиків (hazard risk (HR)) > 0,104 (чутливість — 51,61 %, специфічність — 96,47 %, p < 0,0001). Відношення шансів ризику ПГ протягом 2 років становило 21,60 (95 % довірчий інтервал (ДІ) 6,34—73,63), χ^2 = 31,543; p = 0,0001). Повторно проведений ROC-аналіз виявив, що у пацієнтів із СН у поєднанні з ТП ризик ПГ у зв'язку з декомпенсацією захворювання зростає при досягненні оптимальної точки розподілу для величини HR > 0,043 (чутливість — 80,77 %, специфічність — 74,00 %, p < 0,0001). Відношення шансів ризику ПГ протягом 2 років — 11,95 (95 % ДІ 3,74 — 38,21), χ^2 = 18,35>; p = 0,0001). Застосування ROC-аналізу у пацієнтів із СН без ТП не надало змоги встановити вірогідне прогностичне значення HR. Проведено перевірку моделі прогнозування несприятливого плину СН у хворих із ТП на групі із 66 хворих із СН на тлі ІХС, яка не була залучена в розробку прогностичної регресійної моделі Кокса. Групи статистично значущо не відрізнялися за віком, статтю, частотою ТП і ПГ. Чутливість зазначеної величини коефіцієнта становила 86,36 %, специфічність — 78,57 %, прогностична цінність позитивного результату — 86,4 %. Кумулятивний ризик ПГ у пацієнтів із СН на тлі ІХС та супутньою ТП є вищим у порівнянні з таким у хворих без зазначеної коморбідної патології. Високий ризик несприятливого перебігу СН при коморбідній ТП зумовлений наявністю синдрому низького рівня трийодтироніну. Предикторами, що зумовлюють несприятливий перебіг СН у пацієнтів із супутньою ТП, відповідно до результатів регресійного аналізу Кокса є рівень холестерину ліпопротеїдів низької густини, інтерлейкіну-4 та вільного трийодтироніну. Ризик несприятливого перебігу СН зростає при значенні HR для регресійної моделі > 0,043.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.253. Рівні розчинної молекули ST2 у крові хворих на депресивні розлади та синдром серцевої недостатності ішемічного генезу / А. Б. Сікора, М. І. Винник // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 49-56. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Серцева недостатність (СН) — глобальна епідемія, яка охоплює щорічно більшу кількість населення планети: у понад 37,7 млн. осіб верифікований зазначений синдром. Відомо, що ST2 відноситься до родини прозапального інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), є маркером прогресування СН і предиктором несприятливого. Мета дослідження — оцінити зв'язок між рівнем ST2 у крові пацієнтів із СН і проявами депресії. Обстежено 129 хворих на депресію різного ступеня тяжкості на тлі синдрому СН ішемічного генезу, ФК II — IV (NYHA). Скринінг депресивних розладів проведено з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії, відповідно до якої, 8 і більше балів свідчили про депресію. Тяжкість депресивних розладів визначено з урахуванням шкали Гамільтона. Проведено трансторакальну ехокардіографію; вміст у плазмі крові розчинної ST2 (sST2) і титрів N-кінцевого фрагменту мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP) у крові визначено методом ІФА. Статистичний аналіз здійснено з використанням стандартного пакету програм "Statisticafor Windows 12.0" (StatSoft, Tulsa, OK, USA). Середній вік обстежених пацієнтів склав (67,21 ± 11,73) років; серед них — 41 жінка (31,8 %). Відмічено, що рівні розчинної ST2 та NT-pro-BNP у крові хворих на депресивні розлади та СН ішемічного генезу збільшувалися зі зменшенням ФВ ЛШ. Відповідно до опитувальника Гамільтона, більшість пацієнтів із СН страждали на депресивні розлади помірної інтенсивності — 96 (74,4 %) осіб. Уніваріантний кореляційний аналіз показав прямий зв'язок між рівнями розчинної ST2 у крові обстежених пацієнтів і виразністю депресивних проявів (r^s = 0,33; p = 0,041); вмістом у крові NT-pro-BNP (r^s = 0,51; p = 0,015); частотою серцевих скорочень у спокої (r^s = 0,31; p = 0,011) і зворотний зв'язок із величиною ФВ ЛШ (r^s = -0,39; p = 0,043). Встановлен, що у пацієнтів із депресивними розладами та супутньою СН ішемічного генезу відмічаються підвищені рівні розчинної молекули ST2 у крові, які залежать від інтенсивності проявів депресії.

Шифр НБУВ: Ж73616

Див. також: 1.Р.260

Хвороби серця

1.Р.254. Застосування вінборону для корекції когнітивного дефіциту за експериментальної алкогольної кардіоміопатії /

О. С. Пашинська, Г. І. Степанюк, О. М. Денисюк, Н. І. Волощук // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - 16, № 3. - С. 176-186. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Алкогольна кардіоміопатія (АКМП) супроводжується розвитком енцефалопатії та потребує застосування специфічних засобів корекції. Призначення для лікування коморбідних станів лікарських засобів із політропними фармакологічними властивостями є наразі дуже перспективним. Мета дослідження — вивчити вплив вінборону у порівнянні з мілдронатом і цитиколіном на когнітивно-мнестичні функції в щурів з експериментальною АКМП. Досліди проведено на 50 нелінійних щурах-самцях масою 190—210 г. Експериментальне токсичне алкогольне ураження серця моделювали внутрішньошлунковим введенням щурам 50 % етанолу (6 г/кг) протягом 9 тиж. Тварини були поділені на 5 груп: 1 — контроль; 2 — тварини з АКМП без лікування; 3, 4 і 5 — щури з АКМП, які протягом 14 діб отримували лікування вінбороном (5 мг/кг/добу, в/м), мілдронатом (50 мг/кг/добу, в/м) і цитиколіном (250 мг/кг/добу в/м) відповідно. Всі препарати досліджувались у терапевтично ефективних дозах, запозичених із літератури. Вплив препаратів на поведінку щурів вивчали в тесті "Відкрите поле", мнестичні процеси — у тесті умовної реакції пасивного уникнення (УРПУ). Для вивчення функцій робочої пам'яті використовували метод розпізнання нових об'єктів. У ході проведеного дослідження виявлено, що курсова терапія (14 діб) щурів з АКМП усіма запропонованими препаратами сприяла зменшенню в них неврологічного та когнітивного дефіциту. Це проявилося покращанням показників поведінки тварин у тесті "Відкрите поле", збільшенням відсотка навчених тварин у тесті УРПУ у порівнянні з тваринами без лікування (p — 0,05). За спроможністю покращувати динаміку когнітивно-мнестичних функцій щурів з АКМП вінборон у дозі 5 мг/кг практично співставлявся з цитиколіном (250 мг/кг) і дещо переважав мілдронат. Отримані дані надають можливість рекомендувати застосування вінборону як засобу з плейотропною дією для корекції когнітивних порушень за умов серцево-судинної патології, зокрема, АКМП.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.255. Фібриляція передсердь як чинник ризику когнітивних розладів. Огляд літератури / К. В. Антоненко, Ю. В. Фломін, А. В. Антоненко, Л. О. Вакуленко, Л. І. Соколова // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 5-11. - Бібліогр.: 68 назв. - укр.

Фібриляція передсердь (ФП) та когнітивні розлади (КР) на сьогоднішній день є поширеною проблемою, особливо серед осіб похилого віку. Чисельні дослідження останніх років демонструють взаємозв'язок між ФП та КР, зокрема з деменцією. З огляду на збільшення поширеності ФП з віком і постаріння населення прогнозують, що кількість осіб з КР зростатиме. До основних патогенетичних чинників, що відіграють роль у розвитку КР у разі ФП, належать вогнищеві ураження (макро- та мікроінфаркти, мікрокровиливи), гіпоперфузія головного мозку та системна запальна реакція. Безсимптомні (приховані, або "німі") інфаркти головного мозку, що є випадковою знахідкою під час проведення нейровізуалізації, трапляються частіше, ніж маніфестні церебральні інсульти, й асоціюються з КР. У пацієнтів з ФП їх виявляють частіше, ніж в осіб без ФП, тому, на думку багатьох дослідників, ФП є вагомим чинником їх виникнення. Деменції, КР та старінню головного мозку можна запобігти. Для збереження здоров'я мозку найбільше значення мають здоровий спосіб життя і правильне лікування захворювань, які належать до судинних чинників ризику (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія та ФП). Є дані, що вчасно призначена антикоагулянтна терапія у пацієнтів з ФП може знизити ризик розвитку КР. Останні дослідження демонструють перевагу прямих пероральних антикоагулянтів над варфарином щодо профілактики розвитку КР у пацієнтів з ФП. Перспективними напрямами досліджень є вивчення нових (зокрема генетичних) біомаркерів високого ризику КР, порівняння прямих пероральних антикоагулянтів для визначення оптимальної профілактики КР.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.256. Wellens' syndrome: focus on diagnosis and choice of myocardial revascularization strategy / N. M. Seredyuk, V. N. Seredyuk, Ya. L. Vandzhura, O. Z. Skakun, V. V. Parakhoniak // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 24-29. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Синдром Wellens' є надзвичайно актуальним питання сучасної кардіології. Досить часто у реальній клінічній практиці трапляються випадки невчасної діагностики синдрому Wellens', а тактика ведення пацієнта є такою, як за нестабільної стенокардії. Зважаючи на те, що у найближчі декілька днів або тижнів без реваскуяяризації міокарда розвивається інфаркт міокарда із залученням багатьох сегментів лівого шлуночка, потрібно провести якомога швидше реваскуляризацію міокарда. За синдрому Wellens' характерними змінами на ЕКГ є двофазні (тип А) або інвертовані (тип В) зубці Т у відведеннях V_2 — V_3, які іноді поширюються й на інші грудні відведення. Важливо, що крім цих змін має бути напад ангінозного болю у анамнезі. Тропонін зазвичай негативний, але іноді може бути дещо вищим норми. Разом з тим у деяких пацієнтів із класичними змінами на ЕКГ та клінічною картиною, характерною для синдрому Wellens' за коронароангіографії не виявляють характерного для цього синдрому гемодинамічно значимого стенозу передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії. У таких випадках йдеться про pseudo-Wellens' syndrome. У роботі описано 3 випадки синдрому Wellens', підтверджених ангіографічно та один випадок pseudo-Wellens' syndrome. У всіх пацієнтів із синдромом Wellens' виявлено ураження передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії. У одного пацієнта спостерігалося трьохсудинне ураження, у двох інших — односудинне. Тропонін у одного пацієнта був у межах норми, а у двох інших дещо перевищував норму. Цим пацієнтам проведено успішно реваскуляризацію міокарда шляхом стентування ураженого проксимального сегмента передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії, а також призначено медикаментозне лікування.

Шифр НБУВ: Ж24388

Див. також: 1.Р.371

1.Р.257. Вплив стану жовчного міхура на вуглеводний метаболізм у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та вперше виявленою гіперглікемією / О. Я. Королюк, Л. М. Стрільчук // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 33-39. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити зміни вуглеводного метаболізму за умов інтактного жовчного міхура (ЖМ) та його уражень, зокрема після холецистектомії, у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Обстежено 71 пацієнта (37 (52,11 %) чоловіків і 34 (47,89 %) жінки, медіана віку — 65 років) з різними формами ішемічної хвороби серця (гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарда, післяінфарктний кардіосклероз), які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному та інфарктному відділеннях. Розподіл на групи проведено залежно від сонографічно визначеного стану ЖМ: 1-ша група (n = 30) — інтактний, 2-га (n = 24) — перегини, сладж або ознаки хронічного холециститу, 3-тя група (n = 7) — холелітіаз та калькульозний холецистит, 4-та група (n = 10) — холецистектомія в анамнезі. Групи були порівнянними за нозологіями та віком. Окрім стандартних обстежень, визначали 20 показників обміну глюкози: пероральний глюкозотолерантний тест з вимірюванням рівня глюкози, інсуліну та С-пептиду натще (0') і на 30, 60 та 120-ту хвилину (30', 60' і 120') після прийому 75 г глюкози, вмісту глікованого гемоглобіну (HbA1c), площі під кривими у ранній та пізній фазах для глюкози (нППКГ 0 — 30', 30 — 120') та інсуліну (нППКІ 0 — 30', 30 — 120'), індекси HOMA-IR, QUICKI, Matsuda, Shuster, DeFronzo. Ураження ЖМ супроводжувались значно меншою частотою нормального обміну глюкози (6,4 і 26,7 %) та більшою поширеністю діабету ((19,4 ± 7,1) % (p < 0,05) і (3,3 ± 3,3) % (p < 0,05)) у порівнянні з інтактним ЖМ. Стан ЖМ не впливав на чутливість печінки та периферійних тканин. до інсуліну, печінковий кліренс інсуліну, вміст С-пептиду, а також на ранню чи пізню фази секреції інсуліну, хоча значуще асоціювався з рівнем глікемії, HbA1c та співвідношенням між секрецію інсуліну та чутливістю до нього тканин. Найгірший стан вуглеводного метаболізму відзначено за умов сладжу, перегинів та ознак хронічного холециститу. У таких пацієнтів на відміну від осіб з інтактним ЖМ були значно вищими показники глікемії в усіх точках (0', 30', 60', 120'), площа під кривою глюкози у пізній фазі (30 — 120'), вміст HbA1c та нижчим індекс DeFronzo. Стан після холецистектомії асоціювався зі зменшенням вмісту HbA1c, хоча впродовж першої години після навантаження глюкозою рівень глікемії перевищував показники осіб з інтактним ЖМ. Стан ЖМ впливає на вуглеводний метаболізм,.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.258. Дослідження ефективності препарату фруктозо-1,6-дифосфату у комплексному лікуванні кардіохірургічних хворих,

які перенесли аортокоронарне шунтування із застосуванням штучного кровообігу / В. І. Черній, Я. В. Куриленко // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 39-44. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Ішемічна хвороба серця — це накопичення атеросклеротичних бляшок у кровоносних судинах, які забезпечують серце киснем та поживними речовинами. Аортокоронарне шунтування (АКШ) — це стратегія реваскуляризації міокарда, яка показана пацієнтам з ураженням трьох і більше коронарних артерій, високими показниками SYNTAX, цукровим діабетом та систолічною дисфункцією лівого шлуночка. У переважній більшості випадків сьогодні АКШ виконується зі штучним кровообігом. Під час штучного кровообігу під впливом низки чинників відбувається зниження рівня деяких електролітів. Одним з них є фосфор — важливий елемент для всіх живих клітин, який виконує різні функції. Мета дослідження — дослідити ефективність застосування фруктозо-1,6-дифосфату з метою профілактики виникнення та зниження ступеня тяжкості гострої лівошлуночкової недостатності у пацієнтів, які перенесли оперативне втручання — аортокоронарне шунтування зі штучним кровообігом, у яких до операції була виявлена гіпофосфатемія. У Державній науковій установі "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами було прооперовано 500 пацієнтів. Усім виконувалася операція АКШ зі штучним кровообігом. Відібрано 60 пацієнтів, у яких на доопераційному етапі було діагностовано гіпофосфатемію. Під гіпофосфатемією розумілося зменшення рівня фосфатів нижче за норму або рівень, що наближається до нижньої межі норми. До основної групи увійшли 30 пацієнтів, для корекції рівня фосфатів використовувався фруктозо-1,6-дифосфат (препарат Езафосфіна). До контрольної групи також увійшли 30 пацієнтів, корекція рівня фосфатів не проводилася. Статистично значимих відмінностей у групах (за статтю, віком, кількістю шунтів, що накладалися) не виявлено, $p > 0,05$. Дослідження рівня фосфатів проводилося до операції, одразу після закінчення штучного кровообігу та у ранньому післяопераційному періоді в динаміці. Висновки: застосування препарату фруктозо-1,6-дифосфату в комплексному лікуванні кардіохірургічних хворих, які перенесли аортокоронарне шунтування із штучним кровообігом, вірогідно коригує гіпофосфатемію (підвищує рівень фосфатів). Призначення фруктозо-1,6-дифосфату дозволяє знизити частоту розвитку гострої лівошлуночкової недостатності після АКШ зі штучним кровообігом у групі пацієнтів, у яких до операції було виявлено гіпофосфатемію. У разі її розвитку призначення фруктозо-1,6-дифосфату призводить до скорочення термінів відновлення гемодинаміки та зниження загальної дози інотропного препарату (добутаміну), необхідного для досягнення стабілізації.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.259. Структурно-геометричні показники лівого шлуночка в оцінці електричного ремоделювання серця на тлі хронічного системного запалення в хворих на стабільну ішемічну хворобу серця із супутнім цукровим діабетом другого типу / Н. Б. Нищук-Олійник // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 39-48. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Стабільна ішемічна хвороба серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2) залишається однією з основних причин інвалідизації та смертності населення. Тому вивчення факторів прогнозу перебігу за умов поєднання цих захворювань залишається актуальним. Вивчено питання про вплив запального компоненту на розвиток атеросклерозу в хворих на ХКС у поєднанні із ЦД 2. Залишається нез'ясованим вплив виразності хронічного системного запалення на особливості ремоделювання міокарду у випалку такої поєднаної патології. Мета дослідження — оцінка особливостей ремоделювання міокарда ЛШ на тлі хронічного системного запалення в хворих на стабільну ІХС (СІХС) із супутнім ЦД 2. Проведено обстеження 120 пацієнтів, у тому числі 90 хворих на СІХС і ЦД, 2 тип, інсуліннепотребуючий (група І) і 30 хворих на СІХС (група ІІ). Пацієнти обох груп мали СІХС: стенокардію напруження ІІ — ІІІ ФК. Встановлено, що у хворих на СІХС із ЦД 2 типу та без нього переважав 1 тип діастолічної дисфункції серця — порушення релаксації. У хворих на СІХС, що асоційована з ЦД 2, переважав прогностично несприятливий тип ремоделювання — концентрична гіпертрофія ЛШ. Унаслідок дослідження доведено, що зростання інтегральних показників синдрому хронічного системного запалення в пацієнтів із СІХС на тлі ЦД 2, що асоціюється з діастолічною дисфункцією ЛШ, гіперліпідемією, і це слід ураховувати під час вибору тактики ведення пацієнта. Встановлено, що локальне порушення транспорту ліпідів у тканині лежить в основі атеросклеротичного ураження судинної стінки, яке розвивається незалежно від запалення в стінці судини, але істотно потенціюється їм через дію медіаторів запалення. Реконструкція структурно-функціональних параметрів серця та порушення внутрішньосерцевої гемодинаміки притаманне хворим на СІХС за ізольованого перебігу та поєднання із ЦД 2, причому у останніх є більш виразним. Ці процеси ініціюються та поглиблюються на тлі хронічного системного запалення, маркерами якого можуть слугувати рівні ST2, hs-СРП, TMAO, TLR2, TLR4 і гематологічні індекси.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.260. Remodeling of heart in patients with stable ischemic heart disease combined with chronic obstructive pulmonary disease as a basis for development of heart failure / O. V. Kniazieva, V. A. Potabashniy, V. I. Fesenko // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 34-41. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Мета дослідження — визначити фенотипи ремоделювання серця і стан систолічної та діастолічної функції в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) з ранніми проявами серцевої недостатності (СН). До дослідження включено 108 чоловіків зі стабільною ІХС та спірометрично підтвердженим ХОЗЛ, що передувало ІХС, — основна група (група 1). В якості груп порівняння обстежено 30 чоловіків зі стабільною ІХС (група 2) та 30 чоловіків з ХОЗЛ (група 3). Група контролю — 30 чоловіків без ІХС та хвороб органів дихання. Усі групи зіставні за віком, групи 1 та 2 — за тривалістю ІХС, групи 1 та 3 — за тривалістю ХОЗЛ. Пацієнти групи 1 розподілені на 3 підгрупи: підгрупа 1 — 45 пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги (ССН), підгрупа 2 — 27 пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом (ПІК), підгрупа 3 — 36 пацієнтів з поєднанням стабільної ІХС та артеріальної гіпертензії (АГ) без інфаркту міокарда в анамнезі. Пацієнти групи 1 мають різні фенотипи ремоделювання серця залежно від клінічної форми ІХС, наявності супутньої АГ, тяжкості бронхіальної обструкції. У пацієнтів підгрупи 1 у 60,0 % випадків зареєстровано концентричне ремоделювання та концентричну гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ), а в 26,7 % — нормальну геометрію ЛШ, у всіх випадках фракція викиду (ФВ) була збереженою. Лише в 13,3 % мала місце ексцентрична ГЛШ з помірно зниженою ФВ. У 59,3 % пацієнтів підгрупи 2 встановлено ексцентричну ГЛШ, дилатацію лівого передсердя та в 55,6 % знижену ФВ. У всіх пацієнтів підгрупи 3 мав місце концентричний напрям ремоделювання ЛШ. Фенотипи СН з низькою та помірно зниженою ФВ супроводжувалися порушенням діастолічної функції ЛШ. В оцінці ймовірності СН зі збереженою ФВ кращу точність продемонструвала шкала HFA-PEFF. Легенева гіпертензія мала змішане походження з переважанням посткапілярного компонента.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.261. Some fibrinolytic parameters in coronary artery disease patients: focus on unstable angina subgroups / Yu. V. Tyravska, O. M. Bondarchuk, N. G. Raksha, V. G. Lizogub, O. M. Savchuk // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 54-65. - Бібліогр.: 32 назв. - англ.

Нестабільна стенокардія (НС) розподіляється на 3 клінічні типи: НС, що вперше виникла, прогресуюча та НС спокою. Мета дослідження — визначити концентрації окремих параметрів системи фібринолізу у пацієнтів з НС, що вперше виникла, та у пацієнтів з прогресуючою НС та стабільною стенокардією та оцінити їх можливі відмінності з урахуванням основних анамнестичних, електрокардіографічних і гемодинамічних показників. У крос-секційне дослідження було включено 93 пацієнти віком 62,32 (6,94) роки, 41 чоловік (44,1 %)). Виділено 3 групи: 22 пацієнти зі стабільною стенокардією (контрольна група), 21 пацієнт з НС, що вперше виникла, та 50 пацієнтів з прогресуючою НС. Групи були співставні за базовими характеристиками. Забір крові проводився до початку лікування. Аналіз концентрації тканинного активатора плазміногену та інгібітору активатора плазміногену першого тиру виконувався за методом ELISA. Під час надходження до лікарні у пацієнтів реєструвалися 14 показників, а саме: вік, стать, індекс маси тіла, куріння, обтяжений кардіоваскулярний анамнез, депресія сегмента ST, варіабельність зубця Т, аритмії, блокада лівої ніжки пучка Гіса, частота серцевих

скорочень, систолічний та діастолічний артеріальний тиск, критерій Соколова — Лайона та клінічний тип НС. Після порівняння концентрацій фібринолітичних показників у досліджених групах було визначено основні незалежні предиктори з-поміж досліджених 14 з метою побудови оптимальних регресійних моделей для розрахунку досліджених показників фібринолізу. Концентрації тканинного активатора плазміногену та його інгібітору статистично значущо відрізнялися у групах стабільної стенокардії, НС, що вперше виникла, та прогресуючої (P = 0,001 та P < 0,001, відповідно). Зафіксовано лінійний взаємозв'язок між тканинним активатором плазміногену і систолічним артеріальним тиском (r = -0,675, P < 0,001), діастолічним артеріальним тиском (r = -0,655, P < 0,001), інверсією зубця T (r = -0,233, P = 0,02), депресією сегмента ST (r = 0,344, P = 0,001), частотою серцевих скорочень (r = -0,568, P < 0,001) та клінічним типом НС (r = -0,706, P < 0,001), а також концентрацією інгібітору активатора плазміногену (тип 1) та віком (r = -0,560, P < 0,001), індексом маси тіла (r = -0,249, P = 0,049), депресією сегмента ST (r = 0,542, P 0,001), аритміями (r = 0,210, P = 0,03), систолічним артеріальним тиском (r = 0,310, P = 0,04) і клінічним типом НС (r = -0,406, P < 0,001). Оптимальні регресійні моделі для розрахунку тканинного активатора плазміногену та його інгібітору включали систолічний артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, клінічний тип НС (R_{adj}^2 = 65,0 %, P < 0,001) і систолічний артеріальний тиск, клінічний тип НС (R_{adj}^2 = 42,7 %, P < 0,001), відповідно. Таким чином, виявлені відмінності концентрацій досліджених параметрів системи фібринолізу між клінічними типами НС, що не залежать від низки анамнестичних, електрокардіографічних та гемодинамічних показників, свідчать на користь доцільності врахування типу НС.

Шифр НБУВ: Ж101336

Див. також: 1.Р.249, 1.Р.355, 1.Р.454

1.Р.262. Особливості перебігу хронічних коронарних синдромів із коронавірусною хворобою / І. В. Томин, С. В. Федоров // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 31-38. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Нова коронавірусна хвороба (КВХ) COVID-19, спричинена вірусом SARS-CoV-2, призвела до небаченого раніше навантаження на систему охорони здоров'я та посіла чільне місце серед інфекційних захворювань за темпами поширення та розвитку ускладнень із боку різних систем організму. Серед основних факторів ризику, які негативно впливають на перебіг COVID-19 розглядають: вік понад 65 р, ішемічна хвороба серця (ІХС), хронічна серцева недостатність (ХСН), аритмії, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), куріння тощо. Існуючі результати обсерваційних досліджень щодо взаємного обтяжливого впливу КВХ на перебіг ССЗ загалом і хронічних коронарних синдромів (ХКС) зокрема часто носять суперечливий характер, що вимагає продовження досліджень у цьому напрямку. Мета роботи — вивчення особливостей клінічного перебігу КВХ COVID-19 у пацієнтів із хронічними коронарними синдромами (ХКС). Обстежено 75 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу КВХ COVID-19, ускладненої пневмонією. Пацієнтів розподілено на дві групи: досліджувану, яка включала 51 пацієнта з ХКС, та контрольну групу, до складу якої ввійшли 24 пацієнти, які не мали анамнезу ХКС. Проведено фізикальне та загально клінічне дослідження. Отримані результати свідчать про вірогідне зростання проявів задишки, болю в грудній клітці в пацієнтів із наявними ХКС, що може бути свідченням дестабілізації перебігу вінцевого атеросклерозу. Цікавим є факт виразного зростання частоти розладів нюху та смаку в хворих на COVID-19 за умови супутніх ХКС. Відмічено, що наявні ХКС збільшували тривалість перебування хворих на КВХ в стаціонарі, а також — потребу в кисневій підтримці; встановлено тенденцію до зростання ризику смерті в таких пацієнтів. Не відмічено вірогідної різниці в рівнях СРП, про кальцитоніну, D-димеру в обстежених групах. Таким чином, ХКС у хворих на COVID-19 призводять до тяжчого перебігу недуги (тривалість перебування в стаціонарі, потреба в кисневій терапії) та ризику загальної смертності.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.263. Прозапальні цитокіни у хворих на гострий коронарний синдром / О. В. Смалюх // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 32-35. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

В основі патогенезу гострого коронарного синдрому лежать процеси атеросклерозу коронарних артерій та атеротромбозу, що супроводжуються пошкодженням покришки нестабільної атеросклеротичної бляшки та, у подальшому, тромбоутворенням. Ішемія міокарда ініціює місцеву та системну запальну відповідь з вивільненням прозапальних цитокінів, які запускають каскад реакцій, сприяючи поглибленню ураження кардіоміоцитів. Мета роботи — дослідити показники прозапальних цитокінів у хворих на гострий коронарний синдром. Обстежено 33 хворих на гострий коронарний синдром, а саме з нестабільною стенокардію, що перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Лікарні швидкої медичної допомоги м. Львів. Серед обстежених було 12 (36 %) чоловіків та 21 (64 %) жінка, середній вік — 68,5 ± 2 роки. Пацієнти одержували лікування згідно із сучасними протоколами щодо надання медичної допомоги особам із гострим коронарним синдромом без підйому сегмента ST та рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Хворим проводили загальноклінічні та інструментальні методи обстеження, визначали (при надходженні на стаціонарне лікування) показники прозапальних цитокінів у сироватці крові за методом імуноферментного аналізу. Встановлено, що у пацієнтів із гострим коронарним синдромом показники прозапальних цитокінів (інтерлейкін-β, інтерлейкін-6, інтерлейкін-17, фактор некрозу пухлин-α) перевищують значення практично здорових осіб майже удвічі (p < 0,01). У хворих на гострий коронарний синдром наявне достовірне (p < 0,01) підвищення показників прозапальних цитокінів, що вказує на безпосередню участь запалення у патогенезі патологічного процесу і вимагає відповідної корекції лікувальної тактики.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.264. Markers of low-grade inflammation in patients with acute coronary syndrome and 2 type diabetes mellitus / O. O. Bondareva, S. V. Fedorov // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 110-118. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Серцево-судинні захворювання обумовлюють близько третини смертей у світі, причому, 7,5 млн. смертельних випадків виникають унаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС). Гострі коронарні синдроми (ГКС) і раптова серцева смерть є найбільш частою причиною ІХС-залежних смертей; складають 1,8 млн. летальних випадків щорічно. Встановлено, що хворі на цукровий діабет 2 типу (ЦД) часто хворіють на ГКС і серцеву недостатність, а також мають вищий ризик гострих серцево-судинних подій. Мета дослідження — оцінка вмісту в крові лейкоцитів та їх субпопуляцій; лейкоцитарних індексів і концентрації високочутливого С-реактивного протеїну (СРП). Було обстежено 124 пацієнти із ГКС, рандомізованих у дві групи: перша група — 94 хворий на ГКС і супутній ЦД; друга група — 31 хворий на ГКС без ЦД. 30 практично здорових осіб склали контрольну групу. Вивчено показник лейкограми, обчислено лейкоцитарні індекси: індекс співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів (ІНЛ), індекс співвідношення нейтрофілів до моноцитів (ІНМ), індекс співвідношення лімфоцитів до моноцитів (ІЛМ) та індекс співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів і моноцитів (ІН/МЛ). Плазові рівні СРП визначено методом ІФА. Вірогідне підвищення кількості лейкоцитів і нейтрофілів виявлено у хворих на ГКС, більш виразніше — за умови супутнього ЦД 2 типу. На противагу, кількість лімфоцитів у таких пацієнтів була вірогідно нижчою, ніж у групі контролю. У хворих на ГКС із чи без ЦД відмічено підвищення ІНМ (p < 0,001). Подібно, у порівнянні з практично здоровими особами, наступні співвідношення були вищими при ГКС: ІНЛ — у 3,32 разу (в хворих на ГКС і ЦД) і в 2,43 разу (у хворих на ГКС без ЦД) (p < 0,001); ІН/ЛМ — у 2,98 разу (у випадку поєднання ГКС і ЦД) і в 2,14 разу (у хворих на ГКС без супутнього ЦД) (p < 0,001). На противагу, ІЛМ був нижчим у обох групах обстежених хворих на ГКС: у 1,4 разу та 1,36 разу, відповідно (p < 0,05). Підвищені плазмові рівні СРП визначено в хворих на ГКС, більш вірогідно — за умови супутнього ЦД 2 типу (p < 0,001). Встановлено, що ГКС характеризується підвищеним вмістом у крові лейкоцитів і нейтрофілів, а також — зниженням кількості лімфоцитів, особливо за супутнього ЦД. Низькоінтенсивне запалення в хворих на ГКС і ЦД 2 типу характеризується зростанням рівнів СРП у крові та окремих лейкоцитарних індексів: ІНМ, ІН/ЛМ, ІНЛ.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.265. Динаміка показників якості життя у хворих на інфаркт міокарда з критичною ішемією нижніх кінцівок під впливом комплексного лікування з використанням аргінін-карнітинової суміші

та стандартного протокольного лікування / М. І. Швед, Т. О. Добрянський, І. О. Ястремська // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 13. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити динаміку показників якість життя (ЯЖ) із використанням опитувальника EQ-5D-5L у хворих на інфаркт міокарда (ІМ) в поєднанні з облітерувальним атеросклерозом магістральних судин на стадії критичної ішемії нижніх кінцівок і високим ризиком виникнення кардіальних ускладнень на стаціонарному етапі лікування під впливом метаболітної терапії. Обстежено 67 хворих із гострим коронарнимй синдромом (ГКС) (ІМ) в поєднанні з критичної ішемії нижніх кінцівок (КІНК) унаслідок стенозного атеросклерозу клубово-стегнового артеріального сегмента. 35 хворих дослідної групи, яким проведено ургентну балонну ангіопластику та стентування інфарктзалежної вінцевої артерії, додатково отримували L-аргінін/L-карнітиновий комплекс (TIVOR-L; ТОВ "Юрія-Фарм"; у формі довенних інфузій упродовж семи днів по 100,0 мл один раз на добу). 32 хворих групи порівняння отримували лише стандартне протокольне лікування. Усім пацієнтам окрім загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів додатково визначали ЯЖ за опитувальником EQ-5D-5L. Статистичне опрацювання показників проводили методом варіаційної статистики. Вибірки перевіряли на нормальність розподілу даних за тестом С. Шапіро — М. Вілка, за допомогою параметричних методів (t-тест, критерій Стьюдента). Для повнішої оцінки точности застосовували довірчий інтервал (ДІ) та відносний ризик (ВР). У хворих обох груп тяжкість клінічного стану суттєво не відрізнялась і була зумовлена типовими проявами ГКС та КІНК. У пацієнтів основної групи застосування курсу внутрішньовенного вливання аргінін-карнітинової суміші додатково до стандартної протокольної програми лікування сприяло ліквідації ангінозного синдрому та зниженню функціонального класу гострої серцевої недостатности. Під час оцінювання ефективности запропонованого комбінованого лікування та суб'єктивного його сприйняття пацієнтами констатовано, що спочатку хворі обох груп оцінювали якість життя подібними досить низькими балами: у середньому 26,14 ± 10,15 і 25,68 ± 9,74 бала ($p > 0,05$). Достовірно вищу оцінку ЯЖ давали пацієнти після курсу комплексного лікування, індекс ЯЖ яких підвищився в середньому на 160,9 % і досягнув 86,5 ± 8,3 бала. Під час лікування за стандартною програмою у хворих із ГКС у поєднанні з КІНК спостерігали суттєве поліпшення самопочуття, сумарний індекс ЯЖ зріс на 40,2 %. Висновки: у пацієнтів дослідної групи з гострим коронарним синдромом і критичною ішемією нижніх кінцівок, які додатково до комплексного стандартного протокольного медикаментозного лікування отримували аргінін-карнітинову суміш, істотно зменшились відчуття загруднинного болю/дискомфорту і тривоги/депресії, спостерігалась тенденція до збільшення рухової активности.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.266. Нові можливості застосування блокатора ішемічного каскаду в терапії гострого інфаркту міокарда / В. М. Жебель, О. Л. Старжинська // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № . - С. 35-41. - Бібліогр.: 41 назв. - укр.

Окисний стрес відіграє особливу роль при гострому коронарному синдромі (ГКС), зокрема, є провідною ланкою патогенезу реперфузійного пошкодження міокарда. Продукти вільнорадикального окиснення можуть запускати процеси загибелі кардіоміоцитів та бути відповідальними за 50 % кінцевого розміру зони некрозу при ГКС, виникнення реперфузійних аритмій, систолічної мікросудинної дисфункції. Тому адекватна антиоксидантна терапія, спрямована на елімінацію активних форм кисню, активацію антиоксидантів, модуляцію процесів безпосередньої та відтермінованої загибелі клітин, має бути важливою складовою менеджменту ГКС. Едаравон є найперспективнішим антиоксидантом і блокатором ішемічного каскаду завдяки своїм фармакокінетичним та фармакодинамічним особливостям. За даними низки експериментальних та клінічних досліджень, застосування едаравону у пацієнтів з ГКС веде до зниження рівня вільних радикалів на тлі активації таких ферментів-антиоксидантів, як супероксиддисмутаза, глутатіонпероксидаза, каталаза, до збереження нормальної архітектури мітохондрій та інших клітинних структур, пригнічення експресії різноманітних протеїнів, залучених в активацію апоптозу, фероптозу та прозапальної відповіді. На клінічному рівні едаравон сприяє зменшенню зони некрозу з вірогідним зниженням плазмового рівня КФК-МВ, запобігає розвитку аритмій та систолічної дисфункції на тлі ішемії/реперфузії. За результатами рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень, застосування едаравону у пацієнтів з ГКС до проведення реперфузії у перші 6 годин після виникнення симптомів є ефективним у зменшенні зони інфаркту та профілактиці реперфузійних аритмій. Таким чином, едаравон є потужним антиоксидантом і блокатором ішемічного каскаду з додатковими антиапоптотичним та антифероптотичним, антинекротичним, протизапальним ефектами, стабілізує кардіоміоцити та ендотеліальні клітини, а його призначення при ГКС є перспективною стратегією профілактики реперфузійного пошкодження міокарда зі зменшенням зони некрозу, профілактикою фатальних порушень ритму, патологічного ремоделювання міокарда та судин. Завдяки своїм багатогранним ефектам едаравон може бути корисним і при інших кардіоваскулярних захворюваннях.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.267. Практичне застосування окремих показників для прогнозування патологічного ремоделювання лівого шлуночка після гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST / О. В. Петюніна, М. П. Копиця, І. Р. Вишневська, Т. Є. Стороженко, А. В. Кобець // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 23-30. - Бібліогр.: 48 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити найважливіші показники для прогнозування розвитку патологічного ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) через 1 рік після гострого інфаркту міокарда (ГІМ) з елевацією сегмента ST. У дослідження було залучено 134 пацієнти з ГІМ з елевацією сегмента ST (95 (70,9 %) чоловіків та 39 (29,1 %) жінок), госпіталізованих до відділення інтенсивної терапії Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України у період із січня 2018 р. до лютого 2021 р., які відповідали критеріям залучення та не мали критеріїв вилучення. Всім пацієнтам в Інституті загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України проведено реваскуляризацію міокарда шляхом черезшкірного коронарного втручання протягом 2—12 год після розвитку події з відновленням кровотоку на рівні TIMI-3. В 1-шу і 3-тю добу після черезшкірного коронарного втручання пацієнтів переводили у дослідницький центр. Пізнім патологічним ремоделюванням ЛШ вважали збільшення кінцевого діастолічного об'єму ЛШ > 10 % та/або кінцевого систолічного об'єму ЛШ > 10 % протягом 1 року після індексної події. Рівень розчинного супресора туморогенезу-2 (sST2) у сироватці крові визначали за імуноферментним методом (Presage ST2 Assay, Critical Diagnostics, США), N-кінцевий пропептид мозкового натрійуретичного гормону (NT-proBNP) — за допомогою стандартного набору реактивів (R&D Systems GmbH, Wiesbaden-Nordenstadt, Німеччина), фактора, який інгібує міграцію макрофагів (MIF), у сироватці крові — за допомогою імуноферментного методу (RayBioiHuman MIF Elisa kit, США). Статистичний аналіз проводили з використанням програми Statistica 8.0 (Stat Soft Inc, США). Пацієнтів було розподілено на дві групи: 48 з наявністю патологічного ремоделювання ЛШ та 86 без такого. Уніваріантний і мультиваріантний логрегресійний аналіз показав, що незалежними предикторами розвитку патологічного ремоделювання ЛШ були фракція викиду ЛШ, рівень MIF, sST2, кількість ушкоджених судин, поздовжній стрейн. Аналіз ROC-кривих виявив, що кумулятивне значення таких показників, як MIF, sST2, поздовжній стрейн, кількість ушкоджених судин, фракція викиду ЛШ (AUC = 0,718; $p < 0,0001$, 95 % довірчий інтервал — 0,634 — 0,792), надає змогу ідентифікувати пацієнтів з ризиком розвитку патологічного ремоделювання ЛШ через 1 рік після ГІМ з елевацією сегмента ST. Розроблено формулу з урахуванням зазначених показників, яку можна використовувати для прогнозу патологічного ремоделювання ЛШ: прогноз позитивного ефекту при $Y \geq 0,5$, негативного — при $Y < 0,5$. Висновки. Фракція викиду ЛШ, MIF, кількість ушкоджених судин, sST2 і поздовжній стрейн є предикторами патологічного ремоделювання ЛШ.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.268. Myeloperoxidase and global longitudinal strain in prognostication of clinical events after ST segment elevation myocardial infarction / O. V. Petyunina, M. P. Kopytsya, A. V. Kobets, A. E. Berezin // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 31-41. - Бібліогр.: 56 назв. - англ.

Підвищені рівні деяких запальних цитокінів та хемокінів, зокрема мієлопероксидази (МПО), і такі характеристики ушкодженого міокарда, як його деформація (глобальний повздовжній стрейн

(ГПС)) є перспективними біомаркерами для гострого коронарного синдрому, але його предикторну здатність для наступних клінічних подій у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) з елевацією сегмента ST та ожирінням не визначено. Мета дослідження — визначити вміст МПО та ГПС, які можуть бути предикторами комбінованої кінцевої точки протягом 1 року після ГІМ з елевацією сегмента ЬІЕ у пацієнтів, яких успішно пролікували з використанням черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), залежно від наявності абдомінального ожиріння. Проспективно залучили у дослідження 102 пацієнти з ГІМ з елевацією сегмента ЬІЕ, яким було проведено успішне ЧКВ. При надходженні до стаціонару у пацієнтів забирали кров для дослідження біомаркерів (МПО, кардіальний тропонін) та проводили ехокардіографію з визначенням допплер-параметрів (ГПС). Рівень МПО в загальній групі пацієнтів становив 129,45 [48,48 — 179,70] нг/мл. Загальну групу було розподілено на дві когорти залежно від рівня МПО за медіаною (≥ 98,34 нг/мл та < 98,34 нг/мл). Досліджували 26 комбінованих кінцевих точок (10 у пацієнтів з МПО і 98,34 нг/мл та 17 у пацієнтів з МПО < 98,34 нг/мл ($F = 0,064285$; $\varepsilon^2 = 4,29$; $p = 0,046$). Мультиваріантний лінійний регресійний аналіз показав, що лише ГПС та МПО були незалежними предикторами клінічних подій. Висновки: глобальний повздовжній стрейн був найкращим предиктором щодо виникнення комбінованої кінцевої точки протягом 1 року після ГІМ з елевацією сегмента ST у пацієнтів, яким проведено успішне первинне ЧКВ. Акумуляція вісцерального жиру мала граничне значення у порівнянні з ГПС, але була значно кращим предиктором, ніж МПО.

Шифр НБУВ: Ж22945

Див. також: 1.Р.246, 1.Р.249, 1.Р.250

1.Р.269. Атеросклероз: является ли воспаление в артериях иммунным? / В. К. Казимирко, Т. С. Силантьева, А. Г. Дубкова, А. С. Крылова, В. В. Кутовой, Л. Н. Иваницкая // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 15-30. - Библиогр.: 42 назв. - рус.

В публікаціях з проблеми атеросклерозу відсутні клінічні та морфологічні дані, які б довели участь реакцій гіперчутливості,аутоі мунних та імунокомплексних процесів у развитку гранулематозу в артеріях при цій хворобі. Неімунний характер холестеринових зрілих макрофагальних гранулом в артеріях підтверджується відсутністю в них маркерів імунного запалення — епітеліоїдних та гігантських багатоядерних клітин Пирогова — Лангханса; в ксантогранулемах містяться гігантські багатоядерні клітини чужорідних тіл. Гранулематоз в артеріях індукують чужорідні, сторонні для проміжної тканини інтими тіла — вогнища ліпідів, що містять неантигений холестерин, який не піддається гідролізу лізосомальними ферментами макрофагів. Ця властивість його молекули, кристалізація та нерозчинність в крові і міжтканинній рідині є причиною незавершеного характеру запалення, що розвивається.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.270. Синдром Велленса на грунті критичної оклюзії медіального сегмента передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії (клінічний випадок) / Г. В. Світлик, У. Р. Баган, О. В. малюх, В. М. Сало // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 63-68. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Клінічні прояви хвороби, з урахуванням динаміки ЕКГ-змін; дані коронароангіографій; результати ехокардіографічного та лабораторних досліджень. У роботі представлено особливості клінічного перебігу синдрому Велленса у пацієнтки Л., 70 р., які відповідали визначеним на сьогодні діагностичним критеріям синдрому, однак критична оклюзія передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії локалізувалась в її медіальному сегменті. Поряд з цим, був наявний гемодинамічно нерелевантний стеноз проксимального відділу цієї ж коронарної артерії (60 %). Електрокардіографічні зміни відповідали патерну В (глибоко інвертовані зубці Т у V_2—V_6). "Псевдонормалізації" зубців Т не спостерігалось, що свідчить про відсутність повторної оклюзії коронарної артерії після спонтанної реперфузії. Стентування коронарної артерії сприяло запобіганню можливій появі патерну "stuttering" та виникненню інфаркту міокарда. Висновки: гострий коронарний синдром із повною оклюзією коронарної артерії нерідко супроводжується спонтанною реперфузією, що сприяє усуненню загрудинного болю та появі характерних зубців Т на ЕКГ і є основою так званого синдрому Велленса. Переважними є локалізація оклюзії коронарної артерії і проксимальний сегмент передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії, спостережено появу оклюзії в медіальному сегменті цієї коронарної артерії. Вчасне проведення коронароангіографії із стентуванням оклюзованої артерії запобігає виникненню інфаркту міокарда.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.271. Чинники, що пов'язані з відновленням функції правого шлуночка хворих із тромбоемболією легеневої артерії при короткотривалому спостереженні / В. Й. Целуйко, Л. М. Яковлева, С. М. Сухова, О. В. Радченко // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 42-47. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити можливий вплив препарату тіворель на покращення функції правого шлуночка у хворих на гостру тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). Дослідження проведено в період з 1 вересня 2019 по 31 грудня 2020 рр. на базі КНП "Міська клінічна лікарня N 8" Харківської міської ради. До аналізу було включено 59 хворих на ТЕЛА, (середній вік — 66,34 ± 13,48 року) з наявною дисфункцією правого шлуночка (ПШ). Із них пацієнтів високого ризику було 29 (49,2 %) та помірно високого ризику — 30 (50,8 %). Усі пацієнти з ТЕЛА отримували антикоагулянтну терапію згідно з рекомендаціями ESC 2019. Методом конвертів обстежені хворі були розподілені на дві групи. До І групи ввійшло 29 пацієнтів, яким з першої по п'яту добу перебування у стаціонарі додатково до стандартної терапії призначали тіворель (42 мг аргініну гідрохлориду та 20 мг левокарнітину) 100 мл внутрішньовенно, виробництва компанії "Юрія-Фарм". У ІІ групу ввійшло 30 хворих, які отримували стандартну терапію щодо лікування ТЕЛА. Висновки: у 43,3 % % хворих на ТЕЛА високого та помірно високого ризику через 14—21 день стандартної антикоагулянтної терапії за даними ЕхоКГ зберігаються зміни показників, що свідчать про дисфункцію ПШ. За даними мультиваріантного регресійного логістичного аналізу, незалежними чинниками, що пов'язані з відновленням функції ПШ у хворих на ТЕЛА високого та помірно високого ризику протягом 14—21 діб, є Ρсер ЛА, розмір ПП та призначення до стандартної терапії інфузій препарату тіворель ($p < 0,05$).

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 1.Р.452, 1.Р.494, 1.Р.655

Хвороби системи кровотворення та крові. Клінічна гематологія

1.Р.272. Реактивність і взаємодія глутатіону еритроцитів і кисневотранспортної функції крові при гемічній гіпоксії гемолітичного генезу / І. І. Лановенко, Г. П. Гащук // Доп. НАН України. - 2022. - № 4. - С. 106-114. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Глутатіон (GSH) є універсальним регулятором загального — кисневого гомеостазу. З огляду на поліпротекторні властивості GSH актуальними є дослідження його ролі в генезі гіпоксичних станів і особливо гемічної гіпоксії при анеміях. Висвітлено результати дослідження змін і взаємодії глутатіону еритроцитів та кисневотранспортної функції крові при гемічній гіпоксії гемолітичного генезу. В експерименті на щурах відтворено модель гемічної гіпоксії (ГГ) гемолітичного генезу. В умовах ГГ застосовано вплив на метаболізм GSH: стимуляцію за допомогою його синергіста цистеаміну та донора GSH глутаргіну; пригнічення за допомогою його антагоніста GSH діетилмалеату. Визначено показники гемо-, мієлограми, обміну заліза, в еритроцитах крові — вміст відновленого (GSH) та окисненого (GSSG) глутатіону й активність глутатіонредуктази (GR), гемічну гіпоксію за показниками кисневотранспортної функції (КТФ) крові. Встановлено порушення КТФ крові (зменшення доставки та споживання O_2, метаболічний ацидоз) і значне зниження вмісту (у 2,85 разу) глутатіону (GSH) і активності (у 4,89 разу) GR в еритроцитах крові. Пригнічення утворення GSH (за допомогою діетилмалеату) призводить до поглиблення недостатності GSH і порушень КТФ крові; стимуляція утворення GSH (за допомогою цистеаміну та глутаргіну) підвищує продукцію GSH, підсилює активність GR та відновлює КТФ крові. Обгрунтовано можливість регуляції КТФ крові і корекції гемічної гіпоксії за допомогою регуляції метаболізму глутатіону.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.Р.273. Роль корекції дефіциту вітаміну D3 в оптимізації лікування анемії у жінок з аутоімунними захворюваннями / Ю. В. Да-

видова, А. Ю. Лиманська, О. М. Кравець // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 7-10. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — провести аналіз ефективності корекції дефіциту вітаміну D у лікуванні анемії в жінок із системним червоним вовчаком (СЧВ). Матеріали та методи. Проаналізовано задокументовані одночасні рівні 25 гідроксивітаміну D, гемоглобіну, феритину, сироваткового заліза в групі жінок із СЧВ, які звернулися для преконцепційного консультування. Усі жінки були в межах 5 — 6 місяців у ремісії щодо активності СЧВ. Усього залучено 54 жінок, у яких виявлено розлади обміну заліза (зниження феритину, гемоглобіну, сироваткового заліза). Дефіцит вітаміну D визначено при рівні < 30 нг/мл, а анемію — при гемоглобіні < 120 г/л. Групу 1 становили 32 жінки з рівнем вітаміну D < 30 нг/мл, які отримували антианемічну терапію сульфатом заліза з аскорбіновою кислотою, корекцію дефіциту вітаміну D препаратом Олідетрим 2000 (Польфарма), а групу 2 — жінки з рівнем вітаміну D < 30 нг/мл (n = 22), які отримували антианемічну терапію сульфатом заліза з аскорбіновою кислотою та вітамінний комплекс із вмістом вітаміну D 400 Од. За основними демографічними показниками (вік, освіта, соціально-економічний рівень) групи були зіставними. В обох групах після лікування протягом 4 тижнів контролювали показники обміну заліза та рівень 25 гідроксивітаміну D. Результати та Висновки: у жінок із СЧВ існує високий ризик анемії хронічного запалення, яка може поєднуватися із залізодефіцитною анемією. Для поліпшення результатів лікування пропонується ввести до комплексної терапії саплементацію високою дозою вітаміну D (препарат Олідетрим 2000), що сприяє ефективності корекції дефіциту цього вітаміну, а також настанню тривалого відновлення депо заліза, підвищення концентрації гемоглобіну. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.367

Хвороби системи дихання

1.Р.274. Дослідження лікувальної дії галенового фітокомплексу з пагонів Багна звичайного за гематологічними та біохімічними показниками в щурів з гострим бронхітом / К. С. Толмачова, І. В. Кіреєв, С. А. Гращенкова, Т. К. Юдкевич, К. В. Цеменко, О. П. Єрьомін, І. О. Лебединець // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 298-304. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити лікувальну дію галенового фітокомплексу з пагонів Багна звичайного (Ledum 50) за гематологічними та біохімічними показниками в щурів за умов моделювання гострого бронхіту (ГБ). В експерименті на щурах досліджували лікувальну дію галенового фітокомплексу Ledum 50 за показниками лейкоцитарного складу крові та низкою показників про/антиоксидантного статусу в сироватці крові (уміст вторинних продуктів ПОЛ — ТБК-активних продуктів, ТБК-АП та активність каталази) та гомогенаті тканини легень (уміст ТБК-АП і відновленого глутатіону (ВГ), активність каталази) щурів за умов ГБ. ГБ ініціювали ендотрахеальним уведенням 1 % розчину формаліну. Тварин розподілили на групи: інтактний контроль, тварини з моделлю ГБ, і тварини, які на тлі ГБ отримували галеновий фітокомплекс Ledum 50 у дозі 50 мг/кг або препарат порівняння — таблетки Проспан у дозі 240 мг/кг протягом 7 днів. Розвиток запалення та фармакотерапевтичну дію Ledum 50 оцінювали через 24 год після моделювання ГБ і через 7 днів лікування. Результати дослідження свідчать, що галеновий фітокомплекс у дозі 50 мг/кг, який уводили щурам протягом 7 днів, сприяв відновленню вмісту моноцитів і лімфоцитів крові, інші показники лейкоцитарної формули при цьому суттєво не відрізнялися від інтактного контролю. На тлі фітокомплексу співвідношення про/антиоксидантних процесів у сироватці крові зберігалося на фізіологічному рівні. У тканинах легень спостерігали статистично значуще зниження вмісту ТБК-АП на тлі підвищення активності каталази, уміст ВГ підтримувався на рівні інтактних тварин. Таким чином, отримані результати експериментального дослідження з визначення низки гематологічних і біохімічних показників свідчать про сприятливий перебіг ГБ за умов застосування галенового фітокомплексу з Багна звичайного та про перспективність створення нових лікарських засобів на його основі.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.275. Механізми формування гіперреактивності бронхів з урахуванням фенотипової неоднорідності та клінічної девіації бронхіальної астми в підлітковому віці (огляд літератури) / О. К. Колоскова, О. О. Шахова, С. І. Тарнавська, О. В. Власова // Сучас. педіатрія. Україна. // 2021. — № 5. — С. 47-54. — Бібліогр.: 30 назв. —укр.

Бронхіальна астма (БА) — захворювання, що характеризується повторними епізодами варіабельної обструкції бронхів, їх хронічним запаленням, гіперсприйнятливістю та ремодуляцією. Саме на ці ланки патогенезу спрямована сучасна терапія захворювання, яка постулювала необхідність тривалого застосування протизапальних препаратів і передусім топічних інгаляційних кортикостероїдів. Проте слід визнати, що струнка запальна теорія на цей час потребує ревізії та нового осмислення або ж заміни на нову теорію, що, розглядаючи вказані характеристики захворювання як епіфеномен, слугуватиме основою для нових підходів у лікуванні та профілактиці. Мета роботи — на основі даних наукових джерел проаналізувати механізми формування гіперреактивності бронхів з урахуванням фенотипової неоднорідності та клінічної девіації БА в підлітковому віці. Надзвичайно важливо визначити в підлітковому віці ризик переходу БА в дорослий період життя, коли формуються хронічні обструктивні захворювання легень. Серед основних предикторів реалізації такого ризику можна виокремити: вік, ожиріння або ранній початок пубертату, масу тіла при народженні та в періоді новонародженості, стать. Так, одні автори асоціюють ризик персистування захворювання з його початком у ранньому дитячому віці, а інші — у віці від 6 років. Високий індекс маси тіла та ранній початок пубертату розглядаються як предиктори персистування БА. Відмічено, що народження недоношених дітей із низькою і вкрай низькою масою тіла або швидкий набуток у масі тіла в періоді новонародженості асоціюються зі зниженням вентиляційної функції легень і ризиком персистування астми в подальшому. Вважають, що БА в дитячому віці частіше трапляється в хлопчиків, ніж у дівчаток, на противагу цьому, у пубертатному періоді алергічні захворювання та астма частіше виявляються в дівчат. Наведені дані літератури надають підстави вважати, що, попри досягнуті успіхи в науковому розумінні патогенезу основних характеристик БА, існують великі труднощі у використанні їх на практиці. Більше того, запальна парадигма БА наразі потребує перегляду, оскільки, перетворюючись на догму, з клінічної точки зору, стає малопродуктивною. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.276. Особливості вуглеводного обміну у хворих на бронхіальну астму з ожирінням / Т. В. Бездітко, Г. В. Єрьоменко // Мед. перспективи. - 2022. - **27,** № 1. - С. 92-96. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Бронхиальная астма (БА) и метаболические нарушения — широко распространенные и социально значимые состояния, как и ожирение. Коморбидность при БА и ожирении (Ож) негативно влияет как на физиологичные механизмы синдрома бронхиальной обструкции, течение и прогноз обоих заболеваний, так и существенно усложняет лечение. Сочетание комбинации изменений вентиляции и сложной архитектоники бронхов, вероятно, способствует ухудшению контроля над астмой. Проведенное исследование посвящено проблеме ранней диагностики и прогрессированию состояния у больных с коморбидным течением БА в сочетании с Ож. В исследование были включены 62 пациента, страдающих БА, среди которых с нормальной массой тела было 24 (I группа) и пациенты с БА, сочетанной с Ож, — 38 (II группа). У всех исследуемых наряду с измерением показателей функции внешнего дыхания и антропологическим обследованием был проведен контроль углеводного обмена. Установлено, что БА в сочетании с Ож сопровождается каскадом метаболических нарушений: гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью, повышенным уровнем HbA1c и глюкозы натощак в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). По данным корреляционного анализа, в группе 2 были выявлены обратные корреляционные связи между показателями HOMA-IR и 40-ОФВ1 < 50 % ($r = -0,53$; $p < 0,05$), HOMA-IR и 50 % ≤ $ОФВ_1$ < 60 % ($r = -0,49$; $p < 0,05$), уровнем инсу-

лина и $40 \le ОФВ_1 < 50$ % (r = -0,42; p < 0,05), а также прямую корреляционную связь между показателем HOMA-IR и ИМТ (r = 0,39; p < 0,05). У больных БА с Ож I ст. и нарушением $ОФВ_1 \ge 60$ % наблюдались гиперинсулинемия и повышение уровня индекса инсулинорезистентности, что можно расценивать как прогностический критерий улучшения диагностики, прогнозирования неблагоприятных последствий и оптимизации лечебных подходов. Для определения нарушений углеводного обмена у больных БА+Ож недостаточно определения глюкозы и гликированного гемоглобина. Доказана необходимость исследования инсулинорезистентности и уровня инсулина для систематизации и определения развития сопутствующих метаболических нарушений у больных, которым назначают ИГКС.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.277. Фармакоекономічний аналіз медикаментозного забезпечення військовослужбовців із хронічним бронхітом / О. В. Плєшкова, О. В. Бєлозьорова, М. В. Білоус, Д. В. Дроздов, А. В. Нікітюк // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 336-342. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Несмотря на первенство бронхита в структуре заболеваемости органов дыхания среди военнослужащих, все же его течение имеет определенные отличия, обусловленные особенностями военной службы. Значит, все большее медико-социальное значение приобретает оптимизация расходов на обеспечение военнослужащих лекарственными средствами (ЛС). Обоснованный выбор ЛС при лечении хронического бронхита (ХБ) — результат выбора эффективных и безопасных препаратов с учетом стоимостной составляющей для военного здравоохранения. Цель работы — провести фармакоэкономический анализ медикаментозного обеспечения военнослужащих с хроническим бронхитом. Материал исследования — база данных зарегистрированных в Украине ЛС, представленная на официальном сайте ГУ "Государственный экспертный центр" Министерства здравоохранения Украины. В ходе исследования использовали метод "стоимость — эффективность", который позволяет сопоставить стоимость на определенную методику лечения и эффективность выбранного метода. Предложена схема методики проведения фармакоэкономического анализа. По предварительно сформированному перечню ЛС для лечения военнослужащих с ХБ проведен анализ предложенной номенклатуры ЛС путем проведения экспертного опроса. В результате вычисления коэффициента эффективности в пределах каждой представленной фармакотерапевтической группы предложен перечень оптимальных ЛС для лечения ХБ который включает 10 позиций. Выводы: фармакоэкономический анализ медикаментозного обеспечения военнослужащих — конструктивное решение в процессе определения потенциальных предприятий-поставщиков ЛС для покрытия потребностей медицинской службы Вооруженных Сил Украины. В результате фармакоэкономического анализа медикаментозного обеспечения военнослужащих с ХБ сформирован рекомендательный перечень ЛС. Однако он может быть расширен за счет ЛС с наибольшим показателем эффективности — суммарной балльной экспертной оценкой эффективности. В дальнейшем он может стать основой для включения в клинические протоколы оказания медицинской помощи и разработки стоимостных нормативов по соответствующим нозологическим формам, что будет способствовать повышению эффективности и качества лечения.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.278. Фармакотерапія у пульмонології: навч. посіб. для студентів вищ. мед. закл. освіти / О. С. Хухліна, О. С. Воєвідка, Г. І. Шумко, І. В. Дудка, С. В. Коваленко, А. А. Антонів, В. С. Гайдичук, Л. В. Каньовська, О. В. Каушанська, В. О. Шупер, Н. Д. Павлюкович, Т. В. Рева, Є. П. Ткач, Т. В. Дудка, О. Є. Мандрик, І. Б. Горбатюк, О. Є. Гринюк, В. С. Смандич, В. Ю. Дрозд; ред.: О. С. Хухліна, О. С. Воєвідка; Буковинський держ. мед. університет. - Чернівці: БДМУ, 2023. - 225 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 221-225. - укр.

Значне зростання захворюваності на пульмонолопчну патологію в Україні та у світі, стабільно високий рівень інвалідизації та смертності ставлять перед системою вищої медичної освіти, низку нових вимог. Знання ранніх діагностичних критеріїв захворювань бронхів та легень, особливостей їх клініки та принципів лікування є важливою частиною підготовки лікаря будь-якої спеціальності. Викладено теоретичні основи діагностики та фармакотерапії найпоширеніших захворювань органів дихання. Наведено сучасні класифікації захворювань органів дихання та надено сучасні підходи до лікування захворювань дихальної системи з урахування сучасних стандартів та протоколів ведення хворих, рекомендованих МОЗ Україні та рекомендацій Європейських фахових пульмонологічних асоціацій. Особливу увагу приділено питанням надання медичної допомоги при невідкладних станах у клініці пульмонології: гострій дихальній недостатності, гострому респіраторному дистрес-синдромі, тяжкому перебігу пневмоній, пневмотораксі, тяжкому загостренні бронхіальної астми. Наведено сучасні підходи до терапії гострої респіраторної коронавірусної хвороби.

Шифр НБУВ: ВА865461

1.Р.279. Asthma and allergy practice and COVID-19: a review. Pt. II / L. DuBuske, L. Todoriko, H. Koval, S. Yuriev, I. Semianiv, N. Pashkovska, O. Shevchenko // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 58-65. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Оскільки агресивний вірус SARS-CoV-2 переважно уражає легені, у більшості пацієнтів з бронхіальною астмою є наявним підвищений ризик зараження та, ймовірно, потенційно більш тяжчий перебіг COVID-19. Використано доступ до різноманітних повнотекстових і реферативних баз даних. Астма та супутній алергійний риніт є поширеною патологією серед населення. Спільним імунологічним патогенезом є назально-бронхіальний рефлекс, сенсибілізація до алергенів та епідеміологічні дослідження, які пов'язують астму та алергію. Існує взаємозв'язок функцій верхніх і нижніх дихальних шляхів, зв'язок, що діє напрямком від пазух до легень. Крім того, у населення спостерігається супутня поява астми та алергійного риніту. Обидва захворювання реагують на подібне лікування, включаючи антигістамінну терапію, яка може полегшити алергійний риніт, а також потенційно допомогти полегшити симптоми астми. Вагомою проблемою для практичної медицини є те, що часто пацієнти із синдромом бронхообструкції та алергії бояться ризику, пов'язаного зі зверненням по медичну допомогу під час пандемії COVID-19 та можуть плутати алергічні симптоми із симптомами коронавірусної інфекції. Американським центром контролю та профілактики захворювань виділено алгоритми надання медичної допомоги, не пов'язаної з COVID-19, під час пандемії: швидко виявляти та реагувати на збільшення кількості випадків COVID-19 серед пацієнтів з астмою; надавати допомогу в найбільш безпечний спосіб; враховувати, що послуги, можливо, доведеться поступово розширювати. Метою аналізу, наведеного у даній роботі, є оцінка та прогноз перспектив установлення контролю над бронхіальною астмою та алергійними захворюваннями в умовах пандемії COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж100471

Див. також: 1.Р.289

Хвороби легень

1.Р.280. Видовий спектр і антибіотикорезистентність бактерійних чинників шпитальних інфекцій дихальних шляхів у лікарняних установах м. Львова / О. П. Корнійчук, Р. Г. Шикула, Ю. З. Хоркавий, Ю. Т. Конечний // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 14-20. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити видовий спектр і антибіотикорезистентність бактерійних чинників шпитальних інфекцій дихальних шляхів у лікарняних установах м. Львова. Досліджували мікробні чинники шпитальних інфекцій дихальних шляхів (ІДШ) у чотирьох лікарнях м. Львова. Обстежено 205 пацієнтів відділів інтенсивної терапії з діагнозом ІДШ (36,6 %). Статистичний аналіз результатів здійснювали за допомогою стандартного пакета програми Microsoft Excel 2010. Мікробіологічну діагностику проводили відповідно до чинних нормативних документів зі спеціальності "Бактеріологія та вірусологія" і "Керівництва з клінічної мікробіології" 12-го перегляду Американської асоціації мікробіології в науковій лабораторії кафедри мікробіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Видовий профіль виявлених збудників ІДШ свідчить про те, що серед 14 представників різних таксонів превалює грампозитивна мікробіота, проте за кількісним показником висівання на грамнегативну мікробіоту припадає 70,17 %. Серед ізолятів — чинників ІАНМД на частку поліантибіотикорезистентних (MDR) припадало 62,8 %. Три штами віднесено до панантибіотикорезистентних (PDR): два — P. putida й один — P. aeruginosa (33,8 %). Ізоляти E. faecalis характеризувалися вираженою стійкістю

до пеніцилінів, цефалоспоринів, фторхінолонів, а також еритроміцину й азитроміцину, кліндаміцину за збереженої чутливости до ванкоміцину та лінезоліду. Ізоляти синьогнійної палички виявляли абсолютну чутливість до колістину. З-поміж інших антибіотиків найбільш ефективними за кількістю чутливих штамів були карбапенеми — іміпенем (57,5 %) та меронем (55,0 %). Лише 37,5 % культур були чутливими до тобраміцину і тегіцикліну, інгібіторзахищеного антибіотика цефалоспоринового ряду сульфперазону. Серед збудників пневмоній рід стафілококів був представлений крім Staph. aureus subsp. aureus ще й Staph. haemolyticus, Staph. lugdunensis. Причому виявлено лише один штам метицилінрезистентного стафілокока. Більшість випадків ІДШ (57,4 %) у пацієнтів відділів інтенсивної терапії виникали впродовж 48 год від часу встановлення трахеостоми або інтубаційної трубки. Висновки: з'ясовано, що основними етіологічними чинниками шпитальних пневмоній є опортуністичні мікроорганізми — синьогнійна паличка та ентерококи. 62,8 % штамів були поліантибіотикорезистентними. Результати моніторингу антибіотикорезистентности шпитальних штамів мікроорганізмів свідчать про їх відмінність у різних лікарняних установах м. Львова і зв'язок лише з середовищем шпиталю.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.281. Віддалені результати перебігу негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19 за даними комп'ютерної томографії / О. К. Яковенко, М. І. Линник, В. І. Ігнатьєва, Г. Л. Гуменюк, О. Р. Тарасенко, В. А. Святненко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 18-23. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити в динаміці зміни структури легень у хворих з ускладненим перебігом негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19 шляхом програмної обробки даних комп'ютерної томографії органів грудної клітки (КТ ОГК) та визначити особливості змін для прогнозування її перебігу. Проаналізовано динаміку даних КТ ОГК 70 пацієнтів на негоспітальну пневмонію вірусної етіології (COVID-19). Діагноз COVID-19 встановлювався відповідно до чинних протоколів лікування коронавірусної хвороби. КТ ОГК проводили на сканері Aqulion TSX-101A Tochiba (Японія) із записом результатів на цифрові носії з подальшою їх програмною обробкою. Із 70 пацієнтів на негоспітальну пневмонію вірусної етіології (COVID-19) у 21 пацієнта (15 чоловіків та 6 жінок) було встановлено діагноз "синдром зникаючих легень", що становило 30 % від усіх обстежених. Випадків формування масивних фіброзних післязапальних змін не виявлено. Проведено програмне опрацювання даних КТ ОГК пацієнтів у динаміці протягом 6—12 міс. У середньому контрольні КТ ОГК проводили кожні 2—3 міс. При цьому визначали особливості динаміки денситометричних показників, за якими можна прогнозувати перебіг негоспітальної пневмонії вірусної етіології (COVID-19). Висновки: враховуючи великий відсоток діагностики "легені, що зникає", зумовленого автоімунним процесом у пацієнтів з ускладненим перебігом негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19, необхідна розробка методів лікування. З метою діагностики ускладнень, їх профілактики та прогнозування перебігу тяжких форм пневмонії COVID-19 необхідно провести КТ ОГК у динаміці з проведенням денситометричних досліджень легеневої паренхіми.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.282. Негоспітальна пневмонія, асоційована з коронавірусною хворобою (COVID-19): визначення предикторів прогресування патологічного процесу за клінічними та гемокоагуляційними показниками / Т. О. Перцева, К. О. Бєлослудцева, Л. І. Конопкіна, М. А. Крихтіна, О. В. Мироненко, Л. А. Ботвінікова, О. Ф. Мойсеєнко // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 24-33. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Поиск клинических и лабораторных маркеров отягощения течения COVID-19-ассоциированной внебольничной пневмонии (ВП) является актуальной проблемой современности. Цель исследования — определение факторов риска отягощения патологического процесса путем установления диагностической и прогностической значимости клинических и гемокоагуляционных показателей на госпитальном этапе ведения пациентов с ВП на фоне коронавирусной болезни (COVID-19). В наблюдение в рамках исследования вошло 53 человека основной группы. Все больные были обследованы дважды: в первый день госпитализации (визит 1) и в динамике (на 7 — 10 сутки после госпитализации (визит 2)). У 30 (83,3 %) больных подгруппы 1, несмотря на адекватное лечение, наблюдалось увеличение частоты дыхания и снижение сатурации до тяжелого (менее 92 %) или критического (менее 85 %) уровня (в 28 и 2 случаях соответственно). В подгруппе 2 прогрессирование ДН до критического уровня наблюдалось у 5 из 12 (41,7 %) больных. Выводы: на этапе госпитализации больных COVID-19-ассоциированной ВП наиболее чувствительным клиническим предиктором утяжеления состояния пациента является тахипноэ 20 и более; лабораторным — уровень D-димера 200 нг/мл, что повышает риск прогрессирования патологического процесса в 16 раз.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.283. Особливості тривалого перебігу негоспітальної вірусної пневмонії C0VID-19 за даними комп'ютерної томографії (клінічні випадки) / О. К. Яковенко, М. І. Линник, В. І. Ігнатьєва, В. А. Святненко, В. В. Поліщук // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 52-59. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити в динаміці патологічні зміни легень у пацієнтів при тривалому перебігу негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19 шляхом аналізу даних комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної клітки (ОГК). Проаналізовано в динаміці дані КТ ОГК пацієнтів зі змінами в легенях при тривалому перебігу негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19. Пацієнтів обстежено в Національному інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України на КТ-сканері Aquilion TSX-101A "Toshiba" (Японія). Також проаналізовано архівні дані КТ ОГК. Діагноз COVID-19 установлювали відповідно до чинного протоколу лікування коронавірусної хвороби "Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)", затвердженого наказом МОЗ України N 762 від 2 квітня 2020 р. (у редакції від 11 листопада 2020 р. N 2583). Проаналізовано дані КТ ОГК 120 хворих на негоспітальну пневмонію вірусної етіології (COVID-19), яких обстежували з різними інтервалами протягом 6 — 12 міс. Установлено, що у 30 (25 %) пацієнтів (19 чоловіків та 11 жінок віком від 24 до 72 років) з тривалим перебігом пневмонії (COVID-19) мали місце значні структурні зміни паренхіми легень, які діагностували за даними КТ ОГК. Досліджено шляхи регресу виявлених змін і розсмоктування або розвиток "синдрому легені, що зникає", що потребує диференційної діагностики та проведення динамічного спостереження з виконанням денситометричних досліджень (з використанням КТ ОГК). Наведено клінічні випадки. Перший випадок демонструє, як після нетяжкого гострого періоду COVID-19 розвинувся тяжчий Long COVID з тривалим перебігом негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19. За даними КТ ОГК виявлено "фіброзоподібні зміни", але протягом 8 міс моніторингу на тлі проведеного патогенетичного лікування відбулося повне відновлення пневматизації легеневої паренхіми без формування фіброзу. Другий випадок демонструє, як після тяжкого перебігу гострого періоду COVID-19 розвинувся Long COVID з тривалим перебігом негоспітальної вірусної пневмонії COVID-19. За даними КТ ОГК після гострого періоду захворювання виявлено зміни, які протягом 7 міс моніторингу, незважаючи на проведене лікування, призвели до розвитку дегенеративно-деструктивних змін легень та продовжували прогресувати. У хворих з Long COVID-19 слід проводити моніторинг даних КТ ОГК. Періодичність дослідження визначають індивідуально з урахуванням клінічного перебігу захворювання. У зв'язку з високою частотою формування у хворих з тривалим перебігом негоспітальної вірусної пневмонії COV1D-19 дегенеративного процесу паренхіми легень необхідні нові методи лікування хворих із "синдромом легені, що зникає".

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.284. Солітарні вогнищеві ураження легень: сучасні погляди на діагностику та медичну тактику їхнього ведення. Огляд літератури / І. В. Ліскіна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція - 2022. - № 3. - С. 68-77. - Бібліогр.: 63 назв. - укр.

Представлено огляд літератури, який присвячений висвітленню основних положень, що стосуються сучасної актуальної мультидисциплінарної проблеми — одиночних або солітарних утворів легень, які виявляють переважно випадково. Наведено основні терміни, які використовуються при вивченні таких утворів, або більш розповсюдженний термін і вузлів, а також їх визначення. Також представлено відомі натепер нозологічні причини розвитку одиночних легеневих вузлів. Описано морфологічні характеристики таких вузлів за рентгенограмою або томограмою. Основна проблема при виявленні таких вузлів — це встановлення їх природи, і, перш за все, їх злоякіс-

ного або доброякісного характеру. Оскільки подальша медична тактика їх ведення достеменно різниться. Головна увага наразі приділяється саме злоякісним утворам, оскільки вони потребують максимально швидкої і достовірної ідентифікації та відповідних дій з боку лікарів. Встановлено, що за основними показниками радіологічних зображень таких вузлів точно визначити їх етіологію неможливо. Хоча виявлено певні залежності ризику злоякісності утворів від їх розмірів, контурів та особливостей оптичної щільності. І лише морфологічне дослідження надає змогу встановити істинну природу вузлів. Вважається, що гіпердіагностика злоякісності утворів призводить до надмірного застосування дороговартісних інвазивних діагностичних процедур та певною мірою шкодить пацієнту у випадках доброякісних утворень. Огляд завершується переліком можливих варіантів медичної тактики при виявленні солітарних легеневих утворень неясного генезу.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.285. Солітарні легеневі вузли: етіологія, розміри і топографічні особливості / С. Д. Кузовкова, І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба, О. О. Мельник // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 11-17. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — визначити розміри і локалізацію солітарних легеневих вузлів (СЛВ) різної етіології, а також їх характеристики залежно від природи. У рандомізоване ретроспективне дослідження було залучено 422 пацієнта, які перебували на обстеженні та лікуванні у стаціонарі Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України у 2017—2021 рр. які мали вогнищеві ураження легень незрозумілої етіології, розмір яких не перевищував 3,0 см, наявність в обох легенях одного пацієнта не більше 3 вогнищ за даними рентгенологічного дослідження. Кількість, розмір та розташування СЛВ установлювали за даними рентгенологічного дослідження або комп'ютерної томографії органів грудної порожнини. Загалом виявлено 473 вузли. Етіологію СЛВ визначали за результатами гістологічного і цитологічного дослідження біопсійного або операційного матеріалу та/або мікробіологічними даними. Вузли було розподілено на три групи залежно від їх розміру: від 0,2 до 1,0 см, від 1,1 до 2,0 см та від 2,1 до 3,0 см. Визначено етіологічний спектр СЛВ. Установлено, що серед СЛВ переважали злоякісні пухлини (39,1 %), середній розмір яких становив (2,14 ± 0,1) см, друге місце посідали вузли інфекційного походження (31,0 %) із середнім розміром (1,97 ± 0,1) см, третє — доброякісні пухлини (18,7 %) із середнім розміром (1,57 ± 0,1) см. Середній розмір злоякісних пухлин та СЛВ інфекційного походження був статистично значущо більшим за показники доброякісних пухлин і судинних утворень. У групі з розмірами СЛВ 0,3—1,0 см на злоякісні пухлини припадало 22,9 %. у групі з розмірами від 2,1 до 3,0 см — 51,5 %. У правій легені виявлено 55,3 % СЛВ, у лівій — 44,7 %. У верхній частці правої легені діагностовано 52,3 % вузлів, що статистично значущо більше, ніж у середній (16,0 %; $p < 0,001$) та нижній частці (31,7 %; $p < 0,001$). У верхній частці лівої легені діагностовано 59,4 % СЛВ, а в її нижній частці — 40,6 % ($p < 0,001$). Висновки: серед СЛВ різної етіології найбільша частка припадає на злоякісні вузли (39,1 %) та вузли інфекційного генезу (31,0 %), причому середні розміри цих СЛВ статистично значущо більші за показники доброякісних пухлин та утворень судинної природи. Частка злоякісних утворень зростає від 22,9 до 51,4 % за збільшення розміру СЛВ від 1,0 до 3,0 см. Суттєве переважання за кількістю вузлів розміром від 1,1 см до 3,0 см є свідченням неналежного рівня виявлення СЛВ в Україні. Статистично значущо частіше СЛВ розташовуються у правій легені. Ураження верхніх часток правої і лівої легень спостерігається статистично значущо частіше, ніж нижніх часток.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.286. Якість життя, тривожність та депресія у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень (огляд літератури) / О. С. Шевченко, В. П. Киба, В. І. Петренко, Л. Д. Тодоріко, О. О. Погорєлова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 41-47. - Бібліогр.: 44 назв. - укр.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — незворотне захворювання, основними симптомами якого є задишка та кашель. З прогресуванням хвороби ці симптоми погіршують якість життя хворих, обмежують їх фізичну активність та призводять до психологічних проблем. Хронічне обструктивне захворювання легень посідає четверте місце серед найпоширеніших захворювань у світі та є однією з основних причин смертності. Огляд епідеміологічних досліджень виявив, що депресія спостерігається у 6 — 80 % пацієнтів з ХОЗЛ (у середньому — у близько 40 %). Також у цих пацієнтів часто діагностують тривожні розлади (у 10 — 55 %). Розглянуто 158 літературних джерел у базі PubMed за запитом COPD AND depression AND anxiety за останніх 10 років, з них 44 відібрано для подальшого детальнішого вивчення. За даними аналізу літературних джерел виявлено ймовірні взаємозвязки між ХОЗЛ, погіршенням якості життя, тривожними та депресивними розладами. Описано підходи до їх діагностики, моніторингу і лікування. Наголошено на важливості контролю симптомів ХОЗЛ для поліпшення якості життя пацієнтів та зменшення виявів психологічних і психічних порушень. Згідно з наявними даними, підвищення фізичного навантаження при досягненні контролю симптомів ХОЗЛ змінює стан функціонування центральних моноамінів, посилює регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, збільшує викид ендогенних опіоїдів і зменшує виразність системного запалення, що послаблює вияви тривожності та депресії. З огляду на двоспрямований зв'язок між якістю життя пацієнтів, депресією, тривожністю та ХОЗЛ найефективнішим є комплексний підхід, який поліпшує стан пацієнта через вплив як на фізичні, так і на психологічні чинники. Необхідно провести рандомізовані дослідження, щоб з'ясувати переваги психологічних, фармакологічних і комбінованих методів лікування депресій і тривожних розладів при ХОЗЛ.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.287. Cytokine profile of bronchoalveolar secretion in prolonged course of community acquired pneumonia / R. V. Razumniy // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 111-116. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Незважаючи на існуючі дослідження щодо патогенетичної ролі системи цитокінів (ЦК) у пошкодженні легенів при пневмонії, до теперішнього часу залишаються дискусійними питання цитокінопосередкованих процесів, які призводять до пролонгації запального процесу в легеневій тканині при цій патології. Наведено результати дослідження цитокінового профілю бронхоальвеолярного секрету (БАС) при затяжному перебізі негоспітальної пневмонії (НП). Хворим із затяжним перебігом НП у перші та останні 1—2 дні перебування в стаціонарі в БАС визначали концентрацію прозапальних (ІЛ-1β, ІЛ-2, ФНП-α, ІЛ-6, ІЛ-8) та протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10). При вивченні цитокінового профілю БАС у гострому періоді НП встановлено, що у хворих, у яких в подальшому спостерігався затяжний перебіг захворювання, у БАС реєструвалося збільшення концентрації прозапальних ЦК (IL-β, IL-6, IL-8, TNF-α та IL-2), зниження протизапальних (IL-4, IL-10) та більш істотна диспропорція співвідношення їх опозиційних пулів (IL-1β/IL-10 та TNF-α/IL-10). В умовах загальноприйнятої т ерапії у хворих із затяжним і не пролонгованим перебігом НП визначено різний темп покращення показників ЦК БАС. У хворих із затяжним перебігом НП темп поліпшення вмісту прозапальних та протизапальних ЦК був більш повільним і на момент виписки зі стаціонару в більшості пацієнтів зберігався дисбаланс прозапальних і протизапальних ЦК з превалюванням у бронхоальвеолярному просторі прозапальної активності.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.491, 1.Р.496

Хвороби системи травлення, печінки

1.Р.288. Ендоскопічна ультразвукова сонографія в діагностиці патології шлунково-кишкового тракту / Ю. М. Степанов, Н. В. Пролом, І. С. Коненко, С. О. Тарабаров, Н. В. Недзвецька // Гастроентерологія. - 2021. - **55,** № 3. - С. 199-205. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Ендоскопічна ультрасонографія є порівняно новим методом дослідження для визначення інвазії пухлини шлунково-кишкового тракту, виявлення й визначення розмірів утворень підшлункової залози, діагностики хронічного панкреатиту, патології жовчовивідних шляхів. Метод поєднує можливості двох досліджень: ендоскопічного та ультразвукового. Дослідження проводиться за допомогою відеоендоскопа, на кінці якого розташований скануючий ультразвуковий датчик. Перевагою ендоскопічного ультразвуку перед традиційним ультразвуковим дослідженням через передню стінку живота полягає

в тому, що ультразвуковий датчик по просвіту травної трубки під візуальним контролем можна провести безпосередньо до досліджуваного об'єкта. Використання під час дослідження дуже високих частот ультразвуку забезпечує високу якість зображення з роздільною здатністю менше 1 мм, що не властиве іншим методам дослідження (ультразвуковому дослідженню, комп'ютерній і магнітно-резонансній томографіям, ендоскопічній холангіопанкреатографії).

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.289. Імунопатологія при захворюваннях органів дихання і травлення. Міжнародна пульмонологічна школа: матеріали IX Наук. симп. (7—9 жовт. 2021 р., м. Тернопіль, Україна) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 90-108. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.290. Макроскопічна оцінка протективної дії кріоконсервованого екстракту плаценти при ібупрофен-індукованій гастроентероколонопатії / Ф. В. Гладких // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 172-179. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Безрецептурне призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) призводить до безконтрольного їх застосування серед населення, що в низці випадків робить неможливою профілактику та своєчасне виявлення небажаних лікарських реакцій. На сьогодні з метою корекції ульцерогенної дії НПЗП застосовують дуже широке коло лікарських засобів, однак всі вони не позбуті власних побічних ефектів. Мета дослідження — охарактеризувати цитопротективні властивості кріоконсервованого екстракту плаценти за станом слизової оболонки проксимальних (стравохід і шлунок) і дистальних (тонка та товста кишки) відділів шлунково-кишкового тракту на моделі ібупрофен-індукованої езофагогастроентероколонопатії. Експериментальні дослідження in vivo проведено на 28 щурах-самцях. Субхронічне ібупрофен-індуковане ураження травного тракту відтворювали шляхом внутрішньошлункового введення щурам ібупрофену в дозі 310 мг/кг. Стан слизової оболонки травного тракту оцінювали макроскопічно за бальною шкалою. Профілактично-лікувальна ефективність езомепразолу вірогідно мала місце в проксимальних відділах травного тракту, однак практично не впливала на поширеність виразкових ушкоджень у кишечнику. В той же час, на відміну від езомепразолу, який, як відомо, має тільки гастропротективну активність, кріоконсервований екстракт плаценти проявляв цитопротективну дію як у шлунку, так і в дистальних відділах травного тракту — тонкій та товстій кишці. Так, поширеність ібупрофен-індукованої як ентеро-, так і колонопатії на тлі застосування досліджуваного екстракту була майже вдвічі нижчою, ніж у щурів, які не одержували препаратів корекції. Висновки: встановлено, що застосування кріоконсервованого екстракту плаценти у профілактично-лікувальному режимі має співставну з езомепразолом гастропротективну активність. Встановлено, що застосування досліджуваного кріоекстракту супроводжувалось зниженням множинності виразкових дефектів у тонкій і товстій кишці щурів у 4,6 та 3,8 разу відповідно відносно показників тварин контрольної групи.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.291. Можливості ультразвукової діагностики при запальних захворюваннях кишечника / М. Стойкевич, Н. Федорова, Н. Недзвецька, І. Коненко // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 41-47. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Роботу присвячено складним в плані діагностичного пошуку та ведення хворого нозологіям — неспецифічному виразковому коліту та хворобі Крона. На сьогодні основною діагностичною процедурою при цих захворюваннях залишається ендоскопія з біопсією та гістологією. Проте зберігаються обмеження щодо їх проведення та в оцінці ускладнень і проксимального поширення хвороби Крона. Європейські керівництва з діагностики неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона рекомендують додаткові методи візуалізації для діагностики та визначення локалізації, ступеня та ускладнень, а саме УЗД шлунково-кишкового тракту. У роботі наведено клінічні випадки неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона, при яких пацієнтам було виконано УЗД кишечника, та показано високу діагностичну значимість останнього.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.292. Сучасні методи дослідження в гастроентерології: навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл., лікарів-інтернів, слухачів вищ. мед. закл. та ф-в післядиплом. освіти лікарів / уклад.: Ю. М. Степанов, С. В. Косинська, І. Я. Будзак, І. М. Кононов, О. М. Бабій, О. В. Сімонова, І. С. Коненко, М. В. Стойкевич, Л. М. Шендрик, В. Б. Ягмур; Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Інститут гастроентерології. - Київ: Заславський О. Ю., 2019. - 151 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 144-151. - укр.

Присвячено сучасним методам діагностики при гастроентерологічних захворюваннях. Представлено всі існуючі провідні методи дослідження для встановлення діагнозу в гастроентерологічних хворих. Систематизовано подання даних, щодо тих чи інших методів в окремі, найбільш зручні з практичної точки зору розділи. Побудовано матеріали розділів за єди¬ним планом, що включає опис методу, підготовку до дослідження, показання, протипоказання, інтерпретацію даних та клінічне значення. Наведено результати порівняння різних методів та їх можливостей між собою, окремо визначено показники норми та патології. Використано значну кількість власних ілюстрацій до наведеного матеріалу.

Шифр НБУВ: ВА863608

1.Р.293. Сучасні підходи до обрахування нормальної маси тіла людини та взаємозв'язок її змін із захворюваннями органів травлення / Ю. М. Степанов, Л. В. Демешкіна, В. Б. Ягмур, С. Л. Меланіч, Р. М. Кіслова // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 110-117. - Бібліогр.: 50 назв. - укр.

Останнім часом зріс інтерес до взаємозв'язку між масою тіла (МТ) та захворюваннями органів травлення людини. Однак досі немає єдиної думки щодо розрахунку ідеальної МТ (ІМТ) людини та впливу її змін на захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Проаналізовано інтернет-ресурси (PubMed, Scopus, Web of Science, Medline та інші) за 1980—2020 рр. Наведено різні формули для діагностики ІМТ людини. Проведено порівняльний аналіз сучасних методів оцінки складу тіла. Проаналізовано можливості та переваги використання двоенергетичної рентгенівської денситометрії. Описано плюси та мінуси аналізу біоелектричного імпедансу для оцінки складу тіла. Наведені взаємозв'язки між МТ і захворюваннями органів травлення. Показано, що надмірна МТ та ожиріння пов'язані з розвитком захворювань травної системи, таких як функціональні розлади ШКТ, неспецифічні запальні захворювання кишечника, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, стравохід Барретта, рак стравоходу, поліпоз і рак товстої кишки, гепатоцелюлярна карцинома, жовчнокам'яна хвороба, холангіокарцинома, рак підшлункової залози, неалкогольна жирова хвороба печінки та інші. Встановлено, що існують певні зв'язки між МТ і захворюваннями ШКТ. Збільшення або втрата МТ пацієнта опосередковано можуть свідчити про наявність патології ШКТ.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.294. X наукова сесія Інституту гастроентерології НАМН України. Новітні технології в теоретичній та клінічній гастроентерології: тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю (16 — 17 черв. 2022 р., м. Дніпро, Україна) // Гастроентерологія. - 2022. - **56,** № 2. - С. 118-136. - укр.

Шифр НБУВ: Ж63141

Хвороби стравоходу

1.Р.295. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, поєднана з дисфункцією сфінктера Одді: контроль якості життя пацієнтів / Л. М. Мосійчук, Л. В. Демешкіна, Е. В. Зигало // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 74-81. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Для оцінки впливу поєднаної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та дисфункції сфінктера Одді на якість життя (ЯЖ) пацієнтів, пов'язану зі здоров'ям (ЯЖ ПЗ), неможливо використовувати такі відомі специфічні опитувальники, як GERD Health-Related Quality of Life Questionnaire, the Quality of Life in eflux and Dyspepsia, які пристосовані для оцінки ЯЖ лише при ГЕРХ і коморбідних захворюваннях (ГЕРХ і функціональна диспепсія). Не знайдено специфічного опитувальника для коморбідної патології ГЕРХ і дисфункції сфінктера Одді. Мета: вивчити ЯЖ ПЗ у пацієнтів із коморбідною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді до та після лікування за допомогою неспецифічного опитувальника SF-36 і розробленого специфічного опитувальника для цих коморбідних захворювань. Обстежено 30 пацієнтів із коморбідними захворюваннями ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді. Застосовано неспецифіч-

ний опитувальник SF-36 і розроблений специфічний опитувальник для цих коморбідних захворювань. Розроблено специфічний опитувальник для пацієнтів із коморбідною патологією ГЕРХ і дисфункцією сфінктера Одді та проведено його дослідження (зрозумілість запитань для пацієнтів, витрати часу на заповнення тощо). Всі пацієнти мали зниження ЯЖ ПЗ через коморбідні ГЕРХ і дисфункцію сфінктера Одді. Виявлено помірні або значні порушення активної діяльності пацієнтів і ритму життя внаслідок цих захворювань. У динаміці лікування в обстежених пацієнтів відмічалося вірогідне покращання ЯЖ ПЗ за всіма шкалами опитувальника SF-36: фізичне функціонування (PF, (77,1 ± 2,0) проти (71,4 ± 2,2)), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP, (52,1 ± 5,0) проти (30,6 ± 2,4)), фізичний біль (BP, (65,8 ± 1,2) проти (48,7 ± 2,1)), соціальне функціонування (SF, (69,5 ± 2,0) проти (50,8 ± 2,1)), ментальне здоров'я (MH, (68,5 ± 2,1) проти (49,8 ± 1,8)), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE, (65,2 ± 4,7) проти (35,8 ± 3,7)), життєздатність (VT, (63,3 ± 2,1) проти (43,2 ± 2,2)), загальне здоров'я (GH, (58,1 ± 2,4) проти (46,1 ± 1,7) балу). Також відзначалося помірне або значне порушення активності та ритму життя внаслідок коморбідної патології ГЕРХ і дисфункції сфінктера Одді, однак після лікування ці вагомі показники ЯЖ ПЗ покращувалися в усіх хворих, до того ж більш позитивним ставало психоемоційне сприйняття існуючих хвороб. Встановлено, що всі пацієнти мали зниження ЯЖ ПЗ через коморбідні захворювання ГЕРХ і дисфункцію сфінктера Одді, яка у більшості хворих покращувалася після лікування.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.296. Морфофункціональний моніторинг стану стравоходу як основа диспансерного спостереження хворих з ахалазією кардії після хірургічної езофагокардіоміотомії / С. Д. Мясоєдов, С. А. Андреєщев // Клініч. хірургія. - 2021. - **88,** № 9/10. - С. 16-20. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — покращити ранню діагностику ускладнень після езофагокардіоміотомії у хворих з ахалазією кардії та їх корекцію, використовуючи щорічне диспансерне обстеження, що включає ендоскопічне та почасове рентгенографічне дослідження стравоходу. Із 1972 по 2008 рр. в Інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України із 568 хворих з ахалазією кардії усіх чотирьох ступенів, за винятком задавненого доліхомегаезофагусу, 389 (68,5 %) проводили диспансерне спостереження з моніторинговими ендоскопією та почасовою рентгенографією стравоходу. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1-шу — 188 (48,3 %) пацієнтів, яким протягом перших семи років після операції проводили щорічно рекомендоване планове обстеження, і 2-гу — 201 (51,7 %) пацієнт, якому за такий самий період вказане обстеження було проведене лише 2 або 3 рази. Висновки: запропонована методика морфофункціонального езофагологічного моніторингу у програмі щорічного диспансерного обстеження хворих з ахалазією кардії після езофагокардіоміотомії забезпечує своєчасну діагностику ускладнень або рецидиву, їх органозберігальну корекцію і базується на даних хромоендоскопії з біопсією і почасової езофагографії про обструктивні, рефлюксні та переднеопластичні зміни стравоходу.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.297. Сучасні уявлення про стан епітеліального бар'єра стравоходу при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі та можливості корекції за допомогою альгінатів / М. Б. Щербиніна, Н. Є. Соловйова, М. В. Патратій // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 13-20. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) залишається актуальною проблемою клінічної медицини. Пошук шляхів ефективного лікування зумовлює необхідність розставлення нових акцентів у мультифакторному патогенезі захворювання. Відповідно до сучасних тенденцій особливу увагу приділяють епітеліальному бар'єру стравоходу. Розглянуто структуру епітеліального шару слизової оболонки, особливості транспортних шляхів і міжклітинних взаємодій епітелію стравоходу. Увагу приділено феномену розширення міжклітинних просторів (РМП) і синдрому підвищеної епітеліальної проникності (СПЕП) за ГЕРХ. Надано трактування цих понять, розкрито їхню роль у реалізації запальних процесів і клінічних виявів захворювання, таких як печія та біль. Наведено дані про можливі механізми формування феномену РМП і СПЕП, методи їхньої діагностики та аспекти, які обговорюються в науковому світі. Показано можливість цитопротекторної терапії за допомогою застосування альгінатних препаратів. На фармацевтичному ринку України з альгінатів представлено фармакологічну лінійку Гавіскон ("Рекітт Бенкізер Україна", Велика Британія). Наведено результати експериментальних досліджень із використанням новітніх технологій і дані рандомізованих клінічних досліджень, що підтверджують клінічну ефективність альгінатів. Феномен РМП епітелію стравоходу та СПЕП для чинників агресії — одна з провідних ланок патогенезу ГЕРХ, зокрема її неерозивної форми, та певною мірою визначає особливості клінічних виявів захворювання. Лікування ГЕРХ із застосуванням альгінатів обгрунтоване, його успішно використовують у клінічній практиці та активно вивчають. Використання препаратів фармакологічної лінійки Гавіскон є доцільним завдяки їхньому унікальному механізмові дії з забезпеченням підвищення резистентності слизової оболонки стравоходу.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.298. Changes in serum somatostatin level and its association with calcium metabolism indicators in patients with gastroesophageal reflux disease and spinal injuries of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis / Ye. S. Szircsak, S. A. Tsoka, Ya. F. Filak // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 8-13. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Мета дослідження — визначити особливості зміни рівня соматостатину (ССТ) у сироватці крові та його зв'язок з показниками обміну кальцію у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) та ураження хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу. Під спостереженням знаходилися 84 хворі з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального генезу у поєднанні з ГЕРХ. Обстежених хворих на ГЕРХ було розподілено на дві групи залежно від форми ураження хребта: у І групу ввійшли 44 хворі з остеохондрозом (ОХ) шийного та грудного відділів хребта, а ІІ групу становили 40 пацієнтів із спондилоартритом (СА) хребта. Встановлено вірогідне збільшення рівня ССТ у сироватці крові в обох групах досліджуваних пацієнтів з ГЕРХ та ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального генезу. При цьому більш виражене відхилення від норми визначено у ІІ групі пацієнтів (збільшення до 0,756 ± 0,027> пг/мл, $p < 0,01$). Визначення рівня 25(OH)D у сироватці крові вказує на не достатність вітаміну D_3 в організмі у хворих на ГЕРХ та ОХ (зниження до 23,35 ± 0,71> нг/мл, $p < 0,05$) та його дефіцит у пацієнтів із СА (зниження до 18,66 ± 0,52 нг/мл, $p < 0,01$). Рівень 25(OH)D у сироватці крові також більш виражено знизився при атиповому клінічному перебігу ГЕРХ в обстежених хворих. Висновки: у хворих на ГЕРХ з дегенеративно-дистрофічними та запальними ураженням хребта встановлено збільшення рівня ССТ у сироватці крові із максимально вираженим відхиленням від норми при позастравохідному клінічному перебігу рефлюксної хвороби. Установлено залежність між показником ССТ та зниженням рівня 25(OH)D та Ca^{++} у сироватці крові переважно у хворих з атиповим клінічним перебігом ГЕРХ.

Шифр НБУВ: Ж63141

Хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

1.Р.299. Гендерні особливості цитокінового профілю у пацієнтів із хронічним атрофічним гастритом / Л. М. Мосійчук, О. М. Татарчук, О. П. Петішко // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 217-222. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Хронічний атрофічний гастрит (ХАГ) залишається актуальною проблемою гастроентерології, однак дані щодо статевих відмінностей вмісту цитокінів при цій патології досить суперечливі. Мета роботи — оцінити гендерні особливості цитокінового профілю у хворих на ХАГ. В дослідження було включено 120 хворих, які за результатами гістологічного дослідження біоптатів мали атрофію в тілі шлунка. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб, серед яких чоловіків та жінок було порівну. В усіх хворих оцінювали рівень інтерлейкінів (ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-18), фактора некрозу пухлини альфа (TNF-α), васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) за імуноферментним методом із використанням відповідних наборів реактивів фірми "Вектор-БЕСТ" та аналізатора Stat Fax 303 Plus. У чоловіків із ХАГ спостерігається більш виражений дисбаланс у бік прозапальних цитокінів, зокрема рівень ІЛ-18 вищий у 1,7 разу ($p < 0,05$), ніж у жінок. У 46,2 % пацієнтів рівень ІЛ-8 також був

підвищеним у чоловіків в 1,3 разу ($p > 0,05$) у порівнянні з жінками. Рівень протизапального цитокіну (ІЛ-10) не має суттєвої гендерної різниці у хворих із передраковими станами шлунка. Медіана коефіцієнта співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 у чоловіків удвічі вища у порівнянні з жінками: 65,36 (21,67; 154,25) проти 32,15 (12,76; 191,85) ($p < 0,05$). В осіб чоловічої статі в 1,5 разу більший і коефіцієнт співвідношення ІЛ-8/ІЛ-10, який становить 2,25 (1,29; 7,68) проти 1,49 (0,75; 9,78), але ця різниця не була статично значущою. Вміст VEGF у сироватці крові чоловіків перевищував аналогічний показник у жінок в 1,4 разу ($p < 0,05$). Встановлено прямі кореляційні зв'язки між умістом VEGF та рівнем TNF-α ($r = 0,47$; $p < 0,05$), ІЛ-8 ($r = 0,42$; $p < 0,05$), ІЛ-18 ($r = 0,58$; $p < 0,05$) підтверджують дані про посилення експресії VEGF під впливом багатьох проангіогенних факторів росту та прозапальних цитокінів. Висновки: чоловіки при підвищенні рівня ІЛ-18 та VEGF більш як на 30 % потребують динамічного спостереження з метою раннього виявлення структурних змін слизової оболонки шлунка передракової спрямованості.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.300. Методи діагностики інфекції Helicobacter pylori на сучасному етапі: переваги та недоліки для застосування на практиці / Г. Д. Фадєєнко, Я. В. Нікіфорова // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 14-22. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Діагностика інфекції Helicobacter pylori залишається актуальною проблемою. Сучасні дані свідчать, що частота H. pylori-інфекції у світі становить понад 50 %. Поширеність H. pylori відрізняється у різних країнах, а також у межах країни. Серопозитивність до H. pylori прогресивно зростає з віком. У порівнянні з розвиненими країнами у країнах, що розвиваються, інфікованість H. pylori найчастіше трапляється в осіб молодого віку. Незважаючи на успіхи сучасної медицини, H. pylori є важливою медико-соціальною проблемою у світі через високу захворюваність і смертність від ускладнень виразкової хвороби та раку шлунка. Висвітлено особливості методів діагностики інфекції H. pylori. Проведено порівняння інвазивних і неінвазивних методів дослідження. Наведено рекомендації щодо вибору методів діагностики H. pylori у хворих із гастродуоденальною патологією. Не існує універсального методу діагностики. Кожен метод має переваги та недоліки. Методи відрізняються за чутливістю та специфічністю. Часто вибір діагностичного методу залежить від його доступності та вартості. Для точнішої діагностики інфекції H. pylori рекомендовано використовувати 2 методи та більше, поєднувати інвазивні та неінвазивні методики. Гістологічний метод вважають золотим стандартом діагностики інфекції H. pylori. Для скринінгу в популяції рекомендовано застосовувати серологічний метод діагностики. Для контролю ірадикації H. pylori слід віддавати перевагу неінвазивним методам (уреазний дихальний тест або фекальний тест). Найточнішим сучасним методом діагностики H. pylori для визначення молекулярно-генетичних особливостей мікроорганізму, оцінки його вірулентності, прогнозування перебігу захворювання є полімеразна ланцюгова реакція.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.301. Морфофункціональні паралелі шлунка у хворих на хронічний атрофічний гастрит / Л. М. Мосійчук, Ю. А. Гайдар, І. А. Кленіна, О. П. Петішко // Гастроентерологія. — 2022. — **56**, № 1. — С. 1-7. — Бібліогр.: 12 назв. — укр.

Мета дослідження — оцінити вміст агресивних та протективних факторів шлункового соку і ротової рідини у порівнянні з морфологічними змінами у хворих на хронічний атрофічний гастрит. У дослідження було включено 56 хворих: у I групу увійшли 12 пацієнтів лише з атрофічними змінами слизової оболонки шлунка різного ступеня вираженості, у II групу — 24 хворих, у яких на фоні атрофічних змін діагностовано кишкову метаплазію лише в антральному відділі шлунка, у III групу — 20 пацієнтів з кишковою метаплазією в тілі і антральному відділі шлунка. Контрольну групу становили 16 практично здорових осіб. Оцінку ступеня атрофії та запалення в слизовій оболонці шлунка проводили з наступною детермінацією інтегральних показників I стадії та ступеня атрофії за системою OLGA та метаплазії — за системою OLGIM. За даними морфометричного дослідження зрізів за допомогою світлового мікроскопу XSP-139TP ("Ulab", Україна) розраховували показники: ядерно-цитоплазматичне співвідношення, коефіцієнт еліптичності ядер. У шлунковому соку та ротовій рідині визначали вміст глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози, гексозамінів. Морфометричне дослідження показало виражене вірогідне зменшення ядерно-цитоплазматичного співвідношення до (0,12 ± 0,04) % у хворих III групи. Коефіцієнт еліптичності ядер нативних клітин зменшувався із розвитком кишкової метаплазії: у I групі він дорівнював (0,76 ± 0,04) %, для II групи становив (0,65 ± 0,11) %, а для III — (0,41 ± 0,12) %. У хворих з кишковою метаплазією в 82 % випадків зі збільшенням втричі вмісту сіалових кислот у шлунковому соку діагностували підвищення рівня гексозамінів на 35 %, тоді як у пацієнтів з лише атрофічними змінами шлунка відзначали зменшення рівня гексозамінів удвічі у порівнянні з контрольними показниками ($p < 0,05$). Поширення кишкової метаплазії у шлунку асоціюється з підвищенням кількості глікопротеїнів та гексозамінів у ротовій рідині пацієнтів, у той час як сіалові кислоти у цій біологічній рідині підвищуються в усіх досліджуваних групах. Встановлено прямі взаємозв'язки між наявністю кишкової метаплазії в тілі шлунка та вмістом глікопротеїнів як в шлунковому соку ($r = 0,446$, $p = 0,008$), так і в ротовій рідині ($r = 0,378$, $p = 0,021$). Також визначено взаємозв'язки вмісту сіалових кислот у шлунковому соку зі ступенем та стадією гастриту за OLGA ($r = 0,431$, $p < 0,01$; $r = 0,482$, $p < 0,01$), рівня гексозамінів у ротовій рідині — з коефіцієнтом еліптичності ядер ($r = 0,447$, $p = 0,037$). Висновки: комплексне вивчення морфофункціональних змін шлунка та співвідношення агресивних і протективних факторів ротової рідини надасть змогу визначити групи ризику хворих з передраковими станами.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.302. НПЗП-гастропатії, пов'язані з лікуванням інфекції SARS-CoV-2: як підвищити безпечність терапії? Фокус на езомепразол / О. О. Бондаренко // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 21-31. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — за допомогою опитувальника mFSSG визначити наявність гастроінтестинальних розладів, асоційованих із прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), у хворих із середньотяжким перебігом інфекції SARS-CoV-2 і вивчити здатність езомепразолу (езонекса, "Фармак") запобігати виникненню диспепсичних і рефлюксних симптомів у цих пацієнтів. Усі хворі з установленим діагнозом коронавірусної хвороби ($n = 85$), які перебували на стаціонарному лікуванні в Центрі терапії клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львів, після отримання інформованої згоди стали учасниками відкритого контрольованого дослідження ефективності препарату езонекса за цієї патології. Препарат призначали в дозі 20 мг/добу вранці за 30 хв до їди, яку застосовували для профілактики НПЗП-гастропатії, впродовж 28 днів. Хворі були рандомізовані простим сліпим методом на дві групи. У першій ($n = 45$) пацієнти приймали езомепразол, друга група ($n = 40$) була контрольною, активну профілактику НПЗП-гастропатії в ній не проводили. Середній вік пацієнтів становив (69,4 ± 2,6) року. Середній вік чоловіків — (66,4 ± 2,4) року, жінок — (72,3 ± 2,7) року. Термін спостереження — 4 тиж. Усім пацієнтам проводили огляд і стандартизоване опитування для оцінки динаміки клінічних виявів захворювання на тлі лікування коронавірусної інфекції. Також хворі заповнювали анкету-опитувальник mFSSG для оцінки виразності диспепсичних і рефлюксних виявів. Огляд та опитування проводили в 1-шу, на 10 — 14-ту і 28-му добу спостереження. Оцінювали показники якості життя за опитувальником SF-36 у всіх пацієнтів до початку терапії та через 4 тиж від початку дослідження. В 1-шу добу дослідження за опитувальником mFSSG не виявлено статистично значущої різниці між пацієнтами обох груп щодо диспепсії та клінічних виявів рефлюксу. За повторного тестування на 10 — 14-ту добу у пацієнтів першої групи оцінка симптомів диспепсії та рефлюксу не змінилася, тоді як у другій групі зафіксовано наявність ознак НПЗП-гастропатії з виразним диспепсичним і помірним рефлюксним синдромами у 49,6 % пацієнтів. На 28-му добу в 11,3 % хворих першої групи та 78,6 % — другої виникли симптоми як диспепсії, так і рефлюксу. Порівняльний аналіз не виявив відмінностей між групами за віком і співвідношенням статей. Однак коморбідна патологія, з приводу якої пацієнти постійно приймали низькі дози ацетилсаліцилової кислоти, була додатковим обтяжливим чинником ризику розвитку НПЗП-гастропатії. Аналіз показників якості життя хворих обох груп на початку дослідження виявив статистично значуще ($p < 0,05$) зниження за більшістю шкал, крім шкал фізичного функціонування та болю. На тлі лікування езомепразолом зареєстрували позитивну динаміку за всіма показниками якості життя, найбільшу — за шкалами болю, життєздатності, соціального та рольового емоційного функ-

ціонування. Встановлено, що езомепразол у добовій дозі 20 мг продемонстрував високу ефективність щодо захисту слизової оболонки шлунково-кишкового тракту у літніх пацієнтів з групи високого ризику, які є особливо чутливими до гастродуоденальної НПЗП-індукованої токсичності навіть за короткотривалого курсу терапії з приводу інфікування коронавірусом. Езонексу можна вважати препаратом вибору для терапії НПЗП-гастропатії, який тривало та стійко пригнічує кислотопродукцію, сприяє швидкому усуненню симптомів. Завдяки феномену стереоселективності препарат має фармакокінетичні особливості, що забезпечують його високу клінічну ефективність при кислотозалежних захворюваннях.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.303. Особливості вегетативного гомеостазу у хворих на хронічний атрофічний гастрит, поєднаний з патологією щитоподібної залози / Е. В. Зигало, Л. М. Мосійчук, О. М. Шевцова, О. П. Петішко, Л. В. Демешкіна // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 159-165. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Показники варіабельності серцевого ритму відображують життєво важливі процеси управління фізіологічними функціями організму — вегетативний баланс і функціональні резерви механізмів його управління, адаптаційні можливості організму та стресостійкість. При виражених порушеннях вегетативного гомеостазу підвищується ризик виникнення та прогресування захворювань. Особливо це стосується людей похилого віку, для яких характерна коморбідність. Мета дослідження — оцінити стан адаптаційних можливостей і вегетативної регуляції організму у хворих на передракові стани шлунка з патологією щитоподібної залози (ЩЗ). 72 хворих на хронічний атрофічний гастрит (ХАГ) було розподілено на групи: І групу становили 34 хворі з вузлами у ЩЗ; у ІІ групу ввійшли 23 пацієнти з патологічними змінами ЩЗ і 15 пацієнтів ІІІ групи мали нормальну ЩЗ. Оцінку показників варіабельності серцевого ритму проводили за результатами PRECISE-діагностики. Для діагностики функціонального стану тонкокишкової мікробіоти проводили водневий дихальний тест. У 81,9 % хворих на ХАГ, поєднаний із патологією ЩЗ, виявлено дисбаланс симпатичної та парасимпатичної ланок вегетативної нервової системи з превалюванням частоти ваготонії за рахунок хворих з вузлами у ЩЗ (64,7 %) та з патологічними змінами ЩЗ (56,5 %) ($p < 0,05$). Встановлено суттєве порушення адаптаційних можливостей організму у 63,2 % хворих на ХАГ. Частота зниження адаптаційних можливостей організму була удвічі вищою у хворих з коморбідною патологією ($p < 0,05$). У 56,1 % хворих на ХАГ, поєднаний із патологією ЩЗ, спостерігалося зниження функціональних резервів організму. У спектрі виявлених порушень у 68,8 % хворих мало місце виснаження функціональних резервів організму із підсиленням центрального рівня керування та у 31,2 % хворих — гормональний дисбаланс із превалюванням гуморальної ланки із включенням автономного рівня керування ($p < 0,05$). Аналіз показника стрес-індексу показав у половини обстежених хворих недостатню стресостійкість із вірогідним підвищення середніх цифр до ($136,8 \pm 7,4$) м/с ($p < 0,05$). Виявлено кореляційні зв'язки між частотою виявлення синдрому надлишкового бактеріального росту та порушенням адаптації ($r = 0,64$; $p < 0,05$), дисбалансом симпатичної і парасимпатичної ланок вегетативної нервової системи ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Висновки: перебіг ХАГ, поєднаного з тиреоїдною патологією, асоціюється з дисбалансом симпатичної та парасимпатичної ланок вегетативної нервової системи, виснаженням адаптаційних механізмів, зниженням функціональних резервів організму і стресостійкості. При цьому порушення адаптаційного потенціалу організму та зміни вегетативного балансу асоціюються з порушенням мікробіоти тонкого кишечника, що потребує мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з коморбідною патологією шлунка та ЩЗ.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.304. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування: від Салернської школи до Рокітанські та Вірхова / Н. Б. Губергріц, Н. В. Бєляєва, К. Ю. Ліневська // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 65-68. - Бібліогр.: 3 назв. - укр.

Салернська медична школа була спадкоємицею традицій античної медицини. У "Салернському кодексі здоров'я", пам'ятці середньовічної медицини та фармації, висвітлено властивості харчових продуктів, плодів, рослин та їхню лікувальну дію. Праця написана за звичаєм того часу — у віршах, тому що поради у віршованій формі краще запам'ятовуються. Гаспаре Азеллі (1581—1626) — міланський хірург-анатом. Його праця, присвячена дрібним судинам (молочним венам) кишечника, була опублікована у 1622 р., коли існували значні розбіжності щодо того, як кров переміщується від серця, а також щодо механізму перенесення рідини зі шлунково-кишкового тракту в інші органи. Представники ятрометематичної школи стверджували, що фізіологічні явища слід розглядати як фіксовані послідовності законів фізики. Наприклад, шлунок уявляли як механічний млин, відповідальний за подрібнення його вмісту до хімусу. Єзуїтський абат Ладзаро Спалланцані (1729—1799) був професором фізики та математики у коледжі San Carlo у Модені. Він провів багато унікальних наукових досліджень, зокрема шлункової секреції у різних тварин, і дійшов висновку, що перетравлення їжі є хімічним процесом, який залежить від травної сили слини та властивостей шлункового соку. Його визначення, що травлення є не гниттям, а активним процесом, стало значним кроком уперед, оскільки його попередники вважали це пасивним процесом. Визнання ролі патологічної анатомії для встановлення причини та сутності захворювань стало наступним великим кроком у вивченні шлунково-кишкового тракту. Першу інформацію про зв'язок між порушенням структури та функцій надав T. Bonet у праці "Sepulchretum" у 1679 р., згодом її доповнили G. Morgagni (1682—1771), J. Cruveilhier (1791—1873) і К. фон Рокітанські (1804—1878). Особливо детальні описи численних випадків (понад 30 тис. лише К. фон Рокітанські) містили інформацію, яка надавала змогу зрозуміти зв'язок між симптомами та даними автопсії. Р. Вірхов розширив спостереження за межі органа, ураженого хворобою, розробивши клітинну теорію патологічних процесів.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.305. Роздуми про кислотосупресивну терапію: вибір оптимального інгібітора протонної помпи, або Сага про капітана. Клінічний випадок / Н. Б. Губергріц // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 23-33. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Висвітлено клінічний випадок пацієнта з поєднаним перебігом виразкової хвороби шлунка та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби на тлі значного підвищення рівня фекального кальпротектину за відсутності ендоскопічного та гістологічного підтвердження хвороби Крона (ХК). Множинне ерозивно-виразкове ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту може бути спричинене різними чинниками, одним із можливих пояснень може бути поширена форма ХК. Пацієнт, 32 роки, самостійно звернувся на консультативний прийом зі скаргами на "холодок" у горлі та деяку тяжкість у шлунку після їди. Під час ендоскопічного обстеження виявлено ознаки рефлюкс-езофагіту, множинні ерозивно-виразкові ураження шлунка і дванадцятипалої кишки на тлі негативного результату уреазного тесту, а також, імовірно, солітарну виразку прямої кишки, що зарубцювалася. Заперечено гастриному та нейроендокринну пухлину. Зафіксовано 10-разове підвищення рівня фекального кальпротектину. Гістологічне дослідження поліпозиційних біоптатів стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, товстого кишечника та прямої кишки не виявило ознак пухлинного процесу та запальних захворювань кишечника. Констатовано ерозивно-виразкове ураження верхніх відділів травної трубки, неасоційоване з Helicobacter pylori, та рубцеві зміни у прямій кишці. Кислотосупресивна терапія декслансопразолом сприяла репарації слизової оболонки стравоходу без позитивного впливу на стан шлунка. Зміна інгібітора протонної помпи та призначення пантопразолу в комбінації з препаратом вісмуту супроводжувалися повним загоєнням ерозивно-виразкових змін у всіх відділах шлунка та дванадцятипалої кишки, а також зниженням рівня фекального кальпротектину.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.306. Сучасний погляд на вік-асоційовані захворювання шлунково-кишкового тракту. Огляд / О. В. Колеснікова, А. О. Радченко // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 47-57. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

Суттєве поліпшення методів діагностики та лікувально-профілактичних заходів протягом останніх років сприяло значному збільшенню тривалості життя людей у більшості країн, що призвело до зростання частоти хронічних неінфекційних захворювань серед пацієнтів похилого віку. Патологічні стани, пов'язані зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ), є надзвичайно поширеною причиною звернення по консультацію пацієнтів різного віку, але особи похилого віку найбільш схильні до розвитку патологій ШКТ. Дані щодо

того, які зміни ШКТ є нормальними для старшого віку, а які — патологічними, обмеженими, а доступна інформація зазвичай суперечливою. Діагностичний алгоритм у літніх пацієнтів із виявами симптомів із боку ШКТ ускладнюється через часту наявність супутніх захворювань. Особи похилого віку зазвичай мають нетипові вияви захворювання з ледь помітними симптомами, тому лікарі можуть не діагностувати захворювання вчасно. Побічні ефекти лікарських засобів із боку ШКТ також є поширеним явищем у пацієнтів літнього віку, що змінює клінічну картину та ускладнює діагностику патологій ШКТ. Таким чином, пацієнти похилого віку — це група населення, в якій ефективне виявлення та правильна діагностика патологій ШКТ є надзвичайно складним завданням для лікарів, які не знайомі з особливостями асоційованих із віком змін у ШКТ та особливостями захворювань ШКТ. Тому розширення знань щодо перебігу порушень ШКТ у цієї категорії пацієнтів є необхідним для поліпшення якості та тривалості життя цих пацієнтів. В огляді наведено сучасні дані щодо поширеності патологій ШКТ, їхньої ролі в загальній захворюваності населення. Наведено найтиповіші порушення з боку ШКТ у пацієнтів літнього віку. Розглянуто механізм формування медикаментозних взаємодій і побічних явищ лікарських засобів.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.307. Сучасний стан лікування інфекції H. pylori в Україні: результати Європейського реєстру лікування Helicobacter pylori (Hp-EuReg) / Г. Д. Фадєєнко, О. В. Швець, Л. Морейра, О. П. Ніссен, Ф. Мегро, К. О'Моreін, Х. П. Гісберт, О. Є. Гріднєв // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 5-13. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити частоту, ефективність і безпечність лікування інфекції H. pylori в Україні. Міжнародний багатоцентровий проспективний неінтервенційний реєстр Hp-EuReg був запущений у 2013 р. і просувається Європейською групою з вивчення гелікобактерій і мікробіоти (www.helicobacter.org). Протокол Hp-EuReg затверджено Комітетом з етики Університетської лікарні Ла-Принцеса (Мадрид, Іспанія) та зареєстровано на ClinicalTrials.gov із кодом NCT02328131. Аналіз ефективності включав головним чином модифікований аналіз лікування (mITT), спрямований на те, щоб імітувати результати клінічної практики, та включав усі записи з підтверджуючим тестом після ерадикаційної терапії, незалежно від дотримання режиму лікування. До реєстру включено 841 особу (жінок 53,5 %, чоловіків 46,5 %), середній вік яких становив 48,35 — 15,52. Основним методом діагностування гелікобатерної інфекції, що продовжується, був гістологічний, при цьому використання дихальних тестів і фекальних тестів на антиген було вкрай низьким — близько 6 % випадків. Оцінка антибіотикорезистентності зроблена у 13 % хворих, при цьому менше 1 % мали позитивний результат. Більше половини хворих отримували квадротерапію і лише 40 % потрійну терапію, при тому що більше 90 % хворих були наївними по відношенню до ерадикаційної терапії. Практично всі хворі отримували інгібітори протонної помпи (ІПП), проте більшості вони призначалися в низьких дозах і лише невелика частина приймала їх у стандартних (7,2 %) або високих (1,2 %) дозах. Призначення низьких доз ІПП негативно позначалося на ефективності терапії: у раніше не лікованих пацієнтів загальна ефективність терапії була нижчою за 85 %, тоді як при використанні стандартних і високих доз ІПП вдалося досягти 100 % ерадикації. Незважаючи на той факт, що тривалість ерадикаційної терапії у переважної кількості хворих склала 10 днів і більше, все ж таки були випадки, коли лікування обмежувалося 7 днями — так близько 12 % хворих, які мали неуспішну ерадикацію в анамнезі, приймали 7-денний курс терапії, що зумовлювало субоптимальну ефективність лікування (< 90 %). Загалом у тих, кому призначали лікування першої лінії протягом 7 — 10 днів, показник ерадикації склав 82 %, тоді як терапія протягом 14 днів забезпечувала 100 % успіх ерадикації. У загальному аналізі mITT використання терапії у наївних пацієнтів призвело до ерадикації H. pylori більше ніж 90 % пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж23117

Див. також: 1.Р.295, 1.Р.607

Хвороби кишечника

1.Р.308. Біологічні функції та клінічне значення кальпротектину. Огляд літератури / С. М. Ткач, А. Е. Дорофєєв, Н. В. Харченко, Х. Б. Квіт // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 34-41. - Бібліогр.: 54 назв. - укр.

Останнім часом в алгоритм діагностики запальних захворювань кишечника (ЗЗК) залучено деякі сироваткові та фекальні біомаркери, які допомагають відбирати пацієнтів для ендоскопії, а також надають змогу розрізнити органічні та функціональні (незапальні) захворювання зі схожою клінічною картиною (наприклад, синдром подразненого кишечника). Найчастіше використовують визначення фекального кальпротектину (КП), який є добре вивченим біомаркером запалення, через його стабільність, відтворюваність аналізу, низьку вартість і високу діагностичну цінність. Висвітлено останні дані щодо основних біологічних функцій КП і клінічного застосування його визначення при запальних захворюваннях кишечника, шкіри, суглобів тощо. Кальпротектин належить до сімейства кальцій-зв'язувальних лейкоцитарних S100 білків і складається з двох мономерів — S100A8 і S100A9. Конститутивно експресується моноцитами, дендритними клітинами, активованими макрофагами, кератиноцитами ротової порожнини та сквамозним епітелієм слизової оболонки, тобто експресія КП у здорової людини обмежена невеликою кількістю спеціалізованих клітин і зазвичай активується під час запалення. Обидві субодиниці КП мають широкий спектр внутрішньо- та позаклітинних імуномодулювальних властивостей, контролюють внутрішньоклітинні шляхи клітин вродженого імунітету та відповідають за організацію відповіді на запальний процес. Визначення фекального КП надає змогу розрізняти запальні та незапальні захворювання кишечника, є неінвазивним методом, за кімнатної температури КП залишається стабільним у калі не менше ніж 3 дні. При діагностиці ЗЗК фекальний КП є чутливішим маркером, ніж С-реактивний білок. Як високочутливий біомаркер для виявлення запалення кишечника при ЗЗК КП набув широкого застосування у світі. Рівень фекального КП < 40 мкг/г є підставою для заперечення ЗЗК, а вміст > 250 мкг/г — для проведення ендоскопічного обстеження хворого щодо ЗЗК або запідозрити його рецидив.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.309. Ведення хворих із хронічним абдомінальним болем унаслідок розладів взаємодії кишечник — мозок. Огляд / С. М. Ткач, А. Е. Дорофєєв // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 40-46. - Бібліогр.: 46 назв. - укр.

Розлади кишково-мозкової взаємодії (РКМВ), до яких належать синдром подразненого кишечника (СПК), функціональна диспепсія (ФД) і центрально-опосередкований абдомінальний біль (ЦОАБ), мають місце у понад 40 % населення у світі. Більшість пацієнтів із РКМВ спочатку лікуються за допомогою терапевтичних засобів, спрямованих на вісцеральні подразники, такі як прийом їжі та випорожнення кишечника. Велика підгрупа пацієнтів із РКМВ продовжує відчувати хронічний абдомінальний біль, що негативно впливає на якість життя, пов'язану зі здоров'ям, і часто призводить до використання необгрунтованих методів діагностики та лікування, зокрема хірургічних втручань. Ведення пацієнтів з абдомінальним болем, що не відповідають на терапію першої лінії, спрямовану на вісцеральні стимули, є складним і передбачає вплив на низку когнітивних, афективних і поведінкових чинників (освіта, очікування щодо болю та інші психосоціальні модифікатори, зокрема перехрест розладів настрою і тривожних розладів). Варіантами ведення хворих є як нефармакологічні методи, так і фармакологічна терапія. Наведено оновлений клінічний огляд, підготовлений експертами Американської гастроентерологічної асоціації, присвячений веденню пацієнтів із РКМВ, у яких біль не зменшується під впливом терапії першої лінії, спрямованої на вісцеральні подразники. Огляд має вигляд найкращих клінічних порад (рекомендацій), хоча не обговорює використання додаткових нетрадиційних чи альтернативних методів лікування, наприклад, застосування марихуани. У ньому не розглядається лікування синдромів черевної стінки або тазового болю.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.310. Взаємозв'язок гуморальної ланки імунітету, цитокінової регуляції з коротколанцюговими жирними кислотами у хворих із запальними захворюваннями кишечника / Ю. М. Степанов, М. В. Стойкевич, І. А. Кленіна, О. М. Татарчук // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 103-109. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Патогенез запальних захворювань кишечника (ЗЗК) у наш час залишається до кінця не вивченим. Сучасні дослідження спрямовані на вивчення стану гуморального імунітету, продукції та кишкового

всмоктування коротколанцюгових жирних кислот (КЖК). Мета дослідження — оцінити стан гуморальної ланки імунітету, цитокінової регуляції та вміст КЖК у калі хворих із ЗЗК. Проведено обстеження 34 хворих на ЗЗК, які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України". Всі хворі були розділені на дві групи: I група — 25 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та II група — 9 хворих на хворобу Крона. Проведено визначення фекальних КЖК, рівня CD22+ лімфоцитів, імуноглобулінів A, M, G, інтерлейкіну-10 і TNF- α. Встановлено зниження гуморальної ланки імунітету, підвищення вмісту пропіонової (C_3) кислоти ($p < 0,001$) і зниження оцтової (C_2) ($p < 0,001$) і масляної (C_4) ($p < 0,001$) кислот у копрофільтраті хворих на ЗЗК. Рівень TNF-α був вірогідно вищим у хворих на НВК легкого ступеня (в 13,3 разу, $p < 0,05$), у хворих на НВК середнього ступеня (в 17,4 раза, $p < 0,05$) та у хворих на НВК тяжкого ступеня (в 19,4 разу, $p < 0,05$) у порівнянні з його рівнем у групі контролю; встановлено, що в групі пацієнтів із НВК тяжкого ступеня відбувалося суттєве зниження вмісту масляної кислоти (C_4) в 2,8 разу щодо контрольної групи ($p < 0,01$). У дослідженні встановлено зв'язок між рівнем показників гуморальної ланки імунітету, цитокінової регуляції та вмістом КЖК у калі, що може вказувати на участь метаболітів кишечника в активації імунітету людини.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.311. До питання класифікації постковідних уражень кишечника. Огляд літератури / А. Е. Дорофєєв, Н. В. Харченко, С. М. Ткач, Т. Д. Звягінцева // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 57-62. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Пандемія COVID-19 внесла істотні зміни не лише у повсякденне життя людства, а і у перебіг багатьох хронічних захворювань. На тлі розвитку коронавірусної хвороби-2019 (COVID-19), окрім ураження легень, можуть розвиватися та позалегеневі вияви. Ці зміни часто є поліорганними, особливо на тлі наявних хронічних захворювань. Описано кардіальні, неврологічні, ниркові позалегеневі ураження SARS-CoV-2 та ураження очей. Одним із напрямів впливу вірусу SARS-CoV-2 є шлунково-кишковий тракт (ШКТ). Це зумовлено істотним впливом вірусу на мікробіоту та проникність слизових бар'єрів, а також важливою роллю змін бар'єрної функції ШКТ у розвитку місцевої та системної імунної відповіді. Робочою групою Української гастроентерологічної асоціації розроблено класифікацію постковідних уражень кишечника, представлену на з'їзді асоціації у вересні 2021 р. Виділено такі типи уражень, як COVID-19-індукований синдром надмірного бактеріального росту, функціональна діарея після перенесеної інфекції COVID-19, інфекційно-індукований синдром подразненого кишечника (постінфекційний синдром подразненого кишечника), антибіотико-асоційована діарея (без Clostridium difficile та псевдомембранозний коліт із підтвердженою наявністю C. difficile), загострення запальних захворювань кишечника (неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона), вперше виявлено (ковід-індуковане) запальне захворювання кишечника. COVID-19 може модифікувати перебіг функціональних і запальних захворювань, впливаючи на кишковий мікробіом. Слід проводити ретельну диференційну діагностику загострення функціональних, запальних і постковідних уражень кишечника. Для лікування цих хворих необхідно використовувати комплексну терапію з застосуванням препаратів для корекції дисбіозу.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.312. Експериментальне обгрунтування визначення оптичної густини плазми венозної крові для визначення життєздатності кишок / А. І. Шурма, Ф. В. Гринчук // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 42-45. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити можливість визначення оптичної густини плазми венозної крові (ОГПВК) для визначення життєздатності кишок в експерименті. Для дослідження було використано 30 білих нелінійних щурів. У 10 тварин для моделювання деструкції перев'язували петлю середньої частини тонкої кишки лігатурою, в інших 10 тварин перев'язували петлю середньої частини товстої кишки. Через 12 год. виконували лапаротомію, забирали перев'язану петлю кишки на гістологічне дослідження і кров із шийної вени для вимірювання ОГПВК. Контролем слугували дані 10 здорових тварин. У здорових тварин на довжині хвилі $\lambda = 310$ нм виявили питомий максимум ОГПВК, що сягає 0,22 од. (0,22 ± 0,01). Через 12 год. у тварин із моделями деструкції тонкої кишки показники ОГПВК на цій довжині хвилі був 0,38 ± 0,17 од., що статистично суттєво ($p < 0,01$) перевищувало контрольні показники. У тварин із моделями деструкції товстої кишки показники ОГПВК на цій довжині хвилі були 0,37 ± 0,13 од., що статистично суттєво ($p < 0,01$) перевищувало контрольні показники. Статистично суттєвих відмінностей між показниками тварин із моделями деструкції різних відділів кишок не виявлено ($p > 0,05$). На всіх гістологічних препаратах виявлено некротичні зміни стінки кишки. Висновки: за експериментальними даними, у здорових щурів на довжині хвилі $\lambda = 310$ нм спостерігається піковий показник ОГПВК, що сягає 0,22 ± 0,01 од.; у тварин із моделями деструкції тонкої кишки показник ОГПВК на цій довжині хвилі зростає до 0,38 ± 0,17 од., а у тварин із моделями деструкції товстої кишки — до 0,37 ± 0,13 од., що статистично суттєво ($p < 0,01$) перевищує контрольні показники, водночас статистично суттєвих відмінностей за різної локалізації деструкції кишок немає ($p > 0,05$); одержані дані свідчать про перспективність клінічного застосування такого показника для оцінювання стану кишок за умов їх деструкції і необхідність відповідних клінічних досліджень.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.313. Ерадикація надмірного бактеріального росту як метод лікування функціональної диспепсії / С. М. Ткач, Н. В. Харченко, А. Е. Дорофєєв // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 12-20. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Функціональна диспепсія (ФД) є одним із найпоширеніших функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту, що трапляється в середньому у 10 % дорослої популяції. Останнім часом у патофізіології ФД велику увагу приділяють інфекційному чиннику. Окрім інфекції H. pylori та перенесених гострих гастроінтестинальних інфекцій, розглядають синдром надмірного бактеріального росту (СНБР), при якому кількість бактерій у тонкій кишці значно збільшується. Мета роботи — уточнити частоту синдрому надмірного бактеріального росту у хворих із різними субтипами функціональної диспепсії та визначити клінічну та мікробіологічну ефективність рифаксиміну-α ("Альфа Нормікс") при цій патології. Для уточнення частоти СНБР у трьох гастроентерологічних центрах обстежено 118 пацієнтів із ФД (45 чоловіків, 73 жінки віком від 22 до 45 років (середній вік — (35 ± 10) років). Також обстежено 30 клінічно здорових осіб (середній вік — (33 ± 12) років), які утворили контрольну групу (КГ). Діагноз ФД та визначення її субтипу проводили згідно з Римськими критеріями IV. Усім хворим проводили верхню ендоскопію з біопсією та тестуванням на H. pylori. Не виявлено жодних структурних відхилень. Для діагностики СНБР усім хворим виконували H_2-дихальний тест із лактулозою (H_2-ЛДТ). Залежно від субтипу ФД пацієнти отримували базисну терапію або інгібітором протонної помпи (омепразол у дозі 20 мг 1 раз на добу) при ФД з епігастральним больовим синдромом (ЕБС) (група 1, n = 37), або прокінетиком (ітоприд у дозі 50 мг тричі на добу) при ФД із постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС) (група 2, n = 36) протягом 2 тиж. Пацієнтам із позитивним результатом H_2-ЛДТ, що передбачало наявність СНБР, призначали монотерапію рифаксиміном-α у дозі 1200 мг/добу протягом 10 днів (група 3, n = 45). Ефективність лікування оцінювали через 2 і 4 тиж за динамікою показників шкали SAGIS (Structured Assessment of Gastrointestinal Symptom). За позитивного результату H_2-ЛДТ наявність СНБР зафіксовано у 45 зі 118 хворих на ФД (38,1 %) і 2 (6,6 %) суб'єктів із КГ. Позитивний результат H_2-ЛДТ статистично значущо частіше фіксували у хворих на ФД-ПДС (45,4 %) у порівнянні з пацієнтами із ФД-ЕБС (28,8 %, $p < 0,01$) і всіма хворими на ФД (38,1 %). Також СНБР статистично значущо частіше виявляли у хворих із постінфекційною ФД (50 %, $p < 0,01$). Застосування рифаксиміну у дозі 1200 мг/добу протягом 10 днів супроводжувалося клінічним поліпшенням у 28 із 45 хворих (62,2 %) через 4 тиж лікування. Клінічна ефективність рифаксиміну у хворих на ФД за показниками шкали SAGIS статистично значущо не відрізнялася від ефективності інгібітора протонної помпи та прокінетика, які застосовували при ФД-ЕБС і ФД-ПДС відповідно. Через 4 тиж у 36 із 45 хворих результат повторного H_2-ЛДТ був негативним, що опосередковано свідчило про ерадикацію надмірного бактеріального росту та високу антибактеріальну ефективність рифаксиміну. Лікування рифаксиміном було безпечним, а незначні побічні ефекти спостерігали лише у 3 (6,6 %) хворих. Встановлено, що СНБР часто асоціюється із ФД і спостерігається частіше, ніж у кожного третього хворого. У пацієнтів із ФД-ПДС СНБР виявля-

ють статистично значущо частіше, ніж у хворих на ФД-ЕБС, що свідчить про важливу роль уповільнення випорожнення шлунка у розвитку СНБР. Також СНБР статистично значущо частіше діагностують у хворих із постінфекційною ФД, які протягом останнього року перенесли гострий гастроентерит. Це свідчить про важливу роль кишкового мікробіому в підтриманні стабільності структурно-функціонального стану шлунково-кишкового тракту. Отримані дані надають підставу розглядати СНБР як можливий патогенетичний чинник ФД принаймні у частини хворих, що потребує своєчасної діагностики та корекції, зокрема застосування рифаксиміну-α.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.314. Ефективність трансплантації фекальної мікробіоти у пацієнтів із постінфекційною формою синдрому подразненого кишечника з діареєю / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв, К. Ю. Дубров // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 12-19. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність потенціювання ремісії та безпечність трансплантації фекальної мікробіоти (ТФМ) у пацієнтів із постінфекційним (ПІС) синдромом подразненого кишечника (СПК) із переважанням діареї, в яких стандартна терапія виявилася неефективною. У дослідження залучено 16 пацієнтів із ПІС СПК середньотяжкого або тяжкого перебігу з діареєю, які не відповіли на стандартну терапію і не мали значущої супутньої патології. Діагноз СПК установлювали згідно з Римськими критеріями IV. Оцінку тяжкості перебігу СПК проведено за допомогою опитувальника Irritable bowel syndrome — Severity Scoring System (IBS-SSS), а частоти дефекацій і консистенції випорожнення — за Бристольською шкалою. Відбір донорів, підготовку до ТФМ і саму процедуру виконано згідно з рекомендаціями Європейського консенсусу щодо ТФМ (2017). Процедуру проводили одноразово за допомогою колоноскопа у праві відділи товстого кишечника (180 мл розчину, приготовленого з 50 г донорських фекалій). Загальний період спостереження становив 6 міс після ТФМ. Оцінку ефективності проводили за зменшенням балів за опитувальником IBS-SSS. Зниження на ≥ 50 балів вважали значним поліпшенням. Під час спостереження пацієнт не отримував жодних додаткових препаратів і процедур. Отримані результати свідчили про позитивний вплив ТФМ на клінічні вияви резистентного до стандартної терапії ПІС СПК. Через 1 міс після трансплантації у 75 % пацієнтів виразність симптомів зменшилася на ≥ 75 балів за IBS-SSS. У 3-х із них мала місце ремісія. Процедура ТФМ сприяла значному зниженню у порівнянні з вихідними показниками виразності болю в животі (на 37 балів) та її тривалості (на 31 бал), здуття живота (на 41 бал), незадоволеності дефекацією (на 40 балів) на тлі практично дворазового зменшення частоти дефекацій (із 3,68 до 1,81 на добу) та поліпшення консистенції випорожнення за Бристольською шкалою (з 6,81 до 5,21 балу). Зазначені показники зберігалися без значних змін до кінця 3-го міс після ТФМ і статистично значущо не відрізнялися від таких через 1 міс: 75 % пацієнтів відзначали адекватне полегшення болю в животі, задоволеність дефекацією, зменшення здуття живота та зниження впливу ПІС СПК на якість життя. Однак до кінця 6-го міс симптоми ПІС СПК почали наростати: загальний бал за IBS-SSS збільшився до 169, також зросли такі показники, як інтесивність абдомінального болю та його тривалість, тяжкість здуття живота, незадоволеність дефекацією, кількість дефекацій на добу, а отже, вплив ПІС СПК на якість життя пацієнтів. Незважаючи на зростання показників тяжкості ПІС СПК до кінця 6-го міс після ТФМ, вони були значно нижчими, ніж до початку лікування: 62,5 % пацієнтів повідомляли про адекватне полегшення болю в животі та задоволеність дефекацією, зменшення діареї та здуття живота. У жодного пацієнта не зареєстровано серйозних небажаних явищ. Лише у 31,25 % учасників дослідження у перші години після процедури зафіксували незначні небажані явища (абдомінальний дискомфорт, метеоризм і бурчання у животі), які самостійно зникли протягом доби.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.315. Клініко-патогенетичні особливості ураження кишечника у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу / Ю. З. Диня // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 30-36. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити частоту виникнення та клініко-патогенетичні особливості ураження кишечника у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. Обстежено 138 хворих із ЦД 2 типу віком від 39 до 67 років (середній вік — (53 ± 5) років). Серед обстежених було 82 (59 %) жінки та 56 (41 %) чоловіків. Окрім використання загальноклінічних методів, вивчали плазмову концентрацію трансформувального фактора росту-β_1 (TGF-β_1) і судинно-ендотеліального фактора росту (VEGF), проводили водневий дихальний тест із лактулозою, ендоскопічне дослідження кишечника з біопсією, імуногістологічне дослідження біоптатів, зафарбованих гематоксиліном та еозином, імуногістохімічно визначали клаудин-1, VEGF і проводили PAS-реакцію. Діабетичну ентероколопатію (ДЕКП) діагностовано у 72 (52,2 %) хворих на ЦД 2 типу. Клінічні вияви були неспецифічними і подібними до таких синдрому подразненого кишечника. Виявлено, що ДЕКП корелює з тривалістю перебігу ЦД 2 типу та діагностується частіше у пацієнтів середнього віку ((52,1 ± 4,1) року). У хворих на ДЕКП вміст прозапальних цитокінів TGF-β_1 і VEGF статистично значущо перевищував показник пацієнтів із СПК. Запально-клітинний інфільтрат у хворих на ДЕКП був інтенсивнішим за кількістю клітин і різноманітнішим, спостерігали ознаки субатрофії залоз, відносне зменшення кількості вакуолей у келихоподібних клітинах. При імуногістохімічному дослідженні встановлено, що VEGF у слизовому шарі товстої кишки візуалізується переважно у хворих на ДЕКП. Також відзначено тенденцію до зниження рівня клаудину-1 у цих пацієнтів. Зроблено висновки, що ураження кишечника виявлено у 67,4 % хворих на ЦД 2 типу, більше ніж у половини пацієнтів (52,2 %) діагностовано ДЕКП, яка мала неспецифічну клінічну симптоматику, потребувала диференційної діагностики із СПК та не завжди супроводжувалася абдомінальним болем. Наявність ДЕКП частіше корелювала із синдромом надмірного бактеріального росту. У цих хворих підвищувався рівень прозапальних цитокінів як у плазмі крові, так і в слизовій оболонці кишечника.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.316. Можливі чинники, що визначають ефективність трансплантації фекальної мікробіоти. Огляд літератури та власні дані / С. М. Ткач, Н. В. Харченко, А. Е. Дорофєєв // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 48-56. - Бібліогр.: 39 назв. - укр.

Нині трансплантацію фекальної мікробіоти (ТФМ) розглядають як одну із найефективніших терапевтичних процедур для лікування псевдомембранозних колітів, асоційованих з інфекцією Clostridium difficile, які рецидивують, та деяких інших кишкових і позакишкових захворювань, пов'язаних із кишковим дисбіозом. Дослідження, проведені останнім часом, надають підставу припустити, що успіх ТФМ значною мірою залежить від мікробної різноманітності та складу донорського випорожнення. Запропоновано концепцію існування так званих супердонорів ТФМ, до яких відносять осіб, ТФМ від яких супроводжується високою ефективністю. Розглянуто інші можливі механізми та чинники, які впливають на успіх ТФМ, зокрема характер і тяжкість патології, що лікується, кратність процедур, якість і кількість донорського матеріалу, проведення ТФМ від одного або кількох донорів тощо. Наведено власні дані щодо ефективності ТФМ від "супердонорів" у 86 хворих із різними кишковими захворюваннями. Вперше в Україні проведено порівняльне вивчення ефективності ТФМ у 28 осіб із легким і середньотяжким неспецифічним виразковим колітом, у 8 із хворобою Крона та у 40 із постінфекційним синдромом подразненої кишки з діареєю. Всі ТФМ проводили шляхом уведення донорського матеріалу в купол сліпої кишки під час колоноскопії. Клінічну ефективність щодо індукції ремісії протягом 2 міс після ТФМ відзначено у 17 (60,7 %) хворих на неспецифічний виразковий коліт і 4 (50,0 %) пацієнтів із хворобою Крона. Ефективність ТФМ від тих самих супердонорів у 27 (67,5 %) хворих із синдромом подразненої кишки з діареєю була дещо вищою. Відзначено клінічне поліпшення у вигляді зменшення абдомінального болю, діарейного синдрому, здуття живота та поліпшення загального стану. Розглянуто також можливість прогнозу ефективності ТФМ за допомогою мікробного та метаболічного профілю, мікробні взаємодії, пов'язані з ефективністю ТФМ, чинники, які впливають на віддалені наслідки ТФМ, нові персоніфіковані підходи до ТФМ, що нададуть змогу у майбутньому застосовувати ТФМ цілеспрямованіше.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.317. Морфологічні особливості слизової оболонки товстої кишки при неспецифічному виразковому коліті різних ступенів тяжкості / Ю. А. Гайдар, М. В. Стойкевич, Д. Ф. Милостива,

Т. С. Тарасова // Гастроентерологія. - 2022. - **56,** № 2. - С. 95-102. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) — одна з самих складних нозологічних груп в гастроентерології, що обумовлено постійним зростанням їх поширення, зміщенням дебюту на більш ранній вік, підвищенням частоти тяжких ускладнених форм. Найбільш поширеним представником ХЗЗК є неспецифічний виразковий коліт (НВК). В основі НВК лежить дифузне виразково-запальне ураження товстої кишки. Провідна роль у діагностиці НВК належить зіставленню результатів ендоскопічного та морфологічного методів дослідження. Морфологічний метод дослідження колонобіоптатів при НВК є золотим стандартом діагностики та надає можливість визначити ознаки активності захворювання навіть за ендоскопічної ремісії. На відміну від описової гістології, патологічної анатомії кількісна морфологія доповнює та уточнює дані досліджень, які проводяться звичайними морфологічними методами з позицій узагальнюючих підходів. Мета кількісної морфології — максимальна об'єктивізація вивчення якісних і кількісних проявів патологічних процесів, нозологічних одиниць, їх патогенезу, морфогенезу, а також виключення похибок вимірювань та, наскільки це можливо, суб'єктивізму дослідника. Мета дослідження — провести порівняльне гістологічне та морфометричне дослідження біоптатів слизової оболонки товстої кишки у пацієнтів із НВК різних ступенів тяжкості перебігу захворювання. Проведено гістологічне та морфометричне дослідження біоптатів слизової оболонки кишечника у 55 пацієнтів із НВК. Пацієнти були розподілені за ступенем тяжкості перебігу захворювання. І група (n = 11) — легкий ступінь тяжкості, ІІ група (n = 39) — середній ступінь тяжкості та ІІІ група (n = 5) — пацієнти з тяжким ступенем НВК. У 63,6 % при легкому ступені НВК набряк не відмічався, стан епітелію був без змін, архітектоніка не порушена. Крипт-абсцеси були виявлені в 54,6 % випадків, атрофічні зміни — у 90,9 %. Запальний інфільтрат у своєму складі мав переважно нейтрофіли ((176,0 ± 8,22) на 1 мм^2 строми) та мононуклеари ((232,4 ± 22,83) на 1 мм^2 строми), що вказує на активацію регенеративних функцій слизової оболонки. З морфометричних вимірів найвищим показником була висота епітелію крипт — (38,3 ± 1,49) мкм. При середньому ступені НВКу 33,3 % випадків було порушення цілісності епітелію, атрофічні зміни діагностували у 23,1 % випадків, порушення архітектоніки крипт — у 17,9 %, наявність крипт-абсцесів — у 48,8 %, набряк — у 64,1 %. При морфометричному вимірюванні біоптатів слизової оболонки кишечника при середньому ступені тяжкості НВК відмічались найвищі показники глибини крипт — (452,6 ± 8,12) мкм, висота епітелію крипт — (42,3 ± 0,33) мкм і кількість келихоподібних клітин — (26,6 ± 1,43). Висота епітелію крипт позитивно корелювала з кількістю келихоподібних клітин (r = 0,30; p < 0,05). У пацієнтів із тяжким ступенем НВК у 40 % відмічались як наявність ерозій, загальне порушення епітелію, крипт-абсцеси, так і атрофічні зміни. При тяжкому ступені НВК відмічалась найменша глибина крипт — (426,1 ± 22,37) мкм, висота епітелію крипт — (36,0 ± 2,57) мкм, кількість келихоподібних клітин — (10,5 ± 1,04) і найбільша товщина епітелію — (51,5 ± 2,81) мкм. Встановлено, що наявність крипт-абсцесів в основному відмічалась у групі легкої та середньої форми захворювання. Набряк слизової частіше відмічався у групі з перебігом захворювання середньої тяжкості. Підвищена кількість еозинофілів і нейтрофілів відмічалась у групі з тяжкою формою захворювання.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.318. Новітні рекомендації з фармакологічного лікування синдрому подразненого кишечника із діареєю. Огляд літератури / С. М. Ткач, А. Е. Дорофєєв // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 50-58. - Бібліогр.: 43 назв. - укр.

Синдром подразненого кишечника (СПК) виникає внаслідок порушень взаємодії між кишечником і мозком. Його поширеність у світі серед дорослих становить від 4,1 до 10,1 %. Незважаючи на те, що СПК не загрожує життю, він асоціюється зі зниженням якості життя, підвищенням рівня супутніх психологічних порушень і високими економічними витратами. Одним з основних субтипів є СПК із діареєю (СПК-Д). Недавно опубліковано нові рекомендації Американської гастроентерологічної асоціації з фармакологічного лікування хворих на СПК-Д, що базуються на доказах, отриманих на підставі систематичного та всебічного аналізу літератури, при цьому враховували лише рандомізовані контрольовані дослідження, проведені у дорослих із СПК. Діагноз СПК-Д можна встановити на підставі історії хвороби та результатах фізичного огляду, оцінки шлунково-кишкових симптомів (особливо за наявності або відсутності тривожних ознак), обмеженого діагностичного тестування та використання Римських критеріїв IV з урахуванням симптомів. Наявність тривожних ознак, таких як поява нових симптомів у віці понад 50 років, ректальна кровотеча, не пов'язана з гемороєм або анальними тріщинами, ненавмисна втрата маси тіла, залізодефіцитна анемія, нічна діарея, сімейна історія раку товстої кишки, запальне захворювання кишечника або целіакія, потребує ретельного дообстеження. Для лікування СПК-Д використовують препарати з різними механізмами дії, які відрізняються за ефективністю. Згідно з останніми рекомендаціями Американської гастроентерологічної асоціації, більшість препаратів, які широко застосовують у лікуванні СПК-Д (зокрема спазмолітики, лоперамід, антидепресанти), мають низький рівень доказів ефективності. До препаратів, що мають сильний рівень доказів, належать рифаксимін-alpha, елюксадолін і алосетрон, але останні 2 в Україні не зареєстровані та не застосовуються. У нашій країні лише один доступний препарат для лікування СПК-Д та його рецидивів із добре доведеною ефективністю — рифаксимін-alpha (фльфа нормікс, ксифаксан). Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну для пацієнтів із СПК-Д використовувати не рекомендується.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.319. Особливості слизового бар'єра при функціональних захворюваннях кишечника та неспецифічному виразковому коліті / А. Е. Дорофєєв, С. М. Ткач, О. О. Дядик, В. М. Приходько // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 89-94. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Слизовий бар'єр кишечника може змінюватися через вплив екзогенних та ендогенних факторів. Зміни його фізичних і хімічних характеристик спостерігаються як при шлунково-кишкових захворюваннях, таких як синдром подразненого кишечника (СПК), неспецифічний виразковий коліт (НСВК), хвороба Крона, так і за інших патологій — цукрового діабету, харчової алергії, ревматоїдного артриту тощо. На проникність стінки кишечника впливають тісні контакти, які послаблюються через порушення дієти, психоемоційні чинники та хімічні агенти. Мета роботи — оцінка змін слизового бар'єра у пацієнтів із функціональними та запальними захворюваннями кишечника. Досліджено 270 пацієнтів зі різними підтипами СПК і 218 із НСВК. Усім пацієнтам проведено колоноскопію з подальшою морфологічною оцінкою біоптатів і проведенням імуногістохімічних досліджень з використанням маркерів клаудину-1 і -7, муцинів 1, 2, 3, 4, 5АС, трефоїлових факторів 1—3. У пацієнтів з функціональним ураженням кишечника спостерігалось зниження кількості клаудинів — білків щільних контактів. Клаудин-1 знижувався у пацієнтів із СПК, асоційованим із діареєю, у той час як клаудин-7 — у пацієнтів із СПК зі змішаною формою. При НСВК спостерігалось зниження рівня експресії як секреторних, так і мембранозв'язуючих муцинів і при цьому збільшення виділення трефоїлових факторів, що вказує на порушення регуляції та зниження протективних властивостей слизу. Встановлено, що у випадку функціональних і запальних захворювань кишечника порушення захисної функції слизової оболонки має різний патогенез, що може визначати різні підходи до лікування пацієнтів із такими патологіями.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.320. Ранні уявлення про харчування, травлення, захворювання шлунково-кишкового тракту та їхнє лікування: від Парацельса до Гельмонта і Декарта / Н. Б. Губергріц, Н. В. Бєляєва, К. Ю. Ліневська // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 73-76. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Парацельс взяв на себе відповідальність за інтелектуальну реконструкцію західної медицини XVI ст. Як лікар-алхімік він став затятим прихильником хімічної фармакології та терапії і таким самим противником медичної доктрини свого часу. Його праці були численними. Одна з них — "Prognostication" поклала початок відмежуванню хімії як науки від алхімії. Його дослідження також указують на глибокі знання у галузі науки та принципів магнетизму. Будучи членом культу герметизму, він рішуче підтримував "три принципи" арабських алхіміків, які базуються на застосуванні ртуті (характеризується плинністю, тяжкістю та "металевістю"), сірки (має здатність до горіння) та солі (спостерігається міцність і відносна хімічна інертність). Парацельс вважав, що головною позитивною метою алхімії є

відкриття ліків для лікування захворювань, і таким чином він став лідером у застосуванні наукових принципів у медицині. У цьому відношенні його зусилля щодо комбінування ятрохімії та алхімії зрештою увінчалися створенням основ для розвитку сучасної фармакології. Фактично не є несподіваним, що він відомий як попередник хімічної фармакології та терапії, а також як найоригінальніший мислитель у галузі медицини XVI ст. У XVII ст., будучи учнем Парацельса, ван Гельмонт вважав, що кожен матеріальний процес тіла забезпечується спеціальним життєвим принципом. За винятком кількох екзотичних богословських поглядів, ван Гельмонт позиціонувався як хімік і першокласний учений. Його міркування про те, що всі фізіологічні процеси є ферментативними реакціями і в шлунку міститься спеціальна травна речовина (кислота), були пророчими, але знадобилося цілих три століття, щоб їх науково обгрунтувати. Інтерес філософа Рене Декарта (1596—1650) до шлунка відображає його інтелектуальний пошук у визначенні фізичного місцезнаходження людської душі. Як прихильник ятроматематичної школи Декарт розглядав людське тіло як матеріальну машину, функції якої спрямовуються раціональним духом і, як у подальшому було визначено вченим, містяться у шишкоподібній залозі. Судження про те, що живіт чи сонячне сплетіння є джерелом душі, було частиною поширеного прагнення пізнати місцезнаходження людської душі та її "секрет".

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.321. Синдром подразненого кишечника і трансплантація фекальної мікробіоти. Огляд літератури / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 45-52. - Бібліогр.: 59 назв. - укр.

Мета роботи — провести аналіз даних літератури щодо ефективності застосування трансплантації фекальної мікробіоти (ТФМ) у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК). Проведено системний огляд літератури (PubMed, MEDLINE, Cochrane Library) щодо результатів досліджень застосування ТФМ у дорослих пацієнтів із СПК. Нині ТФМ є безпечним та успішним методом лікування рецидивів інфекції Clostridium difficile. Тривають дослідження можливості застосування ТФМ у разі інших захворювань. Результати використання ТФМ у пацієнтів із СПК є суперечливими. Деякі автори вказують на високу ефективність ТФМ при застосуванні у рефрактерних до стандартного лікування пацієнтів із СПК — від 36 до 70 % із тривалістю адекватного полегшення симптомів до 1 року. За даними інших авторів, позитивний клінічний ефект ТФМ тривав від 8 тиж до 3 міс, пізніше симптоми поступово відновилися. Дослідники відзначали, що найчастіше позитивним результат був у разі ТФМ від донорів із більшою кількістю стрептококів у фекаліях. За даними інших авторів, не було досягнуто стійкого зниження оцінки тяжкості симптомів СПК як мінімум на 50 балів у порівнянні з вихідним рівнем. Деякі дослідники не виявили переваги ТФМ над плацебо (контроль) і відзначили велику ефективність плацебо. Проведене узагальнення даних не виявило статистично значущої різниці в поліпшенні симптомів СПК у пацієнтів, які отримали трансплантацію донорської фекальної маси у порівнянні з плацебо. Звернено увагу на зв'язок результатів ТФМ із методологією. Результати кількох досліджень показали, що капсули плацебо є ефективнішими, ніж капсули, що містять донорські фекалії, тоді як ТФМ від донорської суспензії, доставленої за допомогою колоноскопії, перевершувала таку з автологічного матеріалу. Це може бути пов'язане з допоміжними речовинами капсульної ТФМ. Деякі дослідники зазначають, що для успішної ТФМ необхідне використання супердонора, а відповідь на ТФМ залежить від дози трансплантата. Встановлено, що для вирішення питання про доцільність застосування в рутинній клінічній практиці ТФМ у пацієнтів із СПК необхідно провести якісніші контрольовані дослідження з участю великих груп пацієнтів із СПК і тривалим спостереженням.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.322. Сучасні підходи до суті та оцінки кишкового дисбіозу. Огляд / С. М. Ткач, А. Е. Дорофєєв, Г. А. Дорофєєва // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 58-64. - Бібліогр.: 48 назв. - укр.

Дисбаланс, дисфункція або порушення кишкової мікробіоти (КМБ) дедалі частіше визнають як індикатор певного захворювання або поганого стану здоров'я. Через складність та індивідуальні варіації в мікробних угрупованнях відсутній золотий стандарт для визначення наявності або ступеня цього дисбалансу чи порушення кишкової мікробіоти (КМБ), хоча в багатьох дослідженнях це позначають терміном "кишковий дисбіоз" (КДБ). Проблема з визначенням КДБ зумовлена відсутністю чіткого визначення здорової КМБ. Для кваліфікації терміну "КДБ" визначено та застосовано кілька індексів. Згідно з результатами пошуку великого масиву літератури, відомі індекси дисбіозу методологічно можна згрупувати в 5 категорій: масштабне профілювання бактеріальних маркерів, релевантні методи на основі таксонів, класифікація оточення, випадковий прогноз, комбінована α/β-різноманітність. Наведені методи визначення та кількісної оцінки КДБ успішно фіксують відмінності між КМБ, пов'язаною зі специфічними станами, захворюваннями або втручаннями, а також наявною у здорових осіб або на початку лікування (до втручання). Такі індекси можуть допомогти охарактеризувати захворювання та несприятливі стани, спрогнозувати результати лікування та надати інформацію, відмінну від загальноприйнятих α- і β-оцінок мікробної різноманітності. Слід пам'ятати, що дисбіоз не є чітко визначеним станом і що індекси дисбіозу відрізняються за методологічними та клінічними контекстами, розроблені для різних когорт і опису різноманітних станів. Висвітлено сучасні основні методи та принципи, пов'язані з оцінкою КМБ у клінічному контексті, зокрема застосування індексів дисбіозу, їхній розрахунок і показники в контексті специфічних захворювань і станів. Індекси дисбіозу не є окремим вимірюванням, їх слід інтерпретувати в контексті клінічних даних. Слід пам'ятати, що КМБ, яка характеризує певне захворювання або втручання, часто змінюється внаслідок порушення таких чинників, як дієта, прийом лікарських препаратів, доступність кисню або імунні реакції. У такому випадку індекси дисбіозу застосовують як діагностичний маркер, але не обов'язково як предиктор захворювання. Значення індексів дисбіозу як простих інструментів для опису відмінностей між різними кишковими мікробними угрупованнями є важливим.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.323. Сучасні погляди на механізми патогенезу і тактику ведення хворих із перехрестом симптомів функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника. Огляд літератури / С. М. Ткач, А. Е. Дорофєєв, Н. В. Харченко // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 63-72. - Бібліогр.: 66 назв. - укр.

Такі поширені функціональні шлунково-кишкові розлади, як синдром подразненого кишечника (СПК) і функціональна диспепсія (ФД), хоча і не представлені будь-якими очевидними структурними ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), але значною мірою впливають на якість життя численних пацієнтів. За епідеміологічними даними, 26,7 — 48,7 % хворих на СПК і 20,0 — 42,1 % пацієнтів із ФД мають перехрест симптомів (оверлеп-синдром СПК/ФД). Синдром перехресту зазвичай призводить до серйозніших клінічних виявів, погіршення якості життя та виникнення ускладнень. У патогенезі як СПК, так і ФД велику роль відіграють хронічне низькоінтенсивне постінфекційне запалення або неінфекційне мікрозапалення та імунна відповідь, що призводять до вісцеральної гіперчутливості, порушення функції осі "мозок — кишечник" і слизового кишкового бар'єра, що зазвичай є причиною симптоматики СПК або ФД. Однак не зрозуміло, чи має запалення такий самий механізм при синдромі перехресту СПК/ФД. Висвітлено останні досягнення у вивченні механізмів запалення при оверлеп-синдромі СПК/ФД і запропоновано нову тактику лікування. Наведено сучасні дані щодо ролі перенесеної гастроінтестинальної інфекції, вторинного хронічного запалення, імунної відповіді, пошкодження кишкового слизового бар'єра, асоційованого з інфекцією ШКТ, впливу шлунково-кишкових інфекцій на ентеричну нервову систему та вісь "мозок — кишечник", можливої ролі інфекції Helicobacter pylori при перехресті симптомів СПК/ФД. Розглянуто роль неінфекційного запалення, зокрема синдрому надмірного бактеріального росту, харчової алергії, психологічного або ментального стресу у патогенезі СПК, ФД та оверлеп-синдрому СПК/ФД. Висвітлено сучасну тактику лікування та ведення таких хворих, в основі якої лежить вплив на запальні механізми.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.324. Чи впливають лікарські засоби з метаболічною дією на кишкову мікробіоту. Огляд літератури / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв, С. В. Гріднєва // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 37-47. - Бібліогр.: 109 назв. - укр.

Наведено результати досліджень на людях, що показують асоціацію між застосуванням певних лікарських препаратів і зміною

складу кишкового мікробіому та його функціонального профілю. Виявлено, що мікробіом кишечника прямо чи опосередковано впливає на метаболізм та ефективність великої кількості препаратів, зумовлюючи варіабельність їхньої активації, інактивації та токсичності. Показано, що понад 800 неантибіотичних препаратів чинять значний вплив на десятки основних видів бактерій, що колонізують шлунково-кишковий тракт. Наголошується, що незалежно від шляху уведення деякі препарати тривало існують у кишечнику та контактують з мікробіомом (парентерально введені лікарські засоби та їхні метаболіти можуть потрапляти в кишечник через секрецію жовчі), тому кишечник є важливим учасником метаболізму лікарських засобів. Наведено дані про основні таксономічні зміни споживачів інгібіторів протонної помпи та показано, що їхня виразність асоціювалася з вищою дозою інгібіторів протонної помпи. Такі зміни мікробіому можуть потенціювати розвиток захворювань, оскільки аналогічні тим, що призводять до зниження колонізаційної резистентності та кишкових інфекцій. Увагу приділено наявності асоціації між кишковим мікробіомом та цукрознижувальними препаратами. Наведено дані щодо ролі кишкового мікробіому як основної мішені дії метформіну. Встановлено, що метформін спричиняє збільшення чисельності Akkermansia muciniphila, яка корелює з ожирінням, цукровим діабетом 2 типу (ЦД-2), серцево-судинними захворюваннями та запаленням, і кількості лактобацил у верхніх відділах тонкої кишки, що сприяє його антидіабетичному ефекту. Показано, що метформін регулює численні метаболічні шляхи за допомогою взаємодії з кишковою мікробіотою та частково усуває дисбактеріоз, спричинений ЦД-2, а зміни у популяції мікроорганізмів, які розмножуються при введенні метформіну, тісно пов'язані з його ефективністю та переносністю. Щодо інших антидіабетичних засобів (глітазони, інгібітори α-глюкозидази, інгібітори дипептидилпептидази-4, агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1) показано, що одним з основних їхніх ефектів є усунення дисбактеріозу шляхом впливу на джерела поживних речовин для бактерій за рахунок зміни складу та тривалості перебування вуглеводів у кишечнику, що свідчить про їхній взаємозв'язок із кишковим мікробіомом. Установлено, що лактобацили мають інгібувальну активність щодо інгібіторів дипептидилпептидази-4. У цьому аспекті особливий інтерес можуть становити засоби, що модифікують мікробіом, насамперед пробіотики, пребіотики й антибіотики, оскільки їхнє застосування може значно змінити фармакокінетику препаратів. Патерн кишкового мікробіому, що спостерігається при лікуванні ліраглутидом, є повною протилежністю характерного для метаболічного синдрому. Прийом статинів пов'язаний зі змінами мікробіому кишечника.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.325. Assessment of mental health in patients with irritable bowel syndrome / M. Fircak // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 252-257. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Дослідження психічного здоров'я у хворих із синдромом подразненої товстої кишки (СПК) не тільки є перспективним напрямком медицини щодо визначення психологічного профілю хворих, а й може слугувати альтернативою стосовно подальшої тактики ведення та лікування даної групи пацієнтів. Мета дослідження — вивчити особливості психічного здоров'я у хворих із СПК. У психіатричній клініці лікарні м. Євле за 2019 — 2021 рр. було обстежено 54 особи зі СПК, які становили І групу хворих. До контрольної групи увійшли 40 практично здорових осіб. Оцінку психологічного статусу визначали за допомогою таких методик: шкали психологічного стресу PSM-25; оцінки рівня стресу (методика Холмса — Раге); оцінки стану здоров'я — коротка форма (36) (опитувальник SF-36 Health Assesment). Незважаючи на те, що фізичні симптоми (біль у животі, спазм протягом кишечника, порушення акту дефекації) були головними скаргами в клінічній картині в обстежених нами пацієнтів зі СПК, було встановлено, що ключовим фактором у загостренні та підтримці фізичних симптомів СПК є психосоціальні фактори (когнітивні та емоційні). Оцінено якість життя та психологічний стан в обстежених пацієнтів зі СПК. Аналізуючи опитувальники, на які відповідали пацієнти з І групи зі СПК (n = 54) та ІІ групи (контрольна; n = 40), щодо рівня психологічного стресу (PSM-25), пацієнтів було розподілено за статтю та одержано такі результати: у 42,9 % пацієнтів жіночої статі І групи виявлено високий рівень стресу, у 50,0 % — середній рівень, а низький рівень стресу відмічався лише в 7,1 % пацієнтів жіночої статі І групи. Після аналізу рівня стресу було здійснено оцінку стресостійкості, оскільки значна частина пацієнтів перебувала у стресі високого та середнього рівня. Рівень стресу був вірогідно вищим у пацієнтів зі СПК у порівнянні з ІІ групою (контрольна). Відповідно до даних анкети психологічний та фізичний компоненти здоров'я були також знижені у хворих на СПК у порівнянні з групою контролю. Висновки: у хворих зі СПК установлено високий та середній рівні стресу, а також зниження стресостійкості, що більш виражено у пацієнтів чоловічої статі. У хворих зі СПК діагностовано зниження психологічного та фізичного компонентів здоров'я, що вказує на зниження якості життя даних хворих.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.326. Immunological disorders and colonic dysbiosis in patients with biliary lesions in type 2 diabetes mellitus and obesity / Ye. S. Sirchak, M. M. Nastych // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 229-234. - Бібліогр.: 7 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчити особливості змін імунологічного статусу та їх зв'язок з дисбактеріозом товстої кишки у хворих з ураженням жовчовивідних шляхів на фоні цукрового діабету (ЦД) 2 типу та ожиріння. У дослідження було включено 54 пацієнти з ЦД 2 типу та ожирінням різного ступеня тяжкості. Сформовано дві групи обстежених пацієнтів із ЦД 2 типу та ожирінням залежно від типу ураження жовчовивідної системи: в І групу ввійшли 24 хворих з хронічним безкам'яним холециститом, а ІІ групу становили 30 пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ). Визначення кількісного та якісного складу мікрофлори товстої кишки вказує на дисбіотичні зміни у хворих на ЦД 2 типу з ожирінням та ураженням жовчовивідної системи. Більш виражені порушення в кількісному та якісному складі мікрофлори товстої кишки діагностовано у пацієнтів ІІ групи (ЦД 2 типу та ожиріння у поєднанні з ЖКХ). У хворих ІІ групи вірогідно частіше встановлено збільшення кількості Enterobacter (на 14,2 %, $p < 0,05$), Citrobacter (на 31,8 %, $p < 0,01$), Staphylococcus (на 16,7 %, $p < 0,05$), Clostridium (на 11,8 %, $p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами І групи. У пацієнтів із ЖКХ при ЦД 2 типу та ожирінні встановлено більш виражене збільшення всіх показників імуноглобулінів. Зростання рівнів IgA та IgG є безперечним доказом активізації гуморальної ланки імунокомпетентної системи організму у хворих з ураженням жовчовивідної системи при ЦД 2 типу та ожирінні. Висновки: у хворих на ЦД 2 типу та ожиріння у поєднанні з ураженням жовчовивідної системи (переважно при ЖКХ) виявлено зміну кількісного і якісного складу мікрофлори товстої кишки (зменшення кількості Bifidobacterium і Lactobacillus та збільшення концентрації Clostridium, стафілококів, Proteus та Klebsiella). Встановлено порушення імунологічного статусу у хворих на ЦД 2 типу та ожиріння у поєднанні з ураженням жовчовивідної системи, що проявляється збільшенням рівнів IgA, IgG, IgM, IgG та зменшенням показника С3 та С4 у сироватці крові, переважно у пацієнтів із ЖКХ. Збільшення рівня IgA та IgG прямо залежить від зміни кількості Bifidobacterium і Lactobacillus, Staphylococcus, Clostridium, Proteus при мікробіологічному дослідженні фекалій у хворих на ЦД 2 типу та ожиріння у поєднанні з ураженням жовчовивідної системи (переважно ЖКХ).

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.327. Prevalence of small intestinal bacterial overgrowth syndrome among patients with inflammatory bowel disease and its impact on nutritional status and clinical manifestations / Yu. M. Stepanov, M. V. Titova, N. V. Nedzvetska // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 166-171. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Мета дослідження — визначити частоту СНБР в осіб із хронічними запальними захворюваннями кишечника (ХЗЗК) залежно від нозологічних форм та дослідити його влив на клініко-лабораторні показники нутритивного статусу та клінічні прояви. Було обстежено 100 пацієнтів із ХЗЗК віком від 19 до 79 років (у середньому (42,54 ± 1,50) року), у тому числі 70 осіб із неспецифічним виразковим колітом (НВК), 30 — із хворобою Крона (ХК). Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, антропометричні вимірювання, загальний та біохімічний аналізи крові (із визначенням загального білка, альбуміну, преальбуміну). Для характеристики стану мікробіоти тонкого кишечника (наявності СНБР) усім хворим проведено водневий дихальний тест із навантаженням глюкозою з використанням газоаналізатора Gastro + Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія). Аналіз частоти виявлення СНБР показав, що зміни у стані мікрофлори тонкої кишки спостерігались у

45 % пацієнтів із ХЗЗК. Поширеність СНБР виявилася вищою в групі пацієнтів із ХК — 53,3 % (16), ніж у групі з НВК — 41,4 % (29). Наявність СНБР у групі хворих на НВК мала статистичну значущість та прямий кореляційний зв'язок із тривалістю захворювання — (9,3 ± 6,2) проти (2,9 ± 3,1) року (p = 0,001, r = 0,55). Спостерігалося зниження ваги та індексу маси тіла в пацієнтів із СНБР, особливо в осіб із ХК: так, середній показник індексу маси тіла в цих хворих становив (19,8 ± 3,5) кг/м^2. Виявлено вірогідну різницю між рівнями загального білка у хворих із СНБР та без нього як у загальній групі, так і в групі НВК: (65,8 ± 8,4) проти (70,2 ± 8,2) г/л (p = 0,009, r = -0,232) та (66,5 ± 8,3) проти (70,7 ± 7,4) г/л (p = 0,029) відповідно, а також було знижено рівні альбуміну в обох нозологічних групах. Не виявлено залежності між вираженістю абдомінального болю та наявністю СНБР. При виявленому СНБР прояви метеоризму значно переважали у хворих на НВК — 75,8 % (n = 22), а діарейний синдром у пацієнтів із ХК — 75 % (n = 12). Висновки: одержані результати свідчать про високу поширеність СНБР у пацієнтів із ХЗЗК. Пацієнти з ХК страждали від СНБР частіше (53,3 %), ніж пацієнти з НВК (41,4 %) (із переважанням хворих із тяжким ступенем вираженості). Виявлено прямий кореляційний зв'язок СНБР із тривалістю захворювання в осіб із НВК (r = 0,55; p < 0,05), що пояснюється порушенням фізіологічних бар'єрів, які запобігають виникненню СНБР, внаслідок більшої кількості епізодів загострення, тривалого прийому медичних препаратів та приєднання супутньої патології з часом. Негативний вплив СНБР на нутритивний статус проявлявся у зниженні маси тіла, індексу маси тіла та інших антропометричних (окружність середньої частини плеча, окружність м'язів плеча, товщина шкірно-жирової складки) та лабораторних (загальний білок, альбумін, преальбумін) параметрів у цих пацієнтів. Найчастішими симптомами в пацієнтів із ХЗЗК із СНБР були абдомінальний біль, діарейний синдром та метеоризм, що явно відображало типову клінічну картину СНБР.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.328. The study of tissue IgG4 in the mucous membrane of the colon in patients with inflammatory bowel disease / Yu. M. Stepanov, T. S. Tarasova, M. V. Stoikevych, Yu. A. Gaydar, N. S. Fedorova // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 246-251. - Бібліогр.: 26 назв. - англ.

На сьогодні запальні захворювання кишечника (ЗЗК) є глобальною проблемою, поширеність якої зростає в усьому світі. Це значно підвищує економічне навантаження на систему охорони здоров'я. Останнім часом у багатьох дослідженнях вказують на важливу роль імуноглобуліну G4 (IgG4) у формуванні хронічного запалення при ЗЗК і можливість використання його як біомаркера запального процесу. Мета дослідженя — удосконалити діагностику хронічних запальних захворювань кишечника на підставі вивчення стану IgG4-позитивних плазматичних клітин у слизовій оболонці товстої кишки у пацієнтів із виразковим колітом (ВК) та хворобою Крона (ХК). Обстежено 34 осіб із ЗЗК: 25 із ВК та 9 із ХК, із них 20 жінок та 14 чоловіків середнім віком (38,8 ± 3,0) та (38,2 ± 3,7) року відповідно. Пацієнтів було розподілено на групи залежно від нозології та тяжкості перебігу захворювання. В усіх хворих виконано ендоскопічне дослідження товстої кишки з метою встановлення або уточнення діагнозу, одержано біопсійні зразки для гістологічного та імуногістохімічного аналізу. У 13 (38,3 %) з 34 обстежених пацієнтів виявлено позитивний результат на наявність тканинного IgG4 (≥ 10 клітин у полі зору). Серед осіб із ВК 48,0 % мали позитивний результат імуногістохімічного дослідження на тканинний IgG4, у пацієнтів із ХК цей показник становив 11,1 %, що надає можливість стверджувати, що при ВК підвищення тканинного IgG4 зустрічається в 4,4 разу частіше. При середньому ступені тяжкості ВК позитивний тканинний IgG4 виявляють в 1,1 разу частіше, ніж при тяжкому перебігу. У хворих із легким ступенем тяжкості тканинний IgG4 не виявлявся. Висновки: при ВК IgG4-позитивні клітини в слизовій оболонці товстої кишки зустрічаються частіше, ніж при ХК, що надає змогу використовувати цей показник для диференційної діагностики виразкового коліту і хвороби Крона. Позитивний тканинний IgG4 зустрічається частіше при середньому ступені тяжкості, ніж при тяжкому.

Шифр НБУВ: Ж63141

Див. також: 1.Р.117, 1.Р.260, 1.Р.304, 1.Р.306, 1.Р.353

1.Р.329. Випадок ендоваскулярного лікування вродженої артеріопортальної фістули печінки / Г. А. Дорогавцева, Є. С. Буцко, А. Г. Голяка // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 38-44. - Бібліогр.: 46 назв. - укр.

Розвиток і широке використання інструментальних методів обстеження, таких як мультиспіральна комп'ютерна томографія, комп'ютерна томографія з ангіографією, дуплексне сканування судин, субтракційна ангіографія, надають змогу діагностувати рідкісні судинні захворювання, зокрема артеріовенозні фістули печінки. Метод хірургічного лікування цієї патології може бути як відкритим хірургічним, так і ендоваскулярним із застосуванням емболізувальних імплантатів або спіралей. Наведено клінічний випадок діагностики та ендоваскулярного лікування внутрішньопечінкової артеріопортальної фістули (ВП АПФ) у пацієнта 33 років у Центрі інтервенційної нейрорадіології клінічної лікарні "Феофанія" ДУС. При виборі виду оперативного лікування враховували показання та протипоказання до проведення втручання. Застосовано ендоваскулярний метод (ЕВМ): виключення ВП АПФ шляхом імплантації мікроспіралей Nester 20 мм, MReye 20 мм, Tornado 10^{-4} мм. У віддалений період після оперативного лікування (через 3 міс) спостерігали позитивну динаміку (контроль здійснювали за такими критеріями, як відсутність скарг, нормалізація лабораторних показників, позитивна динаміка за даними контрольної ренальної ангіографії). Ліквідація АПВ сприяла зменшенню портальної гіпертензії та поліпшенню функціонального стану печінки. ЕВМ лікування хворих із ВП АПФ є ефективним і може бути методом вибору при лікуванні. Перевагами ЕВМ є мінімізація інтра- та післяопераційних ускладнень, менший післяопераційний реабілітаційний період.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.330. Вплив гепатотропної та метабіотичної корекції на спектр вільних жирних кислот при експериментальному токсичному ураженні печінки / В. І. Діденко, В. А. Карачинова, І. А. Кленіна, Ю. А. Гайдар, Н. Ю. Ошмянська, О. І. Грабовська, О. О. Галінський, Н. С. Вішнаревська // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 82-88. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

На сьогодні переважно вивчаються процеси пошкодження гепатоцитів під впливом вільних жирних кислот (ВЖК) в умовах in vitro. Тому значний інтерес викликає дослідження in vivo спектра ВЖК за патологій печінки різного генезу, у тому числі і токсичного. Мета роботи — оцінити морфобіохімічні зміни у печінці щурів із тетрахлоретан-індукованим (CCl_4) ураженням печінки без та після медикаментозної корекції. Змодельовано токсичне ураження печінки шляхом підшкірного введення щурам розчину CCl_4 в оливковій олії. Сформовано такі групи: контрольна (здорові; n = 15); I — CCl_4-індуковане ураження печінки без медикаментозної корекції (n = 6); II — CCl_4-індуковане ураження печінки + Ліверія ІС (метадоксин; n = 8); III — CCl_4-індуковане ураження печінки + метабіотик (хілак форте) (n = 7). Для морфологічної оцінки стеатозу та фіброзу використовували трикольорове якісне забарвлення зразків печінки за Маллорі — Слінченком. Методом газової хроматографії визначено кількісний уміст мононенасичених жирних кислот (МНЖК) у гомогенаті печінки. Оцінка гепатобіоптатів у I групі щурів виявила дезорганізацію тканини з макровезикулярним стеатозом у цитоплазмі гепатоцитів, формування міжчасточкових множинних фіброзних септ і запальноклітинну інфільтрацію. Застосування метадоксину (II група) та метабіотика (III група) покращувало морфологічну картину печінки, що уражена CCl_4. Загальний уміст МНЖК вірогідно підвищувався у 118 (p < 0,001), 34 (p < 0,001) і 99 разів (p < 0,001) відповідно для I — III групи тварин щодо контролю, проте у II групі він мав тенденцію до зниження в 3,5 (p = 0,430) і 2,9 разу (p = 0,064) у порівнянні з I і III групами відповідно. Встановлено, що корекція метадоксином і метабіотиком зменшила прояви білково-жирової дистрофії в гепатоцитах. У всіх дослідних групах тварин уміст МНЖК підвищувався переважно завдяки значним концентраціям cis-10-пентадеценової, cis-10-гептадеценової, trans- і cis-9-октадеценової та cis-11-ейкозенової кислот. Уміст МНЖК більше знижувався під впливом метадоксину, ніж метабіотика.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.331. Вплив ендотоксемії на розвиток неалкогольної жирової хвороби печінки / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв, І. Е. Кушнір, В. М. Чернова, Т. А. Соломенцева, Я. В. Нікіфорова, О. Г. Курінна // Сучас. гастроен. - 2021. - № 5/6. - С. 5-11. - Бібліог.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити рівень ендотоксину та оцінити взаємозв'язки між ендотоксемією та метаболічними параметрами та

ступенем стеатозу та фіброзу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на тлі метаболічного синдрому. У дослідження було залучено 68 хворих на НАЖХП із метаболічними порушеннями та 20 осіб контрольної групи (КГ). В обох досліджуваних групах переважали жінки. Середній вік хворих становив (49,34 ± 10,8) року. Всім хворим проводили оцінку антропометричних параметрів, дослідження складу тіла з визначенням відсотка вісцеральної жирової тканини. Для виявлення дисфункції вісцеральної жирової тканини обчислювали індекс вісцерального ожиріння за методом M. C. Amato. Стеатометрію здійснювали шляхом визначення коефіцієнта затухання хвилі та проведення зсувнохвильової еластометрії. Концентрацію ендотоксину в сироватці крові визначали з використанням набору реактивів LAL Chromogenic Endpoint Assay (Hycult Biotech, Нідерланди). Рівень бактеріального ендотоксину в периферичній крові у хворих майже втричі перевищував показник КГ ($p < 0,05$). У пацієнтів з надлишковою масою тіла та ожирінням вміст ендотоксину у порівнянні з КГ був більшим ($p < 0,05$). Виявлено статистично значуще підвищення рівня ендотоксину у хворих з ожирінням в порівнянні з пацієнтами із НАЖХП із нормальною масою тіла ($p < 0,05$). Зв'язок між вмістом ендотоксину та показниками абдомінального nf вісцерального ожиріння є прямо пропорційним. У групі хворих із високою активністю вісцеральної жирової тканини зареєстрували максимальні значення вмісту ендотоксину, який статистично значущо відрізнявся від такого у хворих із низьким і середнім індексом вісцерального ожиріння ($p < 0,05$). Виявлено прямо пропорційний зв'язок середньої сили між вмістом ендотоксину та рівнем інсулінорезистентності, слабкої сили — між рівнем ендотоксину та показниками ліпідограми. У хворих зі стеатозом 2-го та 3-го ступеня різниця за рівнем ендотоксемії щодо показників КГ і пацієнтів зі стеатозом 1-го ступеня була статистично значущою ($p < 0,05$). За високих градацій фіброзу печінки (F3 — F4) відзначено тенденцію до зниження рівня ендотоксемії у порівнянні з фіброзом низького ступеня ($p < 0,05$). Виявлено взаємозв'язки між рівнем ендотоксемії та метаболічними чинниками розвитку НАЖХП, що свідчить про патогенетичну роль бактеріальної ендотоксемії в запуску каскаду метаболічних реакцій із накопиченням ліпідів у тканині печінки та прогресуванням стеатозу та фіброзу.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.332. Вплив засобу Панкрео-Плант на гістологічні показники печінки за умов гострого токсичного гепатиту / Л. М. Трутаєва // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 328-335. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Особенность лекарственного токсического гепатита — широкий спектр клинических проявлений, отсутствие однозначных методов диагностики заболеваний, нередко плохой прогноз, что делает его одной из самых сложных проблем в клинической практике. Перспективным лекарственным средством для терапии токсических поражений печени можно считать многокомпонентное растительное средство, которое отечественный производитель выпускает в форме диетической добавки. Цель работы — исследовать влияние растительного средства Панкрео-Плант на гистологическую структуру печени крыс в условиях подострой этанол-тетрахлорметановой интоксикации. Сформировали модель отравления и исследовали образцы печени белых нелинейных крыс. Микропрепараты изучили под световым микроскопом Granum, микроскопические изображения сделали цифровой камерой Granum DCM 310. Фотографии обработали на компьютере с помощью программы Toup View. Изучили микропрепараты, полученные из образцов печени крыс при условии подострой этанол-тетрахлорметановой интоксикации. Доказано, что средство Панкрео-Плант способствует уменьшению некротических проявлений, гидропической дистрофии гепатоцитов, проявлений стеатоза и признаков воспаления, стимулирует углеводный обмен в гепатоцитах, улучшает регенераторные проявления. Исследуемое средство на основе лекарственного растительного сырья при использовании модели подострой этанол-тетрахлорметановой интоксикации проявляет значительное гепатопротекторное действие, нормализует гистологическую структуру гепатоцитов, восстанавливает процессы накопления гликогена, предотвращает развитие жировой дистрофии печени.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.333. Вплив лізиноприлу та L-аргініну L-глутамату на біохімічні маркери фіброзу в організмі щурів за хронічного токсичного гепатиту / Н. А. Рикало, Ю. М. Олійник // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 3. - С. 187-194. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити вміст гідроксипроліну в печінці та нирках, оцінити його зв'язок із сироватковим вмістом TGF-β та IGF-1 за хронічного токсичного гепатиту (індукованого тетрахлорметаном та етанолом) та корекції лізиноприлом і L-аргініном L-глутаматом (препарат порівняння). Дослідження виконано на 48 білих нелінійних щурах-самицях віком 1,5 міс. із масою тіла 60—80 г. Тварини були поділені на 4 групи: 1 — інтактні щури; 2 — тварини з хронічним токсичним гепатитом, який моделювали шляхом інтрагастрального введення 20 % олійного розчину тетрахлорметану в дозі 0,1 мл/100 г маси двічі на тиждень у комбінації з 5 % розчином етанолу протягом 8 тиж.; 3 — тварини з хронічним токсичним гепатитом, які протягом 8 тиж. отримували лікування лізиноприлом (20 мг/кг/добу, інтрагастрально); 4 — тварини з хронічним токсичним гепатитом, які отримували лікування препаратом порівняння L-аргініном L-глутаматом (35 мг/кг/добу, інтрагастрально). У сироватці крові визначали вміст трансформуючого фактора росту бета (TGF-β) та інсуліноподібного фактора росту 1 (IGF-1) імуноферментними методами. У постядерних супернатантах гомогенатів печінки та нирок визначали вміст вільного гідроксипроліну за реакцією з пара-диметиламінобензальдегідом. Хронічний токсичний гепатит супроводжувався порушеннями обміну колагену та розвитком фіброзу печінки та нирок, про що свідчило зростання вмісту вільного гідроксипроліну відповідно на 52,7 і 39,2 % ($p < 0,05$) у печінці та нирках щурів у порівнянні з показниками контрольної групи. Реєструвалось також вірогідне збільшення вмісту TGF-β та IGF-1 у сироватці крові відповідно на 13,5 і 13,7 % у порівнянні з контролем. За цих умов рівні TGF-β та IGF-1 у сироватці крові корелювали з вмістом вільного гідроксипроліну в печінці та нирках ($r = 0,62—0,82$, $p < 0,05$). Застосування лізиноприлу за хронічного токсичного гепатиту виявляло антифіброгенну дію в печінці та нирках (вміст вільного гідроксипроліну в печінці та нирках на 23,2 і 24,7 % є меншим у порівнянні з нелікованими тваринами, $p < 0,05$), яка перевищувала таку в препарату порівняння L-аргініну L-глутамату. Антифіброгенна дія лізиноприлу асоціювалась з достовірним зниженням сироваткових рівнів TGF-β та IGF-1 відповідно на 54,1 і 12,1 % ($p < 0,05$) у порівнянні з нелікованими тваринами ($r = 0,58 — 0,78$, $p < 0,05$). Отримані дані надають можливість рекомендувати застосування лізиноприлу з метою профілактики фіброзу печінки та нирок за хронічного токсичного гепатиту.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.334. Діагностична й передбачувана цінність і відношення правдоподібности зміни показників деяких лабораторних синдромів та їх констеляцій у хворих на цироз печінки з порушенням мінеральної щільности кісткової тканини / Н. В. Дробінська, О. О. Абрагамович, М. О. Абрагамович, О. П. Фаюра, М. Р. Ферко, І. Ю. Корнійчук, Р. Б. Іваночко // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 41-52. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Зміни певних лабораторних показників крови, лабораторні синдроми, на які вони вказують, та їх констеляції потребують дослідження їх цінности для можливости використання клініцистами з метою виявлення чи заперечення проявів порушення мінеральної щільности кісткової тканини (ПМЩКТ) у хворих на цироз печінки (ЦП), позаяк мають певні особливості. Досліджено діагностичну й передбачувану цінність і відношення правдоподібности зміни показників деяких лабораторних синдромів та їх констеляцій у хворих на ЦП з порушенням мінеральної щільности кісткової тканини. У рандомізований спосіб обстежено 90 хворих на ЦП (27 жінок (30,0 %), 63 чоловіки (70,0 %) віком 18 — 66 років) і стратифіковано за наявністю уражень кісток згідно з рекомендаціями ВООЗ за Т-критерієм. Із 72 (80,0 %) хворих на ЦП з ПМЩКТ сформували дослідну групу (ДГ) (46 (63,9 %) хворих на ЦП з остеопенією — ДГ А; 26 (36,1 %) хворих на ЦП з остеопорозом — ДГ Б) і з 18 (20,0 %) хворих на ЦП без ПМЩКТ — групу порівняння (ГП). Лабораторні синдроми діагностували на основі виявлення відхилень лабораторних показників крови, а саме: цитолізний — у разі збільшення вмісту аспартатамінотрансферази чи аланінамінотрансферази у плазмі крові; мезенхімально-запальний — у разі підвищення показників тимолової проби чи γ-глобулінів; гепатоцелюлярної недостатности — зменшення фібриногену, протромбінового індексу, загального білка чи аль-

бумінів; холестазний — збільшення значень лужної фосфатази (ЛФ), γ-глютамілтранспептидази чи загального білірубіну; портосистемного шунтування — зниження показників натрію, калію чи підвищення креатиніну; дисліпідемії — збільшення у сироватці крові вмісту холестеролу, В-ліпопротеїдів, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності чи зменшення ліпопротеїдів високої щільності. Дослідження проведено за два етапи. На першому етапі визначено показники діагностичної, передбачуваної цінності й відношення правдоподибності змін лабораторних показників (перший крок першого етапу дослідження) лабораторних синдромів і констеляцій лабораторних синдромів (другий крок першого етапу дослідження) та одночасного прояву певної кількості лабораторних синдромів ЦП із шести досліджуваних (третій крок першого етапу дослідження), які статистично достовірно відрізнялися або мали істотний прямий стохастичний зв'язок із певним ураженням кісток. Найбільш цінні з них, які підтверджувалися одночасно обома статистичними критеріями, були обрані для другого етапу, на якому обчислено й зображено за допомогою номограми теореми Байєса посттестову ймовірність проявів ПМЩКТ у разі їх наявности або відсутности. Висновки: виявлено зміни лабораторних показників крови деяких лабораторних синдромів і їх констеляції, що володіють певною діагностичною, передбачуваною цінністю і відношенням правдоподібности та можуть або підтверджувати, або заперечувати прояви ПМЩКТ. Найбільш цінними є високочутливе зменшення ліпопротеїдів високої щільности — для виключення усіх проявів порушення мінеральної щільности кісткової тканини, середньочутливе збільшення значень лужної фосфатази — для виключення остеопорозу, високоспецифічний одночасний прояв п'яти досліджуваних лабораторних синдромів із шести — для підтвердження остеопорозу у хворого на ЦП.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.335. Дослідження NO залежного механізму дії L-орнітину L-аспартату щодо синдрому цитолізу та холестазу / В. А. Дацко, О. М. Олещук, Г. Я. Лой, М. П. Кланца, Т. В. Дацко, М. І. Луканюк, В. В. Черняшова, К. А. Посохова, І. П. Мосейчук, А. З. Ничик // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 36-44. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета дослідження — з'ясувати залежність між синтезом оксиду азоту (NO) і реалізацією гепатопротективних ефектів L-орнітину L-аспартату (LOLA) при синдромах цитолізу та холестазу, індукованих токсичним ураженням печінки тетрахлорметаном (CCl_4). Дослідження проведено на 24 білих статевозрілих нелінійних щурах-самцях. Гострий токсичний гепатит змодельлвано одноразовим внутрішньоочеревинним введенням CCl_4 із розрахунку 2 г/кг маси тіла у вигляді 50 % розчину на оливковій олії. Коригуючі речовини вводили протягом 6 діб інтраперитонеально, один раз на добу, щоденно. Дослідження проводили на 7 добу. LOLA вводили в дозі 200 мг/кг маси тварини, N-нітро-L-аргінін метиловий ефір (L-NAME) — по 10 мг/кг маси щура у вигляді 1 % водного розчину. Біохімічні дослідження проводили за допомогою стандартних наборів реактивів "Спайнлаб". Гістологічні зрізи тканин печінки забарвлювали гематоксиліном та еозином. Для статистичної обробки результатів використовували однофакторний дисперсійний аналіз за допомогою програм Origin 7.5 (Origin Lab Corporation, USA), Statistica 10 (StatSoft, USA) та Microsoft Excel XP (USA). Результати дослідження свідчать про те, що застосування L-NAME, конкурентного неселективного інгібітора синтезу NO, у щурів із токсичним ураженням печінки на тлі корекції LOLA сповільнювало відновлення гепатоцитів у ділянці портальних трактів і нівелювало ефективність LOLA у попередженні зростання активности аланінамінотрансферази й аспартатамінотрансферази. Лікування LOLA сприяло також зниженню активности лужної фосфатази та гамма-глутамілтрансферази, однак одночасне введення L-NAME реверсувало ці ефекти препарату. Втрата ефективності LOLA у разі застосування L-NAME означає, що препарат реалізує ці ефекти через залежний від синтезу NO механізм. У той самий час введення L-NAME не порушувало здатність LOLA пригнічувати CCl_4-індуковане збільшення маси печінки, підвищення загального холестеролу та не викликало достовірних змін концентрації загального білірубіну, що свідчить про незалежний від активности NO-синтази (NOS) шлях реалізації цих ефектів. Таким чином, через 7 днів після токсичного ураження печінки, зумовленого CCl_4, LOLA запобігає цитолізу та підвищенню активности лужної фосфатази та гамма-глутамілтрансферази через NO-залежний механізм, однак зниження вмісту загального білірубіну та загального холестеролу відбувається шляхом, незалежним від активності NOS.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.336. Клінічне ведення дорослих пацієнтів із патологічними результатами печінкових біохімічних тестів / О. В. Швець // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 55-63. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Підвищення показників біохімічних печінкових тестів може виникати внаслідок гострого або хронічного пошкодження печінки. Відповідно до співвідношення ключових маркерів виділяють гепатоцелюлярний, холестатичний, змішаний варіанти та ізольовану гіпербілірубінемію. Результати первинної оцінки пацієнта з елевацією печінкових біохімічних маркерів зумовлюють тактику діагностичного пошуку та подальшого лікування хворого.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.337. Клінічний випадок порушень функцій печінки та можливості їхньої корекції після COVID-19 на основі зарубіжних і вітчизняних рекомендацій / Г. Д. Фадєєнко, Я. В. Нікіфорова, А. М. Черняк // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 32-39. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Через складну епідеміологічну ситуацію, що склалася внаслідок інфекції COVID-19, у лікарів різних спеціальностей виникла низка запитань щодо тактики лікування хворих. Сучасні дані свідчать, що SARS-CoV-2 має здатність уражувати всі органи та системи організму, зокрема шлунково-кишковий тракт. Одним із органів-мішеней при інфекції COVID-19 є печінка. Наведено сучасні зарубіжні та вітчизняні рекомендації щодо курації пацієнтів з ураженнями печінки. Описано клінічний випадок порушень функцій печінки та можливості їхньої корекції після COVID-19. Висвітлено основні патогенетичні механізми змін печінкових проб (імунна активація та запалення, спричинене цитокінами з ініціацією цитокінового шторму, коагулопатії та поліорганної недостатності, цитотоксичність унаслідок реплікації вірусу в холангі- та гепатоцитах за участю рецепторів ангіотензинперетворювального ферменту-2 і серинової протеази-2, тяжка гіпоксія, спричинена ураженням ендотелію судин, медикаментозні пошкодження печінки, зумовлені гепатотоксичністю та імуноопосередкованим пошкодженням, реактивація раніше існуючих захворювань печінки (гепатит, неалкогольна жирова хвороба печінки, а також прогресування та декомпенсація цирозу печінки). Вітчизняний алгоритм менеджменту пацієнтів із захворюваннями печінки, госпіталізованих із підтвердженою інфекцією COVID-19, передбачає контроль печінкових проб 1 раз на 2—3 міс, ступеня фіброзу 1 раз на рік, корекцію харчування та способу життя, мінімізацію медикаментозної терапії, призначення препаратів (гепатопротекторів) і корекцію процесів мікроциркуляції та функцій інших органів/систем. У наведеному клінічному випадку продемонстровано значущість своєчасного лікування порушень функціонального стану печінки та необхідність динамічного моніторингу стану пацієнтів, які перехворіли на COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.338. Неалкогольна жирова хвороба печінки як ендогенний чинник дисбіозу в структурі мікробіому порожнини рота / Д. В. Ємельянов, Н. І. Черелюк // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 42-47. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити дисбіотичне порушення на прикладі деяких агресивних пародонтопатогенів у мікробіомі порожнини рота у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). Було відібрано 126 осіб з діагнозом НАЖХП на тлі ожиріння I — III ступеня або надлишкової маси тіла (основна група) і 20 практично здорових осіб з нормальною масою тіла без клінічних порушень з боку системи органів травлення та ознак стеатозу печінки (контрольна група). У всіх хворих визначено склад кишкової мікробіоти на рівні основних філотипів шляхом ідентифікації загальної бактеріальної ДНК і ДНК Bacteroidetes, Firmicutes і Actinobacteria за допомогою методу кількісної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Стоматологічне дослідження проведено за стандартними методиками з визначенням спрощеного індексу гігієни порожнини рота (OHI-S) та пародонтальних індексів. Оцінювали фізичні показники слини (швидкість салівації нестимульованої змішаної слини, в'язкість та pH). Проводили забір матеріалу із пародонтальних кишень за допомогою паперових ендодонтичних абсорберів для визначення рівня пародонтопатогенів за методом ПЛР у реальному часі (qRT-PCR) з використанням універсальних праймерів. Концентра-

цію гінгіпаїну К у ротовій рідині визначали за імуноферментним методом з використанням набору реактивів. Аналіз структури кишкового мікробіому виявив наявність дисбіотичного порушення у хворих на тлі НАЖХП у бік переважання філотипу Firmicutes над Bacteroides ($p < 0,01$). Рівень ендотоксемії був статистично значущо вищим у хворих основної групи (0,9 [0,6; 1,08], $p = 0,000$) у порівнянні із контрольною групою (0,43 [0,12; 0,55], $p = 0,000$). Зафіксовано негативні зміни фізичних показників слини/ротової рідини у хворих основної групи: зниження швидкості салівації і pH (0,26 ± 0,006; 6,46 ± 0,01, відповідно) та підвищення в'язкості (3,13 ± 0,05). Різниця між досліджуваними групами статистично значуща ($p = 0,000$). Виявлено дисбіотичне порушення в еконіші і зубоясеневій борозні у хворих основної групи і переважання агресивних пародонтопатогенів I порядку — Porphyromonas gingivais (5,49 [3,5; 6,37] LogГЕ/мл) та Tanerella forsythia (5,09 [3,65; 6,45] LogГЕ/мл), підвищення рівня ендотоксину (33,5 [23,8; 52,3] EU/мл) та гінгіпаїну (98,9 [84,2; 128,6] пг/мл) у ротовій рідині. У 67,4 % хворих основної групи виявлено захворювання пародонта запально-деструктивного характеру — хронічний пародонтит (ХП). Рівень якості проведення домашньої гігієни порожнини рота був незадовільним у хворих основної групи і становив у середньому 2,3 бала за OHI-S. Висновки: хронічний запальний процес є основою патогенезу НАЖХП і ХП та має коморбідний характер через взаємну продукцію системно активних прозапальних цитокінів і ендотоксину. Потрапляння пародонтопатогенів I порядку до біотопу і кишечника із джерела ХП на тлі НАЖХП та підтримання дисбіотичного порушення в ньому підтверджено в поодиноких експериментах. Необхідно провести додаткові поглиблені спільні дослідження стоматологів та інтерністів.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.339. Неалкогольний стеатогепатит у хворих з ендокринною патологією. Огляд літератури / С. М. Ткач, Т. Л. Чеверда // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 82-93. - Бібліогр.: 50 назв. - укр.

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) є субтипом неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), який за відсутності лікування може прогресувати до розвитку цирозу та гепатоцелюлярної карциноми, а також спричинити підвищення асоційованої з цими захворюваннями смертності. Основними чинниками ризику розвитку НАЖХП і НАСГ є інсулінорезистентність і ожиріння. Часто НАЖХП та НАСГ асоціюються з позапечінковими виявами, такими як обструктивне апное уві сні, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, кишковий дисбіоз, генетична схильність, малорухливий спосіб життя та вживання певних продуктів. З НАЖХП і НАСГ також пов'язані деякі ендокринні захворювання та стани, зокрема цукровий діабет 2 типу, синдром полікістозних яєчників, гіпотиреоз, чоловічий гіпогонадизм, дефіцит або надлишок гормону росту, гіперкортицизм, дефіцит вітаміну D і пролактину. За багатьох з цих захворювань ключовим патофізіологічним механізмом є інсулінорезистентність. Розглянуто потенційні патофізіологічні механізми, які відіграють важливу патогенетичну роль у розвитку НАСГ за зазначених ендокринних порушень. Сучасне уявлення про патофізіологію НАЖХП у разі різних ендокринопатій неповне. Окрім того, природний перебіг НАЖХП унаслідок ендокринних розладів у порівняні з перебігом та наслідками "первинної" НАЖХП точно не з'ясовано. Тому в найближчі роки дослідження патофізіології та клінічних особливостей НАСГ матиме важливе значення для кращого розуміння взаємозв'язків між різними ендокринопатіями та НАЖХП, що сприятиме поліпшенню результатів лікування цієї патології.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.340. Особливості саліводіагностики та порогової густометрії у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки / Д. В. Ємельянов // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 4. - С. 5-10. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — визначити особливості стоматологічних скарг і поріг смакової чутливості рецепторів язика до глюкози у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на тлі інсулінорезистентності. У дослідження було залучено 65 пацієнтів (29 (44,6 %) жінок і 36 (55,4 %) чоловіків) із НАЖХП (основна група) та 24 соматично здорових осіб. Індекс маси тіла в основній групі (ОГ) у середньому становив 36,4 кг/м^2, у контрольній групі (КГ) — 22,8 кг/м^2. Усі пацієнти мали інсулінорезистентність (індекс HOMA — 8,0). Стоматологічне обстеження передбачало анкетування пацієнтів із деталізацією скарг, клінічний огляд ротової порожнини, дослідження швидкості салівації, визначення чутливості смакових рецепторів язика до глюкози за методикою густометрії. Встановлено, що найчастішими скаргами у пацієнтів ОГ були постійна сухість у порожнині рота, спотворення смаку та галітоз. У них виявлено зниження швидкості слиновиділення до (0,24 ± 0,13) мл/хв, зміну смакової чутливості язика на солодке, яка в кілька разів перевищувала поріг фізіологічної норми. Встановлено існування обернено пропорційного сильного взаємозв'язку між сухістю у порожнині рота та швидкістю салівації, середньої сили — між швидкістю секреції та концентрацією глюкози за даними густометрії, а також між спотворенням смакових відчуттів і галітозом. Встановлено, що майже 90 % пацієнтів із НАЖХП мають характерні стоматологічні скарги. Анкетування хворих за основними стоматологічними скаргами, вивчення параметрів ротової рідини та порогова густометрія є сучасними неінвазивними методами, які надають змогу контролювати перебіг захворювання.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.341. Особливості системи гемостазу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки / В. І. Діденко, С. Л. Меланіч, В. Б. Ягмур, К. А. Рубан // Гастроентерологія. - 2021. - 55, № 4. - С. 235-238. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найпоширенішим хронічним захворюванням печінки. Останнім часом активно вивчаються порушення в системі гемостазу та їх роль у прогресуванні захворювань печінки та розвитку серцево-судинних ускладнень при НАЖХП. Мета дослідження — вивчити особливості системи гемостазу у хворих на НАЖХП. Обстежено 36 хворих на НАЖХП (20 жінок та 16 чоловіків) віком 29—73 роки. Усім пацієнтам проводилось антропометричне, загальноклінічне, біохімічне дослідження сироватки крові з визначенням тромбоцитів, протромбінового індексу (ПТІ), міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС), фібриногену, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з еластометрією з подальшою статистичною обробкою даних. Серед хворих на НАЖХП переважали ожиріння II ступеня та надмірна вага (по 30,6 %), ожиріння I ступеня (27,8 %). При цьому, за даними САР, у 38,9 % спостерігався тяжкий ступінь стеатозу, у 33,3 % — помірний та у 27,8 % — легкий. Серед показників гемостазу в 44,4 % хворих визначалось вірогідне підвищення рівня фібриногену до (4,9 ± 0,5) г/л; ступінь вираженості порушень вмісту фібриногену мав тенденцію до підвищення зі зростанням ступеня стеатозу печінки. Висновки: у 44,4 % хворих на НАЖХП зі збільшенням ступеня стеатозу печінки зростала схильність до гіперкоагуляції з підвищенням вмісту фібриногену в 1,6 разу ($p < 0,001$). Зміни показників МНС, ПТІ та тромбоцитів визначались у поодиноких випадках: більше ніж у 83,3 % хворих на НАЖХП порушень з боку цих показників не встановлено.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.342. Показники вуглеводного та жирового обміну у хворих з різним ступенем жирової дистрофії печінки / В. Б. Ягмур, Р. М. Кислова, І. А. Кленіна, О. М. Татарчук, С. Л. Меланіч // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 29-33. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) займає перше місце серед хронічної патології печінки та охоплює майже чверть глобальної популяції. Накопичено достатньо даних щодо взаємного впливу метаболічних зсувів та жирової дистрофії печінки різного ступеня на існування і прогресування один одного. Співіснування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) із різними коморбідними станами вже зафіксовано у багатьох дослідженнях Мета дослідження — визначити взаємозв'язки стану вуглеводного та жирового обміну у пацієнтів з НАЖХП з показником жирової дистрофії печінки. Обстежено 72 хворі на НАЖХП, які за ступенем стеатозу було розподілено на дві групи. У I групу увійшли 46 пацієнтів з помірним стеатозом (частка гепатоцитів, що містять жирові включення, від 33 до 66 %), визначеним згідно з показником контрольованого параметра ультразвукового затухання (САР), що становив від 232 до 256 дБ/м. II групу становили 26 хворих із вираженим стеатозом (частка гепатоцитів, що містять жирові включення, більша за 66 %), з показниками САР більше за 256 дБ/м. У всіх пацієнтів оцінювався трофологічний статус, визначались показники вуглеводного та жирового обміну. Проводився статистичний аналіз одержаних даних і порівнювались середні значення у групах та оцінювався внесок показників у значення САР за допомогою методу множинного регресійного

аналізу. Рівень інсуліну та HOMA-IR у пацієнтів зі значною жировою дистрофією печінки становив (22,7 ± 9,7) мкОд/мл та (5,4 ± 2,7) мкОд/мл відповідно. Ці показники були вищими, ніж відповідні показники і групи ($p < 0,05$), що становили (17,1 ± 10,3) мкОд/мл та (4,01 ± 2,90) мкОд/мл для інсуліну та HOMA-IR відповідно. Показники глюкози, ліпідного спектра вірогідно між групами не відрізнялись, за виключенням ЛПДНЩ, що були вірогідно вищими у пацієнтів з більшим ступенем жирової дистрофії та становили 3,4 (2,3 — 4,1) ммоль/л та 3,0 (2,4 — 3,8) ммоль/л у II та I групі відповідно. Було проведенио множинний регресійний аналіз для визначення внеску показників жирового та вуглеводного обміну у значення САР. У результаті покрокового аналізу у моделі залишились два показника, а саме індекс HOMA (коефіцієнт регресії β 5,285, $p = 0,04$) та ІМТ (коефіцієнт регресії β 4,666, $p = 0,001$). Визначено, що зміни ІМТ та HOMA зумовлюють 31 % змін у величині САР. Висновки: концентрація інсуліну, значення індексу HOMA, ІМТ та ЛПДНЩ вищі у пацієнтів із вираженим стеатозом. За результатами множинного регресійного аналізу виявлено вірогідний внесок рівнів HOMA та ІМТ у показники контрольованого параметра ультразвукового затухання.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.343. Поліморфізми 677C > T і 1298A > C гена MTHFR та рівень гомоцистеїну у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки як складова онтологічної моделі / Н. О. Носко, О. М. Рудь // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 21-29. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Мета роботи — систематизувати літературні дані щодо наявності поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR і рівня гомоцистеїну у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП); розрахувати частоту комбінацій поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR та їхній вплив на розвиток НАЖХП; порівняти рівень гомоцистеїну у пацієнтів із НАЖХП та без неї. Проаналізовано дані обстеження 49 пацієнтів: із НАЖХП (n = 17) і без НАЖХП (n = 32). Використано клінічні, лабораторні, розрахунково-статистичні методи та метод онтології. Поліморфізми 677C > T і 1298A > C гена MTHFR досліджували методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу. Вміст гомоцистеїну визначали методом хемілюмінесцентного імуноаналізу з референтними значеннями 3,7 — 13,9 мкмоль/л. Для дослідження впливу поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR на розвиток НАЖХП використано метод множинної логістичної регресії. Варіант комбінації поліморфізму гена MTHFR 667C/C/1298A/A (відсутність мутації) виявлено у 6 (12 %) осіб, що свідчить про широку поширеність варіантів із наявністю мутацій. Установлено кореляційний зв'язок ($r = 0,429$; $p < 0,05$) між варіантами поліморфізму 677C > T і 1298A > C гена MTHFR. За результатами множинної логістичної регресії, відсутній статистично значущий вплив поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR на розвиток НАЖХП ($p > 0,05$). Порівняння рівня гомоцистеїну у пацієнтів із НАЖХП і без НАЖХП не виявило статистично значущої різниці ($p > 0,05$), так само, як і порівняння в групах із комбінаціями поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR ($p > 0,05$). Це пояснюється тим, що в групі НАЖХП були переважно пацієнти молодого віку без гіпертонічної хвороби, цукрового діабету 2 типу та виразного фіброзу печінки. Встановлено, що систематизація наукових даних методом онтології щодо НАЖХП виявила, що поліморфізми 677C > T і 1298A > C гена MTHFR патогенетично пов'язані зі статистично значущим підвищенням рівня гомоцистеїну як маркера серцево-судинних патологій. З огляду на багатофакторність гіпергомоцистеїнемії та значне поширення поліморфізмів 677C > T і 1298A > C гена MTHFR у популяції недоцільно використовувати генетичне дослідження на поліморфізм гена MTHFR рутинно у пацієнтів із НАЖХП, а лише для проведення диференційного діагнозу гіпергомоцистеїнемії.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.344. Помилки при оцінці харчування пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки та рекомендації як їх уникнути: за матеріалами Європейського гастроентерологічного тижня (2021): (огляд) / Г. Д. Фадєєнко, Я. В. Нікіфорова // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 62-67. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Одним із найтяжчих виявів хронічних захворювань печінки є цироз печінки. Основними причинами недостатності харчування при цирозі печінки є недостатнє споживання їжі (дефіцит нутрієнтів, особливо білка), порушення всмоктування (мальабсорбція), метаболічні порушення (переважання глюконеогенезу, а не глікогенолізу) та зміни метаболізму субстрату (гіперметаболізм). У хворих на цироз печінки основним компонентом гіпотрофії є саркопенія, що характеризується втратою м'язової маси та порушеннями її функцій. Саме саркопенія негативно впливає на кількість і тяжкість ускладнень, якість життя, результати трансплантації печінки та загального виживання пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки, що прогресує. Лікарі різих спеціальностей мають знати клінічну і прогностичну значущість стану харчування, щоб своєчасно розпізнати недостатнє харчування та саркопенію у пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки. У роботі висвітлено методи оцінки харчового статусу пацієнтів та скринінгу саркопенії, основні патогенетичні ланки розвитку саркопенії, наведено дієтичні рекомендації (зокрема при розвитку печінкової енцефалопатії), тактику курації пацієнтів із порушеннями харчування. Особливу увагу приділено оцінці наявності порушень у харчуванні при відборі пацієнтів на трансплантацію та для проведення TIPS. Окремо розглянуто рекомендації щодо навчання осіб, які доглядають за пацієнтами із хронічними захворюваннями печінки та інформування самих пацієнтів про ризики розвитку в них саркопенії/саркопенічного ожиріння. Висвітлено деякі найпоширеніші помилки при оцінці харчування пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки. Надано сучасні практичні рекомендації, які нададуть змогу лікарям уникнути помилок.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.345. Світ мікроРНК гепатобіліарної системи: (огляд) / О. Є. Абатуров, В. Л. Бабич // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 84-93. - Бібліогр.: 52 назв. - укр.

У науковому огляді наведено світ мікроРНК гепатобіліарної системи. Для написання роботи здійснювався пошук інформації з використанням баз даних Scopus, Web of Science, MedLine, PubMed, Google Scholar, EMBASE, Global Health, The Cochrane Library, CyberLeninka. Підкреслено, що мікроРНК у клітинах відіграють важливу роль у регуляції активності експресії генів і контролюють численні фізіологічні процеси, такі як обмін речовин, проліферація, диференціювання, апоптоз клітин. Відображено асоціацію деяких захворювань зі зміною вмісту мікроРНК у периферійному руслі крові. Наведено стислу характеристику групи некодуючих РНК. Надано характеристику основних баз даних мікроРНК із відображенням електронних адрес. Для визначення мікроРНК використовують як традиційні методи, засновані на технології ампліфікації, так і нові методи детекції (секвенування нового покоління, електрохімічне детектування на основі посилення ферментатного сигналу, ідентифікація за допомогою лігування і застосування золотих наночастинок). Проведено порівняння різних методів детекції мікроРНК. Зазначено, що надекспресія або інгібування генерації специфічних мікроРНК супроводжуються порушеннями найважливіших функцій печінки і розвитком захворювань гепатобіліарної системи. Продемонстровано, що зміни деяких мікроРНК у сироватці крові або тканині печінки є високодіагностичними маркерами деяких захворювань печінки. Таким чином, ідентифікація зміни рівня презентабельності певних мікроРНК може надати цінну діагностичну інформацію практикуючому лікарю, а вплив на процеси утворення та матурації мікроРНК за допомогою лікарських засобів становить собою новий напрямок терапії широкого спектра захворювань. Особливий інтерес викликає сучасне уявлення про діагностичне значення мікроРНК у разі захворювань біліарного тракту в дітей та можливості медикаментозного управління активністю процесу їх генерації.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.346. Удосконалення лікування та профілактика прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі метаболічних порушень / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв, І. Е. Кушнір, В. М. Чернова, Т. А. Соломенцева, Я. В. Нікіфорова, О. Г. Курінна // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 17-23. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є однією з найпоширеніших хвороб печінки, до патогенетичних механізмів якої належать комплексні чинники, зокрема зміни кишкової мікробіоти. Розробка та оцінка ефективності схем лікування НАЖХП, що впливають на порушення кишкової мікробіоти, є актуальним питанням сучасної медицини. Мета роботи — визначити вплив комбінованої терапії з використанням урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) і пробіотичного препарату (штами Lactobacillus acidophilus, L. rhamnosus,

Streptococcus salivarius subsp. thermophilus, L. delbrueckii subsp. bulgaricus) на метаболічні порушення та запальні процеси в тканині печінки у хворих на НАЖХП. У дослідження залучено 108 хворих на НАЖХП із метаболічними порушеннями та 30 осіб контрольної групи, які проходили обстеження на базі відділення гастроентерології та терапії і поліклінічного відділення Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України. В обох групах переважали жінки. Середній вік хворих на НАЖХП становив (54,6 ± 11,7) року. Пацієнтів розподілили на дві групи, у порівнянні за співвідношенням статей і віком. Обидві групи отримували немедикаментозну терапію. Група порівняння (48 пацієнтів) отримувала лише препарат УДХК, основна група (60 пацієнтів) — додатково пробіотичний препарат (Йогурт капсули" (Pharmascience Inc., Канада). Лікування тривало 12 тиж. На початку та наприкінці лікування хворих обстежували з визначенням прозапальних маркерів (С-реактивний білок і фактор некрозу пухлини α). Статистичну обробку даних проведено з використанням пакета Statistica 13.1 і непараметричних методів. Обстеження хворих у динаміці лікування виявило поліпшення перебігу НАЖХП завдяки зниженню вмісту аланінаміно-, аспартатамінотрансферази та γ-глутамілпептидази в обох групах. На тлі лікування спостерігалась тенденція до зменшення відсотка вісцерального жиру та індексу вісцерального ожиріння, який в основній групі статистично значущо знизився майже в 1,6 разу. На відміну від показників вуглеводного обміну, динаміка яких у групах статистично значущо не відрізнялась, виявлено статистично значущий вплив розробленої терапії на ліпідний профіль. Концентрація тригліцеридів в основній групі знизилась в 1,3 разу, холестерину ліпопротеїнів низької густини — в 1,6 разу. Під впливом лікування з додаванням пробіотичного йогурту зафіксовано статистично значуще зниження вмісту фактора некрозу пухлини α на 57,51 %. Комбінована терапія (оптимізація способу життя шляхом немедикаментозної терапії, УДХК із додатковим призначенням комплексного пробіотичного препарату (Йогурт капсули") має патогенетичну спрямованість і доведену ефективність при лікуванні НАЖХП.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.347. Функціональний стан печінки у хворих на метаболічний синдром з цукровим діабетом другого типу / Т. В. Романів, Н. В. Скрипник // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 84-92. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Основним патогенетичним механізмом розвитку та прогресування первинного неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) є порушення вуглеводного обміну, периферійна інсулінорезистентність (ІР) тканин, гіперглікемія, гіпер- та дисліпідемія, які своєю чергою, призводять до розвитку НАСГ, гіпоксії та прискорення апоптозу гепатоцитів, порушення процесів метаболізму та прогресування печінковоклітинної недостатності. Мета роботи — оцінка індикаторних, секреторних та екскреторних ферментів сироватки крові у хворих на метаболічний синдром (МС) із ЦД (цукровим діабетом) 2 типу. Проведено розподіл хворих на МС із ЦД 2 типу залежно від наявності НАСГ: група хворих із НАСГ — 36, група хворих без НАСГ — 32. Ступінь ІР встановлено за величиною обводу талії (ОТ), індексами ІР: індексом HOMA-IR та індексом Caro. Обов'язковий обсяг лабораторних досліджень включав: загальний клінічний аналіз крові та сечі, проведено дослідження глюкози крові натще та постпрандіальної глікемії, глікемічного профілю крові глюкозооксидазним методом за допомогою апарату "Екзан". Глікований гемоглобін (HbA_{1c}) визначено хроматографічним методом за допомогою тест-системи (повністю автоматизованого аналізатора) для визначення вмісту гемоглобіну D-10 компанії "Bio-Rad" (USA). Визначення активності аспартатаміно-, аланінамінотрансферази, лактатдегідрогенази, аргінази, холінестерази проведено діагностичними наборами чеської фірми "Lachema" на спектрофотометрі Сф-46. Активність лужної фосфатази визначено наборами реактивів "Філіпс-Діагностика". Концентрацію ендогенного інсуліну визначено набором реактивів DRG (USA), методом імуноферментного аналізу з використанням аналізатора "StatFax — 303. Для визначення наявності структурних змін печінки застосовано ультразвукове дослідження на апараті "Elegra" Simens Medicol Systems. Виявлено, що метаболічними передумовами розвитку НАСГ печінки є натщесерцева та постпрандіальна гіперглікемія, гіперінсулінемія. Зростання ступеня глікування гемоглобіну, зростання ІР. Результати дослідження ступеня глікування гемоглобіну показав вірогідне збільшення відносного вмісту HbA_{1c} у хворих з НАСГ і хворих на МС із ЦД 2 типу без НАСГ — в 2,1 і 1,9 разу, у порівнянні з практично здоровими особами. Дослідження вмісту ендогенного інсуліну в крові натщесерце виявило вірогідну гіперінсулінемію — у хворих із НАСГ вміст ендогенного інсуліну натще перевищував норму у 4,3 разу. Виявлено підвищення рівня аланінамінотрансферази, сорбітолдегідрогенази, аргінази, лактатдегідрогенази, лужної фосфатази та зниження вмісту холінестерази у хворих на МС із НАСГ, що свідчить про порушення дезінтоксикаційної та синтетичної функції печінки та глікогенізації. Констатовано зв'язок ІР із поглибленням явищ ушкодження гепатоцитів, пригніченням синтетичної функції гепатоцитів, із маркерами неспецифічної гепатодепсії, зниженням дезінтоксикаційної функції печінки, процесами гліколізу, предикторами некрозу гепатоцитів при НАСГ на тлі МС із ЦД типу 2.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.348. Цитокінзалежні механізми реалізації імунної відповіді у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки та гіпертонічною хворобою / І. І. Тверезовська, Н. М. Железнякова // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 24-31. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити шляхи реалізації цитокіндетермінованих імунних реакцій у пацієнтів із неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) і супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ). У дослідження було залучено 100 пацієнтів із НАЖХП, із них 49 (67,3 % жінок і 32,7 % чоловіків) мали супутню ГХ (основна група (ОГ)), 51 (58,5 % жінок і 41,5 % чоловіків) — ізольований перебіг НАЖХП (група порівняння (ГП)). Контрольну групу (КГ) утворили 20 відносно здорових осіб (55,0 % жінок і 45,0 % чоловіків). Розраховували індекс маси тіла. Визначали рівень аланінамінотрансферази (АЛТФ) та аспартатамінотрансферази (АсАТФ) за стандартною методикою (кінетичним методом). Вміст гамма-глутамілпептидази (ГГП) вимірювали ферментативно-колориметричним методом, лужної фосфатази, загального білка та альбуміну — колориметричним методом. Розраховували індекс де Рітіса. Рівень інтерлейкінів 8 (ІЛ-8) і 10 (ІЛ-10) визначали за допомогою імунофлюоресцентного методу з використанням реактивів ElabScience (США). Ультразвукове дослідження печінки проводили за стандартною методикою натще з використанням апарата Samsung (Medison) SonoAce X8. Для порівняння даних у групах дослідження використовували косо-вертикальний розмір (КВР) печінки. Встановлено збільшення індексу маси тіла як за коморбідності НАЖХП із ГХ, так і за її ізольованого перебігу (відповідно 27,8 [26,6; 28,5] і 27,3 [24,2; 28,3] кг/м^2) у порівнянні з КГ (24,3 [21,9; 26,0] кг/м^2; $p < 0,001$ і $p = 0,004$). Наявність супутньої ГХ у пацієнтів із НАЖХП асоціювалася зі статистично значущими ($p < 0,001$) девіаціями функціонального стану печінки, про що свідчив вищий рівень АЛТФ (45 [43,0; 47,5] Од/л), АСТФ (53 [51,0; 56,0] Од/л), лужної фосфатази (285,7 [217,6; 321,1] Од/л) і — гамма-глутамілтранспептидази (96,2 [75,0; 108,9] Од/л) у порівнянні з ізольованим перебігом НАЖХП (36 [34,0; 39,0], 41 [40,0; 45,0], 215,5 [183,2; 246;7] та 65,5 [51,5; 76,8] Од/л) і КГ (25,5 [24,0; 30,8], 23 [19,3; 26,0], 129,2 [116,9; 140,6] і 22,6 [16,1; 31,7] Од/л). Виявлено статистично значущо ($p < 0,001$) вище значення індексу де Рітіса в ОГ (1,16 [1,11; 1,24]) і ГП (1,14 [1,08; 1,21]) у порівнянні з КГ (0,87 [0,76; 0,99]). Такі зміни функціональної активності печінки корелюють зі змінами цитокіндетермінованих імунних реакцій, які маніфестують статистично значущо ($p < 0,001$) більшим вмістом ІЛ-8 та ІЛ-10 у пацієнтів із НАЖХП і ГХ (відповідно 29,4 [25,6; 34,9] і 20,3 [17,1; 24,4] пг/мл) та ізольованою НАЖХП (22,5 [19,1; 25,8] і 12,1 [10,5; 13,7] пг/мл) у порівнянні з КГ (7,4 [6,7; 8,9] і 3,6 [2,8; 5,0] пг/мл).

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.349. Якість життя як індикатор впливу супутньої гіпертонічної хвороби на стан здоров'я пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки / А. О. Рождественська // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 46-54. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — визначити вплив супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ) на якість життя (ЯЖ) пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) за допомогою опитувальників SF-36 і CLDQ. Обстежено 115 хворих на НАЖХП на стадії неалкогольного стеатогепатиту. Пацієнтів розподілили на дві групи: основну — 63 пацієнти з НАЖХП і ГХ (32 чоловіки та 31 жінка, середній вік — 48,4 року) і порівняння — 52 пацієнти з НАЖХП (25 чоловіків і 27

жінок, середній вік — 48,3 року). Контрольну групу (КГ) утворили 20 практично здорових осіб (12 жінок і 8 чоловіків, середній вік — 47,1 року). Стаж захворювання на НАЖХП статистично значущо не відрізнявся у пацієнтів з коморбідним (6,6 року (95 % довірчий інтервал (ДІ) — 5,8; 7,3)) і ізольованим (7,8 року (95 % ДІ 6,7; 8,8)) перебігом НАЖХП (p = 0,086). Тривалість захворювання на ГХ становила 8,4 року (95 % ДІ 7,3; 9,5). Розраховували індекс маси тіла (ІМТ), визначали показники систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску. Для оцінки ЯЖ пацієнтів із НАЖХП застосовували неспецифічний опитувальник Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) і специфічну анкету для оцінки стану здоров'я при хронічних захворюваннях печінки The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). Виявлено статистично значуще зниження ЯЖ майже за всіма шкалами опитувальника SF-36 у пацієнтів із НАЖХП у порівнянні з КГ незалежно від наявності супутньої патології. Зниження показників ЯЖ у пацієнтів із ГХ і НАЖХП відзначено за всіма компонентами здоров'я, окрім результатів за шкалою фізичного функціонування. Показники сумарного фізичного та психічного компонентів здоров'я також були значно нижче у хворих на НАЖХП і ГХ і становили 25,0 % (95 % ДІ 21,20; 29,60) і 44,0 % (95 % ДІ 42,23; 50,47) із максимально можливих 100 %. Зареєстроване статистично значуще зниження показників за всіма доменами опитувальника CLDQ у пацієнтів із НАЖХП і ГХ у порівнянні з хворими на НАЖХП і КГ. Виявлено значущі обернено пропорційні зв'язки між показниками ЯЖ за обома опитувальниками та давністю захворювань, рівнем САТ і ДАТ, а також ІМТ. Встановлено, що НАЖХП асоціюється зі статистично значущими девіантними змінами показників ЯЖ пацієнтів за даними опитувальників SF-36 і CLDQ. Наявність супутньої ГХ, давність жирових змін печінки, стаж гіпертонії, рівні САТ і ДАТ, а також великий ІМТ суттєво погіршують ЯЖ хворих на НАЖХП. Зниження рівнів показників ЯЖ у пацієнтів із НАЖХП і ГХ може негативно вплинути на перебіг захворювання, знизити ефективність терапевтичних і реабілітаційних заходів.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.350. Pathogenetic role of fetuin-A in formation of metabolic disorders and systemic inflammation in patients with non-alcoholic fatty liver disease / G. D. Fadieienko, I. E. Kushnir, V. M. Chernova, T. A. Solomentseva, Ya. V. Nikiforova, O. G. Kurinna // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 5-11. - Бібліогр.: 16 назв. - англ.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є провідною нозологією серед захворювань печінки у світі. Її складний патогенез остаточно не вивчено. Окрім метаболічних змін, одним із потенційних механізмів розвитку НАЖХП є зміни секреції та метаболізму гепатокінів, зокрема фетуїну-А. Мета роботи — визначити роль фетуїну-А у розвитку та прогресуванні НАЖХП. У дослідження було залучено 78 хворих на НАЖХП із метаболічними порушеннями та 30 добровольців як контрольну групу. Додатково до планового обстеження визначали сироваткову концентрацію фетуїну-А. Статистичну обробку проводили за допомогою SPSS 21. Результати продемонстрували статистично значуще підвищення концентрації фетуїну-А у хворих на НАЖХП із супутнім метаболічним синдромом ($p < 0,05$). Визначено пряму кореляцію між рівнями фетуїну-А та параметрами абдомінального (обвід талії та його співвідношення до обвіду стегон, $p < 0,05$) і вісцерального ожиріння (вісцеральна жирова тканина %, $p < 0,05$). Концентрації фетуїну-А були вищими у поліморбідних пацієнтів, особливо за поєднання НАЖХП із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням. Рівні фетуїну-А були асоційовані зі змінами параметрів вуглеводного та ліпідного обмінів. Фетуїн-А позитивно корелював із концентраціями глікованого гемоглобіну ($r = 0,32$; $p < 0,05$) і значенням індексу HOMA ($r = 0,36$; $p < 0,05$). Визначено позитивну кореляцію між рівнем фетуїну-А та ТГ ($r = 0,44$; $p < 0,05$) і холестерином ЛПНЩ ($r = 0,37$; $p < 0,05$). Крім того, підвищення фетуїну-А асоціювалося зі збільшенням активності АЛТ ($r = 0,39$; $p < 0,05$) і підвищенням рівня TNF-alpha ($r = 0,33$; $p < 0,05$). Пацієнти з НАЖХП із пізніми стадіями стеатозу та фіброзу також продемонстрували вищі рівні фетуїну-А ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про значну патогенетичну роль фетуїну-А у розвитку та прогресуванні НАЖХП.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.351. Risk factors for chronic periodontitis in patients with non-alcoholic fatty liver disease / D. V. Emelyanov, N. Yu. Emelyanova // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 5/6. - С. 12-16. - Бібліогр.: 7 назв. - англ.

Пародонт постійно піддається дії різних екзогенних чинників, серед них варті уваги певні харчові звички. Незважаючи на наявні екзогенні чинники, ініціації запального процесу в пародонті не відбувається завдяки балансу між ними та місцевою імунною системою. Поява ендогенного чинника — неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) порушує баланс і спричиняє ініціацію запалення з розвитком хронічного пародонтиту. Мета роботи — вивчити вплив провокуючих чинників на тканини пародонта на тлі НАЖХП. Сформовано дві групи: основну (ОГ) (хворі з НАЖХП) і контрольну (КГ) (соматично здорові особи). Досліджено стоматологічний статус. Чутливість смакових рецепторів язика до глюкози (порогова густометрія) визначали із застосуванням 6 розведень глюкози з різною концентрацією. Досліджували вміст Porphyromonas gingivalis методом кількісної полімеразної ланцюгової реакції у режимі реального часу (qRT-PCR). Рівень гінгіпаїну К у ротовій рідині визначали імуноферментним методом. Хворі ОГ мали надлишкову масу тіла (індекс маси тіла — 32,200 [31,34; 37,45]) кг/ м^2, підтверджену інсулінорезистентність (індекс HOMA-IR — 5,05 [3,75; 7,93]). Майже 90 % хворих ОГ і близько 30 % осіб КГ зловживали солодощами, але хронічний пародонтит діагностовано лише у хворих на НАЖХП. Незважаючи на схожий характер харчування осіб обох груп, розвиток хронічного пародонтиту зафіксовано у хворих на НАЖХП, що свідчить про її вплив на стан органів і тканин порожнини рота.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.352. The level of melatonin and serotonin neurohormones in blood serum in patients with nonalcoholic fatty liver disease and kidney lesions infected with COVID-19 virus / Ye. S. Szircsak, K. V. Sabovchyk, V. V. Stryzhak, O. Yu. Reho // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 34-40. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Мета дослідження — визначити особливості зміни рівня нейрогормонів мелатоніну (МТ) та серотоніну (СТ) у сироватці крові у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та ураження нирок, інфікованих вірусом COVID-19. Під спостереженням знаходилися 72 хворі на НАЖХП (стеатогепатит) у поєднанні із збільшенням індексу маси тіла. Хворих на НАЖХП було розподілено на дві групи залежно від наявності чи відсутності цукрового діабету 2 типу, а саме: у 1 групу увійшло 34 хворі на НАЖХП з інсулінорезистентністю (ІР); 2 групу становили 38 хворих з НАЖХП та цукровим діабетом 2 типу. Усім обстеженим хворим проведено визначення рівня МТ та СТ у сироватці крові. Встановлено суттєве зниження рівня МТ у сироватці крові в обох групах обстежених — у 2,2 та у 3,2 разу відповідно у хворих 1 та 2 групи на момент надходження в лікарню. Таку ж тенденція визначено і в показниках СТ у сироватці крові у хворих обох груп на 1 день стаціонарного лікування — а саме його зниження в 1,5 та 2,3 разу. Виявили залежність між прогресуванням ураження печінки та зменшенням рівня МТ та СТ у сироватці крові. Зменшений рівень нейрогормонів у сироватці крові також корелює з рівнем інсуліну та індексом інсулінорезистентності. Між ураженням нирок, що виникає на етапі стаціонарного лікування у хворих на НАЖХП з порушеннями вуглеводного обміну при інфікуванні COVID-19, та зменшенням рівня МТ та СТ крові існує сильна кореляційна залежність за швидкістю клубочкової фільтрації за MDRD ($r = 0,88$; $p < 0,01$, та $r = 0,94$; $p < 0,01$ відповідно). Висновки: інфекція COVID-19 та її лікування у хворих на НАЖХП з порушеннями вуглеводного обміну призводить до зміни функціонального стану нирок. У хворих на НАЖХП з порушеннями вуглеводного обміну встановлено зниження рівнів нейрогормонів МТ та СТ у сироватці крові.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.353. The role of the intestinal permeability in the progression of nonalcoholic fatty liver disease in obese children / Yu. M. Stepanov, N. Yu. Zavhorodnia, N. O. Zhyhyr // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 20-28. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Численні дослідження останніх років підтвердили підвищення кишкової проникності при розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) і прогресуванні до неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) і фіброзу печінки. У роботі розглянуто поширеність, перебіг та діагностичні критерії педіатричної НАЖХП. Продемонстровано роль підвищеної проникності кишечника в патогенезі НАЖХП. Приділено увагу структурі кишкового бар'єра та можливим методам

дослідження його проникності. Проведено огляд сучасних досліджень проникності кишечника при НАЖХП у дорослих і дітей, що підтверджують її ключову роль у прогресуванні НАЖХП. Пошук літератури було проведено в електронних базах даних Scopus, MedLine, EMBASE, Pubmed, Google Scholar тощо.

Шифр НБУВ: Ж63141

Див. також: 1.Р.257, 1.Р.326, 1.Р.363, 1.Р.493, 1.Р.502, 1.Р.504, 1.Р.542

Хвороби підшлункової залози

1.Р.354. Вірсунгектомія в лікуванні панкреатичної гіпертензії при хронічному панкреатиті / В. Г. Ярешко, Ю. О. Міхеєв, О. М. Бабій, І. В. Філімонова // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 258-262. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Біль при хронічному панкреатиті (ХП) може виникати як наслідок механічних факторів і внутрішньопротокової гіпертензії, інтерстиціального тиску, запальних і нейропатичних патологічних змін у підшлунковій залозі (ПЗ). Мета дослідження — оцінити нову модифікацію класичної процедури Партінгтона — Рошеля шляхом порівняння функціональних результатів між групою традиційної хірургії та групою вірсунгектомії (ВЕ). Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби хворих на ХП з розширеною (≥ 4 мм) головною панкреатичною протокою за період з 2003 по 2009 р., які перенесли хірургічне лікування ХП. Для оцінки було використано опитувальники SF-36 та EORTC QLQ-C30, візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ). Перша група: виконано вірсунгектомію з поздовжньою панкреатоєюностомією (ПЄС) — 5 пацієнтів; друга група: виконано тільки поздовжню панкреатоєюностомію — 20 пацієнтів. Для порівняння груп, а також цих груп у різні моменти часу було проведено перехресний табуляційний аналіз за допомогою двостороннього t-критерію Стьюдента. Рівень вірогідності було встановлено на $p < 0,05$. Групи порівнювали за допомогою ВАШ та опитувальника EORTC QLQ-C30 до та через 2 роки після операції за допомогою t-критерію Стьюдента для непов'язаних значень: статистично значущі відмінності між групами за ВАШ як до ($p = 0,757$), так і після операції ($p = 0,696$) не одержано. Не було значущих відмінностей ($p > 0,05$) між групами до та після операції згідно з опитувальниками EORTC QLQ-C30, за винятком деяких пунктів ($p < 0,05$). У межах груп за ВАШ та EORTC QLQ-C30 (інтенсивність болю) у 2 групі ($p = 0,000001$, $p = 0,000109$) та в 1 групі ($p = 0,018$, $p = 0,017$) після операції спостерігалося статистично значиме зменшення болю. Висновки: виконання поздовжньої панкреатоєюностомії та вірсунгектомії виправдано у хворих з тривалим перебігом ХП, вираженим фіброзом строми ПЗ з множинними кальцифікатами панкреатичних проток 2 і 3 порядку з метою декомпресії як паренхіми ПЗ, так і головної панкреатичної протоки (ГПП). У віддаленому післяопераційному періоді через 2 роки запропонований метод поздовжньої ПЄС з ВЕ у хворих на ХП з дилатацією ГПП за показниками ВАШ та опитувальників EORTC QLQ-C30 і SF-36 супроводжується вірогідним зменшенням больового синдрому.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.355. Особливості клінічної та сонографічної симптоматики при поєднанні хронічного панкреатиту з ішемічною хворобою серця / Д. О. Гонцарюк, К. В. Ферфецька, Л. О. Піц, А. А. Кравчук // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 11-16. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту при коморбідності з ішемічною хворобою серця. Під час проведення дослідження використовували опитування, анамнез, об'єктивне обстеження, біохімічні, радіоімунні (показники інсуліну в крові), інструментальні (сонографічні, ЕКГ), статистичні (комп'ютерний аналіз даних). Критеріями для включення при ХП були загострення, абдомінальний больовий та диспепсичний синдром, сонографічні зміни у підшлунковій залозі, фактори ризику, згода пацієнта на дослідження. Критеріями для включення при ІХС була наявність стабільної стенокардії напруги I — II ФК, ХСН IIA — Б, ФК II—III (NYHA) за відсутності нападів стенокардії впродовж 3 міс.; регулярне лікування впродовж 3 міс., згода пацієнта. До критеріїв виключення віднесли онкологічні захворювання, гострі загострення ХП, перенесений інфаркт міокарда впродовж останніх 3 міс., хронічні захворювання нирок, цукровий діабет. Дослідження проведено згідно з Наказом МОЗ України N 281 від 1.11.2000р. Карту дослідження та форму інформованої згоди підтверджено комісією з біомедичної етики Буковинського державного медичного університету. Встановлено обтяжувальний характер перебігу захворювань, поліморфність клінічної симптоматики, особливо больового синдрому, який не завжди мав чітку локалізацію, іррадіацію, інтенсивність — у близько 15 % був відсутнім. Атиповість перебігу у 83,3 % випадків була пов'язана із захворюваннями органів травлення. У 70,0 % пацієнтів виявили атеросклеротичні зміни судин черевної порожнини та в 47,5 % із них діагностували ураження сонної артерії на стадії атероматозної бляшки або її атеротромбозу, стеноз просвіту судин і порушеня гемодинаміки. Встановлено тенденцію до зниження фракції викиду, серцевого та ударного об'ємів на тлі збільшення кінцевого систолічного об'єму (КСО), кінцевого діастолічного об'єму (КДО) при ФВ 50,4 ± 2,3 %. Висновок: клінічний перебіг хронічного панкреатиту в коморбідності з ішемічною хворобою серця характеризується тривалістю формування (більше 10 років), супроводжується структурно-морфологічними змінами підшлункової залози фіброзуючого характеру, наявністю атеросклеротичних змін у сонних артеріях, атеросклеротичним ураженням аорти, мезентеріальних судин, діастолічною дисфункцією (що обтяжує перебіг), можливістю передчасних фатальних кардіоваскулярних проблем і асоціацією із супутніми гастроентерологічними захворюваннями.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.356. Хронічний панкреатит: про деякі ускладнення, особливості патогенезу та перебігу / Т. М. Христич, Д. О. Гонцарюк // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 263-269. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

В огляді наведено сучасну інформацію щодо ускладнень панкреатиту, які мають значення для тактики та стратегії ведення пацієнтів як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапі спостереження. Мета огляду — підкреслити важливість ускладнень для перебігу і життя пацієнтів із хронічним панкреатитом. Автори звертають увагу інтернистів на перебіг таких ускладнень, як синдром стискання сусідніх органів, тромбогеморагічний, холестатичний синдроми, панкреатичний асцит, панкреатична енцефалопатія (гостра та хронічна). Детально обговорюється симптоматика ускладнень хронічного панкреатиту, що важливо для проведення диференційної діагностики з відповідними захворюваннями. До таких ускладнень автори віднесли утворення ерозивновиразкових ушкоджень, варикозне розширення вен стравоходу, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, синдром портальної гіпертензії з панкреатичним асцитом та хронічну панкреатичну енцефалопатію, ідіопатичну нециротичну портальну гіпертензію, рак підшлункової залози. Наголошується необхідність уваги до аналізу певної симптоматики, яка свідчить про можливий розвиток ускладнень, про їх негативний перебіг при рецидивуванні або загостренні хронічного панкреатиту.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.357. Blood lipid spectrum and elastic properties of arteries in patients with chronic pancreatitis in combination with arterial hypertension / A. Yu. Filippova, M. Lohr, V. V. Kryvoshei // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 42-49. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Обстежено 110 хворих віком 45 — 65 років з хронічним панкреатитом. Першу групу склали пацієнти з поєднаним перебігом хронічного панкреатиту з артеріальною гіпертензією (АГ); другу групу — пацієнти з хронічним панкреатитом (ХП) без супутньої артеріальної гіпертензії. Усім пацієнтам визначали вміст загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, холестерину ліпопротеїдів низької щільності та холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності. Жорсткість артерій визначено за показником швидкості поширення пульсової хвилі. Установлено, що хворі 1-ї групи мали достовірно вищі рівні тригліцеридів (на 37,2 %), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (на 13 %), загального холестерину (на 25 %), коефіцієнту атерогенності (на 19,6 %) та достовірно нижчий рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (на 15,4 %). Установлені кореляційні зв'язки між віком та рівнем коефіцієнту атерогенності, холестерину ліпопротеїдів низької щільності — $r = 0,35$; $p < 0,01$; $r = 0,37$; $p < 0,01$ відповідно. Тривалість захворювання на ХП позитивно корелювала з рівнем тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності — $r = 0,43$; $p < 0,01$; $r = 0,34$; $p < 0,01$ відповідно. Установлено достовірно нижчий на 43 % рівень індексу аугментації плечової артерії у хворих з ХП у

поєднанні з АГ, водночас індекс аугментації аорти був достовірно вищим на 37,6 % ($p < 0,01$). Установлено, що хворі 1-ї групи мали достовірно вищий показник швидкості поширення пульсової хвилі в каротидно-феморальному сегменті порівняно з 2-ю групою — на 7,5 % ($p < 0,01$). Установлені достовірні кореляційні зв'язки між індексом аугментації плечової артерії та віком, рівнем загального холестерину, коефіцієнтом атерогенності, холестерину ліпопротеїдів високої та низької щільності, тригліцеридів, рівнем кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE у хворих на поєднаний перебіг ХП з АГ. Висновки: хворі з поєднаним перебігом ХП та АГ мали достовірно вищі показники тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності та загального холестерину. Зміни показників пружноеластичних властивостей артерій у хворих на ХП із коморбідною АГ характеризувались підвищенням індексу аугментації та швидкістю поширення пульсової хвилі в каротидно-феморальному сегменті.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.370

Хвороби нирок

1.Р.358. Клінічні практичні рекомендації Британської ниркової асоціації: інгібування натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (НЗКТГ-2) у дорослих із хворобою нирок // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 30-36. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.359. Мезангіопроліферативний гломерулонефрит із депозитами моноклональних імуноглобулінів: чому нефробіопсія має вирішальне значення / О. І. Чуб, О. О. Дядик, Д. Д. Іванов // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 45-52. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мезангіопроліферативний гломерулонефрит із депозитами моноклональних імуноглобулінів — нещодавно описане захворювання у спектрі моноклональних гаммапатій ренального значення (МГРЗ). Патологічний процес переважно обмежений нирками і проявляється хронічною хворобою клубочків, порушенням функції нирок та альбумінурією, іноді нефротичного рівня. Гострий нефритичний синдром зустрічається рідко. Через відсутність критеріїв симптоматичного гематологічного захворювання пацієнти з моноклональними імуноглобулін-асоційованими нефропатіями часто зазнають труднощів з отриманням відповідної хіміотерапії. Концепція МГРЗ диференціює клінічні ситуації розвитку нефропатій, викликаних небезпечними невеликими клонами В-клітин, від ситуації моноклональних гаммапатій невизначеного значення, що не характеризуються будь-яким ушкодженням органів-мішеней. Моноклональна гаммапатія ренального значення — це не самостійне захворювання нирок, не хронічний гломерулонефрит, а стан, при якому ураження нирок вторинне щодо клональної В-клітинної проліферації. Іншими словами, МГРЗ — передпухлинне захворювання в поєднанні з хронічною хворобою нирок, що потребує негайного початку лікування. Ниркový прогноз поганий, із прогресуванням до термінальної стадії ниркової недостатності у 25 % пацієнтів протягом 30 місяців і частими ранніми рецидивами ниркового алотрансплантата. Останні дослідження демонструють, що відповідна клон-орієнтовна хіміотерапія може вірогідно покращити ниркові результати, відкриваючи майбутні перспективи для ефективного лікування цього захворювання.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.360. Настанови KDIGO 2021 для клінічної практики з управління гломерулярними хворобами // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 19-29. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.361. Нирковозамісна терапія та глобальні проблеми: світовий досвід та наші виклики / Д. Д. Іванов // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 40-44. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Проблема нирковозамісної терапії (НЗТ) є актуальною в сучасному світі у зв'язку із великою кількістю людей, які мають хронічну хворобу нирок (ХХН). Згідно із сучасними даними, близько 10 — 11 % людей страждають на ХХН, з яких до 5 % потребують НЗТ. На жаль, кількість людей із ХХН у світі збільшується, що визначає зростаючу потребу у НЗТ. Існують три види НЗТ, а саме: гемодіаліз (ГД), перитонеальний діаліз (ПД) і трансплантація нирки. Трансплантація нирки є найефективнішим методом НЗТ, проте її можливості у світі обмежені. Тому більшість людей отримують гемо- або перитонеальний діаліз. Але віддалені ефекти вибору методу діалізу не завжди передбачувані. ПД та ГД демонструють подібну ефективність протягом перших двох років. Подальші дослідження, що проводились, із порівняння ефективності двох методів не дозволяють отримати чітку картину через різницю вихідних даних пацієнтів та різницю у часі початку лікування. Зрозумілим є те, що ПД порівняно з ГД може мати значні переваги у країнах з низьким доходом через ресурсозатратність останнього. Відомі переваги перитонеального діалізу, до яких слід віднести гнучкість використання, високу якість життя та збереження залишкової функції нирок, підвищують його привабливість, особливо для молодих людей із ХХН 5-ї стадії. Основними стратегіями на сьогодні є своєчасне виявлення та запобігання ХХН, контроль супутніх захворюваньа та розробка документів для стандартизації та підвищення якості нирковозамісної терапії.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.362. A rehabilitation effect of water with low surface tension on the functional condition of the kidneys / O. V. Zaliavska, A. A. Antoniv, O. V. Kaushanska, N. D. Pavlyukovich, O. M. Nika // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 39-45. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета роботи — з'ясувати вплив навантаження водою низького поверхневого натягу на показники екскреторної функції нирок та поверхневий натяг сечі у порівнянні з індукованим діурезом звичайною водогінною водою. В експериментах на 40 самцях білих нелінійних щурів масою 0,16—0,18 кг досліджували вплив навантаження водою низького поверхневого натягу (43 дин/см), яку одержували шляхом обробки водогінної води кораловим кальцієм (корал Санго, о. Окінава, Японія). Екскреторну функцію нирок вивчали за умов водного індукованого діурезу та навантаження водою низького поверхневого натягу, для чого досліджувані рідини в кількості 5 % від маси тіла за допомогою металевого зонда уводили щурам у шлунок із подальшим збором сечі впродовж 2 год. У сечі визначали концентрації креатиніну за реакцією з пікриновою кислотою. Концентрації іонів натрію та калію досліджували задопомогою методу фотометрії полум'я на ФПЛ-1. Концентрацію білка в сечі оцінювали за методом із сульфосаліциловою кислотою. Визначали pH сечі, концентрації кислот що титруються, аміаку. Розраховували: екскрецію іонів калію, натрію, білка, кислот що титруються, аміаку, амонійний коефіцієнт. Поверхневий натяг сечі визначали з використанням сталагмометричного методу підрахунку крапель за методом Харкінсона, в основі якого лежить визначення ваги краплі, що відривається від капіляра під дією сили тяжіння. Навантаження водою низького поверхневого натягу (43 дин/см) у порівнянні з діурезом індукованим звичайною водогінною водою (поверхневий натяг 73 дин/см) характеризується системним впливом на пригнічення поверхневого натягу сечі з $75,00 \pm 0,000$ дин/см до $74,05 \pm 0,260$ дин/см ($p < 0,01$) зменшення втрат білка з сечею з $0,36 \pm 0,0074$ мг/2 год-100 г до $0,012 \pm 0,0024$ мг/2 год-100 г ($p < 0,01$), іони натрію та наявність значної взаємозалежності між поверхневим натягом сечі, концентраціями іонів натрію та білка в сечі. У дослідах на 40 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях з індукованим діурезом за умов навантаження водою низького поверхневого натягу (43 дин/см) у порівнянні зі звичайною водогінною водою (поверхневий натяг 73 дин/см) встановлено наявність системного впливу з гальмуванням поверхневого натягу сечі ($p < 0,01$), зменшенням втрат із сечею білка та наявністю достовірних взаємозалежностей між поверхневим натягом сечі, концентраціями іонів натрію та білка сечі.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.363. Applicability of the Chronic Liver Failure-Consortium score in patients with cirrhosis and bacterial infections: a single-clinic experience / D. I. Haurylenka, N. N. Silivontchik // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 239-245. - Бібліогр.: 22 назв. - англ.

Мета дослідження — оцінити декомпенсацію цирозу в пацієнтів із бактеріальними інфекціями на основі шкали Chronic Liver Failure-Consortium (CLIF-C) в одній із міських клінік Білорусі. Під час госпіталізації хворим проводилися лабораторне та інструментальне дослідження. Тяжкість синдрому гострої і хронічної печінкової недостатності оцінювали за шкалою CLIF-C. Бактеріальні інфекції діагностували на основі стандартних критеріїв. Дослідження включало 151 пацієнта з цирозом — 87 чоловіків і 64 жінки. Їх середній вік становив 55 років (Q1 = 43; Q3 = 61). Цироз був зумовлений переважно алкогольною залежністю — 83 особи (55 %). Гостру і хроніч-

ну печінкову недостатність (ГХПН) діагностовано в 44 зі 151 пацієнта з цирозом печінки (29,1; 95% довірчий інтервал (ДІ) 22,0 — 37,1). Бактеріальні інфекції виявлено в 67 осіб (44,4 ; 95 % ДІ 36,3 — 52,7). У пацієнтів спостерігалася печінкова недостатність, що виявлялася підвищенням рівня білірубіну в сироватці крові. В осіб із кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту індекс потенційної шкоди для розвитку ГХПН становив 3,3 (95 % ДІ 2,2 — 4,4). Ризик розвитку стадій 2 і 3 ГХПН у хворих на цироз з інфекціями дорівнював 8,2, із 95 % ДІ 1,0 — 69,6 (індекс потенційної шкоди 12,9; 95 % ДІ 10,7 — 15,0). Бактеріальні інфекції підвищують ризик гострої декомпенсації в пацієнтів із цирозом. Шкала CLIF-C застосована в даній когорті пацієнтів із цирозом.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.364. Effect of FN1 mutation on outcomes of fibronectin glomerulopathy in a systematic review and meta-analysis / F. Shamekhi // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 2-9. - Бібліогр.: 8 назв. - англ.

Fibronectin glomerulopathy is an inherited kidney disease that is characterized with extensive depositions of fibronectin in mesangium and subendothelial space. The aim of study is to assess effect of fibronectin gene on decreased renal function and likeliness of recurrence of the disease after kidney transplantation. In retrospective descriptive studies, fifty-seven patients with fibronectin glomerulopathy were enrolled in this research. Relative risk and Odds ratio for assessing effect measures of risk factor on outcomes of disease were used. Of fifty-seven patients with fibronectin glomerulopathy, thirty-six patients (36/57, 63,1 %) were male and twenty-one patients were female (21/57, 36,8 %). Relative risk and Odds ratio of end-stage kidney disease (ESKD) in nephrotic-range proteinuria versus non-nephrotic range proteinuria were assessed 1,33 and 1,39, respectively. Relative risk and Odds ratio of end-stage kidney disease with kidney replacement therapy (KRT) in patients with positive FN1 gene (as risk or contributing factor) versus patients with negative FN1 gene was assessed 0,66 and 0,50, respectively. Risk of recurrence after kidney transplant with nephrotic-range proteinuria was assessed 0,83 (95 % confidence interval of 0,1213 to 5,7244) and odds ratio of recurrence after kidney transplant with nephrotic proteinuria versus non-nephrotic range proteinuria was assessed 0,75 (95 % confidence interval of 0,03757 to 14,9733) in the current research. Conclusions: relative risk and odds ratio of end-stage kidney disease in nephrotic-range proteinuria versus non-nephrotic range proteinuria were assessed 1,33 and 1,39, respectively. Therefore, it appears risk of fibronectin gene 1 on end-stage kidney disease with kidney replacement therapy be low.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.365. Influence of oxidative, carbonyl, and nitrosative stresses on the course of chronic kidney disease (analytical review) / L. D. Denova, D. D. Ivanov // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 53-61. - Бібліогр.: 57 назв. - англ.

Oxidative stress is a phenomenon caused by an imbalance of peroxide homeostasis. The concept of oxidative stress was introduced in 1985 and has a clear connection with redox chemistry. The article provides a detailed description of molecular redox switches that control the response to oxidative stress. Four levels of protection of the cell by enzymatic antioxidants from the action of reactive oxygen species are described. It has been shown that antioxidant enzymes play a major role in antioxidant protection rather than low molecular weight antioxidant compounds. Four stages of lipid peroxidation are considered. Oxidative stress plays an important role in the pathogenesis of chronic kidney disease. Uraemia increases oxidative stress. Mitochondrial dysfunction is the most important cause of oxidative stress in acute and chronic kidney disease. The effect of molecular stress on the kidneys and the course of chronic kidney disease is described. Some information is presented in the form of tables for the readers convenience.

Шифр НБУВ: Ж100881

Див. також: 1.Р.237, 1.Р.352, 1.Р.374, 1.Р.375

Хвороби ендокринної системи та обміну речовин

Хвороби ендокринної системи

1.Р.366. Актуальні питання ендокринології та ендокринної хірургії: тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю (30 верес. — 1 жовт. 2021 р.) // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 75-85. - укр.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.367. Ассоциативные связи между гипофункцией щитовидной железы различного генеза и железодефицитной анемией / О. А. Гончарова // Репродуктив. эндокринология. - 2020. - № 1. - С. 60-63. - Библиогр.: 24 назв. - рус.

Одним із проявів тиреоїдної недостатності є анемія, частіше — залізодефіцитна. Поєднання гіпотиреозу й анемії є додатковим чинником, що ускладнює якість життя хворих і потребує розробки адекватних профілактичних заходів. Мета дослідження — встановити особливості залізодефіцитної анемії в жінок із гіпотиреозом, яка виникла на фоні аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) або після оперативного лікування вузлового нетоксичного зобу (ВНЗ). Матеріали та методи. У 40 жінок із анемією на фоні гіпотиреозу внаслідок АІТ (n = 28) і після операції з приводу ВНЗ (n = 12) оцінено тиреоїдний статус за рівнем тиреотропного гормону і зв'язаного тетрайодтироніну, рівні антитіл до тиреопероксидази. Наявність анемії І ступінь її вираженості визначали за рівнем гемоглобіну крові, кількістю еритроцитів і колірного показника. Результати. У жінок обох груп на фоні прийому левотироксину в індивідуально підібраній дозі рівень тиреотропного гормону був підвищений, причому достовірно вищим він був у групі з післяопераційним гіпотиреозом. У групі з АІТ рівень антитіл до тиреопероксидази свідчив про виражену активність антитиреоїдного імунітету. Рівень гемоглобіну в обох групах варіював від 92 до 116 г/л, що за критеріями ВООЗ відповідало анемії легкого ступеня. При цьому на фоні АІТ, незважаючи на кращу компенсацію гіпотиреозу, він був достовірно нижчим, ніж при післяопераційному гіпотиреозі. Колірний показник в обох групах був знижений, що характерно для гіпохромних анемій, до яких належить залізодефіцитна анемія. Висновки: у жінок із поєднанням гіпотиреозу й анемічного синдрому ефективність лікування левотироксином в індивідуально підібраних дозах є вищою при аутоімунній тиреопатології, ніж після операції з приводу ВНЗ. Наявність активного аутоімунного процесу в жінок із гіпотиреозом на фоні АІТ асоціюється з більш вираженою анемією, ніж у жінок із післяопераційним гіпотиреозом внаслідок ВНЗ.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.368. Вплив автоімунного тиреоїдиту на тканини та органи щелепно-лицевої ділянки (огляд) / О. В. Скочило, В. О. Шідловський // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 106-112. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Впливу автоімунного тиреоїдиту на організм присвячено чимало статей та наукових досліджень. Загальновідомо, що при автоімунному процесі щитоподібної залози (ЩПЗ) проходять зміни в багатьох органах та системах. Проте все ще залишається не підтвердженим взаємозв'язок між автоімунним тиреоїдитом та запальними захворюваннями органів ротової порожнини. Мета огляду — проаналізувати наявні дослідження на предмет його виявлення. Науковими джерелами були статті у зарубіжних періодичних виданнях з ендокринології, патофізіології, хірургічної, терапевтичної стоматологій. Зниження функціональної активності ЩПЗ на фоні автоімунного процесу призводить до дисбалансу в гомеостазі організму. Оскільки гормони ЩПЗ відіграють важливу роль у обміні кісткової тканини, то найчастіше зустрічаються публікації стосовно виникнення пародонтиту на фоні автоімунної патології ЩПЗ. Меншою мірою зустрічаються праці, в яких опубліковані результати досліджень впливу автоімунного тиреоїдиту на стан слинних залоз, зміни в яких часто поєднані із системними ревматологічними захворюваннями. Проте, попри наявні дослідження та зафіксовані зміни зі сторони органів та тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), більшість авторів згідні з думкою, що таких досліджень на цей час є недостатньо, щоб чітко встановити причинно-наслідковий взаємозв'язок між автоімунним процесом ЩПЗ та патологією ЩЛД. Висновки: представлені дані розширюють наявні знання і створюють цілісну уяву про автоімунний тиреоїдит та пародонтит, проте все ще існує потреба в подальших сучасних детальних дослідженнях, які б чітко дали відповідь на механізми виникнення та розвитку взаємозв'язку між автоімунною патологією та станом ЩЛД.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.369. Показання до гемітиреоїдектомії з приводу вузлового зоба на тлі автоімунного тиреоїдиту і прогнозування віддалених

результатів / О. В. Шідловський, В. О. Шідловський, М. І. Шеремет, О. В. Лазарук, О. Г. Нецюк, В. М. Привроцький // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 14-20. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити можливості визначення показань до вибору обсягу операції у хворих на однобічний вузловий зоб на тлі автоімунного тиреоїдиту з компресійним синдромом і прогнозу віддалених результатів хірургічного лікування. Проаналізовано віддалені результати гемітиреоїдектомії у 101 жінки віком від 23 до 72 років, хворої на однобічний вузловий зоб на тлі автоімунного тиреоїдиту з компресійним синдромом. Установлено, за яких показників до операції об'єму частки залози, варіанта ехоструктури, рівня у крові тиреотропного гормона, вільних тироксину та трийодтироніну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, показників апоптозу і проліферації мали місце задовільні та незадовільні результати лікування. За результатами обстеження через 3 роки після гемітиреоїдектомії у 75 пацієнтів не було виявлено порушень функціонального стану щитоподібної залози, за даними ультразвукового дослідження в паренхімі залишеної частки залози наявні до операції ознаки автоімунного тиреоїдиту не прогресували або прогресували без розвитку гіпотиреозу і зміни варіанта ехографічної картини (задовільний результат), у 26 осіб установлено збільшення об'єму залишеної частки щитоподібної залози та прогресування автоімунного процесу з розвитком гіпотиреозу (незадовільний результат). На задовільний результат гемітиреоїдектомії у лікуванні хворих на вузловий зоб на тлі автоімунного тиреоїдиту із компресійним синдромом можна розраховувати у випадках, коли об'єм частки не перевищує 10 $см^3$, її ехоструктура відповідає гіпоехогенному і гетерогенному та псевдомікровузловому варіантам, рівень тиреотропного гормона не перевищує 2,85 мМО/л, вміст вільних тироксину і трийодтироніну — відповідно не нижче ніж 16,7 та 5,3 пмоль/л, антитіл до тиреоїдної пероксидази і не перевищує 150 МО/мл. Висновки: одним із можливих варіантів хірургічного лікування хворих на вузловий зоб на тлі автоімунного тиреоїдиту з компресійним синдромом може бути гемітиреоїдектомія за збереженої гормональної функції залози і структурних змін паренхіми в частці, яка залишається, на рівні гіпоехогенного і гетерогенного чи псевдомікровузлового варіанта. Гемітиреоїдектомія протипоказана у разі псевдовеликовузлового і тяжких варіантів ехоструктури паренхіми щитоподібної залози.

Шифр НБУВ: Ж24380

Див. також: 1.Р.252, 1.Р.303, 1.Р.339, 1.Р.409, 1.Р.411, 1.Р.412, 1.Р.617, 1.Р.673, 1.Р.678

Хвороби, пов'язані з порушенням ендокринної функції підшлункової залози

1.Р.370. Аналіз стану калікреїн-кінінової системи при коморбідному перебігу хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2 типу / Л. С. Бабінець, І. М. Галабіцька // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 2. - С. 69-73. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

За доказовими даними, у межах приблизно 8 років у 50 % пацієнтів із хронічним панкреатитом (ХП) розвивається ендокринна й екзокринна недостатність, що проявляється як стеаторея, втрата ваги, цукровий діабет (ЦД) і нутритивні розлади. ЦД посилює ці явища, що поглиблює розлад обмінних процесів при ХП, у тому числі і білкового обміну. До білкових структур належать компоненти калікреїн-кінінової системи (ККС), яка відіграє роль у регуляції судинного тонусу, діурезу, запалення, коагуляції та рецепції болю. Внаслідок неодноразових загострень панкреатиту відбувається фіброзування підшлункової залози, збільшується ризик виникнення інсулінорезистентності та формування ЦД2 (ЦД2). Таким чином, порушення ККС і прогресування ХП взаємопов'язані, що робить актуальним вивчення стану ККС при ХП, особливо у поєднанні із ЦД2. Мета роботи — дослідити стан ККС при ХП в амбулаторних пацієнтів залежно від наявності супутнього ЦД2. Досліджено 137 амбулаторних пацієнтів із ХП і супутнім ЦД2 або без нього: основна група — 112 хворих із ХП поза загостренням у поєднанні з ЦД2 у стані повної чи субкомпенсації, група порівняння — 25 хворих на ізольований ХП. Оцінку показників загального та специфічного протеолізу (α_1-інгібітор протеїназ, α_2-макроглобулін, калікреїн, активність кінінази ІІ, прекалікреїн, протеолітична активність плазми) проводили за методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів фірми BIOSERV ELISA. Виявлено підвищення на 20,8 % рівня загальної протеолітичної активності плазми у групі пацієнтів із коморбідністю ХП і ЦД2 у порівнянні з групою з ізольованим ХП, підвищення специфічного протеолізу (або кініногенезу) на 51,9 % — за рівнем калікреїну (ферменту протеолізу), $p < 0,05$. Одночасно встановили зниження прекалікреїну (неактивного попередника калікреїну) у групі пацієнтів із коморбідністю на 19,4 % щодо такого за ізольованого ХП ($p < 0,05$); збільшення на 9,4 % вмісту α_1-інгібітора протеїназ при коморбідності ХП і ЦД2 щодо такого при ізольованому ХП; зниження вмісту α_2-макроглобуліну при ХП щодо групи контролю ($p < 0,05$), у той же час встановили підвищення вмісту α_2-макроглобуліну при коморбідності ХП із ЦД2 на 49,5 % щодо ізольованого ХП; зниження активності кінінази ІІ при ХП і ЦД2 на 14,5 % щодо такої при ХП. Було відмічено активацію ККС із різноспрямованими змінами її параметрів і загального та специфічного протеолізу при ХП. При ХП і при його коморбідному перебігу з ЦД2 відбувалась подальша активація протеолізу з одночасним включенням захисних механізмів розрішення запалення та дезінтоксикації. Доведено надмірну продукцію кінінів при супутньому ЦД2, що ослабляло захисну реакцію організму.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.371. Гіпоглікемія і серцеві аритмії при цукровому діабеті: (огляд) / С. А. Серік, В. І. Строна // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 69-79. - Бібліогр.: 80 назв. - укр.

Наведено оцінку серцево-судинних ризиків, асоційованих з епізодами гіпоглікемії у хворих на цукровий діабет. Проаналізовано експериментальні та клінічні дані щодо серцевих аритмій під час індукованої гіпоглікемії у тваринних моделях і пацієнтів з цукровим діабетом. Розглянуто патогенетичні механізми розвитку життєво небезпечних порушень серцевого ритму за гіпоглікемічних станів (зокрема зміни активації автономної нервової системи, рівня калію в сироватці крові). Описано характер електрокардіографічних змін, що передують розвитку аритмій при гіпоглікемії. Наведено чинники, що впливають на довжину інтервалу QT під час гіпоглікемії. Висвітлено результати клінічних досліджень спонтанної гіпоглікемії щодо особливостей аритмій при денних і нічних гіпоглікеміях та виявлено механізми розвитку серцевих аритмій у різні періоди доби. Наведено клінічні дані щодо лікарсько-індукованої гіпоглікемії при прийомі блокаторів β-адренергічних рецепторів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту, фторхінолонів і механізми дисглікемічних ефектів цих препаратів. Відзначено, що β-адреноблокатори можуть маскувати симптоми гіпоглікемії, опосередковані катехоламінами. Установлено, що серед цукрознижувальних засобів стимулятори секреції інсуліну (похідні сульфонілсечовини, меглініди) та інсулін мають найвищий ризик серйозних гіпоглікемій. Однак застосування базальних і прандіальних аналогів інсуліну асоціюється з меншою частотою гіпоглікемій у порівнянні з людським інсуліном. Наголошено, що у клінічній практиці слід уникати гіпоглікемії для поліпшення прогнозу і запобігання аритмії. Для цього слід індивідуалізувати підхід до цільових значень глікемії з їх пом'якшенням у пацієнтів з групи високого ризику, використовувати найбезпечніші інсулінові та неінсулінові цукрознижувальні засоби, ширше впроваджувати нові технології (помпи, безперервний моніторинг глюкози). Вкрай важливо враховувати коморбідність і вплив на ризик гіпоглікемій препаратів, які застосовують для лікування супутніх захворювань.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.372. Експериментальна оцінка і порівняльний аналіз ефективності модифікованого методу клітинної терапії хронічних ран на тлі цукрового діабету / С. М. Граматюк, Ю. В. Іванова, І. А. Криворучко, М. М. Голобородько, К. В. Мясоєдов, Д. В. Мінухін, О. М. Шевченко // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 68-74. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — визначення ефективності модифікованого методу клітинної терапії хронічних ран на тлі цукрового діабету (ЦД) у порівнянні із стандартними та новітніми способами лікування в експерименті. Експериментальні дослідження проведені на 30 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар, у яких експериментально моделювали ЦД. Як експериментальна модель ран використана повношарова площинна рана. У тварин групи А (контроль) рани обробляли 0,0 5% розчином хлоргексидину біглюконату і накладали гідрогелеві

пов'язки (стандартний спосіб лікування). Тваринам групи Б проводили фотодинамічну терапію, а процеси регенерації стимулювали за допомогою аплікації аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин. Тваринам групи В для активації регенерації після проведення фотодинамічної терапії дно та краї ран інфільтрували суспензією аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин. Найкраще загоювались рани при використанні фотодинамічної терапії та ін'єкцій мезенхімальних стовбурових клітин: на 5-ту добу від початку лікування скорочення площ ран було найбільше — 71,9 %, тоді як у разі застосування аплікацій мезенхімальних стовбурових клітин цей показник становив 61,6 %, а при стандартному лікуванні — 36,0 %. Висновки: лікування хронічних ран на тлі ЦД за допомогою фотодинамічної терапії та ін'єкцій мезенхімальних стовбурових клітин продемонструвало суттєво кращі результати, ніж стандартна методика. Аплікація мезенхімальних стовбурових клітин у рану, результати якої були порівнянні з результатами методу їх ін'єкційного введення, може бути рекомендована як альтернатива, якщо неможливі ін'єкції мезенхімальних стовбурових клітин безпосередньо у тканини навколо рани.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.373. Патоморфологічні зміни капілярів кори головного мозку при цукровому діабеті 2 типу / В. О. Туманський, Ю. М. Авраменко // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 354-362. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Цель работы — определить микроскопические, иммуногистохимические, электронно-микроскопические, морфометрические параметры капилляров коры головного мозга у умерших больных сахарным диабетом 2 типа по сравнению с группой условного контроля и группой умерших больных с дисциркуляторно-ишемической энцефалопатией (ДИЭП). Проведены микроскопические, иммуногистохимические, электронно-микроскопические и морфометрические исследования капилляров коры головного мозга в 3 группах: I — 20 умерших больных сахарным диабетом (СД) 2 типа; II (условного контроля, УК) — 20 умерших пациентов без клинико-морфологических признаков СД и церебральной сосудистой патологии; III — 20 умерших больных с ДИЭП. Установлено, что при СД 2 типа капилляры коры головного мозга теряют перициты из-за их апоптоза: количество перицитов в кортикальных капиллярах в группе СД 2 типа статистически достоверно меньше на 57,14 % по сравнению с группой УК и на 50,00 % меньше по сравнению с группой ДИЭП; уровень экспрессии каспазы-3 в кортикальных микрососудах в группе СД 2 типа достоверно выше на 230,85 % по сравнению с группой УК и на 81,67 % выше, чем в группе ДИЭП. По данным электронной микроскопии, при СД 2 типа в капиллярах коры головного мозга наблюдали апоптоз перицитов и единичных эндотелиальных клеток, а также значительные расширения базальных мембран с накоплением в них электронноплотного аморфного материала и коллагеновых фибрилл. По результатам морфометрии, кортикальные капилляры в группе СД 2 типа имели достоверно больший на 4,90 % наружный диаметр, меньший на 9,78 % внутренний диаметр и на 66,62 % утолщенные стенки (по сравнению с группой УК) из-за накопления ШИК+ компонентов плазмы крови и фиброз, подтвержденный увеличенной на 22,96 % площадью экспрессии коллагена IV типа в стенках микрососудов. Выводы: патоморфологические изменения микрососудов, установленные у умерших больных сахарным диабетом 2 типа, — признаки диабетической церебральной микроангиопатии.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.374. Поліморфізм гена ACE та особливості ниркових порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу / А. О. Несен, П. С. Семенових, К. О. Савічева, В. Ю. Гальчінська // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 39-43. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити поширеність поліморфізму Alu I/D гена ангіотензинперетворювального ферменту (ACE) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з діабетичною нефропатією (ДН) та довести існування зв'язку між перебігом захворювання і генетичним профілем. Обстежено 73 хворих на ЦД 2 типу з ДН, які перебували на лікуванні в клініці Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України. Контрольну групу утворено із 19 здорових осіб. Після первинного обстеження залежно від поліморфного варіанта гена ACE хворих було розподілено на три групи: I — носії D/D поліморфізму гена ACE (n = 23), II — носії I/D поліморфізму гена ACE (n = 32), III — носії 1/1 поліморфізму гена ACE (n = 18). Ампліфікацію ДНК і генотипування здійснювали за методом полімеразної ланцюгової реакції у режимі реального часу з використанням набору реагентів "SNP-3Kcnpecc-Shot" ("Литех", РФ) згідно з інструкцією виробника за допомогою системи детекції продуктів полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу CFX96 Touch (BioRad). Розподіл генотипів поліморфізму Alu I/D гена ACE відповідав рівновазі Харді — Вайнберга в усіх групах і суттєво не відрізнявся від такого в європейських популяціях. При порівнянні хворих з ДН, носіїв різних поліморфних варіантів I/D гена ACE, за стадіями хронічної хвороби нирок, рівнем креатиніну та швидкістю клубочкової фільтрації статистично значущої різниці не виявлено. Хворі на ЦД 2 типу, гомозиготні за алелем I/I гена ACE, мають статистично значущо нижчий вміст альбуміну в сечі (16,80 (12,61 — 34,20) мкг/мл) у порівнянні з гетерозиготами I/D (26,07 (20,91 — 44,27) мкг/мл, $p < 0,05$), що демонструє негативний вплив алеля D на прогресування уражень нирок у цієї категорії хворих, навіть у разі однакової швидкості клубочкової фільтрації. Висновки: хворі з ДН, гомозиготні за алелем I гена ACE, мають менш виражене ушкодження нирок у порівнянні з гетерозиготами I/D, про що свідчить статистично значущо нижчий рівень альбумінурії. Це доводить зв'язок алеля D з прогресуванням уражень нирок при ЦД 2 типу. Визначення поліморфізму гена ACE у хворих на ЦД 2 типу надає змогу виділити групи ризику розвитку ДН і проводити індивідуальну корекцію схеми фармакологічної терапії.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.375. Хронічна хвороба нирок при автоімунному цукровому діабеті: механізм розвитку, клінічні особливості, принципи ведення пацієнтів: [монографія] / І. О. Царик, Н. В. Пашковська. - Чернівці: БДМУ, 2023. - 113 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 94-113. - укр.

Розглянуто хронічну хворобу нирок як ускладнення автоімунного цукрового діабету (АЦД), механізми розвитку діабетичної хвороби нирок у пацієнтів з АЦД, особливості клінічного перебігу, діагностику та лікування даного захворювання. Узагальнено результати досліджень та дані літератури щодо особливостей перебігу діабетичної хвороби нирок при АЦД, зокрема при латентному АЦД дорослих, а також розроблено рекомендації щодо ведення пацієнтів з цим патологічним станом. Резюмовано дані сучасної наукової літератури та результати власних досліджень авторів щодо епідеміології, факторів ризику, клінічних проявів, методів діагностики, профілактики та медикаментозної корекції діабетичної хвороби нирок, роз'яснено потребу враховувати підтип АЦД у розробці підходів до індивідуалізованої терапії хронічної хвороби нирок. Вперше комплексно представлено численні аспекти хронічної хвороби нирок у пацієнтів з класичним цукровим діабетом 1-го типу та латентним АЦД дорослих. Викладено позицію авторів з фахового погляду ендокринолога, але питання ведення пацієнтів з хронічною хворобою нирок на тлі АЦД актуальне для лікарів різних спеціальностей — терапевтів, сімейних лікарів, нефрологів та інших.

Шифр НБУВ: ВА865460

1.Р.376. Apolipoprotein B and oxLDL levels in plasma of patients with diabetes, cardiovascular disease, and COVID-19 / M. D. Tronko, S. A. Cherviakova, V. V. Pushkarev, Yu. B. Belchina, O. I. Kovzun, V. M. Pushkarev, L. K. Sokolova // Доп. НАН України. - 2021. - № 6. - С. 126-130. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Підвищений рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ-Х), аполіпопротеїну В (АроВ), який в них міститься, та, особливо, окиснених ЛПНЩ у плазмі крові асоціюється з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Мета роботи — визначення рівня АроВ та окиснених ЛПНЩ у крові хворих на цукровий діабет (ЦД), ССЗ і COVID-19. АроВ та окиснені ЛПНЩ визначено за допомогою наборів для імуноферментного аналізу (Elabscience, США). Вимірювання проведено за оптичної довжини хвилі 450 нм. Установлено, що рівень АроВ та окиснених ЛПНЩ у крові хворих на ЦД і, особливо, з COVID-19 є значно вищим, ніж у крові здорових людей. Рівень АроВ та окиснених ЛПНЩ у крові є вищим у пацієнтів і з COVID-19 і діабетом або ССЗ у порівнянні з пацієнтами з COVID-19 без супутніх захворювань. Таким чином, рівень АроВ та окиснених ЛПНЩ може бути перспективним маркером тяжкого COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.Р.377. Characteristics of dementia in patients with diabetes mellitus / Sh. Vashadze, M. Kekenadze, S. Brunjadze, A. Chikhradze, Sh.

Katamadze, M. Kajaia // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 69-71. - Бібліогр.: 6 назв. - англ.

Studies have demonstrated that patients who have diabetes are more likely to develop cognitive problems compared to people without diabetes. The aim of the research: analysis of clinical characteristics of dementia in patients with diabetes mellitus. The Mini-Mental State Examination was used to diagnose dementia, which enables the detection of cognitive changes. Computed tomography or magnetic resonance imaging of the brain was performed to confirm the etiology of cognitive disorders. We have examined 120 patients (58 men and 62 women) with diabetes mellitus aged 32 to 70 years. The average disease duration was 5—10 years. There were seventy-five (62,5 %) patients with type 1 diabetes mellitus and 45 (37,5 %) with type 2 diabetes mellitus. In 45 (37,5 %) cases, type 1 diabetes mellitus was associated with high blood pressure. The number of patients with type 2 diabetes and high blood pressure was 43 (35,83 %). The atrophic process in the temporal and frontal regions is most pronounced in 41 (34,16 %) cases, with damage to the hemisphere occurring in 13 (10,83 %) and to the stem structures in 9 (7,5 %). Cognitive changes are more pronounced and more persistent in patients with type 1 diabetes than in patients with type 2 diabetes. Conclusions: in patients with cognitive impairment, the prescription of antidiabetic drugs is recommended only after a detailed study. Unfortunately, the mechanism of dementia development is not fully understood today, no effective prevention methods have been developed. However, there is a possibility to conduct screening in patients with diabetes mellitus to detect cognitive disorders. Research has shown that people with diabetes are twice as likely to have severe thinking and memory problems, and they also have a higher risk of developing a transient ischemic attack. Individuals with high blood pressure in the middle age are twice as likely to have brain injury. The high-risk group includes patients aged 40—64 years with diabetes mellitus and high blood pressure. It has been proven that their brain volume is reduced, they have problems with memory and thinking. High blood pressure in people of this age can cause many negative effects. In patients with type 2 diabetes, cognitive impairment is manifested in deficits in praxis, then gnosis and language function. However, time orientation, as well as short-term memory is less disrupted. Previous researches indicate connection between diabetes and high blood pressure and an increased risk of dementia.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.378. Comparison of machine learning methods for a diabetes prediction information system / O. Shmatko, A. Goloskokova, O. Korol, I. Rahimova // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2021. - Вип. 4. - С. 73-78. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Діабет — це хвороба, від якої немає постійного лікування; тому для його раннього виявлення потрібні методи та інформаційні системи. Запропоновано інформаційну систему для прогнозування діабету, яка грунтується на використанні методів інтелектуального аналізу даних та алгоритмів машинного навчання. Обговорено ряд методів машинного навчання, таких як випадковий ліс, алгоритм AdaBoost, багатошаровий персептрон, нейроподібна структура моделей послідовних геометричних перетворень, лінійна регресія на основі градієнтного стохастичного спуску, узагальнена регресійна нейронна мережа і регресія на основі машини опорних векторів. Для даного дослідження був використаний набір даних Pima Indian Diabetes, зібраний із репозиторію машинного навчання UCI. Набір даних містить інформацію про 768 пацієнтів та їх відповідні дев'ять унікальних атрибутів: кількість вагітностей; концентрація глюкози у плазмі протягом двох годин при пероральному тесті на толерантність до глюкози; діастолічний артеріальний тиск; товщина складок шкіри трицепса; концентрація інсуліну сироватки за дві години; індекс маси тіла; функція спадковості при діабеті; вік людини; результат змінної класу (0 — немає діабету, 1 — хворий). Проведені дослідження щодо покращення індексу прогнозування на основі методу виключення рекурсивних ознак. Виявлено, що модель логістичної регресії добре підходить для прогнозування діабету. Показано, що для використання створеної моделі для прогнозування ймовірності цукрового діабету з точністю до 78 % необхідно і достатньо використовувати такі показники стану здоров'я пацієнтки, як кількість вагітностей, концентрація глюкози в плазмі при пероральному тесті на толерантність до глюкози, індекс ІМТ та результпт розрахунку функції спадковсті "Родовідна функція діабету".

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.379. Definition of the dependence of QTc interval prolongation on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus / N. O. Pertseva, K. I. Moshenets // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 58-64. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Мета дослідження — оцінити вплив варіабельності глікемії на тривалість інтервалу QTc у хворих на цукровий діабет 2 типу. Обстежено 68 хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) ≤ 10 %. З них — 37 (54,4 %) чоловіків та 31 (45,6 %) жінка. Середній вік хворих — 46,0 (43,0; 54,0) років, тривалість ЦД 2 типу — 7,0 (5,0; 9,0) років. Пацієнти були розподілені на 2 групи за рівнем НвА1с: група 1 (n = 31) з НвА1с < 7 % та група 2 (n = 37) з НвА1с ≥ 7> %. Група контролю включала 10 практично здорових людей, порівняних за статево-віковими характеристиками. Визначення тривалості інтервалу QTc відбувалось автоматично за формулою Bazett під час аналізу 24-годинного запису холтерівського моніторування електрокардіограми (ЕКГ). Додатково визначали відсоток випадків перевищення порогу QTc більше 450 мс (QTc > 450). Одночасно з холтерівським моніторуванням ЕКГ виконувалось тривале моніторування глікемії за системою iPro2 (Medtronic MiniMed, USA). Проаналізовано максимальне значення глікемії (Гмакс), мінімальне значення глікемії (Гмін), а також показники варіабельності глікемії (ВГ): стандартне відхилення середньої глікемії (SD) та розмах глікемії (РГ). Тривалість добового QTc та показник QTc > 450 у хворих на ЦД 2 типу були значуще більшими порівняно з групою контролю ($p < 0,05$) і не залежали від рівня HbA1c. У хворих на ЦД 2 типу без зафіксованих гіпоглікемічних епізодів характеристики QTc не відрізнялись від результатів у контрольній групі ($p > 0,05$). На момент гіпоглікемічного епізоду тривалість QTc хворих на ЦД 2 типу суттєво зростала порівняно із середньодобовим значенням QTc у цих же хворих — 487 (466; 519,5) мс проти 436,5 (431; 452) мс ($p < 0,001$). Установлено сильний кореляційний зв'язок тривалості QTc з наявністю гіпоглікемії ($rs = 0,78$; $p = 0,023$). Також тривалість QTc корелювала з РГ ($rs = 0,23$; $p = 0,016$) та SD ($rs = 0,21$; $p = 0,021$). Визначено, що у хворих на ЦД 2 типу незалежно від рівня HbA1c подовження QTc зумовлюється високими коливаннями глікемії та гіпоглікемією ($p < 0,05$).

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.380. Design and realization of a fuzzy controller for diabetes type 1 / H. Legrara, C. R. Srinivasan, R. Srividya // J. of Nano- and Electronic Physics. - 2021. - **13**, № 3. - С. 03021-1-03021-4. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Існує багато типів діабету, найбільш поширеними з яких є тип 1, тип 2мта гестаційний діабет. У роботі автори сфокусувалися на діабеті типу 1. Він трапляється, коли підшлункова залоза не виробляє достатньо інсуліну, і, як наслідок, рівень цукру в крові зростає. Для контролю рівня цукру в крові було використано PID контролер та контролер нечіткої логіки. Методами налаштування, які застосовуються для PID контролера, є методи Ziegler — Nichols, Cohen — Coon, та IMC. Було використано модель Говорки, а їжу обрано головним фактором, що впливає на рівень цукру в крові.

Шифр НБУВ: Ж100357

1.Р.381. Early and remote response of Hif-1alpha protein in the hippocampus fields to ischemia-reperfusion in rats with diabetes mellitus / O. M. Nika, O. V. Zaliavska, O. V. Kaushanska // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 101-106. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Мета роботи — вивчення вмісту білка Hif-1α (фактор індукований гіпоксією 1α) в нейронах полів гіпокампа щурів з експериментальним ЦД у динаміці ішемічно-реперфузійного ушкодження головного мозку. Дослідження виконано на 60 6-місячних щурах, яким у віці два місяці моделювали ЦД однократним уведенням стрептозотоцину (60 мг/кг маси тіла) (Sigma, США). Порушення мозкового кровообігу відтворювали шляхом оклюзії обох сонних артерій протягом 20 хв. Уміст білка Hif-1α визначали за методом імунофлуоресценції після 20-хвилинної ішемії з одногодинною реперфузією та на 12-ту добу постішемічного періоду в полях гіпокампа CA1, CA2, CA3, CA4. У щурів без ЦД 20-хвилинна ішемія з одногодинною реперфузією підвищує вміст білка Hif-1α в усіх досліджених полях гіпокампа. На 12-ту добу ішемічно-реперфузійного періоду в полях гіпокампа CA2 — CA4 значення окремих досліджених показників активності транскрипційного фактора Hif-1α продовжують зростати, а в полі Ca1 і нормалізуються або наближаються до значень у тварин контрольної групи. У щурів із ЦД у ранньому постішемічному пе-

ріоді в полі СА1 зміни вмісту білка Hif-1α відсутні, в полі СА2 наявні ознаки зниження його активності, в полі СА3 і обмежені реакцією одного показника, в полі СА4 мають такий же характер, як і в контрольних щурів, за даних експериментальних умов. На 12-ту добу ішемічно-реперфузійного періоду в полі СА1 зростають усі показники активності транскрипційного фактора Hif-1α, за абсолютними значеннями перевищуючи відповідні у тварин контрольної групи за тих же експериментальних умов; в полі СА2 і СА3 зміни досліджених параметрів обмежені у порівнянні з такими у тварин групи контролю; в полі СА4 знижуються показники, які у тварин групи контролю зазнали зростання. Висновки: наявність ЦД сприяє зниженню активності білка Hif-1α під час ішемії-реперфузії в нейронах полів СА1—СА3 у ранньому ішемічно-реперфузійному періоді та в нейронах полів СА2—СА4 — на 12-ту добу спостереження.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.P.382. Effects of COVID-19 and diabetes mellitus on AMPKα1 and IRS-1 amount in the blood plasma of patients / M. D. Tronko, V. V. Pushkarev, L. K. Sokolova, S. A. Cherviakova, Y. B. Belchina, O. I. Kovzun, B. B. Guda, V. M. Pushkarev // Доп. НАН України. - 2022. - № 3. - С. 87-91. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Досліджено рівень AMPKα1 і IRS-1 у крові хворих на цукровий діабет і COVID-19 (т = 81). Кількість AMPKα1 і IRS-1 визначено за допомогою (ЦД) імуноферментного аналізу (Elabscience, США). AMPK контролює енергетичний баланс клітини, стимулює катаболічні процеси — поглинання глюкози, жирних кислот та їх перетворення шляхом мітохондріального окиснення та гліколізу. У разі ЦД 2-го типу та ожиріння її активність знижується, а активність протеїнкіназ mTORCl/p70S6K підвищується, що призводить до фосфорилювання субстрату інсулінового рецептора-1 (IRS) і резистентності до інсуліну. Встановлено, що рівень AMPKα1 у крові хворих на ЦД був значно вищим, ніж у крові здорових людей. У крові людей, які одужали від COVID-19, виявлено подальше зростання AMPKα1. У крові пацієнтів із ЦД під час захворювання на COVID-19 рівень AMPKα1 був значно вищим. Кількість IRS-1 у плазмі крові пацієнтів із ЦД була вищою за нормальні значення. У плазмі крові хворих на COVID-19 рівень IRS-1 був значно вищим, ніж у крові здорових людей і хворих на ЦД. Рівень IRS-1 у плазмі крові може бути одним із перспективних маркерів COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж22412:а

1.P.383. Integrated analysis of gene expression of solute carrier gene SLC19A3 with proven risk factors of microvascular complications in patients with type 2 diabetes / K. Singh, T. Yuzvenko // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 24-30. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Цукровий діабет (ЦД) — це хронічна патологія, котра прогресує і призводить до значної втрати працездатності, росту захворюваності та додаткового навантаження на систему охорони здоров'я. Мета дослідженя — вивчити кореляційні варіації експресії гена SLC19A3 у хворих на ЦД 2 типу з чинниками ризику діабетичних ускладнень. Проведено обстеження 190 пацієнтів із ЦД 2 типу щодо наявності діабетичної периферичної нейропатії (ДПН). У 105 пацієнтів, які мали симптоми діабетичної полінейропатії із залученням дрібних та великих нервових волокон, наявність ДПН підтверджено. Із загальної когорти 45 пацієнтів із ЦД 2 типу було рандомізовано відповідно до тяжкості діабетичної полінейропатії для оцінки експресії гена SLC19A3. На першому етапі дослідження у пацієнтів з ЦД 2 типу з діабетичною полінейропатією з залученням дрібних і великих нервових волокон було виявлено, що різниця в експресії гена SLC19A3 була несуттєвою. Зроблено припущення, що в значеннях C_T і значеннях ΔC_T статистично достовірної різниці між групами не було. Значення C_T цільового гена (SLC19A3) в усіх трьох групах один з одним не мали суттєвої різниці у початковій фазі дослідження. В кореляції фактора ризику, такого як тривалість захворювання, тенденція була аналогічною, показуючи, що тривалість хвороби не відіграє ролі в зміні експресії гена. В кореляції фактора ризику за рівнем глікованого гемоглобіну і експресія гена була трохи більшою у пацієнтів з HbA1c < 8,9 % у порівнянні із пацієнтами зі значенням HbA1c > 9,0 %. Висновки: беручи до уваги результати дослідження можна констатувати, що експресія гена SLC19A3 не залежить від ступеня тяжкості діабетичної полінейропатії, тривалості ЦД і компенсації глікемії у пацієнтів з ЦД 2 типу.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.P.384. Laser doppler flowmetry as the advanced non-invasive method of evaluation of microcirculation status in patients with diabetes mellitus: (a lection) / Z. Shaienko // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 44-50. - Бібліогр.: 23 назв. - англ.

Проблема цукрового діабету (ЦД) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності та має глобальний характер, що зумовлено поширенням захворювання і тенденцією до подальшого збільшення кількості хворих на цю недугу. У патогенезі ускладнень ЦД важливу роль відіграють системні мікроциркуляторні порушення. Вони призводять до розвитку мікроангіопатії та нейропатії (через первинне ураження судин, які беруть участь у кровопостачанні периферичних відділів нервової системи). Менше ніж третина лікарів розпізнають ознаки периферичної невропатії, пов'язаної з діабетом. Несвоєчасна діагностика спричиняє високу захворюваність, інвалідизацію та смертність. Авторами вивчено досвід застосування лазерної доплерівської флоуметрії у клінічній практиці як методу дослідження стану мікроциркуляторного русла у пацієнтів із ЦД. Лазерна доплерівська флоуметрія — неінвазивний кількісний метод оцінки мікроциркуляції. Він надає змогу аналізувати мікроциркуляторні ритми і проводити функціональне тестування з різними провокаційними пробами для дослідження стану регуляторних механізмів мікроциркуляції. Профілактика та лікування різних порушень мікроциркуляції є однією з найважливіших проблем медичної практики. Труднощі вивчення мікроциркуляції зумовлені дуже малим розміром мікросудин. Використання лазерної доплерівської флоуметрії у наукових дослідженнях надасть змогу виявити характерні для ЦД зміни функціонування мікроциркуляторного русла. Результати деяких досліджень свідчать про те, що порушення мікроциркуляції є не лише патогенетичною ланкою у розвитку ускладнень, а і спостерігаються у пацієнтів з ранніми порушеннями вуглеводного обміну та можуть передувати маніфестації ЦД. Однак метод не набув широкого поширення в клінічній практиці.

Шифр НБУВ: Ж24380

Див. також: 1.P.237, 1.P.251, 1.P.259, 1.P.264, 1.P.315, 1.P.326, 1.P.347, 1.P.350, 1.P.352, 1.P.388, 1.P.392, 1.P.446, 1.P.454, 1.P.490, 1.P.546, 1.P.629, 1.P.646, 1.P.648

Терапія цукрового діабету

1.P.385. Американська діабетична асоціація. Стандарти медичної допомоги при діабеті-2021. Гл. 2. Класифікація та діагностика цукрового діабету // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 82-101. - укр.

Стандарти медичної допомоги за діабету Американської асоціації діабету (ADA) — це сучасні рекомендації ADA щодо лікування діабету та інструментів для оцінки якості медичної допомоги, розроблені для клінічної практики. Члени комітету з професійної практики ADA, мультидисциплінарного експертного комітету (https://doi.org/10.2337/dc21SPPC) несуть відповідальність за оновлення Стандартів медичної допомоги щорічно або частіше за потреби. Детальний опис стандартів, тверджень і звітів ADA, а також систему оцінки доказів щодо рекомендацій для клінічної практики ADA див. у Стандартах ведення догляду (https://doi.org/10.2337/dc21-SINT). Читачі, які бажають прокоментувати Стандарти ведення догляду, можуть зробити це за адресою professional.diabetes.org/SOC.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.P.386. Американська діабетична асоціація. Стандарти медичної допомоги при діабеті-2021. Гл. 3. Профілактика або відтермінування діабету 2 типу // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 66-74. - Бібліогр.: 92 назв. - укр.

"Стандарти медичної допомоги при діабеті" Американської асоціації діабету (ADA) — це сучасні рекомендації ADA щодо лікування діабету та інструментів для оцінки якості медичної допомоги, розроблені для клінічної практики. Члени комітету з професійної практики ADA, мультидисциплінарного експертного комітету (https://doi.org/10.2337/dc21SPPC) несуть відповідальність за оновлення Стандартів медично допомоги щорічно або частіше за потреби. Детальний опис стандартів, тверджень і звітів ADA, а також систему оцінки доказів щодо рекомендацій для клінічної практики ADA див. у Стандартах ведення догляду (https://doi.org/10.2337/dc21-

SINT). Читачі, які бажають прокоментувати Стандарти ведення догляду, можуть зробити це за адресою professional.diabetes.org/SOC.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.387. Antidiabetic effects of medicinal plants: (a lit. rev.) / A. O. Ojetunde // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 1-17. - Бібліогр.: 146 назв. - англ.

Diabetes is a chronic disorder that is characterized by an increase in blood glucose (hyperglycemia) with alteration of protein, carbohydrates, and fat metabolism. Consequently, it can lead to renal failure, atherosclerosis, nerve damage, blindness, and coronary heart disease. It is also known as the 5th leading cause of death. Although, there are numerous types of glucose-lowering drugs that exhibit antidiabetic effects but results of treatment in patients are still not so perfect. Therefore, many treatments that include the use of medicinal plants are suggested and encouraged. Medical plants are believed to contain chemical substances with potential curative effects and can often have antidiabetic effects. This study introduced about 23 effective medicinal plants reported by various experimental researchers with the curative potential to treat diabetes. Although, most of the research used animal models, there is a clear indication that medicinal plants with anti-diabetic potentials are being investigated by several researchers. However, there is a need for further research to be conducted with isolated bioactive ingredients present in these plants in order to have potential ingredients that could be used as a pharmacological agent in the treatment of diabetes mellitus with fewer adverse effects. Again, the mechanisms of action of these medicinal plants in ameliorating diabetes need to be investigated.

Шифр НБУВ: Ж101336

Хвороби обміну речовин

1.Р.388. Кишкова мікробіота як чинник епігенетичного програмування фенотипів ожиріння та цукрового діабету 2 типу. Огляд літератури / К. О. Шишкань-Шишова, О. В. Зінич // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 75-81. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Останні досягнення в галузі молекулярно-генетичних досліджень надали змогу з'ясувати механізми взаємодії між генами та довкіллям, які частково опосередковуються так званими епігенетичними модифікаціями. Ці зміни не зачіпають первинної структури ДНК генів, але спричиняють стійкі зміни їх експресії, котрі можуть успадковуватися наступними поколіннями та визначати формування відповідного метаболічного фенотипу. Ожиріння, метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу розвиваються на грунті інсулінорезистентності за наявності генетичної схильності під дією зовнішніх чинників. Доведено, що важливим модифікованим чинником розвитку дисметаболічних станів є зміни профілю мікробіоти кишечника, яка відіграє ключову роль у регуляції багатьох обмінних процесів, запалення, активності імунної системи та загального стану організму. Встановлено, що дієти, багаті на жири та вуглеводи, призводять до зменшення різноманітності та змін у складі мікробіоти кишечника, зокрема до зниження рівня Bacteroietes і збільшення вмісту Firmictes. Дані клінічних та експериментальних досліджень свідчать про наявність зв'язку між порушеннями складу і функції мікробіому кишечника (дисбіозом) та ожирінням, порушенням глікемічного контролю, а отже, патофізіологією цукрового діабету 2 типу. Ці індуковані епігенетичні модифікації регулюються метаболітами, котрі виробляються мікробіотою кишечника (коротколанцюгові жирні кислоти (ацетат, пропіонат, бутират), цистеїн, меркаптани) і можуть впливати на епігенетичні процеси через дію на метилювання ДНК, ацетилювання та модифікацію гістонів. Крім того, має значення вплив мікробного середовища на секрецію інкретинів ентероендокринними клітинами кишечника. Розглянуто деякі механізми епігенетичних модифікацій, за допомогою яких відбувається вплив мікробіоти на розвиток ожиріння та цукрового діабету 2 типу.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.389. Метаболічно здорове і нездорове ожиріння: сучасні погляди на головні відмінності. Огляд літератури / В. А. Чернишов // Укр. терапевт. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 78-86. - Бібліогр.: 44 назв. - укр.

Огляд літератури присвячено актуальній проблемі ожиріння, яке вважають незалежним чинником ризику для низки хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних. Оскільки не в усіх осіб з ожирінням виникають метаболічні ускладнення і не завжди ожиріння негативно впливає на перебіг хвороб чи патологічних станів і загрожує передчасною смертю від них, зроблено акцент на існування двох типів ожиріння: метаболічно здорового (МЗО) і метаболічно нездорового (МНЗО). Наведено сучасні погляди на головні відмінності між фенотипами ожиріння. Висвітлено поняття МЗО, сучасні критерії його виявлення, поширеність у популяції. Обговорено чинники ризику трансформації МЗО в МНЗО з урахуванням ознак останнього. Наведено дані про ризики несприятливих клінічних наслідків при МЗО у порівнянні з МНЗО. Представлено сучасні погляди на головні відмінності метаболічно здорового і нездорового ожиріння за такими ознаками, як дія інсуліну, харчування, фізична активність, тривалість і якість сну, біологічні властивості жирової тканини (розподіл жирових відкладень, адипогенез і ліпогенез, розмір адипоцитів, оксигенація жирової тканини, ремоделювання екстрацелюлярного матриксу адипоцитів та інтерстиціальний фіброз, імунні клітини жирової тканини і запалення, ліполітична активність жирової тканини, продукція адипонектину). Наголошено, що МЗО є новою концепцією для стратифікації пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних і метаболічних захворювань. З огляду на те, що для оцінки МЗО використовують різні критерії здорового метаболізму, слід не лише розробити єдине визначення МЗО, а й визначити контингенти осіб з МЗО з високим ризиком серцево-судинних й метаболічних захворювань.

Шифр НБУВ: Ж22945

1.Р.390. Роль дендритних та В-клітин у розвитку метазапалення жирової тканини при ожирінні: (огляд літ.) / О. Є. Абатуров, А. О. Нікуліна // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 60-74. - Бібліогр.: 74 назв. - укр.

Наведено сучасні уявлення про спектр функціональних можливостей основних дендритних клітин та В-лімфоцитів у розвитку метазапалення жирової тканини за ожиріння. Дендритні клітини функціонально пов'язують вроджений та адаптивний імунітет. Функціонування субпопуляції професійних антигенпрезентуючих лімфоцитів — дендритних клітин визначає процесинг, презентація антигенів, каналізованість цитодиференціювання наївних Т-клітин, активація В-лімфоцитів і специфічного антитілогенезу. Активація дендритних клітин у жировій тканині значною мірою зумовлена взаємодією Toll-подібних рецепторів 2-го та 4-го типу їх цитоплазматичної мембрани з вільними жирними кислотами, надлишок яких супроводжує процес ожиріння. Ожиріння на тлі експериментального виснаження дендритних клітин у жировій тканині супроводжується низьким рівнем інфільтрації прозапальними макрофагами як жирової тканини, так і тканини печінки у поєднанні з більш високим рівнем сенситивності до дії інсуліну периферичних тканин. Наведено дані щодо можливості первинної активації адаптивної імунної системи в деяких особливих кластерах вісцеральної жирової тканини: лімфоїдному кластері, асоційованому з жировою тканиною, та молочних плямах. Активовані В-клітини виконують функцію презентації антигенів і утворення антитіл у розвитку імунної відповіді та відіграють важливу регуляторну роль у тонкому налаштуванні функціонування імунної системи. Таким чином, дані більшості досліджень свідчать про те, що у разі розвитку ожиріння дендритні клітини в цілому сприяють розвитку метазапалення. Ожиріння призводить до акумуляції В-2-клітин у жировій тканині, більш активної продукції В-клітинно-асоційованих прозапальних цитокінів і генерації IgG, що рекрутує макрофаги в жирову тканину. Численні питання регуляції рекрутингу, активації дендритних клітин та В-клітин за розвитку ожиріння залишаються нез'ясованими. Невідомі фактори, що здійснюють рекрутинг толерогенних дендритних і Breg-клітин, механізми регуляції їх рекрутації в різні депо жирової тканини і можливості активації даних клітин, тригери синтезу протективних антитіл класу IgM. Залишаються невідомими антигени, що беруть участь в активації адаптивної імунної системи за розвитку ожиріння.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.391. Тіамінова недостатність після рукавної резекції шлунка / І. М. Тодуров, О. О. Калашніков, О. В. Перехрестенко, С. В. Косюхно, Г. К. Червиць, О. І. Мицак // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 52-59. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Доведено, що баріатрична хірургія є безпечним та ефективним методом лікування ожиріння зі зменшенням маси тіла, компенса-

цією супутніх захворювань, пов'язаних з ожирінням, поліпшенням якості життя та збільшенням його тривалості. Рукавна резекція шлунка (РРШ) — це найчастіше виконувана баріатрична операція у світі. Ожиріння пов'язано з дефіцитом мікроелементів, тому поширеність вітамінних дефіцитних станів до баріатричної хірургії висока. Після операції дефіцит мікроелементів і вітамінів збільшується або виникає de novo, вони можуть становити загрозу, якщо їх залишити без уваги. Наведений клінічний випадок демонструє особливості клінічного перебігу дефіциту тіаміну, а також принципи лабораторної та інструментальної діагностики. Електроміографія — інформативний метод діагностики м'язової слабкості. Низький рівень тіаміну в сироватці крові, неврологічні симптоми та результати електроміографії мають важливе значення для діагностики дефіциту тіаміну. Патогенетичне лікування може поліпшити стан пацієнта за стислий час. Хоча РРШ є суто рестриктивною процедурою без мальабсортивного компонента, у пацієнтів після операції може спостерігатися дефіцит мікроелементів і вітамінів. Наведений клінічний випадок демонструє важливість своєчасної ретельної діагностики та правильного лікування дефіциту тіаміну у пацієнтів після РРШ. Таким чином, у пацієнтів після РРШ недостатність вітаміну B_1 може спричинити розвиток неврологічних ускладнень різного ступеня тяжкості, зокрема дисметаболічної полінейропатії.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.392. Study of insulin resistance in patients with cancer / T. Vatseba // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 15-19. - Бібліогр.: 32 назв. - англ.

Проонкогенний вплив ожиріння, інсулінорезистентності та гіперінсулінемії доведений за деяких видів раку, а також за цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Мета роботи — дослідити стан інсулінорезистентності у хворих з онкологічними захворюваннями та порівняти кореляційні зв'язки інсуліну у хворих на ЦД 2 типу та в хворих на рак. В дослідження було включено наступні групи пацієнтів: I — здорові (контрольна група); II — хворі на ЦД 2 типу; III — хворі з онкологічними захворюваннями: IIIa — молочної залози, IIIb — ендометрію, IIIc — з колоректальним раком. Глікемію натще визначали за глюкозооксидазним методом, HbA1c — з використанням методу іонообмінної хроматографії; рівні інсуліну та інсуліноподібного фактора росту-1 (IGF-1) — за імуноферментним методом. Інсулінорезистентність оцінювали за індексом HOMA-IR. Проведено статистичний аналіз одержаних результатів. У всіх групах пацієнтів з онкологічними захворюваннями бую підтверджено ожиріння. Достовірно вищий ІМТ, у порівнянні з групою контролю, виявлено у пацієнтів з раком тіла матки ($P = 0,008$). У пацієнтів з онкологічними захворюваннями, незалежно від локалізації, виявлено підвищення рівнів інсуліну та IGF-1 у порівнянні з контрольною групою ($P < 0,001$). Показники глікемії натще та HbA1c не відрізнялись від показників контрольної групи ($P > 0,05$). У хворих на ЦД 2 типу II групи і в пацієнтів з онкологічними захворюваннями III групи виявлено прямі кореляційні зв'язки інсуліну з ІМТ ($P < 0,05$), IGF-1 ($P < 0,05$) та з індексом HOMA-IR ($P < 0,05$). Висновки: у хворих з онкологічними захворюваннями молочної залози, тіла матки та колоректальної локалізації з ожирінням виявлено зниження чутливості до інсуліну, що може посилювати проліферативні ефекти інсуліну та IGF-1. Кореляційний аналіз показує ймовірну асоціацію раку та ЦД через вплив ожиріння та інсулінорезистентність.

Шифр НБУВ: Ж24388

Див. також: 1.Р.239, 1.Р.243, 1.Р.244, 1.Р.248, 1.Р.273, 1.Р.276, 1.Р.326, 1.Р.346, 1.Р.347, 1.Р.350, 1.Р.425, 1.Р.681

Хвороби опорно-рухової системи

1.Р.393. Молекулярний водень як можливий терапевтичний чинник у комплексній відновній терапії хворих із патологією органів опори та руху (огляд літератури) / В. І. Маколінець, Т. М. Гращенкова, Вол. І. Мосейчук, К. В. Маколінець, Вл. І. Мосейчук // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 92-97. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

Наведено аналіз закордонних науково-медичних джерел щодо терапевтичного чинника — молекулярного водню (МВ). Розкрито ефективність його використання в комплексній терапії багатьох захворювань. Дія досягається завдяки малому розміру молекули, яка проходить через біологічні мембрани та пригнічує небезпечні вільні радикали (ВР) у мітохондріях, а також в ядрі, що зменшує можливість ушкодження ДНК. МВ нейтралізує оксиданти в мозку завдяки здатності долати гематоенцефалічний бар'єр. Він нормалізує функції її обмінних процесів в організмі та, як антиоксидант, відрізняється селективністю: не впливає на корисні ВР, які беруть участь у важливих для організму обмінних процесах і вибірково усуває лише найнебезпечніші оксиданти — гідроксильні радикали. Взаємодіючи з ними, водень перетворює їх на молекули води без утворення побічних продуктів і ланцюгових реакцій. На відміну від інших відомих антиоксидантів, МВ не порушує нормальний метаболізм, не спричинює негативні зміни в клітинах, активізує власні антиоксидантні системи організму. Підтверджено можливість і доцільність застосування МВ у разі патології опорнорухової системи. Показано особливості його впливу на кісткову та хрящову тканини в експерименті. Визначено, що застосування МВ є новою фармакологічною стратегією, яка спрямована на селективне видалення $ONOO^-$, та може стати ефективним методом у лікуванні захворювань суглобів. Оскільки хрящ отримує поживні речовини шляхом дифузійно-навантажувального механізму, МВ швидко просочується в тканини. Він може бути корисним для профілактики захворювань суглобів дегенеративного генезу, бо знижує окисний стрес і уповільнює зменшення білків матриксу й інгібування розкладання протеїназами. Доведено ефективність його використання після травм спинного мозку, м'язів і сухожилків, таких коморбідних захворювань, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет і метаболічний синдром.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.394. Переклад, крос-культуральна адаптація і валідизація анкети центральної сенситизації (Central Sensitization Inventory) для хворих на ревматоїдний артрит / М. А. Станіславчук,, В. О. Бомбела, Ю. Л. Шкарівський // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 21-27. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Больовий синдром — один із основних інвалідизивних чинників у хворих на ревматоїдний артрит (РА). Дослідження підтверджують неоднорідність патогенетичних механізмів виникнення болю у хворих із запальними хворобами суглобів. Неабияку роль у механізмах перцепції болю відіграє явище центральної сенситизації. У 2012 р. T. G. Mayer зі співавторами створили анкету Central Sensitization Inventory (CSI), яка допомагає швидко ідентифікувати хворих, що мають симптоми, пов'язані з феноменом центральної сенситизації, однак україномовної версії цього опитувальника досі не було. Мета роботи — перекласти, провести крос-культуральну адаптацію, валідизацію й апробацію україномовної версії Central Sensitization Inventory у хворих на ревматоїдний артрит. Переклад і крос-культуральну адаптацію CSI проводили згідно зі стандартними рекомендаціями Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Обстежено 75 хворих із діагнозом РА відповідно до критеріїв ACR/EULAR (2010) і 15 осіб контрольної групи. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою методів варіаційної статистики у пакеті прикладних програм SPSS22 (-SPSS Inc.). Надійність україномовної версії анкети CSI оцінювали методом тест/ретест з інтервалом 7 днів у 65 хворих на РА. Отримані результати продемонстрували високу надійність анкети CSI — внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції становив 0,914, коефіцієнт альфа Л. Кронбаха — 0,914. Використання анкети CSI у хворих на РА засвідчило наявність у них центральної сенситизації. Значення CSI у цих хворих становило $36,32 \pm 14,67$ проти $15,60 \pm 12,10$ у контролі. Показник > 40 (наявна центральна сенситизація) виявлено у 40,00 % пацієнтів. Висновки: перекладено анкету Central Sensitization Inventory та проведено її крос-культуральну адаптацію і валідизацію.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.395. Частота й характер уражень кісток у хворих на ревматоїдний артрит, виявлених за допомогою ультразвукової та рентгеностеоденситометрії, їх діагностична цінність для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини / В. В. Чемес, У. О. Абрагамович, Л. В. Циганик, С. І. Гута // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 60-66. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Ревматоїдний артрит (РА) — хронічна системна хвороба сполучної тканини нез'ясованої етіології складного автоімунного патогене-

зу, яка часто ускладнюється вторинним остеопорозом (ОП), що погіршує перебіг і прогноз основної хвороби. Мета роботи — дослідити частоту й характер уражень кісток у хворих на РА, виявлених за допомогою ультразвукової та рентгеностеоденситометрії, з'ясувати їх діагностичну цінність для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини. У дослідження в рандомізований спосіб із попередньою стратифікацією за наявністю РА, діагностованого згідно з критеріями Американської колегії ревматологів та Європейської ліги проти ревматизму (2010) у жінок пременопаузального періоду та чоловіків зрілого віку, включено 74 хворих (62 жінки (84,93 %) і 12 чоловіків (15,07 %) віком від 38 до 60 років (середній вік на час обстеження жінок — 48,67 ± 2,34 року, чоловіків — 45,42 ± 2,78 року)), що лікувалися, вживаючи метилпреднізолон (4,0 — 24,0 мг/добу) та не отримуючи лікарські засоби для лікування ОП, у ревматологічному відділі Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради "Львівська обласна клінічна лікарня" з 2013 по 2019 р. (дослідна група — ДГ). Контрольну групу (КГ) створено з 29 здорових осіб (22 жінки (75,86 %) та 7 чоловіків (24,14 %), середній вік жінок на час обстеження 44,95 ± 2,12 року, чоловіків — 40,71 ± 2,75 року) аналогічних статі й віку. Усім хворим проведено оцінку МЩКТ за допомогою ультразвукової кісткової денситометрії п'яткової кістки та рентгеностеоденситометрії кисті. Виявлено міцний кореляційний зв'язок між результатами ультразвукової денситометрії п'яткової кістки та рентгеностеоденситометрії кисті, що дає підстави рекомендувати діагностувати зміни МЩКТ обома методами, причому, чутливішим виявився метод рентгеностеоденситометрії. Застосування обох методів діагностики ОП, а саме — ультразвукової денситометрії п'яткової кістки та рентгеностеоденситометрії кисті у хворих на ревматоїдний артрит є науково обгрунтованим.

Шифр НБУВ: Ж100996

Див. також: 1.Р.334, 1.Р.664

Інші внутрішні хвороби

1.Р.396. Отруєння чадним газом. Причини, діагностика, клінічні прояви та принципи лікування / С. М. Недашківський, Д. О. Дзюба, М. М. Калиш, А. Г. Богомол // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 29-33. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Розглянуто причини, які сприяють отруєнню чадним газом, основним симптомам, що притаманні отруєнню легкого, середнього та тяжкого ступеня. Розглянуто патофізіологія отруєння, вплив карбоксигемоглобіну на різні органи й системи організму постраждалого. Висвітлено профілактичні заходи, що сприяють запобіганню можливого отруєння. Наведено принципи надання медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі і при лікуванні.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.397. The glutathione system state in rats exposed to ethanol intoxication, its combination with caffeine and modified photoperiod / N. V. Davydova, N. P. Hryhorieva, D. D. Salekhi // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 46-49. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета роботи — дослідити вміст відновленого глутатіону (ГSH), активність глутатіонпероксидази (ГП) та глутатіон-S-трансферази (ГST) у крові та печінці щурів за умов підгострої алкогольної інтоксикації, поєднання її з уведенням кофеїну або постійним освітленням та можливість їх корекції мелатоніном. Експерименти проводили на 42 самцях щурів масою 180—200 г, які утримувалися за стандартних умов віварію і штучного рівнодення. Алкогольну інтоксикацію викликали внутрішньошлунковим уведенням 40 % етанолу в дозі 7 мл/кг маси тіла впродовж 7 діб. Кофеїн уводили внутрішньошлунково в дозі 30 мг/кг маси тіла. Отруєння етанолом та його поєднання з прийомом кофеїну або постійним освітленням призводило до зниження рівня ГSH та активності ГП в еритроцитах і печінці, причому, комбінація етанол + світло призводила до більш вираженого зниження показників. Поєднання етанолу з уведенням кофеїну викликала менш виражене зниження рівня ГSH у крові (на 25 %), але більш виражене зниження цього показника в печінці (на 45 % нижче контролю), ніж у щурів, які одержували лише етанол. Спостерігалось підвищення активності ГST у печінці всіх груп алкоголізованих тварин.Уведення 5 мг/кг мелатоніну протягом 7 днів запобігало зниженню вмісту ГSH і змінам активності ГП і ГST у крові та печінці усіх груп тварин. Висновки: уведення мелатоніну зменшує токсичні ефекти у щурів за умов впливу етанолу та його комбінації з кофеїном або постійним світлом протягом 7 днів, зменшуючи виснаження відновлення глутатіону та запобігаючи змінам активності ГП та ГST у крові та печінці всіх груп тварин.

Шифр НБУВ: Ж15712

Див. також: 1.Р.213, 1.Р.254

Хірургія

1.Р.398. Історія хірургії Криворіжжя: майбутнє це минуле, яке проходить через сьогодення: монографія / В. І. Десятерик, С. П. Міхно; Дніпровський державний медичний університет. - Кривий Ріг: Чернявський Д. О., 2021. - 218 с.: іл., фот. - Бібліогр.: с. 217-218. - укр.

Представлено історію розвитку та становлення хірургії і суміжних професій починаючи з перших поселень Криворізького регіону. Історію висвітлено в тіснім зв'язку з розвитком промисловості регіону і закінчено сьогоднішніми днями. Проведено дослідження мотивацій до оволодіння професією хірурга. З цією метою на кафедрі Дніпропетровської державної медичної академії було розроблено анкету зворотного зв'язку, за допомогою якої визначались індивідуальні особливості, нахили, здібності та побажання кожного лікаря-інтерна. При аналізі анкет інтернів, які пройшли навчання на кафедрі встановлено, що ключовими мотивами у виборі професії хірурга стали наявність сімейних медичних традицій (у 52% опитаних); позитивний приклад лікаря-хірурга, який надавав медичну допомогу родичам або самому респонденту (19,5%); вплив засобів масової інформації (кінофільми, книги), у яких відображено професійну діяльність лікаря-хірурга (12,3%). Важливість виявленої ролі професійної орієнтації підтвердило анкетування слухачів-хірургів, що проходили цикли післядипломного навчання на кафедрі. При цьому встановлено, що жоден із опитуваних хірургів, у яких вибір професії був свідомим, на основі вказаних вище мотивів, через п'ять і більше років практичної роботи не виказали розчарування своєю професією і бажання її змінити на іншу. Серед тих, чий вибір був не свідомим (бажання і вимоги батьків, поспішний вибір навчального закладу та ін.), майже 10% вказали на появу розчарування у виборі професії, ще 5% — бажали б її змінити.

Шифр НБУВ: ВА862832

1.Р.399. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Прикладні питання сучасної морфології", присвячена 100-річчю від дня народження професорки Вікторії Антонівни Малішевської / ред.: О. М. Слободян; Буковинський державний медичний університет, Всеукраїнська громадська організація "Наукове товариство анатомів, гістологів, ембріологів та топографоанатомів України". - Чернівці: Медуніверситет, 2022. - 143 с.: іл., фот. - укр.

Наведено результати досліджень, присвячених постаті відомої вченої В. А. Малішевської. Розглянуто питання статево-вікової та індивідуальної анатомічної мінливості органів і систем організму; порівняльної та функціональної морфології органів і систем організму в онтогенезі. Висвітлено досягнення анатомо-експериментальної хірургії, пріоритети викладання клінічної анатомії та оперативної хірургії. Розкрито особливості визначення параметрів будови черепа за даними спіральної комп'ютерної томографії . Наведено рентгенологічну характеристику зачатків третіх молярів на різних стадіях розвитку. Розглянуто анатомічну мінливість центральної артерії сітківки. Вивчено морфометричні особливості васкуляризації енторинальної ділянки головного мозку людини. Досліджено зміни добового ритму артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та остеоартрозом при надлишковій масі тіла.

Шифр НБУВ: ВА864825

1.Р.400. Модифікація передопераційної підготовки як запорука удосконалення періопераційного лікування пацієнтів похилого і старечого віку / М. Б. Данилюк, С. М. Завгородній, А. І. Рилов, М. А. Кубрак, Н. О. Ярешко, А. В. Бачурін // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 63-67. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — оцінка ефективності змін передопераційної підготовки пацієнтів похилого і старечого віку як запоруки покращення

лікування у періопераційному періоді. В роботу включено 153 пацієнти з гострим холециститом на фоні жовчнокам'яної хвороби. Контрольну групу склали 89 (58,2 %) хворих, лікування яким проведено згідно із стандартами та клінічними протоколами лікарні, основну — 64 (41,8 %) пацієнти, передопераційну підготовку яких модифіковано за алгоритмом. Тяжкість стану пацієнтів при госпіталізації у контрольній групі оцінено у (30,8 ± 5,2) бала, в основній — у (31,6 ± 5,7) бала (U = 2684,00, p = 0,5437). Усі пацієнти оперовані в ургентному порядку. Використання алгоритму передопераційної підготовки пацієнтів похилого і старечого віку привело до покращення їх стану в ранньому післяопераційному періоді, оціненого за шкалою P-POSSUM: в основній групі цей показник становив (28,2 ± 4,6) бала, у контрольній — (31,1 ± 7,8) бала (U = 2219,00, p = 0,0201). Забезпечено зменшення тривалості штучної вентиляції легень: у контрольній групі — 80,00 (70,00; 120,00) хв, в основній — 63,00 (52,50; 75,00) хв (U = 1316, p < 0,0001). Висновки: модифікована передопераційна підготовка, більш часте виконання мініінвазивних оперативних втручань та рання активізація пацієнтів скоротили тривалість їх перебування у стаціонарі: (10,9 ± 2,5) дня — контрольна група, (8,3 ± 2,3) дня — основна група (U = 1745,50, p < 0,0001).

Шифр НБУВ: Ж26838

Див. також: 1.Р.402, 1.Р.407, 1.Р.494, 1.Р.587

Анестезіологія

1.Р.401. Актовые речи на ежегодных торжественных заседаниях ученого совета Днепровского государственного медицинского университета, посвященных его основанию / Л. В. Новицкая-Усенко; Днепровский государственный медицинский университет. - Днепр: Лира, 2022. - 177, [1] с.: рис., табл. - рус.

Представлены результаты работы коллектива кафедры анестезиологии и интенсивной терапии Днепровского государственного медицинского университета за 50 лет. Отражены этапы становления анестезиологии как специальности и Днепропетровской научной школы анестезиологов в частности. Отмечено, что каждая актовая речь содержит обобщение результатов работы коллектива кафедры по разным аспектам специальности: защиты пациентов от операционной агрессии и интенсивной терапии при критических состояниях с использованием самых современных медицинских технологий.

Шифр НБУВ: ВА866036

1.Р.402. Внутрішньовенна неопіоїдна аналгезія як компонент періопераційного знеболювання: літературний огляд використання ібупрофену для внутрішньовенного застосування / М. А. Георгіянц, В. А. Корсунов, М. Б. Пушкар // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 21-27. - Бібліогр.: 41 назв. - укр.

Розвиток анестезіології на початку XXI ст. характеризується тенденцією до обмеження використання опіоїдів під час як анестезії (низькоопіоїдна та безопіоїдна анестезія), так і післяопераційного знеболювання (мультимодальне знеболювання). Одним із найбільш поширених напрямків зменшення споживання опіоїдів є використання нестероїдних протизапальних засобів. Застосування внутрішньовенної форми добре відомого представника цієї групи препаратів — ібупрофену відкриває нові можливості лікування болю в різних галузях хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії. Низка досліджень, результати яких проаналізовані в даному літературному огляді, грунтовно доводить, що використання ібупрофену в дозі 800 мг внутрішньовенно дозволяє забезпечити краще післяопераційне знеболювання та зменшення потреби в опіоїдних анальгетиках порівняно з плацебо та таким компаратором, як ацетамінофен. Також ібупрофен для внутрішньовенного введення продемонстрував кращі антипіретичні властивості порівняно з ацетамінофеном при лікуванні лихоманки в госпіталізованих пацієнтів дитячого віку.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.403. Перспектива застосування сучасних анальгетиків центральної дії для лікування гострого післяопераційного болю в пацієнтів травматологічного профілю / М. А. Шостак, В. В. Крижевський, О. Е. Доморацький, В. Ю. Гладких, О. А. Якубець // Медицина невідкл. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 87-89. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Застосування схеми мультимодальної анальгезії на основі парацетамолу та НПЗП не завжди ефективно дозволяє контролювати біль. Регіонарні методики, безумовно, виглядають привабливими, особливо для пацієнтів травматологічного, ортопедичного профілю, але вони мають свої недоліки: висока вартість, складність технічного виконання, звикання до місцевих анестетиків. Застосування опіоїдів є класичним методом лікування післяопераційного болю з добре відомими позитивними та негативними ефектами. Таким чином, пошук альтернативних схем лікування післяопераційного болю є необхідним у сучасній анестезіології, інтенсивній терапії, травматології та хірургії тощо. Важливе застосування анальгетика центральної дії нефопаму гідрохлориду у схемі мультимодального знеболювання. Розглянуто проблеми знеболювання травматологічних хворих та можливість застосування нефопаму гідрохлориду.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 1.Р.587

Загальна хірургічна патологія

1.Р.404. Ефекти сукцинатовмісного препарату та його комбінації з колоїдним інфузійним розчином при експериментальній терапії крововтрати / О. М. Важнича, Р. В. Луценко, Н. О. Власенко, Н. М. Дев'яткіна // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 27-35. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Стратегія лікування гострої крововтрати базується на сучасних уявленнях про її патогенез, який включає як анемічний синдром, так і гіпоксію, коагулопатію, порушення мікроциркуляції, поліорганну недостатність. З огляду на це інфузійний розчин "Гемодез-Н" може бути використаний при геморагічному шоці. Також існують докази корисності при крововтраті сукцинатовмісних препаратів, зокрема, мексидолу, однак поєднана дія цих засобів раніше не досліджувалась. Мета дослідження — вивчити вплив мексидолу, Гемодезу-Н та їхню комбіновану дію на гази, електроліти та ліпопероксидацію в крові у випадку гострої крововтрати в лабораторних тварин. Експерименти проведено на 28 білих щурах-самцях. Крововтрату моделювали пункцією серця щурів під ефірним наркозом. Мексидол (100 мг/кг), Гемодез-Н (5 мл/кг) або їхню комбінацію в тих самих дозах вводили інтраперитонеально відразу після крововтрати. Щурам із контрольною патологією ін'єкціювали розчинник. Через 3 год після крововтрати в крові з лівого шлуночка серця визначали парціальний тиск вуглекислого газу (pCO_2) та кисню (pO_2), насичення гемоглобіну киснем (% sO_2), об'ємну концентрацію кисню (ctO_2), водневий показник (pH), вміст бікарбонату, іонів натрію (Na^+), калію (K^+) і кальцію (Ca^{2+}). Оцінювали вміст продуктів, які реагують з 2-тіобарбітуровою кислотою (ТБКАП), та активність супероксиддисмутази (СОД) в еритроцитах. Результати обробляли за програмами Statistica for Windows 8.0, використовуючи однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA з апостеріорним тестом Fisher LSD. Після крововтрати з введенням розчинника pCO_2, pO_2 і % sO_2 знаходилися на рівні інтактного контролю, а ctO_2 знижувався. При корекції крововтрати мексидолом і його комбінацією з Гемодезом-Н pCO_2 зменшувався в 1,2 разу, а pO_2 зростав у 1,6 разу. Реєструвалося збільшення % sO_2 у порівнянні з контрольною патологією. Обидва досліджувані препарати та їхня комбінація підвищували ctO_2 у 1,5 разу. Крововтрата характеризувалася зниженням концентрації Na^+ та підвищенням вмісту K^+ у крові без змін інших електролітів і pH. Під впливом мексидолу відбувалося зростання pH. Під дією Гемодезу-Н знижувався вміст K^+ і зростав вміст Ca^{2+}. Комбінована дія препаратів викликала збільшення pH і не впливала на решту електролітів. Втрата крові спричиняла накопичення ТБКАП в еритроцитах у 3,8 разу без змін активності СОД у порівнянні з інтактними тваринами. Мексидол і Гемодез-Н нормалізували вміст ТБКАП, а їхній комбінований ефект був найвиразнішим. Введення поодинці мексидолу або Гемодезу-Н викликало підвищення активності СОД, а одночасне застосування обох препаратів збільшувало активність СОД у тому самому ступені, що й кожен препарат окремо. Отже, за гострої крововтрати комбінована дія Гемодезу-Н і мексидолу зберігає всі позитивні ефекти, притаманні самому антиоксиданту, посилює вплив на вміст K^+ у крові і ТБКАП в еритроцитах. Це підтверджує необхідність включення сукцинатовмісних засобів до схем лікування гострої крововтрати поряд із кровозамінними розчинами.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.405. Застосування стовбурових клітин у лікуванні трофічних виразок венозного генезу: (огляд літ.) / В. В. Мельник, В. В. ривецький, Д. В. Проняєв, В. Л. Волошин, О. В. Колеснік // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 91-96. - Бібліогр.: 54 назв. - укр.

Літературне дослідження присвячено аналізу джерел літератури щодо практичного застосування стовбурових клітин для лікування трофічних виразок венозного генезу. Найбільш важливим та перспективним джерелом стовбурових клітин є пуповинна кров. Питання лікування трофічних виразок венозної етіології досі залишається дискутабельним. Нині жодна з відомих методик лікування варикозно розширених вен або ліквідації патологічного рефлюкса не є універсальною. Разом з тим гостро стоїть питання паралельного лікування трофічних виразок, причиною яких є варикозно змінені вени. До того ж усунення змінених магістральних вен не завжди призводить до одночасного зникнення виразкових явищ на шкірі. Основним на сьогодні методом лікування даної патології є оперативне втручання, методику якого було впроваджено ще в 19-му сторіччі, і від того часу кардинально не змінювалась: високе перев'язування та стипінг великої та малої пішкірних вен із подальшим їх видаленням. Проте оперативне втручання іноді призводило до рецидивування, оскільки не є етіологічним. У даному огляді літератури наведено як основні історичні віхи у розвитку вчення про прикладне застосування стовбурових клітин, так і найсучасніші дані наукової літератури. Стовбурові клітини вже досить успішно використовуються як основна методика лікування хронічної ішемії нижніх кінцівок. Відзначають, що введення в ішемізовану кінцівку мононуклеарних клітин кісткового мозку сприяло зменшенню больового синдрому, знижувало ризик високих ампутацій на 19 %. Використання фібробластів вирощених in vitro, багатошарового прошарку кератиноцитів, аналога шкіри, є досить успішним та перспективним аналогом аутодермопластики. Використання стовбурових клітин надає змогу досягнути загоєння у 99,1 % пацієнтів через 16,2 дня з рецидивом у 1,25 %. Мезенхімальні стовбурові клітини, введені внутрішньошкірно, для лікування променевих виразок, стимулювали процес загоєння, знижували больові відчуття, запальні явища, що можна було підтвердити зниженням рівня С-реактивного білка в крові. Після введення мезенхімальних стовбурових клітин перифокально й у дно рани, через два тижні більше ніж у 60 % випадків відзначили активний ріст грануляцій та дозрівання грануляційної тканини. Також значно зменшувалась площа ранового дефекту, підвищується ефективність приживання шкірного аутотрансплантата. Проведене дослідження джерел наукової літератури, присвячено проблемі дослідження стовбурових клітин в цілому та впровадженню в лікувальну практику терапії трофічних виразок стовбуровими клітинами кордової крові вказує на значну зацікавленість науковців даною тематикою. Про це свідчить значна кількість публікацій, присвячених проблемі дослідження властивостей стовбурових клітин. Зауважено про разючу якісну та кількісну відмінність проаналізованих авторами вітчизняних та закордонних джерел наукової літератури на користь опису закордонних досліджень. Вказано на недостатню кількість описаних якісних наукових досліджень, присвячених лікуванню трофічних виразок вітчизняними науковцями.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.406. Здатність штамів S. aureus формувати біоплівки на колагенових матрицях / О. С. Юнгін, Л. А. Майстренко, П. А. Ребрикова, І. В. Дука // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 5. - С. 26-31. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

На сьогодні стимуляція загоєння ран у хірургії, комбустіології, дерматології залишається актуальною проблемою. Незважаючи на постійне вдосконалення методів лікування ран, частота інфекційних ускладнень у хірургії досягає 30 %, а в комбустіології — 40 %. Бактеріальні біоплівки є критичним компонентом хронічних ран, які тяжко піддаються традиційній терапії. Золотистий стафілокок — один із чотирьох найбільш поширених видів бактерій, виявлених при хронічних ранах. Колаген є перспективною основою препаратів для загоєння ран, а також ідеальним матриксом при дослідженні інфекційних процесів шкіри та сполучних тканин. Оцінено здатність формувати біоплівки штамами S. aureus на колагенових матрицях, отриманих із відходів виробництва натуральної шкіри (голинна обрізь після зоління та після знезолювання, міздря з сировини великої рогатої худоби). Колаген отримували методом кислої екстракції з подальшим відмиванням 0,9 % NaCl до отримання pH 5,5. Як тест-культури використано лабораторні штами та шпитальні ізоляти S. aureus. Штами ізольовано з раневих поверхонь пацієнтів Київської обласної клінічної лікарні. Бактерії ідентифіковано як S. aureus за допомогою VITEK 2 compact 15 (Франція). Ріст культур і біоплівкоутворення визначено за стандартними протоколами. Отримані дані проаналізовано в пакеті програм Excel, $p < 0,05$. Здатність формувати біоплівку варіювала залежно від зразка колагену та штаму мікроорганізму, однак досліджувані зразки колагену виявилися ефективними матрицями для формування біоплівок культурами бактерій. Зразки колагену, отримані з відходів виробництва натуральної шкіри (голинна обрізь після зоління та після знезолювання після двох екстракцій), можуть бути використані як матриці для росту та формування біоплівок штамами золотистого стафілококу та моделювання мікробних процесів при дослідженні лікування раневих поверхонь.

Шифр НБУВ: Ж69879

Хірургія окремих ділянок, систем і органів

1.Р.407. Реконструкція післяопікових деформацій обличчя з використанням розтягнутих клаптів / О. А. Жернов, Г. П. Козинець // Клініч. хірургія. - 2021. - **88,** № 9/10. - С. 52-55. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — покращення результатів хірургічного лікування хворих з післяопіковими деформаціями обличчя шляхом максимального відновлення шкірних покривів основних ділянок з оптимальним використанням розтягнутих тканин навколишніх ділянок. У дослідження включено 37 пацієнтів, які перебували на лікуванні з 2009 по 2019 рр., 23 чоловіки та 14 жінок віком від 10 до 62 років (середній вік становив 25,7 року). Для пластики дефектів обличчя використовували розтягнуті лобний клапоть (5), бічний та нижній клапті обличчя (4), підщелепний та підщелепно-шийний (8), шийний (7) та шийний і шийно-плечовий (16) клапті. У 2 пацієнтів із двостороннім ураженням використали шийні та шийно-плечові клапті з обох сторін. Всі використані клапті прижилися первинно. Протягом перших 24 год після операції у 4 пацієнтів відмічено венозний застій у шийних і шийно-плечових клаптях, який після застосування антиагрегантних препаратів зник. Основними критеріями оцінки віддалених результатів лікування були: повнота видалення рубців, виникнення вторинної деформації та відновлення основних контурів обличчя. Віддалені результати вивчені у 17 пацієнтів і оцінені як добрі. У решти пацієнтів результат невідомий. Висновки: залежно від локалізації рубцевого дефекту та наявності неуражених тканин у різних анатомічних зонах обличчя і шиї можливе використання розтягнутих клаптів, що дозволяє отримати достатню кількість життєздатного пластичного матеріалу з близькими до дефекту текстуральними властивостями. Шляхом використання розтягнутих клаптів у різних анатомічних зонах обличчя та шиї отримано добрий результат у найближчому і віддаленому періодах спостереження.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.408. Сучасний підхід до діагностики туберкульозного спондиліту (огляд літератури) / Г. Г. Голка, В. В. Веснін, В. В. Бурлака, А. О. Олійник, О. Г. Фадєєв, Е. Ю. Фролова-Романюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 51-57. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета роботи — провести системний аналіз наукової літератури щодо сучасного стану діагностики хворих на туберкульозний спондиліт (ТС) та визначити перспективи вдосконалення діагностики цього захворювання. Для проведення зазначеної роботи проаналізовано 118 літературних джерел з бази PubMed за записами Diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. Diagnosis of tuberculous spondylitis та 26 із них обрано для докладного вивчення. Було з'ясовано, що ТС є найтяжчою клінічною формою кістково-суглобового туберкульозу (КСТ), яка становить серйозну медико-соціальну проблему. Відсоток діагностичних помилок за ТС дуже високий, і рівень його за останні десятиліття має явну тенденцію до підвищення. Діагностична пауза при цьому захворюванні, як правило, триває не менше трьох місяців. Клініко-рентгенологічні дослідження є найбільш доступними і широко застосовуються у світі, є основою для встановлення діагнозу КСТ. З позиції доказової медицини, верифікований (дове-

дений) діагноз КСТ має базуватися на даних бактеріологічного та гістологічного дослідження патологічного матеріалу. Досить часто перебіг ТС супроводжується явищами патоморфозу, що суттєво ускладнює диференційну діагностику. У наукових публікаціях недостатньо уваги приділено питанням етіологічної діагностики захворювання, а традиційні методи клініко-променевих досліджень мають значний відсоток діагностичних помилок. Висновки: діагностика ТС у сучасних умовах переважно відбувається на пізніх стадіях (у запущеній формі), що зумовлює суттєві труднощі в лікуванні цієї категорії пацієнтів. Доцільно вдосконалювати методи етіологічної діагностики ТС з наступними дослідженнями чутливості збудника захворювання до антибактеріальних препаратів, що є однією з головних умов успішного лікування.

Шифр НБУВ: Ж100471

Див. також: 1.Р.539, 1.Р.609

Хірургія шиї

1.Р.409. Аналіз ускладнень хірургічного лікування хворих на автоімунний тиреоїдит / О. В. Шідловський, В. О. Шідловський // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 19-23. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити частоту і структуру специфічних ускладнень у разі операцій з приводу автоімунного тиреоїдиту (АІТ) у поєднанні з доброякісними вузловими утвореннями у порівняноні з операціями з приводу багатовузлового нетоксичного зоба. Проаналізовано ускладнення тиреоїдектомії у 237 пацієнток, прооперованих з приводу АІТ (основна група), і 261 хворої, прооперованої з приводу багатовузлового нетоксичного зоба (контрольна група). Оцінювали тривалість операції, частоту парезів гортані, післяопераційного гіпопаратиреозу, пошкодження грудної протоки, напружених гематом шиї, дисфагії та зміни тембру голосу. Більше ускладнень виявлено у хворих основної групи і відповідно 33 і 20. Структура і кількість окремих ускладнень із їх загальної кількості в обох групах були однаковими, а частка від кількості прооперованих хворих була статистично більшою у групі хворих на АІТ. Тривалість тиреоїдектомії за АІТ становила (174,3 ± 4,2) хв і залежала від вираженості запальних змін у залозі та тканинах навколо неї, а у разі багатовузлового нетоксичного зоба — (127,0 ± 4,7) хв ($p < 0,01$). Тиреоїдектомія з приводу АІТ у порівнянні з тиреоїдектомією з приводу багатовузлового нетоксичного зоба супроводжується більшою тривалістю операції та кількістю ускладнень. Існує підвищений ризик розвитку гіпопаратиреозу, парезів гортані, пошкоджень грудної протоки, напружених гематом шиї, дисфагії та змін тональності голосу.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.410. Прогностичні показники несприятливого прогнозу відновлення функцій гортані при однобічному ураженні поворотного гортанного нерва в хірургії щитоподібної залози / Н. В. Соломеннікова, Ю. В. Дєєва, В. О. Паламарчук, В. В. Куц // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 21-27. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Ураження поворотного гортанного нерва у хірургії щитоподібної залози є дуже небезпечним ускладненням. Лікарю-оториноларингологу, особливо первинної ланки, слід своєчасно призначити адекватне лікування, яке залежить від форми ураження нерва (транзиторна, перманентна), тобто проаналізувати можливий прогноз захворювання. Проведено небагато досліджень прогнозування розвитку захворювання за ураження поворотного гортанного нерва. Одним із найбільш сучасних та інформативних методів є електроміографія гортані із застосуванням голкових електродів, але, незважаючи на достатню кількість пацієнтів з цією патологією, в більшості медичних закладів України його не використовують з огляду на технічні труднощі виконання, інвазивність і складність інтерпретації результатів. Мета роботи — проаналізувати ларингоскопічні показники у випадку парезів і паралічів гортані в хірургії щитоподібної залози та визначити найбільш значущі з них, які в сукупності можуть бути прогностичними критеріями відсутності відновлення рухливості (паралічу) гортані. У 2018—2021 рр. проведено одноцентрове проспективне дослідження 164 пацієнтів з післяопераційним порушенням руху гортані, яких було розподілено на дві групи: з паралічем гортані ($n = 33$) та парезом гортані ($n = 131$). Усім пацієнтам проведено фоніатричний огляд. Виділено загальні ознаки (вік, кратність операції, обсяг оперативного втручання) та 18 ларингоскопічних ознак, кожна з яких мала від двох до семи градацій, для зручності закодованих за допомогою цифр та за можливості розташованих у порядку збільшення тяжкості стану. Одержані результати оброблено за допомогою кутового перетворення Фішера. Серед 18 ларингоскопічних і загальних ознак виділено 10 основних (предикторів), які впливають на наявність паралічу гортані: елементи рухливості паралізованої голосової складки (ГС) (відсутні), флотація іпаралізованої ГС (незначна та виразна), рухливість черпакуватого хряща (відсутня), змикання ГС (повне незмикання), синхронність коливань ГС (відсутність руху паралізованої ГС), обмеження руху паралізованої ГС (відсутнє (ГС нерухома)), рівень розташування ГС у вертикальній площині (не на одному рівні), натягнутість медіанного краю ГС (увігнутий), вік пацієнта > 45 років, положення нерухомої ГС (медіанне та інтермедіанне). Математичний аналіз показав, що жодна окрема ларингоскопічна ознака не може бути використана як самостійний критерій для оцінки прогнозу відновлення рухливості гортані. Висновки: прогностичні ларингоскопічні ознаки за ураження поворотного гортанного нерва в хірургії щитоподібної залози надають змогу створити прогностичну модель відсутності відновлення рухливості гортані, що має важливе значення для призначення своєчасного адекватного лікування.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.411. Роль магнію в корекції післяопераційної гіпокальціємії / Д. М. Квітка, В. О. Паламарчук, С. В. Земсков, В. А. Смоляр // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 40-44. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Специфічним ускладненням у тиреоїдній хірургії залишається післяопераційний гіпопаратиреоз. Частота виникнення ятрогенного гіпопаратиреозу становить від 3,0 до 31,5 %. Зниження рівня паратгормона (ПГ) призводить до запуску каскаду електролітних змін. Стандартні методи контролю та корекції гіпопаратиреозу не надають гарантії запобігання гіпокальціємії. Відома роль кальцію та магнію у проведенні нервових імпульсів по м'язових волокнах. Вивчення ролі магнію надасть змогу коригувати вияви післяопераційного гіпопаратиреозу. Мета роботи — вивчити залежність між післяопераційним гіпопаратиреозом, змінами у кальцій-магнієвому обміні та їх клінічними виявами; проаналізувати вплив гіпомагніємії на клінічні вияви гіпокальціємії; вивчити можливість корекції кальцій-магнієвого обміну у післяопераційний період. У дослідженні взяли участь 145 пацієнтів, прооперованих з приводу захворювань щитоподібної залози. Хворих було розподілено на дві групи. В основній групі ($n = 73$) хворі приймали препарати магнію у доопераційний період протягом 10 — 14 днів у дозі 1500 — 2000 мг/добу, у контрольній групі ($n = 72$) хворі препарати магнію не приймали. У доопераційний період і в першу добу після операції вимірювали рівень ПГ, іонізованого кальцію та магнію. Показники ПГ у першу добу післяопераційного періоду були ранжовані: ≤ 1 пг/мл, 1,1—5,0 пг/мл, 5,1—10,0 пг/мл, > 10 пг/мл (≤ 15,0). У заданих діапазонах вивчали зміни кальцію та магнію в сироватці крові, а також клінічні вияви гіпопаратиреозу, які оцінювали за такою шкалою: невиразні, слабко виразні, виразні, різко виразні. Виявлено наявність кореляційних зв'язків між рівнями після операції магнію, іонізованого кальцію та ПГ. В основній групі кількість виразних та різко виразних виявів гіпокальціємії спостерігали за вмісту ПГ ≤ 1,0 пг/мл, тоді як у контрольній групі найбільшу кількість виразних та різко виразних клінічних виявів зафіксовано за ПГ ≤ 1,0 та 1,1—5,0 пг/мл. В основній групі у порівнянні з контрольною загальна кількість клінічних виявів гіпокальціємії була меншою. Виявлено прямо пропорційні зв'язки між змінами рівня ПГ, іонізованого кальцію та магнію. Доведено, що некоригована гіпомагніємія у ранній післяопераційний період може бути предиктором клінічних виявів гіпопаратиреозу. Корекція рівня сироваткового магнію у більшості хворих зменшує клінічні вияви гіпокальціємії.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.412. Хірургічне лікування однобічного вузлового зоба з компресійним синдромом на тлі автоімунного тиреоїдиту / О. В. Шідловський, В. О. Шідловський, М. І. Шеремет, О. В. Лазарук, В. М. Привроцький, В. З. Головатий // Clinical Endocrinol. and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 37-43. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — визначити показники для вибору обсягу операції у хворих на однобічний вузловий зоб з компресійним синдромом на

тлі автоімунного тиреоїдиту (АІТ) і можливість спрогнозувати віддалені результати хірургічного лікування. Проаналізовано віддалені результати гемітиреоїдектомії у 101 жінки віком від 23 до 72 років, хворої на однобічний вузловий зоб з компресійним синдромом на тлі АІТ (ВЗАІТ). Проаналізовано, за яких значень до операції об'єму частки залози, рівня у крові тиреотропного гормона, вільних тироксину і трийодтироніну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, показників апоптозу та проліферації і варіанта ехоструктури мали місце задовільні та незадовільні результати лікування. У 75 хворих результати лікування були задовільними (за даними обстеження через 3 роки після гемітиреоїдектомії не виявлено порушень функціонального стану щитоподібної залози, а за даними ультразвукового дослідження в паренхімі залишеної частки залози наявні до операції ознаки АІТ не прогресували або прогресували без розвитку гіпотиреозу та зміни варіанта ехографічної картини), у 26 — незадовільними (збільшення об'єму залишеної частки щитоподібної залози та прогресування автоімунного процесу з розвитком гіпотиреозу). На задовільний результат гемітиреоїдектомії у разі лікування хворих на ВЗАІТ із компресійним синдромом можна розраховувати у випадках, коли на момент операції об'єм частки становить < 12,7 $см^3$, її ехоструктура відповідає гіпоехогенному і гетерогенному та псевдомікровузловому варіанту, вміст тиреотропного гормона < 2,85 мОД/л, вільного тироксину > 16,7 пмоль/л, вільного трийодтироніну > 5,3 пмоль/л, антитіл до тиреоїдної пероксидази < 137 мОД/мл. Одним із можливих варіантів хірургічного лікування хворих на ВЗАІТ з компресійним синдромом може бути гемітиреоїдектомія за умов збереженої гормональної функції залози з помірно виразними процесами проліферації і апоптозу та структурних змін паренхіми на рівні гіпоехогенного і гетерогенного, псевдомікровузлового ехоструктурних варіантів. Протипоказано застосовування гемітиреоїдектомії у разі псевдовеликовузлового і тяжчих варіантів ехоструктури паренхіми щитоподібної залози незалежно від показників гормонопродукувальної функції, антитіл до тиреоїдної пероксидази, проліферації і апоптозу.

Шифр НБУВ: Ж24380

Див. також: 1.Р.369

Хірургія ділянки грудей

1.Р.413. Діагностика та хірургічна корекція неспроможності фізіологічної кардії при грижах стравохідного отвору діафрагми / Б. Ф. Шевченко, Н. В. Пролом, О. М. Бабій, О. В. Зеленюк, С. О. Тарабаров, О. О. Галінський // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 48-53. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета дослідження — підвищення результатів хірургічного лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) та гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) шляхом застосування розробленого способу хірургічної корекції неспроможності фізіологічної кардії, спрямованого на збереження та відновлення анатомотопографічних взаємовідносин органів езофагокардіальної зони. У відділі хірургії органів травлення Державної установи "Інститут гастроентерології НАМН України" за період 2017 — 2021 рр. проведено дослідження 78 хворих на ГСОД, у тому числі: аксіальні ГСОД (I тип) — 60 (77,0 %) пацієнтів; параезофагеальні (II тип) — 9 (11,5 %) пацієнтів; змішані (III тип) — 9 (11,5 %) (код за МКХ-10 — К 44). Для встановлення та підтвердження діагнозу пацієнтам проводили рентгенологічне та ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, манометрію. При аналізі скарг обстежених хворих зазначено, що найбільш частими з клінічних проявів у хворих з ГСОД та ГЕРХ були печія — у 73 (93,7 %), відрижка — у 68 (87,2 %) та біль в епігастрії — у 64 пацієнтів (82,0 %). Ерозії нижньої третини стравоходу виявлено у 13 (16,7 %) хворих, при цьому, згідно з Лос-Анджелеською класифікацією, у 6 (7,7 %) хворих був езофагіт ступеня А, у 7 (8,9 %) хворих — ступеня В. За результатами манометрії найбільш високий тиск спостерігався у пацієнтів з аксіальними ГСОД та становив (13,54 ± 3,32) мм рт.ст., а найбільш низький — у пацієнтів з ГЕРХ — (9,81 ± 3,18) мм рт.ст. Після комплексного обстеження у 3 (3,8 %) хворих після підтвердження діагнозу ГСОД у поєднанні зі стравоходом Барретта було проведено двохетапне лікування: першим етапом виконано аргоноплазмову абляцію зміненої слизової оболонки стравоходу, другим етапом — антирефлюксні оперативні втручання. Усім 78 (100 %) пацієнтам було виконано антирефлюксні оперативні втручання. Лапароскопічні фундопликації проведено: фундоплікацію за Nissen — у 53 (67,9 %) пацієнтів, фундоплікацію за Toupet — у 7 (8,9 %) пацієнтів та фундоплікація за Dor — у 5 (6,6 %) пацієнтів, крурорафію було виконано у 100,0 %. 11 (14,1 %) пацієнтів прооперовано за новою методикою, що забезпечує надійне відновлення фізіологічної кардії та збереження анатомічних взаємовідносин діафрагми і зони стравохідно-шлункового переходу та включає крурорафію і фундоплікацію. Висновки: розроблений спосіб хірургічного лікування неспроможності фізіологічної кардії при ГСОД, спрямований на корекцію фізіологічної кардії, є менш травматичним, ніж відомі, забезпечує надійне відновлення анатомічних взаємовідносин ділянки стравохідно-шлункового переходу.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.414. Особливості взаємозв'язку агресивних та захисних факторів слизової оболонки шлунка у хворих на патологію езофагогастродуоденальної зони з порушенням адаптаційного потенціалу та вегетативного гомеостазу (за даними PRECISE-діагностики) / Б. Ф. Шевченко, Н. В. Пролом, Е. В. Зигало, А. І. Руденко, Л. В. Демешкіна, Р. М. Кислова // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 23-228. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінити адаптаційний потенціал організму залежно від агресивних і захисних факторів шлункового соку. Було обстежено 71 хворого із патологією езофагогастродуоденальної зони з використанням PRECISE-діагностики. У шлунковому вмісті визначали рівень pH, пепсину, глікопротеїнів, фукози та сіалових кислот. Хворих було розподілено на 3 репрезентативні групи: I — 30 пацієнтів із грижею стравохідного отвору діафрагми; II — 20 хворих на ахалазію кардії; III — 21 пацієнт із ускладненим перебігом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. 85,2 % пацієнтів мали дисбаланс симпатичної та парасимпатичної ланок вегетативної системи. Симпатичні механізми домінували в 71,3 % пацієнтів. У той же час більшість пацієнтів з ахалазією кардії мали ваготонію. Адаптаційний та компенсаторний механізми було виявлено після вивчення взаємозв'язку між факторами агресії та захистом слизової шлунка. При аналізі співвідношення агресивних і захисних факторів шлункового соку було виділено такі адаптаційно-компенсаторні варіанти: гіперреактивний — одночасне підвищення рівня факторів як агресії, так і захисту; компенсаторний — збільшення рівня агресивних факторів на фоні нормальних захисних показників; декомпенсаторний — підвищення рівня агресивних факторів одночасно зі зниженням рівня факторів захисту. Висновки: адапатаційнийпотенціал організму 85,2 % хірургічних хворих, переважно пацієнтів із грижею стравохідного отвору діафрагми та ахалазією кардії, за даними PRECISE-діагностики, визначений як знижений у вигляді зриву адаптації при декомпенсаторному варіанті співвідношення агресивних та захисних факторів шлункового соку.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.415. Особливості когнітивних порушень у пацієнтів з різними формами неврологічних та ішемічних ускладнень, які перенесли кардіохірургічні втручання / Д. С. Маньковський // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 17-23. - Бібліогр.: 37 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити особливості когнітивних порушень у пацієнтів з різними формами неврологічних та ішемічних ускладнень, які перенесли кардіохірургічні втручання (КХВ), для створення реабілітаційних програм. Обстежено 700 пацієнтів, які перебували на лікуванні в Інституті серця МОЗ України після проведення їм КХВ з процедурою штучного кровообігу. Обсяг вибірки є надзвичайно великим і надає змогу екстраполювати одержані результати на всю популяцію пацієнтів, які перенесли КХВ. Виділено такі групи: 86 пацієнтів з інфарктом мозку (ІМ) у післяопераційний період. Показники пацієнтів цієї групи порівнювалися з показниками 614 осіб, які перенесли КХВ, без ІМ у післяопераційний період з цієї самої вибірки; 217 пацієнтів з ознаками післяопераційної енцефалопатії, зокрема з ІМ. Показники пацієнтів цієї групи порівнювали з показниками 483 осіб, які перенесли КХВ, без ознак післяопераційної енцефалопатії з цієї самої вибірки. Дослідження проведено з використанням тесту зв'язку символів Trail Making Test, TMT (R. M. Reitan, Wolfson D., 1993), тесту вербальної швидкості Verbal Fluency Test, VFT (M. D. Lezak, 1995), тесту Струпа Stroop Color Word interference Test (J. R. Stroop, 1935), тесту Лурія на запам'ятовування 10 не зв'язаних за змістом слів (А. Р. Лурія, 1969).

Статистичний аналіз розбіжностей у кількісних значеннях показників виконано з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні. Проведене дослідження виявило значні порушення когнітивного функціонування у пацієнтів, які перенесли КХВ. Установлено, що наявність ішемічних та неврологічних ускладнень у післяопераційний період значуще погіршує показники когнітивного функціонування. Найбільший негативний вплив на когнітивну сферу мала наявність ІМ у післяопераційний період: у пацієнтів з ІМ спостерігали ознаки виразного когнітивного дефіциту. Вияви когнітивного дефіциту мали місце також у пацієнтів з післяопераційною енцефалопатією, хоча кількісні показники, що характеризують когнітивне функціонування, були кращими, ніж у пацієнтів з ІМ. Висновки: виявлені закономірності слід ураховувати під час розробки лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів для пацієнтів, які перенесли КХВ.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.416. Порівняльна характеристика ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування залежно від схеми анестезіологічного забезпечення / С. Р. Маруняк // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 80-86. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — порівняти вплив малоопіоїдної та високоопіоїдної схем анестезіологічного забезпечення на ранні клінічні результати в пацієнтів при аортокоронарному шунтуванням (АКШ) із штучним кровообігом (ШК). У дослідження включено 120 пацієнтів, яким виконувалось АКШ в умовах штучного кровообігу. Медіана операційного ризику за EuroSCORE II — 3,45 % (2,15; 4,05 %). Відповідно до схеми анестезіологічного забезпечення всі пацієнти були розподілені на дві групи: перша група (60 осіб) — малоопіоїдна схема анестезіологічного забезпечення; друга група (60 осіб) — стандартна схема анестезіологічного забезпечення. У пацієнтів першої групи більш ніж удвічі вірогідно рідше спостерігався розвиток післяопераційної фібриляції передсердь (ПОФП) порівняно з другою групою (15,0 проти 31,7 %, p = 0,031). Крім того, у пацієнтів першої групи в 2,3 раза вірогідно рідше спостерігався синдром низького серцевого викиду (СНСВ) порівняно з другою групою (11,7 проти 26,7 %, p = 0,037). Вірогідними показниками для передбачення СНСВ виявлялись тривалість штучного кровообігу (p = 0,032) та рівень інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) після ШК (p = 0,004). Остаточна статистична модель [F (4, N = 120) = 12,52, p < 0,001, R2 = 0,304] охоплює майже третину всіх факторів розвитку СНСВ. Вірогідними показниками для передбачення ПОФП виявлявся лише рівень ІЛ-6 після ШК, остаточна статистична модель [F (4, N = 120) = 11,54, p < 0,001, R2 = 0,286]. Висновки: отримані результати підтверджують безпеку клінічного використання схем анестезіологічного забезпечення з низькими дозами опіоїдів у кардіохірургічних хворих і підкреслюють можливість більш консервативного використання опіоїдів у кардіохірургії.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.417. Синдром Марфана: діагностика та лікування серцево-судинних уражень: (огляд) / В. І. Кравченко, І. М. Кравченко, І. А. Осадовська, В. Д. Либавка // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 63-67. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати результати багаторічного досвіду оперативного лікування серцево-судинних уражень у хворих на синдром Марфана для підвищення якості та продовження життя оперованих. Проведено ретроспективний аналіз 292 пацієнтів із синдромом Марфана, яких лікували в ДУ "Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України" протягом 1980 — 2018 рр. Вік хворих становив 7 — 57 років, середній — 31,6 ± 9,4 року. Серед них було 220 (75,3 %) чоловіків і 72 (24,7 %) жінки. Діагноз синдрому Марфана встановлено відповідно до критеріїв Gent Nosology (2010). А 24 (8,2 %) хворі не оперовані з різних причин. Решту пацієнтів (268 осіб, або 91,8 %) прооперовано: 257 — з приводу аневризми висхідної аорти, 4 — аневризми черевної аорти, а 7 — з приводу недостатності мітрального клапана. Висновки: аневризми аорти у хворих на синдром Марфана формуються в молодому віці. Причиною смерті в не оперованих найчастіше є розрив аневризми або серцева недостатність. Операцією вибору залишається Bentall De Bono. Оперовані хворі потребують довічного диспансерного нагляду. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.418. Ускладнення інвазивних методів діагностики синдрому легеневої дисемінації, їхня профілактика і лікування / С. М. Шалагай, М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович, В. І. Лисенко, Л. І. Леванда // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 22-29. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити можливі ускладнення, які виникають у разі застосування інвазивних методів діагностики синдрому легеневої дисемінації, розробити заходи, спрямовані на їх профілактику та лікування. Проаналізовано дані 216 пацієнтів, у яких для діагностики синдрому легеневої дисемінації використовували інвазивні методи. Пацієнтів було розділено на 3 групи залежно від виду біопсії: I група — 143 хворі, у яких було використано відеоторакоскопічну (VATS) біопсію легені; II група — 64 хворі, у яких було виконано трансбронхіальну біопсію легень під ультразвуковим контролем (endobronchial ultrasound transbronchial biopsy of lung) (EBUS TBBL); III група — 9 хворих, яким було виконано відкриту біопсію. Ускладнення в I групі — 12 (8,4 %), у II — 5 (7,8 %), у III — 2 (22,2 %), разом — 19 (8,8 %). Серед ускладнень — надрив легені, нагноєння ран, тривале недорозправлення легені, прогресування захворювання, пневмоторакс, кровохаркання, дихальна недостатність, інтраплевральна кровотеча. На основі одержаних даних запропоновано методи профілактики ускладнень: рентгенографію органів грудної порожнини в першу добу після біопсії; корекцію антиагрегантної терапії; ретельний відбір хворих для біопсії з урахуванням віку, супутньої патології, приймання фармпрепаратів, анамнезу. Висновки: біопсія легень при синдромі легеневої дисемінації є безпечним видом діагностики з низьким рівнем ускладнень — 8,8 %. Найменш травматичним методом є трансбронхіальна біопсія легені під ультразвуковим контролем. За неможливості проведення трансбронхіальної біопсії легені або в разі неінформативності одержаного матеріалу як наступний етап застосовують відеоасистовану біопсію легень. Відкриту біопсію слід розглядати в останню чергу і лише за суворими показаннями. Важливий правильний вибір методу біопсії з урахуванням віку, анамнезу, одержуваних препаратів.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.419. Хірургічне лікування ускладнень реконструктивних операцій у пацієнток з тубулярними грудьми II типу / А. А. Костенко // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 56-61. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати ускладнення реконструктивних операцій у пацієнток з тубулярними грудьми II типу, запропонувати методики корекції ускладнень. У клініці за останні 14 років виконано 54 реконструктивні операції у поєднанні з ендопротезуванням у пацієнток з тубулярними грудьми II типу. Серед віддалених післяопераційних ускладнень спостерігали капсульну контрактуру, грубі післяопераційні рубці, розширення ареоли, формування подвійної субмамарної складки, пальпацію імпланта. Запропоновані методики корекції і попередження післяопераційних ускладнень, такі як застосування ліпофілінгу в зоні фіброзного кільця, корекція і стабілізація форми ареоли, дозволили зменшити кількість повторних операцій. Використання методик корекції післяопераційних ускладнень забезпечило підвищення естетичного результату реконструктивних операцій у пацієнток з тубулярними грудьми II типу.

Шифр НБУВ: Ж26838

Див. також: 1.Р.258, 1.Р.432, 1.Р.466, 1.Р.475, 1.Р.499, 1.Р.508

Хірургія ділянки живота

1.Р.420. Аналіз сучасних методів аналгезії при обширній резекції печінки: (огляд літ.) / Р. А. Зацаринний // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 80-85. - Бібліогр.: 60 назв. - укр.

Комбінований наркоз у поєднанні з торакальною епідуральною анестезією на сьогодні є відпрацьованою ефективною методикою, яка вважається "золотим стандартом" знеболювання. Застосування внутрішньовенного введення лідокаїну наразі маловивчене, проте наявні публікації свідчать про його ефективність. Для точної оцінки ролі внутрішньовенного введення лідокаїну у складі комбінованого наркозу при резекції печінки необхідні подальші рандомізовані контрольовані дослідження, щоб збалансувати упередженість оцінки в сучасних дослідженнях.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.421. Лапароскопічна холецистектомія у хворих з COVID-19 та в постковідному періоді / В. В. Міщенко, П. І. Пустовойт, Р. Ю. Вододюк, В. В. Велічко // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 62-66. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — визначення ролі і місця лапароскопічної холецистектомії на тлі COVID-19 та в постковідному періоді. Лапароскопічна холецистектомія виконана 54 хворим із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою гострим калькульозним холециститом, які мали або перенесли COVID-19. Тривалість захворювання до госпіталізації у стаціонар більше 24 год відмічена у 45 (83,3 %) хворих. Характерною була деструктивна форма запалення жовчного міхура. Антитіла IgM та IgG до SARS-Cov-2 (COVID-19) і позитивний ПЛР-тест на виявлення залишків РНК вірусу визначались у 100 % хворих. Висновки: перебіг жовчнокам'яної хвороби та гострого калькульозного холециститу у хворих, які мають COVID-19 або перенесли це захворювання, супроводжується певними клінічними особливостями. Діагностика жовчнокам'яної хвороби та гострого калькульозного холециститу у хворих з COVID-19 або в постковідному періоді повинна бути швидкою і точною. Лапароскопічну холецистектомію слід вважати "золотим стандартом" операцій при жовчнокам'яній хворобі і гострому калькульозному холециститі у хворих з COVID-19 або в постковідному періоді.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.422. Удосконалений принцип герніоабдомінопластики в лікуванні хворих з парагерніальними надлишками тканин / А. О. Кот // Клініч. хірургія. - 2021. - **88,** № 9/10. - С. 27-32. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — оцінка клінічної ефективності сумісних дермо- і фіброліпектомій з герніоабдомінопластикою в лікуванні хворих із зовнішніми грижами. Роботу виконано за власними результатами обстежень і оперування 56 пацієнтів. Обгрунтовано раціональний принцип хірургічних втручань при абдомінальному ожирінні та інших парагерніальних надлишках черевної стінки. Встановлено, що останні мають переважно надапоневрозну локалізацію і патометричні характеристики, відповідні розмірам грижі, вираженості жировмісних та фіброзно-рубцевих тканин у їх складі. Застосування тактики доопераційно прорахованих одночасних втручань суттєво знижує частоту місцевих ускладнень герніопластики та покращує якість життя і здоров'я у різних категорій герніологічних хворих.

Шифр НБУВ: Ж26838

Див. також: 1.Р.391, 1.Р.423, 1.Р.426, 1.Р.435, 1.Р.438

1.Р.423. Обгрунтування застосування "безнадлишкового" і "безнатягового" принципів при герніоабдомінопластиці у хворих із грижами та вентральними деформаціями / А. О. Кот // Клініч. хірургія. - 2021. - **88,** № 11/12. - С. 22-28. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

Мета роботи — клінічна оцінка сумісного застосування розрахованої дермоліпектомії з удосконаленою герніоабдомінопластикою при лікуванні хворих із грижами і зовнішніми деформаціями живота, що мають надлишкові тканини черевної стінки. Дослідження грунтується на даних параопераційних обстежень і власних результатах хірургічного лікування 67 пацієнтів із грижами і зовнішніми деформаціями живота. Раціональні методи їх оперування обгрунтовано на підставі морфометричних характеристик, визначених за розмірами вентральної деформації, вираженістю в ній жировмісних, фіброзно-рубцевих і патологічних компонентів. Для статистичного опрацювання отриманих результатів використано програмний пакет "Statistica 6.1". Вперше розроблено алгоритм кількісних досліджень вентральних надлишків тканин, що мають переважно надапоневрозну локалізацію. Доопераційно розраховані об'єми запобіжних дермо- і фіброліпектомій, що були виконані разом з герніо- і абдомінопластиками за новим принципом "без надлишків парагерніальних тканин" при різних грижах і вентральних деформаціях, суттєво знизили частоту локальних ускладнень — до 2 % ($p < 0,05$) та покращили показники якості життя і здоров'я пацієнтів. Практичне застосування "безнатягового" і "безнадлишкового" принципів оперування гриж є основою подальших розробок реконструктивно-пластичних втручань і реальною складовою вирішення проблеми медико-соціальної та естетичної реабілітації відповідних герніологічних хворих.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.424. Органозберігальні операції при вогнепальних проникаючих пораненнях живота з ушкодженням товстої кишки. Додсвід надання медичної допомоги в умовах Антитерористичної операції/Операції об'єднаних сил / О. Ю. Усенко, І. А. Лурін, К. В. Гуменюк, В. В. Негодуйко, Р. М. Михайлусов, Р. В. Салютін // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 3-7. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — покращити результати лікування постраждалих з вогнепальними проникаючими пораненнями живота з ушкодженням товстої кишки шляхом упровадження принципу відповідності об'єму ушкодження обсягу первинного оперативного втручання за рахунок органозберігальних операцій. Проаналізовано 164 вогнепальних поранення живота з ушкодженням товстої кишки у 151 постраждалого. Всі поранені — чоловіки у віці від 19 до 58 років, середній вік становив (34 ± 5,2) року. Проникаючі наскрізні поранення живота були у 48 (31,8 %) пацієнтів, сліпі — у 103 (68,2 %). За характером ушкодження товстої кишки десерозацію виявлено у 8 (5,3 %) постраждалих, сліпе поранення — у 57 (37,7 %), наскрізне — у 86 (57,0 %). Кульові поранення були у 31 (20,5 %) постраждалого, осколкові — у 120 (79,5 %). Поранення товстої кишки мали таку локалізацію: сліпа кишка — 37 (24,5 %) пацієнтів, висхідна ободова кишка — 19 (12,6 %), поперечна ободова кишка — 32 (21,2 %), низхідна ободова кишка — 18 (11,9 %), сигмоподібна ободова кишка — 33 (21,9 %), декілька відділів товстої кишки — 12 (7,9 %). Поранені були розподілені на дві групи в залежності від обсягу виконаного оперативного втручання: основну — 49 (32,4 %) поранених, яким виконали органозберігальні операції, та контрольну — 102 (67,6 %) поранених, у яких застосували резекційні методи. До органозберігальних операцій відносили ушивання дефектів товстої кишки з формуванням або без формування розвантажувальної коло- чи ентеростоми. Остаточне рішення щодо обсягу оперативного втручання приймали безпосередньо після ревізії органів черевної порожнини, оцінки характеру ушкоджень (особливу увагу приділяли розміру, локалізації і кількості дефектів кишечника, стану його брижового краю та адекватності кровотоку), наявності та давності розлитого перитоніту чи його відсутності, загального стану пораненого (об'єм крововтрати, наявність ознак сепсису, гемодинамічні показники та загальний характер поранень). Одне або декілька поранень товстої кишки, включаючи великі за розмірами, розглядали як показання до виконання органозберігальних втручань (ушивання рани кишки, ушивання рани кишки з колочи єюностомою, екстраперитонізація). У пацієнтів основної групи були меншими терміни перебування у стаціонарі і частота ускладнень, ніж у пацієнтів контрольної групи. Після реабілітації та етапного закриття розвантажувальних стом усі поранені основної групи повернулися до лав Збройних Сил України. Висновки: вибираючи метод хірургічного лікування вогнепальних поранень товстої кишки, слід грунтуватися на комплексному аналізі характеру бойової травми, стану пацієнта та ризику інтра- і післяопераційних ускладнень. Пріоритетність доцільно надавати органозберігальним втручанням як більш фізіологічним та таким, що дозволяють якнайшвидше повернути пораненого до виконання службових обов'язків. При виборі обсягу органозберігальної операції хірург повинен дотримуватись принципу відповідності об'єму ушкодження та загального стану пораненого обсягу оперативного втручання.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.425. Особливості абдомінальної травми у постраждалих з надмірною вагою / М. Гогія, М. Водка // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 50-54. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення особливостей абдомінальних і поєднаних ушкоджень у постраждалих з надмірною вагою. Вивчені тяжкість і структура травми залежно від стану харчування у 240 осіб з абдомінальною травмою, які перебували на лікуванні у 2017 — 2020 рр., з середнім віком 37,1 ± 13,2 року (від 18 до 88 років), у групах постраждалих, розподілених залежно від індексу маси тіла. Встановлено, що в постраждалих зі збільшеною вагою поєднана травма зустрічалась рідше, але при ожирінні частіше спостерігалась множинна абдомінальна травма. Частота та тяжкість ушкоджень окремих органів черевної порожнини не мали суттєвої різниці між групами, з тенденцією до менш частого виявлення розривів печінки. У постраждалих з абдомінальною травмою рідше виявлялись торакальні ушкодження, які були менш тяжкими, менш часто виявлялись переломи ребер і розриви легень. Менш часто виявлялась поєднана черепно-мозкова травма, менш часто спостерігалась тяжка черепно-мозкова та скелетна травма. Висновки: у структурі постраждалих з надмірною вагою збільшена частка жінок і пацієнтів віком від 45 років і старше, особливо у групі осіб з ожирінням. В цій групі також

спостерігається тенденція до збільшення частоти серцево-судинної патології та вірогідне збільшення частоти бронхолегеневих захворювань. У постраждалих з абдомінальною травмою з надмірною вагою відзначається більша частота множинних ушкоджень органів живота, але менша частота поєднаної, торакальної і черепно-мозкової травми та тяжких ушкоджень. Вплив надмірної ваги й ожиріння на особливості первинної травми слід враховувати при лікуванні.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.426. Післяопераційний стан пацієнтів у результаті лікування пахових гриж лапароскопічним та відкритим методами / В. В. Скиба, О. В. Іванько, Н. В. Войтюк, В. В. Лисиця, М. А. Косюк, І. О. Корчемний // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 30-35. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати стан пацієнтів після оперативного лікування пахових гриж лапароскопічним та відкритим методами. Проведено ретроспективний огляд історій хвороби та амбулаторних карт пацієнтів, які перенесли пластику пахової грижі в Київській міській клінічній лікарні N 1 з січня 2018 по липень 2020 рр. Висновки: лапароскопічний підхід пластики пахової грижі перевершує герніопластику відкритим методом, оскільки дає змогу скоротити тривалість перебування у стаціонарі та період післяопераційного відновлення, поліпшити естетичний ефект операції, зменшити частоту інфікування розрізів. За результатами дослідження, така методика дає кращий результат у ранньому післяопераційному періоді, менший відсоток виникнення хронічного болю і вищий ступінь задоволеності пацієнтів порівняно з герніопластикою відкритим методом, із такою ж низькою частотою рецидивів захворювання. Тому лапароскопічна герніопластика є оптимальним методом лікування і може бути рекомендована як метод вибору хірургії пахових гриж. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 1.Р.422

1.Р.427. Еволюція діагностики та хірургічного лікування хворих на інтраабдомінальні інфільтрати й абсцеси первинного та післяопераційного походження / В. В. Скиба, В. Ф. Рибальченко, О. В. Іванько, Р. М. Борис, Дар Ясін Ахмед, В. В. Лисиця // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 15-29. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хворих з інтраабдомінальними інфільтратами й абсцесами за рахунок впровадження інформативних методів візуалізації та хірургічних технологій. У клініці кафедри хірургічних хвороб N 1 на базі центру хірургії Київської міської клінічної лікарні N 1 у період 2006 — 2019 рр. перебували на лікуванні 218 пацієнтів із первинними та вторинними інтраабдомінальними інфільтратами й абсцесами. Вік пацієнтів становив від 16 до 85 років. Серед пацієнтів було 107 (49,08 %) чоловіків і 11 (50,92 %) жінок. Залежно від часу шпиталізації (по роках) хворих поділено на дві групи: контрольна група (2006—2012 рр.) — 117 (53,67 %) хворих; досліджувана група (2013—2019 рр.) — 101 (46,33 %) хворий. У досліджуваній групі використано візуалізаційні технології та вдосконалені методики хірургічного лікування. Висновки: хірургічне лікування є індивідуальним залежно від недуги. Так, при деструктивному апендициті з 74 (38,74 %) осіб лапаротомію виконано 42 (21,99 %), лапароскопію — 32 (16,75 %), а 12 (6,28 %) пацієнтам — із конверсією; при перфоративній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки проведено відкриту лапаротомію у 48 (25,13 %); при холециститі з 69 (36,13 %) хворих лапаротомію проведено 48 (25,13 %), а лапароскопію — 21 (11,00 %) особі. Застосування візуалізаційних і лікувальних технологій — допплерографії, гідроструменевого скальпеля та лапароскопії у 64 (33,51 %) — дало змогу отримати кращі близькі і віддалені результати з урахуванням якості життя та знизити рівень післяопераційної летальності з 6,84 до 3,96 % (середній показник — 5,5 %). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених установ. *Шифр НБУВ: Ж24339*

1.Р.428. Закрита травма живота при політравмі. Ч. І. Особливості діагностики і невідкладне лікування пошкоджень паренхіматозних органів: (огляд літ.) / С. І. Панасенко, С. О. Гур'єв, М. А. Максименко, Д. М. Лисун, В. А. Кушнір // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 87-92. - Бібліогр.: 47 назв. - укр.

Шляхом аналітичного огляду наукових джерел інформації встановлено відсутність загальноприйнятої концепції НЛТ паренхіматозних органів та консенсусу щодо методів відбору пацієнтів для її застосування серед вітчизняних та закордонних авторів. Визначено, що діагностичні тактика та заходи у постраждалих із ЗТЖ в контексті концепції НЛТ паренхіматозних органів повинні бути максимально раціональними і комплексними, ураховувати технічний і кваліфікаційний потенціал медичної установи. Розвиток сучасних медичних технологій діагностики пошкоджень збільшує можливість своєчасного й ефективного неоперативного лікування постраждалих із ЗТЖ з пошкодженням паренхіматозних органів, причому така тенденція буде посилюватись у майбутньому. Критерії застосування НЛТ паренхіматозних органів або відмови від нього на даний час недостатньо визначені та потребують подальшої наукової розробки і клінічного тестування задля досягнення клінічного консенсусу. Адаптація і впровадження технології НЛТ паренхіматозних органів є перспективним напрямком зниження частоти ускладнень та рівня смертності у вітчизняних закладах, що надають медичну допомогу при травмах живота.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.429. Мікробіологічні аспекти перитоніту / І. В. Кароль // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 59-62. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити збудників при перитоніті. У 2021 р. в хірургічному відділенні Броварської багатопрофільної клінічної лікарні перебували на лікуванні 360 хворих з гострим перитонітом різного генезу: 186 (51,7 %) жінок та 174 (48,3 %) чоловіки. У пацієнтів було виділено 391 штам мікроорганізмів, які відносяться до факультативно-анаеробних та аеробних грамнегативних і грампозитивних збудників: Escherichia coli — 144 (36,8 %), Streptococcus spp. — 52 (13,3 %), Enterococcus faecalis — 47 (12,0 %), Staphylococcus aureus — 37 (9,5 %), Klebsiella pneumoniae — 31 (7,9 %), Citrobacter — 25 (6,4 %), Staphylococcus haemolyticus — 23 (5,9 %), Pseudomonas aeruginosa — 14 (3,6 %), Acinetobacter baumannii — 13 (3,3 %), Proteus mirabilis — 5 (1,3 %) штамів. Висновки: більшість мікроорганізмів, виділених у пацієнтів з перитонітом, характеризувалась значною антибіотикорезистентністю. Найчастіше висівали Escherichia coli — 36,8 %. Всі виділені штами Escherichia coli були резистентними до ванкоміцину, кліндаміцину та лінезоліду.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.430. Неоклюзивні порушення брижового кровотоку (огляд літератури) / В. С. Хоменко, В. П. Перепелиця, І. О. Кучинський, А. В. Сироткін, Л. В. Хоменко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 76-83. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Гострі порушення мезентеріального кровотоку залишаються найскладнішою патологією ургентної абдомінальної та судинної хірургії, як з точки зору діагностики, так і лікування. Поряд з типовими, загальновідомими механізмами розвитку гострих ішемічних уражень, спричинених артеріальною або венозною оклюзією, існує абсолютно інша група гострих порушень мезентеріального кровотоку — неоклюзивна мезентеріальна ішемія (НОМІ). НОМІ — маловивчена та надзвичайно складна патологія з точки зору діагностики. Широкий спектр причин розвитку неоклюзивного ураження різко ускладнює діагностику та диференціацію з іншою абдомінальною патологією. У переважній більшості вітчизняних публікацій, присвячених гострим розладам мезентеріального кровотоку, здебільшого розглядають проблеми діагностики та лікування оклюзивних типів мезентеріальної ішемії, натомість тематика неоклюзивної ішемії залишається недостатньо висвітленою. З огляду на те, що в половині випадків НОМІ діагностують на етапі непоправних некротичних змін кишечника, слід узагальнити основні причини та механізми розвитку НОМІ. Мета роботи — за даними літератури проаналізувати причини, поширеність, класифікацію, діагностику й лікування неоклюзивних порушень брижового кровотоку. На основі огляду літератури зроблено такі висновки: НОМІ асоціюється з поганим прогнозом через відсутність точних діагностичних засобів, передусім чітких біохімічних маркерів, тому пошук та розробка останніх являється пріоритетним напрямом; контрастні методи обстеження (комп'ютерна томографія, ангіографія) є єдиними можливими інструментами діагностики; фармакологічна корекція являється фундаментальною та полягає в застосуванні препаратів судинорозширювальної дії системно або локально (катетер-асоційовано); важливим напрямом є розроблення фармакологічних агентів, що дають змогу таргентно впливати на патогенетичні механізми розвитку

НОМІ; мультидисциплінарний підхід за участю профільного фахівця, хірурга, рентгенендоваскулярного хірурга та лікаря-інтенсивіста у лікуванні пацієнта з підозрою на НОМІ становить фундамент успіху терапії; дискусійним залишається питання широкого застосування лапароскопії з огляду на інвазивність методу та складність інтерпретації виявлених змін у ранню фазу захворювання.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.431. Особливості лімфотропної антибіотикотерапії при бойовій травмі органів черевної порожнини (клініко-експериментальне дослідження) / І. Д. Дужий, В. В. Шимко, Г. І. П'ятикоп, М. Г. Кононенко, Г. П. Олещенко, Д. А. Аль Ямані Наврас // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 75-79. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — вивчення впливу регіональної лімфотропної антибактеріальної терапії на різні органи черевної порожнини та застосування результатів при бойовій травмі живота. В експерименті досліджено накопичення цефтріаксону в різних органах черевної порожнини, яке визначали за розмірами затримки зони росту лабораторної культури E. coli через 1—2 год після регіонального лімфотропного введення препарату в добовій дозі. Тварин виводили з експерименту передозуванням кетаміну. Після забору зразків відповідних органів із них робили гомогенат і вносили його в агар- агар, на якому вирощували E. coli. У зону росту бактерій окремо вносили і чистий антибіотик (контроль). Через добу вираховували розміри зони затримки росту тест-культури, за якими судили про рівень накопичення антибіотика. Найбільші розміри зони затримки росту E. coli реєстрували після введення антибіотика в паравертебральних і здухвинних зонах, що свідчило про його максимальне накопичення відповідно у зразках шлунка і підшлункової залози та у зразках тонкої, сліпої, сигмоподібної ободової кишок і малого сальника та очеревини. Після внутрішньом'язового введення антибіотика розміри зони затримки росту E. coli були мінімальними і свідчили про те, що препарат не накопичувався у зразках усіх досліджуваних органів. Накопичення цефтріаксону в різних органах у різній гальмівній дозі щодо росту E. coli вказує на необхідність використовувати регіональні шляхи лімфотропного введення антибіотиків відповідно до зони гнійно-запального процесу в черевній ділянці. Внутрішньом'язове введення антибіотиків недоцільне при таких запальних процесах.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.432. Mesenteric thrombosis in patients with coronavirus disease: comprehensive assessment and treatment / A. R. Stasyshyn, I. S. Stadnyk, A. I. Doroshak, I. M. Polianytsia, R. L. Bokhonko, T. M. Demianovych, O. B. Matviychuk // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 86-91. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Гостре порушення мезентеріального кровообігу належить до категорії найтяжчих захворювань органів черевної порожнини, є невідкладною ситуацією і пов'язане з високим рівнем смертності. Коронавірусна інфекція — антропонозне захворювання з групи гострих респіраторних інфекцій, яке характеризується ураженням верхніх відділів респіраторного тракту, вираженою інтоксикацією, розвитком коагулопатії, при тяжкому перебігу — поліорганною недостатністю. Мета дослідження — проаналізувати результати хірургічного лікування тромбозу мезентеріальних судин у хворих з COVID-19. Проаналізовано результати діагностики та лікування 13 хворих (9 чоловіків, 4 жінки) з гострим тромбозом брижових судин у поєднанні з COVID-19. Проведено аналіз скарг пацієнтів та клінічної картини захворювання, загальноклінічні лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, сечі, біохімічні показники, коагулограма), оглядова Rtg органів черевної та грудної порожнин, комп'ютерна томографія/ангіографія органів черевної порожнини, діагностичні лапароскопія, мінілапаротомія та лапаротомія. Симптоматикою захворювання були: нудота, блювання, біль у животі, діарея, лихоманка, кашель, задишка, відрижка. Діагноз встановлено за допомогою комп'ютерної томографії з контрастом. У 4 пацієнтів відзначено одночасний тромбоз в інших місцях — гостре порушення мозкового кровообігу, тромбоз ворітної та брижової вен, інфаркти селезінки та нирок, тромбоз верхньої брижі та ворітної вени. У 6 пацієнтів були супутні захворювання, у 7 пацієнтів — жодного. Десять пацієнтів оперовані (лапаротомія з резекцією нежиттєздатної кишки), а 3 — отримали консервативне лікування (гепаринотерапія). Шість пацієнтів померли (4 з 10-х при операційному лікуванні і 2 з 3-х — при консервативному). Післяопераційна летальність — 40 %.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.433. Настанова МОЗ України 01078. Гострий апендицит. Діагностика і лікування гострого апендициту: оновлення керівних принципів WSES у Єрусалимі 2020 р. / Jyrki Makela // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 63-102. - Бібліогр.: 237 назв. - укр.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.434. Особливості хірургічної тактики при пораненнях і травмах товстої кишки в умовах ведення бойових дій / К. В. Гуменюк, Г. А. Прохоренко, І. Р. Трутяк, І. П. Соболь // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 33-37. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність надання хірургічної допомоги пораненим з бойовою травмою товстої кишки на етапах медичної евакуації шляхом удосконалення підходів до оцінки тяжкості стану, діагностичної та лікувальної тактики, зокрема, впровадити технології контролю ушкоджень — damage control surgery. Проаналізовано результати лікування 23 пацієнтів з пораненнями і травмами товстої кишки, яких було розподілено на дві клінічні групи — контрольну й основну. До контрольної групи увійшли 8 поранених (2014 — 2018), у яких застосовували хірургічну тактику, засновану на принципах стандартної колопроктології; до основної — 15 поранених (2016 — 2021), лікування яких грунтувалося на селективному підході до вибору хірургічної тактики на II рівні медичної допомоги. Середній вік пацієнтів становив 33 роки (20—45 років), тяжкість ушкодження за шкалою Injury Severity Score була оцінена в середньому в 23 бали. Враховуючи, що тяжкий стан постраждалих основної групи погіршувався під час виконання оперативного втручання, у них застосовували багатоетапну хірургічну тактику damage control surgery. Із 15 поранених основної групи, у яких було застосовано диференційований вибір хірургічної тактики з урахуванням ступеня тяжкості стану, обсягу і ступеня тяжкості ушкоджень та технології damage control surgery, вдалося зберегти життя 12 і отримати у них добрі віддалені результати. У поранених з бойовою травмою товстої кишки застосування технології damage control surgery дозволяє уникнути життєво небезпечних ускладнень і врятувати їм життя.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.435. Періопераційний менеджмент відповідно до принципів програми швидкого післяопераційного відновлення (ERAS) у профілактиці гострої кишкової непрохідності (клінічна лекція) / М. М. Пилипенко, М. В. Бондар, О. Ю. Хоменко // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18,** № 2. - С. 34-38. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Наведені основні напрямки профілактики розвитку гострої кишкової непрохідності в пацієнтів після оперативних втручань. Основу профілактики становлять принципи швидкого післяопераційного відновлення за програмою ERAS, що широко застосовується в різних галузях. Базові принципи програми ERAS відповідають трьом періодам: передопераційному, інтраопераційному й післяопераційному. У передопераційному періоді велику увагу приділяють підготовці пацієнта й корегуванню станів, що можуть бути причиною тривалого відновлення після операції (наприклад, анемії). Інтраопераційно рекомендують застосовувати комбіновані принципи анестезії, що дозволяють зменшити використання опіатів та анестетиків, на основі регіонарних і місцевих методів знеболювання. На цьому етапі важливим є якісний моніторинг, що дозволяє запобігти інтраопераційній гіпо- і гіперволемії. Під час післяопераційного періоду ключову роль відіграють якісне знеболювання, профілактика нудоти й блювання, ранній початок ентерального харчування пацієнтів і рання рухова активність пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 1.Р.424

1.Р.436. Ефективність часткової емболізації селезінкової артерії у пацієнтів після перенесеної кровотечі портального генезу / В. В. Петрушенко, Д. І. Гребенюк // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 47-52. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність часткової емболізації селезінкової артерії у пацієнтів після перенесеної кровотечі портального генезу. У дослідження включено 39 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цирозу печінки, ускладненого портальною гіпертензією та кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу. У 1-шу групу (n = 17) увійшли пацієнти, яким виконали ендоскопічне лігування варикозів, що кривавили, та часткову емболізацію селезінкової артерії; у 2-гу групу (n = 22) — пацієнти, яким виконали лише ендоскопічне лігування варикозів, що кривавили. З інтервалом в 1 міс оцінювали рівні лабораторних показників, що характеризують функціо-

нальний стан печінки. У 1-й групі відмічено прогресивне статистично значуще покращення всіх досліджуваних показників з часом. У 2-й групі статистично значуще покращення всіх показників спостерігали в період між першим та другим візитами. У подальшому зміни не мали статистично значущого характеру. При проведенні мультифакторного дисперсного аналізу для дослідження впливу емболізації на показники пігментного обміну і показники системи гемостазу достовірність залежності зростала з часом та набувала статистичної значущості лише на четвертому візиті. При дослідженні впливу емболізації на рівні печінкових ферментів та показники білкового обміну достовірність залежності також зростала з часом, проте набуття нею статистичної значущості спостерігали вже на третьому візиті. Висновки: післяопераційний період після виконання часткової емболізації селезінкової артерії пацієнтам із кровотечею портального генезу характеризується позитивною динамікою лабораторних показників функціонального стану печінки.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.437. Особливості періопераційної інтенсивної терапії у пацієнтів з гострим калькульозним холециститом / А. І. Денисенко, В. І. Черній // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 15-21. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити періопераційні зміни гемодинаміки, кисневого стану і метаболізму у пацієнтів з гострим калькульозним холециститом та визначити способи їх корекції. У дослідження залучено 131 пацієнта з гострим калькульозним холециститом, якому була виконана лапароскопічна холецистектомія під загальним знеболюванням. Пацієнтів розподілено на дві групи. У 1-й групі було 63 пацієнти, яким проводили інтенсивну терапію, спрямовану на підтримку життєво важливих функцій, у 2-й групі — 68 пацієнтів, у яких додатково використовували дані непрямої калориметрії. На етапі перебування пацієнта у зворотному положенні Тренделенбурга, накладання пневмоперитонеуму і початку операції зниження показників гемодинаміки, порушення кисневого стану та метаболізму мали більш виражені прояви у хворих 1-ї групи, і їх відновлення було більш тривале. Пацієнти 2-ї групи на фоні посиленої інфузійної терапії та введення глюкокортикоїдів відновлювались більш інтенсивно, вони швидше пробуджувалися, їх скоріше переводили в палату, нудота і блювання траплялись у них у 2,4 разу рідше, а вираженість післяопераційного болю після пробудження була нижчою ($p < 0,05$). У пацієнтів з гострим калькульозним холециститом на фоні корекції гемодинаміки, кисневого стану і метаболізму лапароскопічна холецистектомія більш безпечна.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.438. Передопераційна біліарна декомпресія у пацієнтів з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу, ускладненою холангітом, та її вплив на розвиток післяопераційних ускладнень / О. І. Дронов, Л. В. Левченко // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 3-10. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити вплив передопераційної біліарної декомпресії у пацієнтів з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу, ускладненою передопераційним висхідним холангітом, на розвиток післяопераційних ускладнень. Проведено одноцентрове ретроспективне дослідження результатів лікування 136 пацієнтів з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу. У 84 пацієнтів виконано передопераційну біліарну декомпресію (1-ша група). У 52 пацієнтів передопераційну біліарну декомпресію не виконували (2-га група). У всіх пацієнтів 1-ї групи діагностовано передопераційний висхідний холангіт: у 48 (57,1 %) — I ступеня тяжкості, у 36 (42,9 %) — II ступеня тяжкості. У 21 (40,4 %) пацієнта 2-ї групи виявлено передопераційний висхідний холангіт I ступеня тяжкості. Виконання передопераційної біліарної декомпресії не погіршувало післяопераційні результати, ураховуючи загальну структуру післяопераційних ускладнень ($p = 0,07$), проте впливало на розвиток ранової інфекції ($p = 0,01$). Додатковими факторами визначено передопераційний висхідний холангіт I ступеня ($p = 0,007$) і II ступеня ($p = 0,001$) тяжкості; гіпербілірубінемію понад 250 мкмоль/л ($p = 0,03$); відтермінування оперативного лікування більш як на 3 тижні після передопераційної біліарної декомпресії ($p = 0,02$); наявність антибіотикорезистентної мікрофлори на момент передопераційної біліарної декомпресії ($p = 0,009$) та на момент операції ($p = 0,002$). Висновки: виконання передопераційної біліарної декомпресії підвищує ризик розвитку ранової інфекції, але не є чинником погіршення післяопераційного прогнозу, враховуючи загальну структуру післяопераційних ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.439. Синдром Бувере (клінічний випадок) / В. С. Хоменко, В. П. Перепелиця, К. П. Строцький, О. Г. Дикий, О. В. Прокопчук, І. О. Кучинський, С. В. Андрущенко, А. В. Сироткін // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 74-79. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Жовчнокам'яна хвороба є однією з найпоширеніших хірургічних нозологій, що має тенденцію до постійного зростання. Щорічно у світі виконують понад 2,5 млн холецистектомічних втручань: в європейських країнах — від 45 до 80 тис., у США — понад 700 тис. Переважна більшість пацієнтів, госпіталізованих до хірургічного стаціонару, мають типові ускладнення холелітіазу, такі як гострий холецистит і холедохолітіаз із розвитком механічної жовтяниці. Діагностика таких ускладнень здебільшого не становить труднощів, а надання хірургічної допомоги стандартизоване. Синдром Бувере (або гострий біліарний ілеус, Gallstone ileus) є досить рідкісним ускладненням жовчнокам'яної хвороби та обумовлений розвитком запальних дегенеративно-дистрофічних змін між жовчним міхуром і стінкою дванадцятипалої кишки, а це призводять до формування нориці, через яку відбувається міграція конкрементів у просвіт шлунково-кишкового тракту з розвитком обструкції. Проте слід зауважити, що лише в 7—10 % випадків утворена нориця може спричинити міграцію конкременту й розвиток кишкової непрохідності. До 2008 р. у світовій літературі описано лише близько 300 випадків синдрому. Тривалий анамнез камененосійства, часті епізоди загострення холелітіазу, жіноча стать, похилий вік є основними факторами ризику розвитку синдрому Бувере. Стосовно інших видів механічної непрохідності частота біліарного ілеусу становить лише 1—4 % і може сягати показника 24 % в осіб віком від 70 років. Складність діагностики обумовлена неспецифічністю початкових проявів, коморбідністю пацієнтів, пізнім зверненням по медичну допомогу. Можливість широкого застосування комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії значно спрощує діагностичний пошук. Проте, на жаль, передопераційна діагностика синдрому досягається лише у чверті хворих. Малоінвазивні методи, з огляду на приріст наукових публікацій та власний досвід, можна успішно використовувати для корекції цієї патології як остаточний метод. Наведено літературний огляд етіології, патогенезу, клінічних проявів, поширеності, методів діагностики і лікування синдрому Бувере. Наведено клінічне спостереження синдрому Бувере в пацієнтки, госпіталізованої до хірургічного відділення КНП "Обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського" з явищами дуоденальної непрохідності та тривалим анамнезом камененосійства. Послідовне застосування ендоскопічних та інструментальних візуалізаційних методів дало змогу встановити діагноз, а використання лапароскопічного доступу — виконати малоінвазивну корекцію патології в цієї хворої. Висновки: жовчнокам'яна хвороба — одна з найпоширеніших хірургічних патологій. Синдром Бувере являється досить рідкісним ускладненням останньої. Клінічні симптоми малоспецифічні, тому додаткові інструментальні обстеження дають змогу провести точну доопераційну діагностику. Зважаючи на низьку ефективність ендоскопічних методів корекції, хірургія є основним методом лікування. Збільшення кількості наукових публікацій щодо застосування лапароскопічних і відеоасистуючих методик свідчать про досить високу ефективність останніх у корекції цієї патології. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.440. ACG Clinical Guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions / J. Marrero, J. Ahn, R. Reddy // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 89-100. - Бібліогр.: 225 назв. - англ.

MRI is preferred over CT for concomitant evaluation of the biliary tree and cystic contents (conditional recommendation, low quality of evidence). Monotherapy with antihelminthic drugs is not recommended in symptomatic patients who are surgical or percutaneous treatment candidates (strong recommendation, moderate quality of evidence). Adjunctive therapy with antihelminthic therapy is recommended in patients undergoing PAIR or surgery, and in those with peritoneal rupture or biliary rupture (strong recommendation, low quality of evidence). Percutaneous treatment with PAIR is recommended for patients with active, hydatid cysts who are not surgical candidates, who decline surgery, or who relapse after surgery (strong recommendation, low quality of evidence). Surgery, either laparoscopic or open, based on available expertise, is

recommended in complicated hydatid cysts with multiple vesicles, daughter cysts, fistulas, rupture, hemorrhage, or secondary infection (strong recommendation, low quality of evidence).

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 1.Р.400, 1.Р.421

1.Р.441. Изменение параметров синдрома системного воспалительного ответа на ранних стадиях осложненного острого панкреатита / Р. М. Агаев, А. А. Мамедов, Ф. С. Идрисов, Э. А. Искандаров, Э. А. Алиева // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 11-15. - Библиогр.: 8 назв. - рус.

Цель работы — определить прогностическую ценность параметров синдрома системного воспалительного ответа для ранней диагностики тяжести острого панкреатита (ОП) и прогнозирования обострения патологических процессов. Проанализированы результаты лечения 71 больного с ОП. ОП легкой формы диагностирован у 39 больных (1-я группа), тяжелой — у 32 больных (2-я группа). У больных при госпитализации и в последующие два дня исследовали абсолютное количество лейкоцитов, относительное количество незрелых гранулоцитов и величину нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения, концентрацию С-реактивного белка. ROC-кривую использовали для расчета точки "отсечки" для нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения и изучали трехнедельную выживаемость с помощью метода Каплана — Мейера. Выводы: доказано, что изучение величин нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения позволяет прогнозировать показатели выживаемости пациентов с ранней стадией ОП. Уровень С-реактивного белка на 2-й день после поступления приобретает прогностическое значение и должен использоваться как маркер для прогнозирования дальнейших клинических проявлений. В спорных случаях исследование нейтрофильно-имфоцитарного соотношения и относительного количества незрелых гранулоцитов помогает определить прогноз. С помощью простого анализа периферической крови можно прогнозировать клинические проявления ОП на ранних стадиях заболевания. Параметры синдрома системного воспалительного ответа имеют важное значение в определении выраженности патологических изменений.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.442. Оптимальний термін хірургічного лікування хронічного панкреатиту або оптимальна операція? / В. Г. Ярешко, Ю. О. Міхеєв, О. Ф. Шпиленко, О. М. Бабій // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 191-198. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Більшість досліджень з хірургічного лікування хронічного панкреатиту (ХП) присвячено порівнянню результатів за видом проведеної операції. Є дані оглядів та метааналізів, що вказують на схожі віддалені результати різних операцій. За останні 5—9 років з'являється все більше робіт щодо терміну виконання операції, які свідчать про оптимальні результати операцій при їх виконанні до 3 років з початку симптомів. Мета дослідження — проаналізувати короткодовготривалі результати хірургічного лікування ХП відносно термінів і, відповідно, занедбаності захворювання. Ретроспективний аналіз результатів лікування 147 хворих за період з 2001 по 2020 р., основним втручанням у яких була хірургічна операція, спрямована на головні прояви ХП, такі як панкреатична протокова та/або паренхіматозна гіпертензія. Пацієнтів, які вважали себе хворими протягом 3 років і більше, було включено в контрольну групу (група пізньої хірургії), а пацієнтів, що відзначали симптоми ХП менше ніж 3 роки, було зараховано до досліджуваної групи (група ранньої хірургії). Усі хворі під час візиту, телефоном або поштою заповнювали опитувальники EORTC QLQ-30, SF-36, а також розроблений авторами дослідження опитувальник. За всіма показниками опитувальника SF-36, окрім "Фізичного функціонування", група ранньої хірургії переважає над групою пізньої хірургії. Група ранньої хірургії у порівнянні з групою пізньої хірургії мала кращі середні показники за всіма функціональними шкалами опитувальника EORTC QLQ-30, окрім показника "Когнітивне функціонування". Серед симптоматичних шкал група ранньої хірургії мала кращі середні показники "Біль" та "Діарея". Середній показник шкали "Загальний стан здоров'я/Якість життя" був кращий у групі ранньої хірургії. Висновки: у пацієнтів, оперованих до 3 років від початку симптомів ХП, у порівнянні з пацієнтами із більшою тривалістю захворювання якість життя, контроль болю, функція підшлункової залози були кращими, за однакових короткотривалих результатів. Термін захворювання є головним фактором успіху хірургічного лікування ХП щодо довготривалих результатів. Слід оперувати хворих на ХП якнайшвидше після початку симптомів.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.443. Синдром роз'єднаної панкреатичної протоки. Ч. 1. Діагностика: (огляд літ.) / С. М. Чуклін, С. С. Чуклін, Р. В. Бариляк // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 73-79. - Бібліогр.: 39 назв. - укр.

Синдром роз'єднаної панкреатичної протоки (СРПП) слід запідозрити у пацієнтів із некрозом підшлункової залози (ПЗ) більше 30 %, у яких є стійке СПР, асцит або внутрішня чи зовнішня панкреатична нориця. Рання діагностика має вирішальне значення, оскільки її затримка збільшує число ускладнень у пацієнтів, подовжує тривалість перебування в лікарні та збільшує медичні витрати. КТ з контрастуванням і МРХПГ, стимульована секретином, корисні методи візуалізації, але існує потреба у більшій обізнаності радіологів щодо виявлення ознак, які свідчать про СРПП. На даний момент візуалізація на ЕРХПГ повного відсічення проксимальної частини панкреатичної протоки разом із збільшенням дистальної частини ПЗ на ККТ залишається стандартним критерієм для діагностики СРПП.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.444. Синдром роз'єднаної панкреатичної протоки. Ч. ІІ. Лікування: (огляд літ.) / С. М. Чуклін, С. С. Чуклін, Р. В. Бариляк // Клініч. хірургія. - 2021. - 88, № 11/12. - С. 80-86. - Бібліогр.: 52 назв. - укр.

Мультидисциплінарний підхід із залученням гастроентеролога, хірурга й інтервенційного рентгенолога надзвичайно важливий для належного лікування хворих із синдромос роз'єднаної панкреатичної протоки (СРПП). Консервативні заходи, включаючи прийом аналогів соматостатину, зазвичай не допомагають. Ендоскопічне черезшлункове стентування розглядається із несправжніми кістами у сприятливих місцях та за наявності адекватного розміру залишку підшлункової залози (ПЗ), ендоскопічне транспапілярне стентування — при порушенні короткого сегмента протоки ПЗ (зі стриктурою або без неї). Ендоскопічне транспапілярне стентування (по всій ділянці розриву головну панкреатичну протоку) разом із черезшлунковим або трансдуоденальним (з ЕУСГ, а також без ЕУСГ) дренуванням рідини, здається, є першим вибором перед направленням пацієнта на оперативне лікування. Хірургічний підхід першої лінії — це внутрішнє дренування, враховуючи відносну простоту операції, зниження кількості ускладнень та збереження ПЗ і селезінки. Якщо розмір залишку ПЗ занадто малий для підтримки прохідності анастомоза, слід виконати резекцію, щоб уникнути рецидиву лівобічного панкреатиту. Наявність лівобічної портальної гіпертензії може ускладнити як внутрішній дренаж, так і резекцію. Якщо значні колатеральні кровоносні судини унеможливлюють безпечний розтин для внутрішнього дренажу, слід виконати резекцію. Для встановлення найбільш ефективного підходу до лікування пацієнтів із СРПП необхідні високоякісні проспективні та порівняльні дослідження.

Шифр НБУВ: Ж26838

Хірургія ділянки таза і промежини

1.Р.445. Вибір методу та результати хірургічного лікування прямокишкових нориць / А. О. Ніконенко, Г. І. Охріменко, М. Г. Головко, В. А. Грушка, С. О. Вільховий, А. С. Александров // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 8-10. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити найближчі і віддалені результати лікування хворих із прямокишковими норицями, у яких виконували операції Габріеля, Масляка, використовували лігатурний метод, та сформулювати оптимальні показання до кожного виду хірургічного втручання. Проаналізовано результати лікування 50 хворих із прямокишковими норицями. У 6 (12,0 %) пацієнтів з інтрасфінктерними та у 26 (52,0 %) із транссфінктерними норицями виконана операція Габріеля, у 9 (18,0 %) хворих із транссфінктерними та у 5 (10,0 %) з екстрасфінктерними норицями — операція Масляка. У 2 (4,0 %) пацієнтів із транссфінктерними і у 2 (4,0 %) з екстрасфінктерними норицями застосували лігатурний метод. Через 6 міс після операції Габріеля недостатність анального сфінктера відмічена у 2 (6,2 %) хворих із транссфінктерними норицями. Рецидив нориці виник у 1 (7,1 %) пацієнта після операції Масляка. Хороші віддалені

результати одержано у всіх хворих, оперованих з використанням лігатурного методу. Результати операції Габріеля найкращі при інтрасфінктерних норицях. При транссфінктерних норицях використання цієї операції слід обмежити. Операція Масляка та лігатурний метод досить ефективні при транссфінктерних та екстрасфінктерних норицях — 92,9 і 100,0 % хороших результатів відповідно.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.446. Порівняння методів автоматизованого електрозварювання та монополярної коагуляції у хірургічному лікуванні геморою у хворих на цукровий діабет / О. В. Іванько, В. В. Скиба, Аль-Ламі Саад Хумуд Хассан, А. В. Гоман, В. В. Лисиця // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 47-52. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Гемороїдальні вузли — це підслизові вузлові утворення в анальному каналі, що містять венули, артеріоли та гладеньком'язові волокна. Гемороїдальну хворобу реєструють приблизно у 5 % загальної популяції, особливо після 40 років. Лікування показано лише у симптоматичних випадках. До симптомів належать біль, свербіж, кровотеча, тромбоз і гемороїдальний пролапс. Мета роботи — порівняти клінічні результати гемороїдектомії з використанням біполярного коагулятора LigaSure і традиційної методики Міллігана — Моргана у пацієнтів з цукровим діабетом. У дослідження було залучено 65 пацієнтів обох статей віком від 18 до 78 років з гемороєм III і IV ступеня, яким виконано гемороїдектомію: 33 з використанням LigaSure (основна група), 32 із застосуванням традиційної методики Міллігана — Моргана (контрольна група). Ретроспективно проаналізовано дані про пацієнтів: стать, вік, до- і післяопераційний рівень гемоглобіну та гематокриту, тривалість операції, наявність тромбозу, кількість вилучених і залишкових вузлів, тривалість госпіталізації, ускладнення в ранній та пізній післяопераційний період, потреба в наркотичних анальгетиках, термін спостереження і час повернення до звичайної повсякденної активності. Тривалість операції становила 16 (6 — 45) хв в основній групі та 21 (7—43) хв — в контрольній. Наркотичні анальгетики в післяопераційний період застосовано у 17 (53,1 %) пацієнтів контрольної групи і в жодного і в основній. Час, необхідний для відновлення нормальної повсякденної активності, становив 6 (2 — 15) днів в основній групі та 8 (2—30) — у контрольній. Висновки: оказано, що у разі використання LigaSure одержано кращі результати за гемороїдектомії у пацієнтів з цукровим діабетом, зокрема за тривалістю операції, періоду госпіталізації, потребою в післяопераційному знеболюванні, ризиком післяопераційної кровотечі та часом, необхідним для повернення до нормальної повсякденної активності.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.447. Modern technologies in surgical treatment of combined anorectal pathology and their results / V. V. Balytskyy, M. P. Zakharash, O. H. Kuryk // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 71-76. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета дослідження — проведення порівняльної оцінки ефективності застосування нових радіохірургічних та електрохірургічних технологій у лікуванні поєднаних захворювань анального каналу і прямої кишки шляхом аналізу клінічного перебігу післяопераційного періоду та впливу цих енергетичних пристроїв на морфоструктуру оперованих тканин. Проаналізовані результати лікування 747 пацієнтів з поєднаними захворюваннями анального каналу і прямої кишки, розподілених на чотири досліджувані групи та контрольну групу. У першій досліджуваній групі було прооперовано 169 (22,6 %) хворих електрохірургічним апаратом "ERBE ICC 200", у другій досліджуваній групі — 114 (15,3 %) хворих електрохірургічним апаратом "ЭФА", у третій досліджуваній групі — 107 (14,3 %) хворих електрохірургічним апаратом "KLS Martin" та в четвертій досліджуваній групі — 245 (32,8 %) хворих радіохірургічним апаратом "Surgitron". Контрольну групу склали 112 (14,9 %) пацієнтів, прооперованих з використанням хірургічного скальпеля. Після оперативних втручань 30 пацієнтам з кожної досліджуваної групи проводилось морфологічне дослідження тканин прямої кишки та анального каналу з метою вивчення глибини термічного впливу на них за допомогою шкали окуляр-мікрометра. Завдяки мінімальному та незначному впливу на тканини при використанні апаратів високочастотної електрохірургії "KLS Martin", "ЭФА" та "ERBE ICC 200" так, як і при використанні апарату радіохвильової хірургії "Surgitron", у жодного пацієнта з чотирьох досліджуваних груп не було виявлено ні рубцевих анальних стриктур, ні рубцевих деформацій параректальних ділянок, що сприяло косметичності комбінованих операцій та зумовлювало швидку реабілітацію пацієнтів досліджуваних груп. У контрольній групі у 2 (2 %) пацієнтів було діагностовано формування рубцевої анальної стриктури, що вимагало консервативних (в 1 пацієнта) та оперативних (в 1 пацієнта) заходів з їх ліквідації. Використання сучасних радіохірургічних та електрохірургічних технологій для лікування поєднаних анальних та ректальних захворювань зменшує тривалість операції, інтраопераційну крововтрату, післяопераційний больовий синдром. Застосування вищевказаних технологій для лікування поєднаних анальних і ректальних захворювань запобігає виникненню анальних стриктур та рубцевих деформацій параректальних ділянок.

Шифр НБУВ: Ж15785

Хірургія кінцівок

1.Р.448. Аналіз особливостей анестезіологічного забезпечення при операціях пластики передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба на основі практики регіональної клінічної лікарні / Т. В. Савчук, Д. О. Дзюба, І. В. Клюзько, О. А. Лоскутов // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 73-79. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

Протягом останніх 25 років спостерігається різке зростання кількості розривів зв'язок коліна, особливо розривів передньої хрестоподібної зв'язки. Артроскопічна реконструкція є золотим стандартом для такого роду травм, що зменшує частоту посттравматичного остеоартрозу та відновлює стабільність суглобів. Цей вид оперативних втручань характеризується вираженим больовим синдромом, що затримує ранню реабілітацію пацієнтів. Таким чином, ретельне планування протоколу постпроцедурного лікування болю при артроскопічній реконструкції є однією з головних прерогатив швидкого одужання та зниження захворюваності. Проведений аналіз анестезіологічного забезпечення 356 пацієнтів Київської обласної клінічної лікарні, яким проводилося оперативне втручання — артроскопічна пластика передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба із застосуванням регіонарної анестезії, та здійснене порівняння ефективності методик регіонарної анестезії зі світовим досвідом на основі даних літературних джерел, а також показано, що на сьогодні не існує золотого стандарту протоколу знеболювання та консенсусу щодо оптимального лікування післяопераційного болю.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.449. Клінічний випадок анестезіологічного забезпечення пацієнтів при реконструктивних операціях з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок з низькою фракцією викиду лівого шлуночка / А. В. Масуді, Д. О. Дзюба, О. Т. Чхаїдзе, О. А. Лоскутов // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 90-94. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Низька фракція викиду часто є супутньою патологією при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок у літніх людей, які звертаються за анестезіологічною допомогою, та складним викликом для анестезіолога через підвищений ризик періопераційних ускладнень. Комбінований ризик низької фракції викиду і поганий серцевий резерв можуть призвести до збільшення періопераційної смертності при реконструктивних операціях з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок. Проведено аналіз подібного клінічного випадку з порівнянням тактики анестезіологічного менеджменту зі світовою практикою. Розбір клінічного випадку та його аналіз показує, що нейроаксіальні методи та регіональні блокади дають кращі результати у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, які перенесли некардіологічні операції, порівняно із загальною анестезією.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.450. Комплексне лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок: монографія / В. А. Черняк, В. І. Ляховський, Р. М. Рябушко, П. Ф. Музиченко, К. К. Карпенко; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. - Київ: Київський університет, 2021. - 190 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 161-187. - укр.

Досліджено проблему комплексного лікування пацієнтів з трофічними виразками венозного генезу нижніх кінцівок, покращення безпосередніх і віддалених результатів лікування цього захворювання. При підготовці до хірургічного лікування застосовано місцево

ранові покриття відповідно до фаз ранового процесу, магнітно-лазерну терапію, а при хірургічному лікуванні застосовано спеціально розроблені пристрої, що адаптовані до комплексного електрозварювального пристрою, який дозволяє дистанційно під контролем відеокамери проводити високочастотне електрозварювання для абляції перфорантних вен. Використано інструменти для розведення країв рани, виділення та перев'язки перфорантних вен і великої підшкірної вени, нетравматичного накладання швів на післяопераційні рани. Усі оперативні втручання проведено з відео- або ультразвуковим супроводом. Детально описано актуальність, історію проблеми, перспективи і розвиток нових напрямів у діагностиці, лікуванні, насамперед хірургічного, трофічних виразок венозного генезу з акцентом на мініінвазивності та патогенетичній спрямованості запропонованих методів. Особливу увагу приділено застосуванню нових перспективних напрямів лікувального процесу, а саме: "електрозварюванню" біологічних тканин

Шифр НБУВ: ВА864238

1.Р.451. Лімфостаз / лімфедема верхньої кінцівки: реабілітаційне обстеження: навч.-метод. посіб. / О. А. Бас; Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського. - Львів: ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2021. - 123 с.: іл., рис. - Бібліогр.: с. 86-104. - укр.

Надано теоретичний та практичний навчальний матеріал, пов'язаний з лімфедемою — хронічним захворюванням, яке проявляється підвищеним накопиченням лімфатичної рідини в організмі, що викликає набряки та може призвести до змін шкіри та тканин. Детально висвітлено етіологію, патогенез і клінічні прояви лімфостазу / лімфедеми. Фізіотерапевтичні методи можуть допомогти контролювати набряк, викликаний лімфедемою, і допомогти пацієнтові повернутися до повсякденної діяльності. Представлено набір методів клінічного та реабілітаційного обстеження у разі лімфостазу / лімфедеми верхньої кінцівки. Представлено вичерпний матеріал про етіологію, клінічні характеристики та оцінювання лімфедеми під час реабілітації. Також систематизовано теоретичний і практичний матеріал для освоєння практичних навичок проведення реабілітаційного обстеження.

Шифр НБУВ: СО38886

1.Р.452. Особливості та структура ускладнень ендовенозної лазерної коагуляції / О. Ю. Атаманюк // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 8-15. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати структуру, частоту та особливості розвитку ускладнень після ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) у пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок (ВХ НК). Проведено відкрите, проспективне дослідження, до якого включено 208 послідовних пацієнтів з ВХ НК. Усім хворим проведено ендовенозну лазерну коагуляцію варикозно змінених магістральних вен і досліджено структуру та особливості розвитку післяопераційних ускладнень. Патологічний рефлюкс крові у басейні великої підшкірної вени (ВПВ) НК діагностовано у 206 випадках, ізольований рефлюкс у басейні малої підшкірної вени (МПВ) спостерігався на 24 (10,4 %) кінцівках, у 16 хворих ЕВЛК проведено одночасно в басейні МПВ і ВПВ. Про одне, або більше небажаних явищ, упродовж перших 2 тиж. після лікування повідомляли 94 пацієнти (45,2 %). Біль був найбільш частим симптомом у досліджуваних хворих на який подавали скарги 82 (39,4 %) хворих із середнім значенням показника візуальної аналогової шкали 2,2, визначеного безпосередньо після лікування. Друге за частотою ускладнення ЕВЛК, належить екхімозу, яке розвинулось на 44 (19,1 %) кінцівках. Індурація тканин та гіперпігментація за ходом коагульованої вени спостерігались у 5,2 і 3,9 % відповідно. Прояви транзиторної парестезії та інфікування ран спостерігалось у 0,4 % випадків, У 2 (0,9 %) хворих після проведення ЕВЛК у басейні ВПВ, у післяопераційному періоді, розвинулись серйозні небажані явища, такі як ЕНІТ II та у 3 (1,4 %) випадках безсимптомний дистальний тромбоз глибоких вен. ЕВЛК є ефективними методом лікування ВХ НК із високим профілем безпеки. Чітка стандартизація методики виконання процедури та післяопераційного моніторингу, надасть можливість мінімізувати ризики післяопераційних ускладнень та вчасно їх ліквідовувати.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.453. Прогнозування ризику ускладнень після оперативних втручань на магістральних артеріях нижніх кінцівок на основі застосування багатопараметричної нейромережевої кластеризації / Б. П. Сельський, С. Я. Костів, П. І. Нікульніков, І. К. Венгер, П. Р. Сельський // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 40-46. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — запропонувати методику прогнозування ускладнень після оперативних втручань на основі застосування багатопараметричної нейромережевої кластеризації з наступною розробкою шкали стратифікації ризику їх розвитку. Проаналізовано показники обстеження 411 пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом магістральних артерій нижніх кінцівок. Для більш глибокого аналізу поєднаних змін досліджуваних показників з метою оптимізації прогнозування ризику розвитку ускладнень у післяопераційному періоді проведена нейромережева кластеризація з використанням програмної надбудови NeuroXL Classifier. Запропонована шкала стратифікації ризику розвитку ускладнень після оперативних втручань на магістральних артеріях нижніх кінцівок враховує мультифакторність клініко-анамнестичних та лабораторно-інструментальних досліджень. Врахування поєднання факторів, які характеризують стан органів та систем, впливає на вибір методу реконструктивного оперативного втручання. Висновки: на основі даних нейромережевої кластеризації можливо прогнозувати ускладнення після оперативного втручання на магістральних артеріях нижніх кінцівок. Виділено чотири рівні ризику розвитку ускладнень у післяопераційному періоді: дуже високий — 31 — 40 балів, високий — 21 — 30 балів, помірний — 11 — 20 балів, низький — 1 — 10 балів.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.454. Стегново-підколінне автовенозне шунтування у пацієнтів із критичною ішемією артерій нижніх кінцівок та ішемічною хворобою серця, асоційованими із цукровим діабетом / П. І. Нікульніков, А. В. Ратушнюк, О. В. Ліксунов, В. В. Белейович, О. Л. Бабій, С. М. Чайковська // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 33-39. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Мета роботи — покращити результати лікування у пацієнтів із атеросклеротичними ураженнями артерій стегново-підколінного сегменту, яким виконано стегново-підколінне аутовенозне шунтування. За період з 2018 до 2021 рр. було прооперовано 34 пацієнти з явищами критичної ішемії нижніх кінцівок, яким було виконано аутовенозне шунтування реверсованою великою підшкірною веною з обробкою внутрішньої поверхні вени розчином цитостатику (паклітаксел). Також було проаналізовано лікування у 2 контрольних групах: аутовенозне шунтування реверсованою веною (30 пацієнтів) — та з аутовенозним шунтуванням за методикою in-situ (33 хворих). Термін спостереження складав 24 міс. Критеріями оцінки були випадки тромбозів шунтів, стенозів шунтів, летальність, серйозні ішемічні події — гостра ішемія нижньої кінцівки, інфаркти міокарду, ішемічні інсульти, випадки високих ампутацій нижніх кінцівок. У післяопераційному періоді летальних наслідків не відзначено. У 96 (98 %) пацієнтів післяопераційний період перебігав без ускладнень. В основній групі частота тромбозів шунтів склала 5 (14,7 %), гемодинамічно значимий рестеноз діагностовано у 6 пацієнтів (17,6 %), гострий інфаркт міокарда — у 1 хворого (2,9 %). В групі порівняння — 11 випадків тромбозу аутовенозного шунта. Клінічний досвід авторів свідчить про добрі безпосередні та середньострокові результати. Обрана хірургічна тактика та місцеве застосування цитостатиків надає змогу досягти довготривалої прохідності венозного шунта, що має особливе значення за метаболічних розладів внаслідок цукрового діабету.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.455. Хірургічна реіннервація переднього зубчастого м'яза при тривалій ідіопатичній нейропатії довгого грудного нерва: випадок із клінічної практики / О. О. Гацький, І. Б. Третяк, В. І. Цимбалюк, Я. В. Цимбалюк, А. І. Третьякова, Цзян Хао // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 61-66. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Випадки крилоподібного відхилення (девіації) лопатки (КДЛ) пов'язані з дисфункцією м'язів первинних стабілізаторів її верхнього та нижньомедіального країв. Одним із чинників КДЛ є ідіопатична нейропатія довгого грудного нерва (ДГН). Неефективність терапевтичних методів лікування КДЛ може бути компенсована використанням хірургічних методів корекції. Проведення декомпресії ДГН надає змогу досягти часткового регресу у 87 % пацієнтів та повного регресу дефіциту — у 62 % у терміни до 6 міс. Методика вибіркової прицільної реіннервації нервових структур і невротизація поз-

бавлена низки недоліків традиційних хірургічних методів, надає змогу усунути вплив чинника часу на складний процес денервації/реіннервації та забезпечує прогнозованість результату. Чоловік віком 27 років звернувся у відділення із болем у правому плечовому суглобі, обмеженням згинання у правому плечовому суглобі до 130°, зовнішньої ротації плеча — до 75°, відведення правого плеча — до 150°. Функція правого дельтовидного м'яза — в межах норми (M5 за British MRC scale), КДЛ у спокої (статична) та при рухах (динамічна). Тривалість захворювання — близько 7 міс. Електронейроміографія (ЕНМГ) виявила порушення провідності руховими волокнами ДГН і задавнений денервaційний процес без ознак реіннервації у передньому зубчастому м'язі (ПЗМ), Пацієнту було виконано невротизацію ДГН передньою порцією грудо-спинного нерва (ПП ГСН) за методикою C. B. Novak та S. E. MacKinnon. Контрольний огляд пацієнта проведено через 9, 15 та 19 міс. після хірургічної реіннервації. Окрім клінічного неврологічного обстеження, виконували ЕНМГ. Біль у правому плечовому поясі регресував повністю. Відзначено повний регрес КДЛ у спокої (статична) та частковий при рухах (динамічна) правою верхньою кінцівкою. Дані ЕНМГ підтвердили реіннервацію ПЗМ. Використання агресивнішого хірургічного підходу і невротизації надало змогу наблизити аксони зі збереженою функцією (ПП ГСН) до кінцевих рухових пластинок нерва, що не функціонує (ДГН), що сприяло досягненню позитивного функціонального результату і відновленню ПЗМ. Селективне використання ПП ГСН надало змогу зберегти функціональність найширшого м'яза спини за рахунок збереження задньої порції нерва-донора.

Шифр НБУВ: Ж25729

Див. також: 1.Р.265, 1.Р.467, 1.Р.469

Травматологія та ортопедія

Травматологія

1.Р.456. Автоматизована система для моделювання термічних опіків шкіри у експериментальних тварин / О. А. Янковський, Д. О. Янковська, Г. В. Полікарпова // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2022. - Вип. 1. - С. 102-105. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Розглянуто автоматичну систему для моделювання термічних опіків шкіри у експериментальних тварин. Запропонована система складається з нагрівального елементу з підключеним до нього датчиком температури, комп'ютеру (або ноутбук), до якого через інтерфейс USB підключається зовнішній виконавчий пристрій, реалізований на мікроконтролері, який регулює температуру нагрівального елемента за допомогою широтно-імпульсної модуляції. Програмне забезпечення дозволяє задавати необхідні параметри термічного впливу (температуру, час, кратність) та передбачає можливість його розширення використанням автоматичного підбору температури та часу впливу в залежності від виду експериментальної тварини, ділянки тіла, що підлягає впливу та бажаного ступеня опіку. Наявність комп'ютера дає змогу вносити та зберігати дані щодо умов експерименту, тварин та результати досліджень з автоматичним формування карток експериментальних тварин та можливістю переносити дані до інших програм, наприклад для статистичної обробки результатів. Система може бути застосована для досліджень в області біології та медицини, зокрема у доклінічних випробуваннях препаратів.

Шифр НБУВ: Ж73223

1.Р.457. Активність метаболітів вуглеводного обміну пацієнтів з політравмою та синдромом відміни алкоголю, ускладненим алкогольним делірієм / А. В. Селюкова, С. С. Дубівська // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18,** № 1. - С. 63-68. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Проблема зловживання алкоголем, яка спостерігається у майже п'ятої частини населення нашої планети, є однією з найбільш соціально значущих у всьому світі. Відомо, що від 25 до 85 % пацієнтів перебувають у стані алкогольної інтоксикації під час госпіталізації до відділення політравми. Мета роботи — визначити вміст основних метаболітів вуглеводного метаболізму, зокрема глюкози, піровиноградної кислоти та молочної кислоти, у крові пацієнтів із поєднаною травмою та алкогольним делірієм залежно від способу седації. У дослідження включено 80 пацієнтів з політравмою середньої тяжкості та у стані відміни алкоголю, ускладненому алкогольним делірієм. Медіана віку становила 45 років [39 — 54]. Пацієнтам групи 1 (n = 40) як метод седації вводили дексмедетомідин, у групі 2 (n = 40) використовували седацію діазепамом за симптомтригерним протоколом. Для діагностики делірію використовували метод CAM-ICU. У крові пацієнтів визначали концентрацію глюкози, молочної кислоти та піровиноградної кислоти (пірувату). Висновки: використання дексмедетомідину для седації пацієнтів у стані відміни алкоголю та з алкогольним делірієм і політравмою зменшує прояви порушень вуглеводного обміну.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.458. Концентрація амінотрансфераз у сироватці крові постраждалих із вогнепальними пораненнями / К. В. Савічан // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 54-58. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета дослідження — визначення діагностичного значення трансаміназемії у постраждалих із вогнепальними пораненнями. Здійснено ретроспективний аналіз 373 історій хвороби військовослужбовців, поранених під час озброєного конфлікту на Сході України в 2014 — 2020 рр., які знаходились на стаціонарному лікуванні в Національному військово-медичному клінічному центрі та у військово-медичних клінічних центрах Північного, Південного, Східного регіонів Міністерства оборони України. Проаналізовано концентрацію аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ) у 1 — 2, 3 — 13 та на 14-ту добу і більше після травми. Установлено, що в постраждалих із вогнепальними пораненнями вже в 1-шу — 2-гу добу після травми майже у двох третинах випадків спостерігається збільшення концентрації амінотрансфераз. Через два тижні та більше значне підвищення рівня трансаміназ (більше 80 ОД/л) зберігається більш ніж у 40 % поранених. На всіх етапах дослідження більш значимо збільшувалась концентрація АСТ порівняно з концентрацією АЛТ. Коефіцієнт Де Рітіса в першому та другому періоді спостереження в більшості випадків був більше 1,3, а через два та більше тижні після травми значно зростала кількість поранених із коефіцієнтом Де Рітіса менше 0,8. Висновки: трансаміназемія в постраждалих із вогнепальними пораненнями в посттравматичному періоді спостерігається майже в 75 % випадків. Причиною трансаміназемії в поранених може бути ураження не тільки печінки, але й інших тканин, що були ушкоджені під час первинної травми або в результаті вторинних системних розладів. Для інтерпретації трансаміназемії необхідно враховувати не тільки сам факт збільшення, але й локалізацію та особливості поранення, ступінь збільшення амінотрансфераз, їх співвідношення та динаміку в посттравматичному періоді, що потребує подальшого вивчення.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.459. Порівняння впливу різних способів застосування збагаченої тромбоцитами плазми крові на загоювання опікових та скальпованих ран в експерименті / Г. В. Терехов, О. А. Гиндич, І. М. Савицька, М. В. Костилєв, Є. В. Симулик, М. В. Чухраєв // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 67-72. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — порівняти в умовах експерименту вплив збагаченої тромбоцитами плазми крові (ЗТПК) на терміни загоювання опікових та скальпованих ран і морфологічні характеристики сформованих рубців при її ін'єкційному та безін'єкційному введенні методом електрофорезу. Дослідження проведені на 30 білих щурах, яких було розподілено на три групи по 10 тварин у кожній групі, середня маса тіла тварин становила (275,5 ± 15,1) г. Після досягнення наркотичного сну (внутрішньоочеревинне введення 1,0 мл 0,5 % розчину тіопенталу натрію в поєднанні з 0,2 мл 1 % розчину пропофолу) тваринам виконували скальповані розрізи із висіченням шкіри розмірами 1,5 х 0,5 см. Крім того, один із розрізів обробляли діатермією до виникнення струпу. Обидві рани залишали відкритими, швів не накладали. Тваринам контрольної групи після нанесення ран не виконували жодних процедур, рани загоювались первинним натягом. Тваринам 1-ї дослідної групи впродовж двох наступних тижнів вводили ЗТПК шляхом внутрішньошкірних ін'єкцій двічі на тиждень у кількості 10 мл, обколюючи зону пошкодження. Тваринам 2-ї дослідної групи з такою ж частотою здійснювали електрофорез за власною методикою через просочену ЗТПК серветку. ЗТПК готували із цільної венозної людської крові групи А(0) шляхом центрифугування для досягнення цільової кількості тромбоцитів 850 000 в 1 мл. Методами світлової мікроскопії та морфометрії на 21-шу добу екс-

перименту вивчали морфологічні ознаки сформованих рубців та їх ширину. Висновки: запропонований спосіб безін'єкційного введення ЗТПК має певні переваги над її стандартним ін'єкційним застосуванням, які полягають у більшому ступені дозрівання сполучної тканини, більш упорядкованому розташуванні колагенових волокон, меншій ширині утворених рубців та безболісності процедури. Безін'єкційне введення ЗТПК методом електрофорезу позбавлене можливих післяін'єкційних ускладнень, притаманних стандартним методам її введення.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.460. Case report of multimodal approach during reconstruction of gunshot defects the soft tissue of the forearm and wrist / I. A. Lurin, I. P. Khomenko, K. V. Gumeniuk, V. V. Negoduiko, S. V. Tertyshnyi, M. M. Grinchuk, V. P. Maidanyuk, O. M. Popova // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 93-95. - Бібліогр.: 9 назв. - англ.

According to the literature, gunshot extremities wounds are most frequent among combat trauma and affect up to 62,2 % of the patients. The total rate of gunshot upper extremities wounds is high too — near of 25,7 %, in particular during local military conflicts. Provision of effective medical tactics allow to return the serviceman to service and expand the reserve of experienced personnel in Armed Forces.

Шифр НБУВ: Ж26838

Див. також: 1.Р.372, 1.Р.462, 1.Р.465

1.Р.461. Лікування хворих із ускладненими переломами дистального відділу плечової кістки з використанням фіксаторів малоконтактного багатоплощинного остеосинтезу / П. І. Білінський // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 34-42. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Лікування переломів дистального відділу плечової кістки (ПДВ ПК) є складною проблемою травматології. Його результат значною мірою визначає вибір оптимальної конструкції для фіксацій конкретної лінії зламу. Мета роботи — вдосконалити технологію лікування хворих із ускладненими ПДВПК на основі використання фіксаторів для малоконтактного багатоплощинного остеосинтезу (МБО) та оцінити її ефективність. За період із 2000 по 2020 рр. проліковано 39 пацієнтів із незрощенням відламків дистального метафіза ПК (типу 12-B1, 12-C1, 12-C2) і 23 — з ускладненими над- і черезвиростковими переломами кістки (більше типу 13-A2, 13-C1, 13-C2). Фіксацію фрагментів нижньої третини ПК здійснювали пристроєм для фіксації кісткових відламків (ПФКВ, пат. 17502 UA). Це — фігурна пластина з пазом, на якій стабілізуються півкільця з різьбовими отворами. Для остеосинтезу над- і черезвиросткових переломів використано V-подібну конструкцію з можливістю регуляції ширини розведення браній відповідно до ширини виросткової ділянки кістки (ПОВ, пат. 33358 UA). За необхідності виконували пластику аутогенним кістковим матеріалом. Пластину ПФКВ встановлюють переважно через передній доступ із мінімальною операційною травмою поверх головок репозиційних гвинтів. За необхідності виконують мобілізацію променевого нерва. ПФКВ забезпечує стабільну фіксацію навіть у разі короткого дистального фрагмента. ПОВ встановлюють на задній поверхні виростків і нижній третині ПК через остеотомію ліктьового відростка. Остеосинтез є одним із варіантів ПОВ із спонгіозною автопластикою, може бути методом вибору в разі заміни методу фіксації. Термін спостереження за пацієнтами складав 1 — 2 роки і більше. У 60 із них відбулося зрощення відламків, отримано добрий клінічний результат. Розроблені засоби для МБО можуть бути використані в разі незрощень і ПДВПК.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.462. Особливості надання медичної допомоги хворим із вогнепальними пораненнями ліктьового суглоба / О. Є. Лоскутов, А. М. Доманський, І. І. Жердєв, С. Л. Лушня // Ортопедия, травмат. и протезир. - 2021. - № 1. - С. 5-8. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Вогнепальні ушкодження ліктьового суглоба (ЛС) за частотою посідають третє місце після колінного та плечового. Особливості анатомічної та функціональної будови ЛС, близьке розташування судинно-нервових утворень, сприятливі умови для розвитку інфекції визначають тяжкість перебігу вогнепальних поранень її обумовлюють складність лікування. Мета роботи — оцінити частоту та характер вогнепальних поранень ЛС у структурі загальної бойової травми та визначити обсяг медичної допомоги та напрямок лікування таких ушкоджень в умовах обласної лікарні як етапу надання допомоги. У ретроспективне дослідження включено 1 809 пацієнтів (96,0 % чоловіків, середній вік 33,7 ± 0,2 року). Вогнепальні поранення кінцівок виявлено в 1 013 (56,0 %) постраждалих, із них ЛС — у 25 (2,47 %). Мінно-вибухові поранення були у 22 (88 %) пацієнтів, кульові — в 3 (12 %). Тактика лікування вогнепальних ушкоджень ЛС залежала від тяжкості стану постраждалих і характеру супутніх травматичних ушкоджень. У структурі бойової травми ЛС більшість становили поєднані (52 %) і множинні (40 %) ушкодження та супроводжувались вогнепальним переломом кісток у 60 %. У пацієнтів, які перебували в тяжкому стані, застосовано тактику Damage control із двох етапів. На першому — переломи фіксували гіпсовими лонгетами або апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ), рани не піддавали повноцінній хірургічній обробці (ХО), а лише промивали антисептиками та видаляли видимі сторонні тіла. У хворих із м'якотканинними ушкодженнями проводили первинну ХО ран відповідно до загальних принципів, травмовані нерви не відновлювали. На другому етапі, після стабілізації хворих, виконували повторну ХО ран. Після їх неускладненого загоєння демонтували АЗФ і замінювали метод фіксації на накістковий остеосинтез. Рекомендовано виконувати стабілізацію внутрішньосуглобових вогнепальних переломів ділянки ЛС за допомогою АЗФ і після неускладненого загоєння ран переходити на заглибний остеосинтез.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.463. Порушення консолідації стегнової кістки після несвоєчасної динамізації інтрамедулярного блокувального стрижня / Д. С. Чабаненко, О. М. Полівода // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 69-72. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Порушення консолідації перелому стегнової кістки після блокувального інтрамедулярного остеосинтезу (БІОС) є досить частою патологією. Серед причин виникнення цього ускладнення — нестабільність у системі кістка — імплантат, несвоєчасна динамізація блокувальних стрижнів. Наведено випадок статичної імплантації стегнового стрижня, що спричинило формування несправжнього суглоба середньої третини стегнової кістки. Пацієнт отримав травму 29.12.2018 р., внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Операцію виконано 15.01.2019 р.: закрита репозиція, БІОС перелому середньої третини правої стегнової кістки. З огляду на характер перелому пацієнту застосовано статичне блокування стрижня в проксимальному та дистальному відділах. Повторне звернення до клініки сталося 02.01.2020 р. Хворий скаржився на біль у середній третині стегна під час осьового навантаження на кінцівку, обмеження згинання в правому колінному суглобі. На контрольних рентгенограмах: ознаки консолідації перелому діафіза стегнової кістки відсутні, виявлено міграцію дистального блокувального гвинта. Проведено повторне оперативне лікування 08.01.2020 р. Ураховуючи наявність у дистальній частині стрижня та п'яти взаємно перпендикулярних отворів, виконано блокування двох із них у передньо-задній проекції за методикою вільної руки, замінено гвинт, який мігрував, а також застосовано динамізацію стрижня в проксимальному відділі з огляду на його конструктивні особливості. Через 2 міс. зафіксовано ознаки консолідації, а через 5 міс. — зрощення перелому. Рухи в правому колінному та стегновому суглобах у повному обсязі, пересувається самостійно. Всстановлено, що для нормалізації порушених процесів репарації в пацієнтів із несправжніми суглобами стегнової кістки необхідно враховувати фізіологію кісткової тканини та позитивний вплив компресійних навантажень. Наведений випадок демонструє необхідність своєчасної динамізації блокувального стрижня.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.464. Ретроспективний медико-соціальний аналіз результатів лікування хворих із наслідками переломів довгих кісток кінцівок / В. О. Танькут, І. В. Голубєва, Д. М. Рикун, К. В. Беренов, В. А. Андросенкова // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 43-50. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Проблема лікування переломів довгих кісток кінцівок (ДКК) залишається актуальною. Такі переломи серед усіх ушкоджень опорно-рухової системи трапляються найчастіше та супроводжуються розвитком різноманітних ускладнень. Мета роботи — проаналізувати різні типи травматичних ушкоджень хворих із наслідками переломів ДКК (НП ДКК), оцінити ефективність діагностики, методів лікування, а також стан інвалідності її основні причинні чинники її розвитку. Проведено ретроспективний медико-соціальний аналіз ре-

зультатів лікування 333 пацієнтів (232 чоловіки, 101 жінка) із НП ДКК за матеріалами Харківського обласного центру медико-соціальної експертизи N 2 у період 2018 — 2019 рр. Проаналізовано 3 основні методи хірургічного лікування переломів: накістковий остеосинтез (НО), блокувальний інтрамедулярний остеосинтез (БІОС) і лікування апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ). Загалом застосовано: НО — 204 випадки, БІОС — 98, АЗФ — 31). Визначено найбільш типові ускладнення лікування хворих із переломами ДКК: уповільнене зрощення/незрощення, невропатії сегментів кінцівок, контрактури суглобів, деформівний артроз суміжних суглобів, осьові деформації сегментів кінцівок, остеомієліт. Причинами призначення інвалідності стали: 63 % — тяжкість ушкоджень, 46 % — різні типи ускладнень, 6,5 % — лікарські помилки. Серед останніх найбільш типовими були: діагностичні — 7,1 %, неправильний вибір методу лікування — 29,7 %, порушення техніки виконання операцій — 45 %. Одержані дані показали, що вдосконалення комплексу організаційних заходів щодо профілактики виникнення ускладнень та інвалідності у хворих із НП ДКК сприятиме підвищенню ефективності та якості надання спеціалізованої медичної допомоги.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.465. Скелетна політравма: прогнозування та профілактика емболічних ускладнень / Ю. О. Потапчук, О. О. Буднюк, Д. С. Володичев // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 53-58. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — покращення результатів лікування постраждалих із скелетною політравмою. У дослідженні взяли участь 240 пацієнтів із скелетною політравмою. Для об'єктивізації тяжкості стану постраждалих у приймально-діагностичному відділенні і відділенні інтенсивної терапії використовували різні оціночні шкали. За результатами проведеного дослідження встановлено основні фактори ризику венозного тромбоемболізму: скелетна травма (чутливість 85 %), тривалий постільний режим (чутливість 94 %), несвоєчасний хірургічний остеосинтез (чутливість 96 %), тяжкість стану — оцінка за скороченою шкалою пошкоджень 3 бали і вище, за шкалою тяжкості ушкодження 16 балів і вище (чутливість 88 %), недотримання режиму фармакологічної тромбопрофілактики (чутливість 94 %). Висновки: на підставі отриманих результатів розроблено і впроваджено у практику клінічний маршрут та алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із скелетною політравмою, що дозволило знизити частоту венозного тромбоемболізму з 25,8 до 15 % (χ^2 = 13,07, p = 0,001), а частоту синдрому жирової емболії з 19,2 до 3,3 % (χ^2 = 15,07, p = 0,001).

Шифр НБУВ: Ж26838

Див. також: 1.Р.460

Ортопедія та протезування

1.Р.466. Анестезіологічне забезпечення видалення корегуючої пластини після корекції лійкоподібної деформації грудної клітки за Nuss / І. І. Мигаль // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 30-36. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

У літературі мало даних стосовно анестезіологічного забезпечення видалення корегуючої пластини після операції за Nuss. Мета дослідження — аналіз анестезіологічного забезпечення процедури видалення корегуючої пластини після корекції лійкоподібної деформації грудної клітки (ЛДГК) за Nuss. До проспективного рандомізованого дослідження включено 24 підлітки, які переносили операцію видалення корегуючої пластини після корекції ЛДГК за Nuss в умовах загальної анестезії з інтубацією трахеї та штучною вентиляцією легенів. За аналгетичним компонентом анестезії дітей рандомізовано в дві групи: в групі PVA (n = 14) аналгезію забезпечували двобічною паравертебральною анестезією, та в групі G (n = 10) для аналгезії інтраопераційно застосовували фентаніл, а після операції — системну аналгезію кетопрофеном. Внутрішньовенна індукція: пропофол 2 — 3 мг/кг, фентаніл 3 — 4 мкг/кг, релаксація — атракуріум 0,6 мг/кг. Підтримання анестезії: пропофол 6 — 10 мг/кг/год, при необхідності болюси фентанілу 2 мкг/кг. Реєструвались такі параметри: артеріальний тиск систолічний (АТсист), діастолічний (АТд), середній (АТсер), частоту серцевих скорочень (ЧСС), інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Висновки: білатеральна паравертебральна анестезія забезпечує більш адекватну аналгезію порівняно із загальною анестезією та системним знеболенням у періопераційному періоді при видаленні корегуючої пластини після корекції ЛДГК за Nuss. Дослідження було виконане відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження погоджений Локальним етичним комітетом установи. На проведення дослідження було отримано інформовану згоду батьків та дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.467. Анестезіологічне забезпечення декомпресії серединного нерва у хворих з карпальним тунельним синдромом / А. К. Рушай, В. В. Скіба, Ю. С. Лісайчук, І. В. Воєнний // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 45-49. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Карпальний тунельний синдром (КТС) є найпоширенішою компресійною нейропатією. У пацієнтів з неефективним консервативним лікуванням при тяжких формах показаний реліз зап'ястного каналу (carpal tunnel release (CTR)), що дозволяє досягти покращення більш ніж у 90 % випадків. Крім адекватної малотравматичної тактики втручання, велике значення у відновленні функції серединного нерва (корекція нейропатичних порушень) має і проведення оптимального періопераційного знеболювання. Мета роботи — поліпшення результатів лікування хворих з КТС шляхом адекватного періопераційного анестезіологічного забезпечення декомпресії серединного нерва. Завданнями роботи було запропонувати мультимодальне періопераційне забезпечення декомпресії серединного нерва; вивчити динаміку больового синдрому; оцінити ефективність запропонованого підходу. Під спостереженням перебували 52 потерпілі з КТС. Втручання проводилося під мультимодальним знеболюванням — провідниковою анестезією. На початку операції в порожнину карпального каналу вводили розчин лідокаїну. За 20—30 хвилин до втручання вводився внутрішньом'язово декскетопрофен, внутрішньовенно — парацетамол. Внутрішньом'язове введення декскетопрофену повторювали через 12 годин. Для оцінки відновлення функції кисті та динаміки нейропатичних порушень у групах з малоінвазивним і відкритим стандартним втручанням був використаний Бостонський опитувальник BCTQ. Динаміку інтенсивності больового синдрому вимірювали за значеннями візуальної аналогової шкали (ВАШ) за 10-бальною оцінкою. Динаміка показників ВАШ свідчила про незначний біль навіть у групі з відкритим, відносно травматичним втручанням. Вірогідної різниці між показниками груп виявлено не було; больовий синдром під час проведення втручання та в перші 12 годин після нього оцінювався оперованими як слабкий біль. Додаткове знеболювання, тим більше з використанням опіоїдних анестетиків, було не потрібне. До 4 тижнів показники шкал Бостонського опитувальника BCTQ мали статистично невірогідні відмінності, а до 3 та 6 місяців практично не відрізнялися у групах. На всіх етапах спостереження значних статистичних відмінностей між групами не виявлено. Висновки: проведене мультимодальне періопераційне знеболювання у запропонованому обсязі дозволило досягти гарного знеболювального ефекту, зблизити результати нейропатичної та функціональної реабілітації у хворих різних груп.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.468. Внутрішньоканальна інкорпорація сухожилкового автотрансплантата передньої схрещеної зв'язки з імплантацією поліпропіленової сітки за даними МРТ / М. Л. Головаха, О. В. Шевельов, С. А. Бондаренко, В. І. Перцов // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 23-33. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Трансплантат із сухожилків згиначів гомілки залишається одним із найпопулярніших для пластики передньої схрещеної зв'язки (ПСЗ). Проте його недоліком є тривалий процес лігаментаїрї та внутрішньоканальної інкорпорації, що затримує реабілітацію. Одним із методів стимуляції росту сполучної тканини є імплантація поліпропіленових сіток (ПС), які широко застосовують у герніопластиці. Мета роботи — провести порівняльний аналіз МРТ-динаміки внутрішньоканальної інкорпорації сухожилкового трансплантата з імплантацією ПС у кісткових каналах. Для оцінювання перебудови трансплантата в каналах стегнової та великогомілкової кісток використовували критерії, засновані на аналізі зображень МРТ у PDFS і STIR послідовностях: характер сигналу від трансплантата по центру кісткового каналу; загальний вигляд трансплантата: характер МРТ-сигналу від тканин навколо трансплантата на межі "сухожилок — кістка"; наявність синовіальної рідини в кісткових каналах і кісткового набряку навколо них у стегновій і великогомілковій кістках. Проаналізовано результати МРТ 75 пацієнтів, яким виконано плас-

тику ПСЗ методом "all-inside" автотрансплантатом із сухожилка напівсухожилкового м'яза. У групі дослідження (40 осіб) на відміну від групи порівняння (35) додатково імплантували ПС навколо кінців сухожилкового трансплантата. Внутрішньоканальна перебудова трансплантата в групі паїрєнтів з імплантацією ПС відбувалася швидше. Характер сигналу по центру кісткового каналу і на межі сухожилка з кісткою прогресував достовірно швидше в усі терміни спостереження. У групі дослідження практично не реєстрували затікання рідини вздовж трансплантата в кісткові канали. Висновки. Імплантація ПС навколо кінців сухожилкового автотрансплантата ПСЗ, занурених у кісткові канали, призводить, за даними МРТ, до його швидшої внутрішньоканальної інкорпорації.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.469. Двоетапна фіксація у лікуванні діабетичної артропатії гомілковостопного суглоба / А. К. Рушай, В. В. Скиба, Ю. Л. Лисайчук, В. С. Ковальчук, Ю. В. Хомут, А. А. Жагдаль // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 46-51. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета дослідження — поліпшити результати лікування діабетичних артропатій гомілковостопного суглоба шляхом застосування змінного кінцевого методу фіксації і функціональної іммобілізації напівжорсткими системами після артродезування з використанням кільцевих фіксаторів (КФ). Висвітлено досвід лікування 12 хворих з діабетичною остеоартропатією гомілковостопного суглоба. Після проведення артродезу і фіксації КФ здійснювали змінний остеосинтез пов'язками Scotchcast/Softcast. Застосування позавогнищевих КФ спице-стрижньового типу першим етапом за малої травматичності мало переваги, але час фіксації до появи зрощення між великогомілковою і таранною кістками був значним, що спричинило зменшення жорсткості фіксації системи кістка — спиця і появу запалення в місцях виходу спиць. Це потребувало переходу на інші засоби фіксації, які б забезпечували можливість функціонального використання кінцівки. Авторами було використано функціональні пов'язки зі Scotchcast/Softcast, які накладали циркулярно, з ребрами жорсткості по бічних поверхнях, що надавало змогу здійснювати опорну функцію кінцівки. Втручання (артродезування гомілковостопного суглоба) проводили під мультимодальним знеболюванням. Судинні порушення потребували проведення кровозбережуваної терапії (використання джгута та введення розчину транексамової кислоти) і профілактики мікротромбозів (призначення бімепарину). Для лікування діабетичної нейропатії та обмінних порушень призначали комплекси вітамінів групи В і С, препарати кальцію і вітаміну D_3, антиоксиданти. Динаміка більшості досліджених показників згортальної — протизгортальної системи статистично значущо не відрізнялася (активований частковий тромбопластиновий час, протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення, кількість тромбоцитів). Спостерігали тенденцію до зсуву показників до рекомендованої безпечної зони і навіть статистично значуще зниження рівня розчинних фібринмономерних комплексів (R_2 = 0,9494). Висновки: застосування іммобілізувальних пов'язок зі Scotchcast/Softcast у хворих з діабетичними артропатіями було безпечним після артродезування і фіксації КФ. Ця тактика надала змогу відновити опороздатність кінцівок у ранні строки лікування.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.470. Значення механічних властивостей пластини в разі торакопластики вродженої лійкоподібної деформації грудної клітки / В. А. Дігтяр, М. О. Камінська, М. Ю. Карпінський, О. Д. Карпінська // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 18-22. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Хірургічне лікування вродженої лійкоподібної деформації грудної клітки (ВЛД ГК) передбачає використання пластини, яка тривалий час утримує правильну анатомічну форму ГК. Перед встановленням пластини за грудиною, її вигинають так, щоб після корекції деформації вона по боках відтворювала форму ребер і щільно до них прилягала. Проте частими ускладненнями після встановлення пластини є її зміщення та ротація. Мета роботи — вивчити механічні властивості пластини для торакопластики ВЛД ГК за умов порівнянних із реальними навантаженнями для досягнення максимальної корекції. Проведено експериментальні випробування на згинання 5 стандартних пластин товщиною 2,5 мм, шириною 13 мм і довжиною 200 мм, виготовлених із титану марки Ti6-AL4-V (відповідно до ISO 5832-3). Усі пластини вигинали за допомогою спеціального хірургічного інструмента згідно з анатомічною формою ГК, відповідно до методики оперативного втручання за D. Nuss. Опори розташовували на відстані фіксувальних гвинтів. Силу згинального навантаження прикладали до середини пластини, збільшуючи поступово від 150 до 600 Н із кроком 50 Н. На кожній величині навантаження вимірювали висоту підйому краю пластини. За умов навантаження величиною 600 Н підйом краю пластини не перевищував 3 мм і дорівнював (2700 ± 177) мкм. У разі вдвічі менших навантажень (300 Н) величина підйому краю пластини знижувалась утричі та становила (700 ± 85) мкм. Реакція під час навантаження була однаковою для всіх п'яти типів пластин. Доведено, що пластини повністю витримують коригувальні навантаження з мінімальною деформацією після проведеної торакопластики. Невідповідність форми пластини в бічних відділах і відновленої ГК обумовлена зміною конфігурації останньої та збільшенням передньо-заднього розміру.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.471. Крос-культуральна адаптація та валідизація україномовної версії Standardized Evaluation of Pain (StEP) — інструменту оцінки нейропатичного болю в нижній частині спини у хворих на анкілозивний спондиліт / І. О. Кедик, Є. І. Шалковський, І. І. Шаповал, М. А. Станіславчук // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 39-48. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Мета дослідження — створити україномовну версію Standardized Evaluation of Pain (StEP) шляхом перекладу та крос-культуральної адаптації з подальшою валідизацією у хворих на анкілозивний спондиліт (АС). Переклад та крос-культуральну адаптацію опитувальника StEP проводили згідно зі стандартними рекомендаціями Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Обстежено 49 хворих зі встановленим діагнозом АС за модифікованими Нью-Йоркськими критеріями і тривалістю болю в нижній частині спини ≥ 3 міс та 31 особу контрольної групи. Активність АС у хворих оцінювали за допомогою індексів ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) та BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), функціональний стан — за індексами BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) і BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index). Для оцінки якості життя хворих на АС застосовували індекс ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire). Інтенсивність болю у хворих на АС визначали за допомогою візуальної аналогової шкали. Для порівняння одержаних результатів за опитувальником StEP використано Лідську шкалу оцінки нейропатичного болю (The Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs (LANSS)) та опиту-вальник DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions). Статистичний аналіз результатів проведено за допомогою методів варіаційної статистики з використанням пакета прикладних програм SPSS22 (SPSS Inc.). Згідно з індексами активності захворювання у хворих на АС переважала висока та дуже висока активність захворювання: середнє значення за ASDAS — 3,8 ± 0,8, за BASDAI — 5,5 ± 1,2. Функціональні розлади за BASFI становили у середньому — 5,2 ± 1,8, обсяг рухів у хребті за BASMI — 5,2 ± 2,3. Якість життя хворих на АС за ASQoL у середньому становила 8,3 ± 4,4. Інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою — 6,1 ± 1,5. Надійність україномовної версії опитувальника StEP оцінено за методом тест-ретест з інтервалом 7 днів у 22 хворих на АС. Аналіз одержаних даних засвідчив високу надійність опитувальника StEP (внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції становив 0,987). Коефіцієнт альфа Кронбаха (0,987) підтвердив внутрішню узгодженість україномовної версії опитувальника StER. Чутливість опитувальника StEP засвідчила наявність тісної парної кореляції (коефіцієнт кореляції Спірмена — 0,955). Тестування опитувальника StEP у хворих на АС виявило наявність нейропатичного болю у 55,1 % випадків. Значення опитувальника StEP у хворих на АС у середньому становило 4,6 ± 5,3, у контрольній групі — 0,1 ± 0,4. Фінальні значення опитувальника StEP статистично значущо корелювали із показниками за LANSS та DN4 ($p < 0,01$). Висновки: створено україномовну версію опитувальника StEP, проведено його кроскультуральну адаптацію і валідизацію. Україномовна версія опитувальника StEP показала достатній рівень надійності та валідності для використання в науковій і лікувальній практиці для україномовної популяції. У хворих на АС за допомогою україномовної версії опитувальника StEP наявність нейропатичного компонента больового синдрому виявлено у 55 % випадків.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.472. Медикаментозна корекція структурно-функціонального стану кісткової тканини в пацієнтів із фіброзною дисплазією / Ю. М. Гук, А. М. Зима, Т. А. Кінча-Поліщук, А. І. Чеверда, О. Ю. Скуратов // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 42-49. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

У значної кількості пацієнтів із фіброзною дисплазією серед різної ортопедичної патології провідними є больовий синдром у кістках, їх деформація і патологічні переломи, порушення стану кісткової тканини (КТ) та її метаболізму. Питання корекції клініко-ортопедичних проявів захворювання та змін структурно-функціонального стану КТ недостатньо вивчене та потребує удосконалення. Мета роботи — удосконалити медикаментозну антиостеопоротичну терапію пацієнтів із фіброзною дисплазією для зниження в них больового синдрому, для поліпшення стану КТ та її метаболізму. У відділенні травматології та ортопедії дитячого віку ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" у період 2015—2020 рр. на лікуванні перебували 16 пацієнтів із фіброзною дисплазією (із поліосальною формою — 6 хворих, із синдромом Олбрайта — 5, із хворобою Кампаначчі — 5), яким призначено медикаментозну антиостеопоротичну терапію, зокрема, із застосуванням антирезорбентів (препаратів памідронової кислоти). Вік пацієнтів становив від 6 до 28 років, 13 хворих були дитячого віку. Якісну та кількісну оцінку результатів терапії й зниження больового синдрому визначено за допомогою візуальної аналогової шкали, а поліпшення стану КТ та її метаболізму — шляхом дослідження мінеральної щільності КТ та маркерів кісткового обміну. Наведено обгрунтування, загальні принципи та особливості антиостеопоротичної терапії; показання та протипоказання до неї; розрахунки доз та схеми застосування тих чи інших препаратів, у тому числі з групи бісфосфонатів при фіброзній дисплазії. Наведену медикаментозну терапію успішно апробовано в 16 пацієнтів із фіброзною дисплазією. Ефективність проведеного лікування підтверджена зменшенням або усуненням больового синдрому, призупиненням прогресування патологічних осередків у кістках нижніх кінцівок, поліпшенням структурного стану КТ та її метаболізму. Висновки: результати медикаментозної терапії в пацієнтів із фіброзною дисплазією свідчать про її ефективність і доцільність, на що вказує купірування больового синдрому, поліпшення структурного стану КТ та її метаболізму. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.473. Моделювання дегенеративних змін у паравертебральних м'язах для вивчення їхнього впливу на розвиток захворювань хребта / В. О. Радченко, Ф. С. Леонтьєва, В. О. Туляков, М. А. Скіданов, А. Г. Скіданов, О. А. Нікольченко // Ортопедия, травматол. и протезиров. - 2021. - № 1. - С. 62-68. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Важливою складовою розвитку дегенеративних змін у хребті є ушкодження її порушення життєдіяльності м'язової тканини (МТ) паравертебральних м'язів. Мета роботи — на підставіві аналізу біохімічних показників сироватки крові лабораторних щурів оцінити придатність досліджуваних моделей дистрофічного ураження МТ для подальшого вивчення розвитку дегенеративно-дистрофічних порушень у хребтових рухових сегментах. Методи. Моделювали: I група (5 самиць щурів) — аліментарне ожиріння шляхом утримання впродовж 3 міс. на висококалорійному раціоні харчування (гіперліпідемічній дієті); II група (5) — ішемію шляхом перев'язування на термін 45 діб великих прямих м'язів спини шовним матеріалом, який не розсмоктується. Контроль — 5 інтактних тварин аналогічного віку та статі, яких утримували на стандартному раціоні харчування. У сироватці крові визначали вміст глікопротеїнів (ГП), гаптоглобіну, загальних хондроїтинсульфатів (ХС), глюкози, холестеролу, ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ), загальних ліпідів, активність аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), лужної та кислої фосфатаз, креатинфосфокінази (КФК); проводили тимолову пробу. Показники оброблено за методом Фішера — Стьюдента. У щурів I групи в сироватці крові збільшився вміст ГП, загального холестеролу та ліпідів, ЛПНЩ, ТГ, глюкози, ХС, активності АЛТ і АСТ, значення тимолової проби та знизилася активність КФК. У тварин II групи зафіксовано підвищення в сироватці крові активності КФК, ГП і ХС. Встановлено, що зміни біохімічних показників сироватки крові білих щурів, зафіксовані після утримання на гіперліпідемічній дієті, свідчать про розвиток жирової дистрофії, зокрема й у МТ. Унаслідок моделювання ішемії паравертебральних м'язів визначено біохімічні ознаки перебігу дегенеративних процесів у МТ.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.474. Морфометрія плечового суглоба й обгрунтування типорозмірів нового модульного реверсивного ендопротеза на основі даних спіральної комп'ютерної томографії / М. О. Корж, В. Б. Макаров, Н. П. Боцьва, О. В. Моргун, О. О. Підгайська, О. В. Танькут // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 51-61. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Реверсивне ендопротезування плечового суглоба (ПС) є ефективним, оскільки більшість пацієнтів мають позитивні віддалені результати. Проте пошук "ідеального" ендопротеза триває. Мета роботи — обгрунтувати типорозміри нового модульного реверсивного ендопротеза (МРЕ) ПС із використанням адитивних технологій на основі даних спіральної комп'ютерної томографії. Опрацьовано 2 набори даних здорових ПС (правого — R, лівого — L) 100 пацієнтів, отриманих на спіральному комп'ютерному томографі AOUILION 128 зрізів (Toshiba, Японія). Кожен набір складався з 11 морфометричних параметрів — лінійних і кутових величин. Для кожного з них за трьома вибірками (об'єднаної, R і L) обчислено: мінімум, максимум, моду, медіану, середнє, середньоквадратичне відхилення, коефіцієнт асиметрії розподілу. Розраховано коефіцієнт кореляції Пірсона, проведено кластерний аналіз. Доведено, що більшість параметрів вибірок R і L можна вважати однорідними її аналізувати об'єднану вибірку з 200 випадків. Встановлено, що ширина та висота гпеноїда є однорідними масивами даних, а значення ендостального діаметра плечової кістки зменшується в дистальному напрямку. Шийково-діафізарний кут у середньому дорівнює 137,4 ± 4,66°. Кореляція між різними параметрами сильніше виражена в межах більшості кластерів, ніж за вибіркою загалом. Зроблено висновки, що слід створювати різні типорозміри дистальної частини конічної ніжки, до якої надійно фіксувати широку проксимальну частину, також різних типорозмірів, у вигляді чашки для фіксації вкладиша. Висота проксимальної частини МРЕ має дорівнювати не менш ніж 20 мм, діаметр основи проксимальних частин ніжки МРЕ — 38, 40, 42 мм. Запропоновано застосовувати конічну ніжку ендопротеза з ширшою проксимальною частиною, закласти кут 135° між чашкою проксимальної частини та ніжкою. Визначено 3 типорозміри базових гпеноїдальних пластин діаметром 26, 30, 32 мм.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.475. Операція Nuss: шляхи зменшення частоти післяопераційних ускладнень, інтенсивності та тривалості післяопераційного больового синдрому / В. Р. Заремба, О. А. Данилов // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 12-21. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) — найчастіша вада розвитку передньої грудної стінки, що в багатьох випадках призводить до кардіореспіраторних порушень і психологічних проблем. Незаперечним прогресом в її лікуванні є операція Nuss, яка вважається "золотим стандартом". Водночас таке операційне втручання та його модифікації несуть потенційні ризики тяжких післяопераційних та інтраопераційних ускладнень. Мета роботи — проаналізувати існуючі варіанти операції Nuss, розробити власну модифікацію такого хірургічного втручання для нівелювання інтраопераційних ризиків, зниження рівня післяопераційних ускладнень, мінімізації післяопераційного больового синдрому. Авторами у 2018 — 2019 рр. прооперовано 34 пацієнтів із ЛДГК (виконано операцію Nuss у власній модифікації) із II та III ступенями деформації. Проаналізовано післяопераційні ускладнення, рівень післяопераційного больового синдрому за шкалою NRSP до 3 місяців після операції; тривалість втручань, об'єм інтраопераційної кровотечі. Особливостями запропонованої модифікації операції є: використання монолітної Т-подібної титанової пластини зі знімним стабілізатором; формування тунелю суворо під м'язами; жорстка підокісна фіксація стабілізаторів пластини до двох ребер із кожного боку; використання пластин різної ширини для різних вікових категорій; як пристрій для поетапного дозованого інтраопераційного підйому грудини застосовується талреп; робочий порт вводиться через правий основний доступ і правий субпекторальний тунель; корекція асиметричних форм деформації проводиться за рахунок асиметричної жорсткої фіксації стабілізаторів і тракції грудини кількома лігатурами. Висновки: поетап-

на тракція грудини до положення помірної гіперкорекції нівелює ризик маніпуляцій у загрудинному просторі; субокісна фіксація пластини до двох ребер із кожного боку гарантує надійну фіксацію пластини без ризику її зміщення та розвороту. Менші товщина та ширина пластини; фіксація її як арочної конструкції зменшують травмування міжреберних судинно-нервових пучків та ребер і знижують ступінь післяопераційного болю. Ввведення робочого порту через точку виходу пластини з правої плевральної порожнини полегшує та убезпечує маніпуляції в межистінні за умови достатньої елевації грудини. За використання запропонованої модифікації в більшості випадків достатньо встановити одну коригувальну пластину. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.476. Порівняльне оцінювання поліметилметакрилату та композитного кісткового цементу. Огляд результатів експериментальних досліджень / О. Є. Вирва, О. В. Гончарук, Н. С. Лисенко // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 86-91. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Наведено огляд експериментальних досліджень різних видів кісткових цементів (КЦ), їхніх комбінацій. Забезпечення стабільної фіксації кісткових фрагментів під час остеосинтезу складних багатоуламкових переломів, встановлення ендопротезів та інших імплантатів, особливо в умовах дефіциту кісткової тканини (КТ) через остеопороз, — головне завдання ортопедичних втручань. Першим матеріалом, який максимально відповідав цим вимогам, виявився поліметилметакрилат (ПММА). Еволюція КЦ призвела до створення нової композитної речовини — комбінації ПММА і β-трикальційфосфату (β-ТКФ). Поєднання цих компонентів надало можливість забезпечити високі біоабсорбтивні, остеокондуктивні її остеоінтегративні якості разом із достатньою міцністю. У проаналізованих роботах оцінено властивості КЦ CalCemex в експерименті in vivo. Виявлено, що в разі застосування ПММА проникнення КТ у структуру полімеру не відбувалося. За умов використання КЦ із домішкою β-ТКФ спостерігали утворення КТ не лише на поверхні імплантата, а у її зовнішніх і внутрішніх порах. Саме наявністю пор у CalCemex автори пояснюють можливість проростання клітинних елементів, кровоносних судин і формування КТ. Крім того, до складу цього матеріалу входить β-ТКФ, який резервується остеокластами, що призводить до вивільнення іонів кальцію та фосфору та, відповідно, спрощення прикріплення новоутвореної кістки до КЦ. Припускається, що саме КЦ типу CalCemex є перспективним матеріалом для лікування різних видів переломів і заміщення кісткових дефектів. Варто зауважити, що дослідження в цьому напряму тривають і ведеться інтенсивна робота щодо синтезу та вивчення результатів клінічного застосування різновидів композитних КЦ із максимальними біоактивними властивостями, які не лише зміцнюватимуть КТ, а виконуватимуть її остеоінтегративну функцію.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.477. Фізична терапія на етапах відновлення після ревізійного ендопротезування кульшового суглобу / Б. А. Пустовойт, П. Б. Єфіменко, М. О. Тохтамишев, О. П. Каніщева // Слобожан. наук.-спорт. вісн. - 2021. - № 5. - С. 26-33. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — наукове обгрунтування, розробка та оцінка ефективності програми фізичної терапії пацієнтів за ревізійного ендопротезування (РЕП) кульшового суглоба (КС). Матеріал і методи: аналіз літературних джерел, показники артеріального тиску (АТ) і пульсу, антропо-, гоніометрія, тестування за шкалою ВАШ, математична статистика. Контингент досліджуваних склали пацієнти ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка АМНУ" (n = 19 осіб), які були роподілені на 2 групи, основна (ОГ) — 10 і контрольна (КГ) — 9 осіб. Тривалість розробленої інтенсивної програми ФТ для пацієнтів ОГ — 37 днів, передопераційний період — 10 днів до хірургічного втручання та 27 днів після (ранній післяопераційний — 5 днів, пізній післяопераційний — 7 днів, ранній відновний — 15 днів). Пацієнти КГ у той же час пройшли курс реабілітації за загально прийнятою методикою. Досліджено динаміку показників АТ та пульсу, антропо-, гоніометрії КС і колінного суглобів (КлС), інтенсивності больового синдрому за шкалою ВАШ, визначено, що всі вказані показники були статистично кращими у пацієнтів ОГ. Встановлено, що за РЕП слід підготувати організм хворого для попередження післяопераційних ускладнень за допомогою засобів і методів фізичної терапії; у пацієнтів обох груп відбулося покращання показників гемодинаміки серцево-судинної системи, показників динаміки охватних розмірів стегна, обсягу рухів в КС та КлС, тестування інтенсивності болю за шкалою ВАШ. Однак, у пацієнтів ОГ, у порівнянні з пацієнтами КГ, виявлено суттєве (статистично доведене) покращання всіх показників; проведені спостереження підтвердили, що сегментарно-рефлекторний масаж можна проводити на ранніх етапах реабілітації; отримані в динаміці дослідження надають змогу стверджувати, що доведено високу ефективність розробленої програми фізичної терапії пацієнтів при РЕП КС, яка надає можливість значно поліпшити стан опорно-рухового апарату та організму в цілому.

Шифр НБУВ: Ж70281

1.Р.478. The impact of hip-spine relations on the results of total hip arthroplasty (literature review) / M. O. Korzh, V. O. Radchenko, V. A. Filipenko, K. O. Popsuishapka, O. O. Pidgaiska // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 73-79. - Бібліогр.: 37 назв. - англ.

Хребтовий баланс може змінити результати тотального ендопротезуеання кульшового суглоба (ТЕ КС), але точний механізм впливу недостатньо вивчений. Мета роботи — об'єднати працю хірургів-ортопедів і вертебрологів шляхом аналізу сучасної літератури щодо загальних результатів ТЕ КС у пацієнтів зі супутніми захворюваннями хребта. ТЕ КС має важливе значення для вільного та стабільного руху. Протягом десятиліть ортопеди орієнтуються на традиційні безпечні параметри ацетабулярної зони, щоб зменшити нестабільність ендопротезів. Проте вивих головки ендопротеза є одним із найпоширеніших ускладнень після ТЕ КС. Визначено підвищений рівень вивихів у пацієнтів з аномальною рухомістю у хребтово-тазовому сегменті (ХТС) внаслідок дегенеративних захворювань і після спондилодезу хребта. Описано основні хребтово-тазові параметри (нахил таза, крижовий нахил, поперековий лордоз тощо), рухи у хребті та суглобах та їхні зміни в положенні стоячи та сидячи. Вимірювання цих параметрів є необхідним для хірургічного планування перед ТЕ КС, особливо тим пацієнтам, яким раніше виконали спондилодез. Встановлено, що сагітальна кінематика таза впливає на ризик виникнення імпінджменту або вивиху ендопротеза. Положення таза є динамічним під час ходьби її інших повсякденних дій. Варіації передньо-заднього нахилу таза впливають на отриману просторову орієнтацію кульшової западини. Рекомендації щодо позиціонування чашки — це перехід від класичної безпечної зони Левінека до індивідуального підходу для пацієнта з урахуванням орієнтації кульшової западини в положенні стоячи, що поступається місцем новому параметру — функціональній орієнтації чашки. Слід ураховувати функціональне положення западини за ендопротезуеання. Аномальна рухомість ХТС є чинником ризику вивихів після ендопротезуеання.

Шифр НБУВ: Ж26813

Див. також: 1.Р.298

Інфекційні та паразитарні хвороби

Інфекційні хвороби

1.Р.479. Бактериальные поверхностно-активные вещества как агенты с антибиопленочной активностью / А. Е. Абатуров // Здоров'я дитини. - 2021. - **16,** № 1. - С. 94-104. - Библиогр.: 57 назв. - рус.

Биосурфагенты представляют собой гетерогенную группу биологических поверхностно-активных амфифильных соединений. Продуцентами биосурфагентов являются различные микроорганизмы: бактерии и грибы. Класс биосурфагентов состоит из двух групп: низкомолекулярных и высокомолекулярных соединений. Представителями низкомолекулярных соединений являются липопептиды, гликолипиды, жирные кислоты, фосфолипиды, которые снижают поверхностное и межфазное натяжение, а высокомолекулярных соединений — полимерные и дисперсные биосурфактанты, которые представляют собой эмульсионные стабилизаторы. Наиболее изу-

ченными биосурфагентами, обладающими потенциалом лекарственных средств, являются липопептиды и гликолипиды. Подгруппу липопептидов представляют полимиксины, псевдофактины, путисолвины, сурфактины, фенгицин и другие; а гликолипидов — рамнолипиды, трегалозные, софорозные, целлобиозные, маннозилеритритольные липиды и другие. Биосурфагенты играют ключевую роль в жизнедеятельности биопленок: они регулируют адгезию бактерий и матрикса биопленки, поддерживают функционирование каналов матрикса, обеспечивая потребности бактерий в питательных веществах. Также показано, что биосурфагенты участвуют в формировании и диспергировании сформированных биопленок. Данные вещества, прямо реагируя с компонентами матрикса, индуцируют деградацию биопленки. Биосурфагенты, обладая антимикробными, противогрибковыми и противовирусными свойствами и сочетанием антибактериального и антибиопленочного действия, открывают новые перспективы в терапии рецидивирующих, хронических инфекционных заболеваний. Полагают, что поверхностно-активные соединения — как представители липопептидов, так и гликолипидов — могут быть молекулярной основой для разработки лекарственных средств, которые будут способствовать повышению эффективности антибактериальной терапии проблемных инфекций, особенно тех, которые вызваны антибиотикорезистентными штаммами.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.480. Вакцина Рудольфа Вайуля у боротьбі з епідемічним висипним тифом / Б. П. Кузьмінов, В. Л. Смольницька // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 81-84. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Від Rickettsia Prowazekii — збудника епідемічного висипного тифу, що передається одежною вошею (Pediculus humanus corporis), за час існування земної цивілізації загинуло більше людей, ніж за всі відомі війни. На прикладі першої ефективної вакцини проти епідемічного висипного тифу, яку розробив видатний польський учений, професор Львівського університету Рудольф Вайгль, проведено дослідження історії створення вакцини та способу культивування R. Prowazekii у кишці Pediculus humanus corporis. Мета роботи — вивчення наукових джерел дослідити факти з історії технології розробки вакцини Р. Вайгля проти епідемічного висипного тифу від перших її серій, отриманих у лабораторних умовах, та з 1930 р., коли розпочалося її виробництво. Застосовано контент-аналіз, метод системного аналізу досліджень стосовно розробки вакцини проти епідемічного висипного тифу. Відбір джерел здійснено в архівах і наукових бібліотеках м. Львова та Науково-дослідного інституту епідеміології і гігієни ЛНМУ імені Данила Галицького, в наукометричних базах інформації PubMed, Medline, Web of Science, Googl Scholar за ключовими словами: воші, висипний епідемічний тиф, Рудольф Вайгль, R. Prowazekii. Вакцина, яку розробив професор Рудольф Вайгль, автор методу культивування і нагромадження збудника цієї хвороби — R. Prowazekii в кишці лабораторної популяції вошей, незважаючи на складність її приготування, понад 20 років була єдиним імунобіологічним засобом у боротьбі з висипним тифом. Висновки: завдяки Рудольфу Вайглю та його учням, які часто ціною власного життя вивчали R. Prowazekii і створили вакцину проти епідемічного висипного тифу, який винищив мільйони людей на планеті, земна цивілізація уникла нищівних епідемій.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.481. Визначення антимікробної активності диметилгідразонів / А. В. Гуменна, В. В. Листван, В. М. Листван, Н. Д. Яковичук, О. О. Бліндер, Д. В. Ротар // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 17-20. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Сучасні методи лікування та профілактики інфекційних захворювань потребують використання антибіотиків та антисептиків. Надмірне та безконтрольне їх застосування призводить до селекції антибіотикостійких штамів мікроорганізмів, що диктує необхідність пошуку нових альтернативних антимікробних препаратів. Авторами проведено пошук та дослідження антимікробної активності нових диметилгідразонів. Вивчені сполуки показали значну антимікробну активність, особливо стосовно грампозитивних бактерій, S. aureus ATCC 25923, та нижчу антимікробну активність стосовно грамнегативних бактерій E. coli ATCC 25922, що свідчить про перспективність даних сполук і необхідність проведення поглибленого вивчення її антимікробної активності на більш широкому спектрі мікроорганізмів.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.482. Визначення ризику розвитку ВЕБ-асоційованих лімфом у ВІЛ-інфікованих пацієнтів / О. А. Кушнєрова, Л. Р. Шостакович-Корецька, К. Ю. Литвин, О. В. Шевельова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 12-17. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність прогнозування розвитку ВЕБ-асоційованих лімфом у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. З метою покращання прогнозування розвитку Епштейна — Барр-асоційованих лімфом у ВІЛ-інфікованих пацієнтів було проведено порівняльний аналіз різних показників (клініко-епідеміологічних, лабораторних, серологічних тощо) у 57 хворих на ВІЛ, які мали клініко-лабораторні підтвердження наявності коінфікування вірусом Епштейна — Барр. Із 57 пацієнтів вияви первинної лімфоми центральної нервової системи було зареєстровано у 7 хворих (12,3 %), ще у 1 пацієнта діагностовано В-клітинну крупноклітинну лімфому фронтальної пазухи, центробластний варіант (1,8 %), у 1 пацієнта — лімфому Беркітта з ураженням шийних лімфатичних вузлів (1,8 %). Для з'ясування основних тенденцій розвитку лімфом у пацієнтів з коінфекцією ВІЛ та ВЕБ проведено докладний аналіз у двох групах: основну групу склали 9 пацієнтів з лімфомами, інші 48 хворих без виявлених новоутворень склали групу порівняння. Для підвищення ефективності прогнозу було побудовано багатофакторні логістичні регресії, що враховують не тільки незалежний, але і сумісний вплив розглянутих факторів ризику. Для цього обчислювали суму балів для кожного спостереження, використовуючи відповідну вагову кваліфікацію прогностичних коефіцієнтів, створену за допомогою аналізу Вальда. На основі багатофакторної прогностичної моделі, було створено алгоритм визначення ризику розвитку ВЕБ-асоційованих лімфом у пацієнтів з коінфікуванням ВЕБ та ВІЛ. Створений алгоритм визначення ризику розвитку ВЕБ-асоційованих лімфом у пацієнтів з ВІЛ надає змогу виявити хворих з різним ризиком розвитку лімфом за умов коінфікування ВЕБ та ВІЛ, що в подальшому створює можливість для прогнозування несприятливого перебігу ВІЛ-інфекції. Запропонований алгоритм має високий показник прогностичної ефективності, що надає можливість визначати ризик на індивідуальному рівні та закладає основи оптимізації діагностики Епштейна — Бар вірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.483. Вплив віддаленого терміну початку антиретровірусного лікування у хворих з ВІЛ-інфекцією / О. В. Шевельова, Л. Р. Шостакович-Корецька, К. Ю. Литвин, О. А. Кушнєрова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 34-38. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати вплив тривалості періоду від моменту інфікування до призначення антиретровірусного лікування хворим на ВІЛ-інфекцію як чинника прогнозу несприятливого перебігу захворювання. Було проведено ретроспективне та проспективне дослідження серед когорти людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до якої було включено 450 хворих. Спостереження тривало 60 міс. Протягом цього періоду 63 пацієнти померли від причин, пов'язаних з ВІЛ, 14 — від причин, не пов'язаних із ВІЛ і синдромом відновлення імунної системи (СВІС), 69 хворих припинили антиретровірусну терапію (АРТ) з різних причин. На кінець періоду спостереження залишилося 304 пацієнти, які продовжували прийом АРТ. Статистична обробка результатів проводилась з використанням пакета прикладних програм STATISTICA v.6.1. За результатами кореляційного аналізу клініко-лабораторних показників когорти ВІЛ-інфікованих пацієнтів було відібрано 10 основних факторів ризику, серед яких віддалений термін початку антиретровірусного лікування. Через 5 років спостереження основною причиною втрати пацієнтів із когорти виявилося припинення прийому терапії — 69 (15,3 %) осіб, 63 (14,0 %) померли від причин, пов'язаних з ВІЛ, а 14 (3,1 %) померли від причин, не пов'язаних з ВІЛ і СВІС. Причини, пов'язані із небажаними ефектами АРТ, відмічено у 30,4 % осіб — алергійні реакції, прийом терапії разом із протитуберкульозною терапією своєю чергою призводило до розвитку СВІС та посилення небажаних явищ. Висновки: проведений аналіз свідчить про те, що, незважаючи на високу інтенсивність призначених первинних схем лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, такий фактор, як віддалений термін початку АРТ, має значний негативний вплив на подальший перебіг ВІЛ-інфекції і розвиток несприятливих подій, погіршуючи прогноз захворювання.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.484. Емерджентні інфекції: навч. посіб. / М. А. Андрейчин, В. Д. Москалюк, М. М. Корда, Н. Ю. Вишневська, Н. Г. Завіднюк, О. Л. Івахів, І. С. Іщук, Я. І. Йосик, В. О. Качор, Н. А. Ничик, М. О. Соколенко, В. Д. Сорокан; ред.: М. А. Андрейчин, В. Д. Москалюк; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, Буковинський державний медичний університет, Наукове товариство імені Шевченка. - Тернопіль: ТНМУ: Укрмедкнига, 2022. - 295 с. - Бібліогр.: с. 282-295. - укр.

Представлено навчальний посібник, в якому наведено сучасні уявлення про походження і причини виникнення емерджентних інфекцій та описано найбільш актуальні з них (каліфорнійський грип, геморагічна гарячка Ебола, COVID-19 та ін.). Відомості про кожну інфекцію містять основні дані про історію їївідкриття, актуальність, етіологію, епідеміологію, патогенез, клінічні прояви, діагностику, диференційну діагностику, лікування і профілактику, а також подано тестові питання для самоконтролю отриманих знань.

Шифр НБУВ: ВА865133

1.Р.485. Попередження стигми та дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих військовослужбовців Збройних Сил України: навч. посіб. / С. Л. Литовка, О. М. Іванько, Ю. М. Депутат, І. В. Огороднійчук, А. А. Кожокару; Командування медичних сил Збройних сил України, Українська військово-медична академія. - Київ: Да Вінчі, 2022. - 143 с.: рис., табл. - Бібліогр. в підрядк. прим. - укр.

Розглянуто стигматизація і дискримінація як найважливіші й найпоширеніші проблеми, з якими стикаються ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД люди, в тому числі військовослужбовці. Містить рекомендації медичним працівникам щодо запобігання та протидії дискримінації ВІЛ-інфікованих військовослужбовців з урахуванням специфіки їхньої діяльності. Розглянуто особливості міжнародного законодавства з питань подолання стигми та дискримінації людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ). Досліджено особливості епідемічного процесу ВІЛ-інфекції і СНІДу серед військовослужбовців Збройних Сил України. Увагу приділено алгоритмам обстеження на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких (експрес) тестів для виявлення антитіл до ВІЛ S.

Шифр НБУВ: ВС70823

1.Р.486. Clinical and epidemiological features of Lyme borreliosis / I. V. Lutai, A. S. Ivanova, T. A. Husieva // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 80-86. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Лайм-бореліоз (ЛБ) є найпоширенішим трансмісивним захворюванням, що передається кліщами. Дана хвороба є значною медичною проблемою з огляду на можливість ураження багатьох органів і систем, схильністю до хронізації та тривалої втрати працездатності та інвалідності. На даний час існує тенденція до зростання захворюваності на хворобу Лайма в Сумській обл. Так, в Україні у 2015 р. інцидентність складала 7,96 на 100 тис. населення, а у 2019 р. — зросла до 10,62. Перевищення середнього рівня показників реєструється у Київській (29,0), Черкаській (25,4), Вінницькій (23,09), Сумській (25,89) обл. та м. Київ (2,54). Пік активності кліщів в Україні реєструється у травні, якийзбільшився у 4,23 разу. Найбільший відсоток хворих припадає на працездатне населення, та завдає значних збитків державі. Збільшення кількості випадків захворювання говорить про масове поширення збудників хвороби Лайма у Сумській обл. Для того, щоб запобігти їх розповсюдженню, необхідно вивчити усі можливі причини даної хвороби та знайти шляхи їх вирішення. Це стало підставою для створення уніфікованого анонімного опитувальника, який висвітлює основні питання стосовно даного захворювання з позиції різних категорій населення. Уніфікована анонімна "Анкета хворого на хворобу Лайма" вміщує 16 питань із варіантами відповідей та можливістю вносити власні коментарі. Перша група запитань стосується тендерних, вікових та соціальних даних осіб, що проходять анкетування (найбільший відсоток хворих припадає на працездатне населення (42,86 %). У наступній групі запитань з'ясовуються епідеміологічні особливості даної патології (обставини, дата, час, місцевість, локалізація присмоктування кліща). Найчастіше напади кліщів відбувалися під час відвідування лісопаркових осередків міста, що встановлено у 42,86 % випадків та більшість опитаних відмічає напади кліщів у червні та липні, що становить 39,29 %. Інші питання спрямовані на знання профілактики Лайм-бореліозу. Наступна група запитань спрямована на з'ясування клінічних особливостей перебігу хвороби (частим місцем присмоктування кліща є нижні кінцівки (46,43 %), серед клінічних форм Лайм-бореліозу переважає еритемна (91,07 %). За даними анонімного анкетування було проаналізовано й оцінено інформованість хворих, які одержували лікування в КНП СОР МКЦИХТД ім. З. Й. Красовицького та Університетській клініці СумДУ, щодо діагностики, клінічних ознак та заходів профілактики хвороби Лайма.

Шифр НБУВ: Ж101336

Див. також: 1.Р.88, 1.Р.89, 1.Р.139, 1.Р.501, 1.Р.512

Інфекції дихальних шляхів (повітряно-крапельні)

1.Р.487. Діагностика та лікування гострої постінфекційної демієлінізувальної хвороби. Випадок із практики / М. С. Шоробура, Т. І. Негрич, Н. Л. Боженко, Н. О. Негрич // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 47-53. - Бібліогр.: 49 назв. - укр.

Майже 2 роки пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) значною мірою вплинули на світову медицину та наукові дослідження. Ажіотаж, спричинений новим коронавірусом SARS-CoV-2, може стимулювати дослідження демієлінізувальних захворювань (розсіяний склероз, гострий розсіяний енцефаломієліт), а поглиблення знань про патогенез демієлінізації та його зв'язок з вірусними інфекціями — дослідження імунопатогенезу COVID-19. Технологічні досягнення, які були швидко освоєні для боротьби із SARS-CoV-2, незабаром можуть бути використані для вирішення проблем розсіяного склерозу. Яскравим прикладом є потенційне застосування технології на основі мРНК для розробки толерантних вакцин, які пригнічують автоімунітет центральної нервової системи (ЦНС). Тривають клінічні випробування для оцінки інтерферону-В, фінголімоду, диметилфумарату, масітинібу (інгібітора тирозинкінази, який показав ефективність у дослідженнях III фази для первинно-прогресивного розсіяного склерозу), як потужних інгібіторів коронавірусу. Описано клінічний випадок гострого розсіяного енцефаломієліту, пов'язаного із SARS-CoV-2 у 39-річної жінки, яка перебувала на обстеженні та лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні. Жінка скаржилася на виражене головокружіння, періодичне затерпання язика, уповільнену мову. З анамнезу відомо, що з 07.05.2020 до 20.05.2020 р. лікувалася з приводу підтвердженої інфекції COVID-19 у Львівській обласній інфекційній лікарні. Стан середньої тяжкості. Одержувала оксигенотерапію. Неврологічно: горизонтальний ністагм в обидва боки, високі сухожилкові та періостальні рефлекси на всіх кінцівках, двобічний симптом Бабінського, інтенційний тремор за виконання пальценосової проби з обох боків. Діагноз демієлінізувального захворювання (можливо, спричиненого COVID-19) установлено на підставі серологічних досліджень (полімеразна ланцюгова реакція до SARS-CoV-2), клінічних виявів, даних магнітно-резонансної томографії (множинне супра- та інфратенторіальне вогнищеве ураження білої речовини головного мозку). Відзначено позитивний вплив застосування кортикостероїдів під час лікування гострого розсіяного енцефаломієліту, пов'язаного із SARS-CoV-2.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.488. Ендотелій — головна мішень коронавірусної інфекції / М. В. Бондар, М. М. Пилипенко, О. А. Лоскутов // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 13-19. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

У світі на сьогодні накопичено досить багато клінічного досвіду терапії SARS-CoV-2. Мета роботи — узагальнення результатів літературного пошуку та власного досвіду інтенсивної терапії ендотеліальної дисфункції при коронавірусній інфекції. В основу роботи покладено результати, отримані за допомогою пошукових інтернет-систем "Google" та "PubMed" за ключовими словами: "інтенсивна терапія SARS-CoV-2", "патофізіологічні зміни при коронавірусній інфекції", "ендотеліальна дисфункція". Наведено патогенетичні ланки COVID-19, механізми вірусного ураження ендотелію, механізми розвитку гіперкоагулопатії, основні напрямки запобігання наслідкам ендотеліальної дисфункції та їх лікування. Висновки: проведений огляд переконливо показав, що інфекція SARS-CoV-2 сприяє розвитку ендотеліту у різних органах як наслідок вірусного ураження. Саме наявністю COVID-19-індукованого ендотеліту можна пояснити системне порушення мікроциркуляції у різних судинних руслах та їх клінічні наслідки.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.489. Епідеміологічна характеристика SAR-COV-2 Омікрон / В. Д. Москалюк, Б. В. Сирота, І. В. Баланюк, Н. В. Чернецька,

С. Р. Меленко, Т. Р. Колотило // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 21-26. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

Штам Омікрон вперше зареєстровано ВООЗ у Південній Африці 24 листопада 2021 р. Станом на початок 2022 р. випадки захворювання на Омікрон зареєстровано у понад 60 країнах та регіонах світу. Наразі Омікрон є домінуючим у світі штамом SAR-CoV-2 зі схильністю до швидкого розповсюдження. Хоча хвороба, викликана Омікроном, має переважно безсимптомний чи легкий перебіг, стрімке зростання показника захворюваності може викликати серйозне навантаження на глобальну систему охорони здоров'я. Зазначено, що джерела мутацій, характер передачі збудника, його стійкість до вакцин є недостатньо вивченими, чим зумовлена перепона у боротьбі зі збудником у різних регіонах світу. У даній роботі проаналізовано результати досліджень щодо характеристики збудника, його мінливості, особливостей передачі та можливих механізмів її реалізації, епідемічного статусу, можливостей профілактики та інших протиепідемічних заходів, з метою розробки заходів щодо боротьби з цим штамом SAR-CoV-2.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.490. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих із супутнім цукровим діабетом у постковідному періоді / О. Б. Волошина, В. О. Збітнєва, Е. А. Зубок, І. В. Балашова, І. С. Лисий, О. Р. Дукова, А. А. Волошин, О. В. Чехлова // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 75-80. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

У публікаціях вказується, що супутніми хворобами в ушпиталених хворих із коронавірусною інфекцією найчастіше були артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет (ЦД) та ішемічна хвороба серця. Однак особливості перебігу АГ у хворих на COVID-19, особливо з супутнім ЦД, недостатньо висвітлені в літературі. Мета роботи — визначити особливості перебігу АГ у хворих із супутнім ЦД, що перенесли інфекцію COVID-19. Обстежено 48 хворих (вік 52—72 роки) на есенціальну АГ II — III стадій 1 — 3-го ступенів зі супутнім ЦД, що перехворіли на COVID-19. З'ясовано, що більш ніж третина хворих на АГ, які перехворіли на COVID-19, скаржились на часті біль голови, серцебиття, кашель, біль у м'язах і суглобах, швидку втомлюваність і порушення сну. У багатьох пацієнтів незалежно від наявности супутньої патології у постковідному періоді фіксували підвищення Ц-реактивного протеїну більше 3,0 мг/л та показника фібриногену, що свідчило про збільшення ризику кардіоваскулярних ускладнень. У більшости пацієнтів спостерігали погіршення контролю АТ попри лікування, призначене до перенесеного COVID-19. Неконтрольовану АГ достовірно частіше спостерігали у хворих із супутнім ЦД. Висновки: у хворих на АГ із супутнім ЦД достовірно частіше (у 76,0 % випадків ($p = 0,01$)), ніж у хворих на АГ без ЦД (60,9 %), спостерігається неконтрольована АГ у постковідному періоді. Погіршення контролю АТ у хворих із супутнім ЦД фіксують достовірно частіше ($p < 0,001$) у тих, які вживали три антигіпертензивні препарати або більше, що потребує подальшої корекції антигіпертензивного лікування.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.491. Особливості перебігу коронавірусної хвороби COVID-19, ускладненої пневмонією у невакцинованих пацієнтів із артеріальною гіпертензією / О. З. Скакун // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 71-83. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Коронавірусна хвороба (КВХ) COVID-19 є важливою медико-соціальною проблемою. Коморбідна патологія може обтяжувати перебіг КВХ COVID-19 і підвищувати летальність. Мета дослідження — вивчити особливості клінічного перебігу КВХ COVID-19 у пацієнтів з артеріальною гіпертензією II, III стадій. Для досягнення поставленої мети обстежено 135 невакцинованих пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу КВХ COVID-19, ускладненої пневмонією. Пацієнтів, включених у дослідження, розділено на 2 групи: основна група (ОГ), яка включала 106 пацієнтів з АГ, і контрольна група (КГ), до складу якої ввійшли 29 пацієнтів, які не хворіли на АГ. За результатами дослідження в ОГ 11,3 % пацієнтів померли, а в КГ — 6,9 % пацієнтів. Середній вік померлих обох груп був вищим за середній вік тих, хто вижив ($p = 0,035$). Виявлено, що пацієнти з цукровим діабетом (ЦД) мали вищу летальність, ніж пацієнти, які не хворіли ЦД (ВР — 2,96 [1,01 — 8,67], $p = 0,047$). Також у пацієнтів ОГ індекс маси тіла (ІМТ) у пацієнтів, які померли, виявився вищим, ніж у пацієнтів, які одужали ($p = 0,02$). Креатинін на момент виписки був вищим у ОГ (97,8 — 4,0 мкмоль/л), ніж у КГ (84,2 ± 6,2 мкмоль/л) ($p = 0,008$). Отже, летальність внаслідок КВХ COVID-19, ускладненої пневмонією, у невакцинованих пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванню, становила 10,4 %. Підвищений ІМТ, наявності ЦД і похилий вік є факторами ризику летального наслідку при КВХ COVID-19, ускладненій пневмонією.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.492. Особливості проведення циклів тематичного вдосконалення лікарів в умовах пандемії COVID-19 / С. В. Федоров, А. С. Геращенко, Т. І. Маковецька, І. В. Козлова, Н. В. Чаплинська, Х. С. Симчич, Н. О. Стасюк // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 119-124. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Коронавірусна хвороба COVID-19, починаючи з першого повідомлення про випадок недуги в провінції Wuhan (Китай) у грудні 2019 р., оголошення ВООЗ пандемії 17 травня 2021 р. та до нині спричинила значний тягар на систему охорони здоров'я всіх країн світу, соціальні та економічні аспекти життя. Карантинні обмеження, спрямовані на стримання поширення новітнього коронавірусу SARS-Cov-2, обумовили реорганізацію звичного навчання шляхом залучення систем і методик дистанційної освіти. Впродовж пандемії COVID-19 навчання лікарів на циклах тематичного вдосконалення (ТУ) відбувається дистанційно з використанням платформ Zoom і Google Classroom. Існує чимало думок і відгуків щодо переваг і недоліків такого навчання. Мета дослідження — оцінити переваги та недоліки дистанційного навчання лікарів на циклах тематичного вдосконалення. Проведено анонімне опитування 219 лікарів терапевтичних спеціальностей, які проходили дистанційне навчання на кафедрі терапії і сімейної медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету в період з 1 січня по 25 травня 2022 р. Серед 219 опитаних лікарів переважна кількість осіб навчалися на циклах ТУ повторно. 176 (80,4 %) опитаних були жіночої статі. Серед лікарів переважали лікарі загальної практики-сімейної медицини та лікарі-терапевти. Переважна більшість лікарів-курсантів задоволені дистанційним форматом циклів ТУ та їхнім наповненням. Більшість опитаних (105 (47,9 %) осіб) висловилася за змішану систему навчання в майбутньому, яка б поєднувала елементи дистанційної освіти з можливістю навчатися на клінічних базах кафедри. Виключно дистанційне навчання в майбутньому зазначили 90 (41,1 %) лікарів ($\chi^2 = 2,08$; $p = 0,15$). 10 (4,6 %) осіб надають перевагу навчанню на базах кафедри. Встановлено, що дистанційний формат циклів тематичного вдосконалення в умовах пандемії COVID-19 прийнятний для переважної більшості лікарів; необхідна розробка гібридної моделі проведення циклів тематичного вдосконалення в майбутньому, яка б гармонійно поєднувала елементи дистанційної та академічної медичної освіти.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.493. Особливості ураження печінки при COVID-19 / Е. Г. Ясницька, В. В. Харченко // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 5-11. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити характер змін печінкових проб у хворих на коронавірусну хворобу-2019 (COVID-19), частоту їхнього виникнення, клініко-лабораторні вияви та ступінь впливу COVID-19 на функцію печінки для призначення лікувально-профілактичних заходів. Проаналізовано 120 медичних карт хворих на COVID-19, які перебували на стаціонарному лікуванні у перепрофільованих в інфекційні відділеннях Київської міської клінічної лікарні N 8 у період із листопада 2020 р. до квітня 2021 р. Найбільша кількість хворих були віком 60—69 років (41,7 %) і > 70 років (25,0 %), найменша — віком < 40 років (1,7 %). Серед пацієнтів переважали жінки (65,0 %). Виявлено підвищення рівня печінкових трансаміназ у 52 % хворих, загального білірубіну (за рахунок непрямого) — у 15 %. Більший вміст трансаміназ, тяжкий перебіг COVID-19 і несприятливий прогноз частіше спостерігали у чоловіків. Виникнення SARS-CoV-2-асоційованого ураження печінки з мінімальним ступенем активності трансаміназ переважно реєстрували у жінок віком — 60 років і чоловіків віком 50—69 років, помірний ступінь активності гепатиту, асоційованого з COVID-19, — у жінок віком 50—69 років і чоловіків працездатного (40—49 років) і літнього (> 70 років) віку, високий ступінь активності трансаміназ на тлі COVID-19 — лише у чоловіків віком 40—59 років із середньотяжким і тяжким перебігом COVID-19. Померли через тяжке ураження легень 19 хворих з тяжким перебігом COVID-19. У них також виявлено порушення функцій печінки. З них 11 мали діагностований стеатоз печінки до COVID-19.

Більшість померлих від COVID-19 були віком — 60 років, мали в анамнезі супутні захворювання (цукровий діабет 2 типу, гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця, неалкогольну жирову хворобу печінки, цироз печінки та ожиріння 2 — 3 ступеня). Порушення функцій печінки мало місце в 52 % випадків у стаціонарних хворих із COVID-19. У всіх хворих із середнім ступенем тяжкості відзначено позитивну динаміку рівня трансаміназ і білірубіну, сприятливий прогноз після стаціонарного лікування COVID-19. Більшість з них не мали попередньо діагностованих захворювань печінки, 6 — мали захворювання печінки до COVID-19. Не зафіксовано випадків фатальної печінкової недостатності. Рівень трансаміназ після стаціонарного лікування COVID-19 був нижчим у хворих, які не мали в анамнезі захворювань печінки та приймали гепатопротекторні препарати. Ефективнішу дію лікування підтверджено у хворих на COVID-19 при прийомі глутатіону та урсодезоксихолевої кислоти.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.494. Оцінка перебігу коагулопатій, пов'язаних із COVID-19, у пацієнтів з хірургічною патологією / В. В. Бойко, В. М. Лихман, О. М. Шевченко, О. Ю. Ткачук, А. О. Меркулов, С. В. Ткач, Д. О. Мирошниченко, К. В. Пономарьова // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 1. - С. 59-62. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Коронавірусне захворювання (COVID-19) являє собою висококонтагіозну інфекцію, етіологічним фактором якої є вірус SARS-CoV-2. При COVID-19 порушення гемостазу варіюють у широких межах: від латентної гіперкоагуляції, що виникає тільки за результатами лабораторних тестів, до тяжких клінічних проявів у вигляді церебрального, коронарного артеріального або венозного тромбозу, ускладненого тромбоемболією легеневої артерії. Мета дослідження — вивчення клінічних проявів порушень гемостазу за даними лабораторних досліджень. Наведено дані спостереження 89 пацієнтів, які перебували на лікуванні з приводу хірургічної патології на тлі COVID-19. Хворі були госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії, тромботичні ускладнення виявлені у 37 %. Виникали як венозні (64 %), так і артеріальні (36 %) тромбози. Геморагічні ускладнення були виявлені у 15,7 % пацієнтів. За результатами обстеження пацієнтів із підтвердженим діагнозом COVID-19 тромбоемболію легеневої артерії було виявлено у 11,4 %, тромбози глибоких вен і катетер-асоційовані тромбози — у 1,2 %, ішемічні інсульти — у 1,3 % пацієнтів. Кумулятивна частота тромбозів становила 28 %. Слід звернути увагу на складність діагностики тромботичних ускладнень у хворих, яким проводилася штучна вентиляція легень. Загальна кумулятивна частота тромбозів на 7, 14 та 21-й дні госпіталізації становила 12, 28 та 36 % відповідно, тоді як тромботичні ускладнення, що мали перебіг із клінічними проявами, траплялися з частотою лише 7, 14 та 21 %, що було майже у 2 рази рідше. Це ще раз підтверджує необхідність обстеження всіх пацієнтів із COVID-19 на наявність можливих тромботичних ускладнень, незалежно від клінічних проявів. Висновки: пацієнтам після виписки зі стаціонару необхідно продовжувати безперервну тромбопрофілактику. Перевагу слід віддавати низькомолекулярним гепаринам у стандартній профілактичній дозі, альтернативою яким є прямі пероральні антикоагулянти, що застосовуються за протоколами в хірургії для профілактики післяопераційного тромбозу. Тривалість постгоспітальної тромбопрофілактики визначають індивідуально з урахуванням факторів ризику тромбозів до нормалізації показників D-димеру та фібриногену, але не менше ніж 2 тижні після виписки.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.495. Патогенетична терапія COVID-19: у центрі уваги глюкокортикоїди / М. В. Бондар, М. М. Пилипенко, Т. В. Овсієнко, О. А. Лоскутов // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. -12. - Бібліогр.: 33 назв. - укр.

Проблема запобігання надмірній продукції прозапальних цитокінів у разі COVID-19 залишається далеко не вирішеною. Використання стероїдів у лікуванні коронавірусної пневмонії є контраверсійним (суперечливим). На сьогодні недостатньо даних літератури для рутинного застосування стероїдів у програмах інтенсивної терапії COVID-19, и це питання залишається предметом безперервного дослідження і нескінченних дебатів. У огляді наукової літератури приділена увага одному із напрямків патогенетичної терапії COVID-19 — запобіганню і усуненню гіперпродукції прозапальних цитокінів за допомогою застосування глюкокортикоїдних препаратів. Наведені сучасні міжнародні рекомендації із застосування глюкокортикоїдних препаратів у випадках тяжкого перебігу COVID-19, розглядаються патогенетичні механізми їх дії та побічні ефекти.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.496. Повторне захворювання двобічною полісегментарною пневмонією, асоційованою із COVID-19 (клінічний випадок) / Л. А. Грищук, Н. М. Лопушанська // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 45-51. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Описано клінічний випадок тривалого спостереження за пацієнтом, який протягом 16 міс. двічі переніс двобічну полісегментарну пневмонію, асоційовану із коронавірусною хворобою-2019 (COVID-19). Пацієнт віком 52 роки мешкає у сільській місцевості. Захворів гостро 06.01.2020 р. Звернувся у сільську амбулаторію до фельдшера зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,0 °С, задишку при незначному фізичному навантаженні, кашель із тяжким виділенням мокротиння. Розпочав лікування у районній лікарні, пізніше продовжив у Тернопільському регіональному фтизіопульмонологічному медичному центрі. Установлено клінічний діагноз "Позагоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія, тяжкий перебіг, III група. Хронічне обструктивне захворювання легень, група В (GOLD 2), інфекційне загострення. Легенева недостатність 2-го ступеня. Інтоксикаційний синдром". Після стаціонарного лікування спостерігати клінічно часткове поліпшення. За даними рентгенологічного дослідження мало місце розсмоктування негомогенної інфільтрації, але збільшення полів матової консолідації. Саме тоді в Україні було запроваджено локдаун у зв'язку із пандемією COVID-19. З огляду на певні клінічні та рентгенологічні особливості перебігу захворювання у хворого було діагностовано COVID-19. Тоді не проводили ПЛР-тесту на коронавірус. До серпня 2020 р. пацієнт проходив амбулаторне лікування і спостерігався у сімейного лікаря за місцем проживання. У серпні 2020 р. пацієнту проведено контрольне обстеження. Відзначено клініко-рентгенологічне поліпшення. Однак стан різко погіршився у другій половині листопада 2020 р. Із 27.11.2020 р. до 14.12.2020 р. лікувався у центральній районній лікарні з приводу COVID-19, ПЛР+, тяжкий перебіг позагоспітальної двобічної пневмонії. Під час контрольної комп'ютерної томографії (30.12.2020) виявлено прогресування і збільшення площі ураження (у порівнянні з 13.08.2020 р.). Продовжено лікування у Тернопільському фтизіопульмонологічному медичному центрі, а після виписки — амбулаторно. За даними контрольного обстеження (16.06.2021) мало місце розсмоктування фіброзних ущільнень, зменшення інтенсивності ділянок консолідації (у порівнянні з 30.12.2020 р.). КТ-картина хронічного фіброзувального захворювання легень, фаза розсмоктування.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.497. Прикладне моделювання у фармакоекономічному аналізі етіологічної діагностики, вакцинопрофілактики та фармакотерапії гострих респіраторних вірусних інфекцій: монографія / С. О. Соловйов, В. В. Трохимчук, І. В. Дзюблик; Національний технічний університет України "Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського". - Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. - 131 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 116-131. - укр.

Проаналізовано сучасні напрями розроблення нових засобів етіологічної діагностики гострих респіраторних вірусних інфекцій, противірусних препаратів і вакцин, принципи їх раціонального застосування на основі методів фармакоекономічного аналізу та математичного моделювання з урахуванням характеристики епідемічного процесу вірусного захворювання. Науково обґрунтовано фармакоекономічну модель вакцинопрофілактики гострих вірусних інфекцій на основі даних епідемічного процесу вірусного захворювання. Запропоновано принципи проведення мультикритеріального аналізу ефективності та розроблено модель економічної ефективності технологій етіологічної діагностики гострих респіраторних вірусних інфекцій. Розроблено модель економічної ефективності включення противірусного препарату в комплексну фармакотерапію інфекційних респіраторних захворювань в умовах етіологічної невизначеності та попередньої етіологічної діагностики.

Шифр НБУВ: ВА863997

1.Р.498. Применение альбумина в лечении больных COVID-19: перспективы патогенетической терапии / В. Е. Казмирчук, Н. В. Дендерук, В. Ф. Орлик, В. В. Дюсеева, Е. И. Сидоренко, Т. В. Войтюк // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 5-14. - Библиогр.: 16 назв. - рус.

У роботі в історичному аспекті представлені дані літератури зі структури, метаболізму і функції альбуміну, а також власні дані. На-

ведені в динаміці результати клінічного спостереження і лабораторного обстеження 80 пацієнтів. Усі хворі перебували на амбулаторному обстеженні та лікуванні. Мета дослідження — вивчення рівня сироваткового альбумну на клінічний перебіг коронавірусної інфекції, сатурацію і показники С-реактивного білка. У всіх хворих рівень альбуміну знижувався, а С-реактивний білок різко підвищувався. У 95 % хворих відзначалася лейкопенія, тромбоцитопенія, тканинна гіпоксія. У дослідження увійшли пацієнти з цукровим діабетом, інсультом, інфарктом міокарду, онкологічними захворюваннями, туберкульозом, бронхіальною астмою та ін. Всім хворим призначалась антитромботична терапія (ксарелто, аспірин кардіо, ривароксабан та ін.). За необхідності вводився дексаметазон. Постковідний синдром не спостерігався.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.499. Хірургічне лікування бронхолегеневих гнійно-запальних ускладнень унаслідок перенесеної коронавірусної інфекції — перший досвід / М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, С. М. Білоконь, О. В. Терешкович, С. М. Шалагай, Л. І. Леванда, М. І. Калениченко, В. Б. Бичковський, В. І. Лисенко, М. Ю. Шамрай // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 7-14. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Мета роботи — ознайомити лікарів різних профілів з торакальною патологією у хворих на коронавірусну інфекцію. Від початку пандемії SARS-CoV-2 на базі клінічного відділення хірургічного лікування туберкульозу та неспецифічних захворювань легень, ускладнених гнійно-септичними інфекціями, було прооліковано 70 хворих, з яких у 39 (55,7 %) було зафіксовано різні бронхолегеневі гнійно-запальні ускладнення коронавірусної інфекції. Найчастішим бактеріальним ускладненням з боку органів дихання була емпієма плеври — 18 (46,1 %) випадків, неспецифічний випітний плеврит — у 8 (20,5 %) хворих, абсцедуючі пневмонії та абсцеси — у 13 (33,3 %) хворих. 17 (94,4 %) хворим з емпіємою плеври було проведено відеоторакоскопічну (VATS) санацію плевральної порожнини з полідренуванням і використанням у післяопераційному періоді тривалої активної аспірації. В 1 (5,6 %) випадку через вкрай тяжкий стан хворого проводилось лише дренування обох плевральних порожнин (цей випадок закінчився летально). Ще в 1 випадку після проведення 2 санаційних VATS плевральної порожнини було виконано бронхоблокацію верхньодольового та проміжного бронхів правої легені з наступною активною аспірацією. Ефективність лікування склала 94,4 %. Летальність у зазначеній підгрупі склала 5,6 %. Хворим із плевральним випотом, враховуючи потребу у швидкій диференційній діагностиці, проведено VATS-біопсію плеври. Усіх пацієнтів було виписано з одужанням. У групі пацієнтів з абсцедуючими пневмоніями та абсцесами проводилась медикаментозна терапія. Після курсу консервативного лікування 4 (44,5 %) хворим проведено сублобарну резекцію при санованому абсцесі легені; 3 (33,3 %) хворим — лобектомію за наявності санованих залишкових порожнин великого розміру; 2 (22,2 %) хворим — часткову плевректомію з декортикацією лівої легені і сублобарною резекцією нижньої частки лівої легені. Консервативна терапія була успішною лише в 4 (30,7 %) пацієнтів. Усіх 13 хворих було виписано з одужанням або поліпшенням. Загальна ефективність лікування склала 97,4 %, а загальна летальність — 2,6 %. Відеоторакоскопічне лікування було ефективним у 25 (64,1 %) хворих з емпіємою плеври та неспецифічним плевритом, у 4 (16 %) хворих надало змогу стабілізувати стан пацієнта. Гнійно-деструктивні ускладнення з боку органів дихання за коронавірусної інфекції мають причинно-наслідкову складову, а тому своєчасний вплив на всі ланки патогенезу може значно знизити їх рівень. Перевагу у разі ускладненого перебігу коронавірусної інфекції слід надавати відеоторакоскопічним втручанням. Високий рівень діагностики (25,4 %) супутньої патології органів грудної клітки може свідчити про низький рівень профілактичної медицини в державі.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.500. Case report: false-positive dengue non-structural protein 1 antigen in a patient with COVID-19 infection / Yo. Firmansyah, J. Elizabeth, H. Hendsun, D. Gosal // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 20-23. - Бібліогр.: 32 назв. - англ.

Early diagnosis of dengue fever and COVID-19 is made very easy due to technological advancements. The non-structural protein 1 antigen test strips are widely used in various regions; however, false-positive events have begun to be reported in the dengue-endemic areas with the COVID-19 pandemic, even though statistically non-structural protein 1 antigens are very specific to dengue infection. We reported a case of the false-positive non-structural protein 1 test in a patient with COVID-19 infection.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.501. COVID-19 і сепсис: клінічні паралелі особливостей перебігу та напрямки лікування / І. А. Кучинська, В. М. Богомаз, О. А. Галушко, А. О. Сидорова, А. Г. Андрюхов, В. П. Романюк, Л. І. Антонюк // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 0-24. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Проаналізовано синдромокомплекси при сепсисі та тяжкому перебігу COVID-19, визначені основні патофізіологічні пріоритети в діагностиці та відмінності в лікуванні.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.502. COVID-19 та постковідний синдром у фокусі ускладнень: рекомендації для лікарів. COVID-19: вияви з боку шлунково-кишкового тракту. Постковідний синдром при захворюваннях печінки / О. Є. Гріднєв, Г. Д. Фадєєнко // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 20-29. - Бібліогр.: 57 назв. - укр.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.503. COVID-19: профілактика інфікування і поширення (огляд літератури) / Р. Г. Процюк, Г. Й. Власова-Процюк, І. О. Галан // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 30-35. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Коронавірус SARS-CoV-2 шириться планетою, і 30 січня 2020 р. ВООЗ оголосила спалах коронавірусної хвороби (COVID-19) глобальною надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я. Ця пандемія є актуальною і для України, а питання поширення, профілактики інфікування, діагностики та лікування цієї недуги виходять на перший план і створюють непрості виклики для медичної спільноти та людей. Мета роботи — проаналізувати особливості профілактики інфікування і поширення COVID-19 в Україні. У роботі використано методи ретроспективного аналізу медичних карт пацієнтів, звітів ВООЗ, МОЗ України, системного аналізу, логічного узагальнення та бібліосемантичний. SARS-CoV-2 — це новий вірус, який спричиняє розвиток респіраторних захворювань у людей (зокрема тяжкої гострої респіраторної хвороби), передається від людини до людини, проти якого немає імунітету і специфічного лікування. Захворювання загрожує всім віковим групам. Особи похилого віку із супутніми захворюваннями схильніші до розвитку тяжких ускладнень. Найкращими заходами профілактики COVID-19 є зміцнення імунітету, запобігання інфікуванню та поширенню інфекції, вакцинація. Наведено основні заходи специфічної, неспецифічної, індивідуальної та колективної профілактики інфікування та поширення COVID-19. Висновки: доведено, що до груп ризику з тяжким перебігом COVID-19 належать особи віком понад 60 років та пацієнти із супутньою патологією. COVID-19 спричиняє не лише ураження легень, а і поліорганну патологію.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.504. Liver injuries associated with coronavirus disease 2019: view on the problem / V. Prysyazhnyuk, T. Ilashchuk, L. Voloshyna, V. Vasjuk, I. Prysiazhniuk, K. Bobkovych // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 67-74. - Бібліогр.: 64 назв. - англ.

Серцево-судинні та легеневі супутні хвороби і деякі онкологічні недуги асоціюються тяжчим клінічним перебігом із коронавірусною хворобою-2019 (COVID-19). Водночас вплив супутніх хвороб печінки на перебіг COVID-19 разом із впливом COVID-19 на печінку досліджений менш детально. Мета роботи — проаналізувати результати наукових досліджень про ураження печінки, асоційовані з коронавірусною хворобою. Використано контент-аналіз, метод системного та порівняльного аналізу, бібліосемантичний метод вивчення актуальних наукових досліджень щодо уражень печінки, асоційованих із COVID-19. Пошук джерел здійснено в наукометричних базах інформації PubMed і Medline за ключовими словами: COVID-19, печінка, цитокіновий шторм, медикаментозне ураження печінки, трансплантація печінки. Проаналізовано 64 наукові статті за обраною тематикою. Потенційний механізм ураження печінки за наявності COVID-19 включає безпосереднє цитопатичне вірусне ураження, гіперпродукцію прозапальних цитокінів, гіпоксійне/реперфузійне ураження та потенційне медикаментозне ураження печінки. Серед лікарських засобів, які застосовуються для лікування хворих на COVID-19, є й такі, що потенційно можуть призвести до медика-

ментозного ураження печінки. Іншою складною проблемою у сучасній гепатології є лікування пацієнтів із трансплантованою печінкою, із огляду на можливу потребу корекції імуносупресивної терапії та потребу знайти баланс між ризиком відторгнення трансплантата й ефективною елімінацією вірусу. Висновки: аналіз результатів досліджень за темою підтвердив, що хвороби печінки належать до клінічно значимих супутніх хвороб у хворих на COVID-19. Водночас ураження печінки є досить частими ускладненнями коронавірусної хвороби. У пацієнтів, які отримують певні противірусні лікарські засоби й допоміжне лікування, потенційно можуть виникати медикаментозно асоційовані ураження печінки. Особливої уваги щодо запобігання можливій міжмедикаментозній взаємодії потребує наявність COVID-19 у людей із трансплантованою печінкою.

Шифр НБУВ: Ж100996

1.Р.505. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines // Сучас. педіат. Україна. - 2021. - № 6. - С. 68-101. - англ.

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines is published in an electronic format that can be updated in step with the rapid pace and growing volume of information regarding the treatment of COVID-19. The COVID-19 Treatment Guidelines Panel (the Panel) is committed to updating this document to ensure that health care providers, patients, and policy experts have the most recent information regarding the optimal management of COVID-19 (see the Panel Roster for a list of Panel members). New Guidelines sections and recommendations and updates to existing Guidelines sections are developed by working groups of Panel members. All recommendations included in the Guidelines are endorsed by a majority of Panel members (see the Introduction for additional details on the Guidelines development process).

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.506. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines // Сучас. педіат. Україна. - 2021. - № 7. - С. 84-100. - англ.

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines is published in an electronic format that can be updated in step with the rapid pace and growing volume of information regarding the treatment of COVID-19. The COVID-19 Treatment Guidelines Panel (the Panel) is committed to updating this document to ensure that health care providers, patients, and policy experts have the most recent information regarding the optimal management of COVID-19 (see the Panel Roster for a list of Panel members). New Guidelines sections and recommendations and updates to existing Guidelines sections are developed by working groups of Panel members. All recommendations included in the Guidelines are endorsed by a majority of Panel members (see the Introduction for additional details on the Guidelines development process).

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.162, 1.Р.262, 1.Р.279, 1.Р.281, 1.Р.282, 1.Р.283, 1.Р.302, 1.Р.311, 1.Р.337, 1.Р.352, 1.Р.376, 1.Р.382, 1.Р.421, 1.Р.432, 1.Р.577, 1.Р.596

Фтизіологія

1.Р.507. Актуальні питання ведення хворих на мультирезистентний туберкульоз: міжнародний та національний досвід: тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю (13—16 верес. 2021 р. (онлайн), м. Київ) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 74-104. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.508. Аналіз сучасних анестезіологічних підходів в ендоскопічній фтизіохірургії / Л. І. Леванда, М. Ю. Шамрай, М. С. Опанасенко, В. І. Лисенко, О. В. Терешкович, Б. М. Конік, О. Д. Шестакова, С. М. Шалагай, С. М. Білоконь // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 36-42. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати сучасні анестезіологічні підходи та їх використання в ендоскопічній фтизіохірургії. Протягом 2008 — 2021 рр. авторами виконано 133 ВАТС-резекції легень хворим на туберкульоз, серед яких: атипова сегментектомія — 29 (21,6 %), типова сегментектомія — 49 (36,9 %), лобектомія склала 49 (36,9 %) випадків, білобектомія — 2 (1,5 %), пульмонектомія — 4 (3,1 %) випадки. Хворих з діагнозом вперше діагностований туберкульоз було 62 (46,3 %), з туберкульозом із множинною лікарською стійкістю — 45 (34,4 %) і з туберкульозом із широкою лікарською стійкістю — 26 (19,3 %). Однолегенева вентиляція легень здійснювалася шляхом ендобронхіальної інтубації головного бронха контрлатеральної легені з використанням двопросвітної трубки (ДПІТ) у 115 (86,4 %) пацієнтів, у 15 (11,3 %) випадках — однопросвітною трубкою (ОПІТ) та у 3 (3,1 %) виконували інтубацію трахеї. Застосування ДПІТ надало змогу зменшити тривалість оперативного втручання на 20 — 25 % у порівнянні з використанням ОПІТ чи інтубації трахеї. За використання ДПІТ досягався стабільніший, швидший та кращий колапс легені, що своєю чергою сприяло зменшенню травматизації її паренхіми за рахунок відсутності потреби в додаткових інструментальних діях з боку хірургів. Інтраопераційна крововтрата у разі застосування ДПІТ склала (75,4 ± 38,7) та (112,6 ± 51,8) мл при ОПІТ з інтубацією головного бронха контрлатеральної легені і (184,3 ± 89,8) мл — при інтубації трахеї, що багато в чому пояснюється візуалізацією та комфортністю умов роботи хірургічної бригади. У відновленні витрат необхідно дотримуватся рестриктивних інфузійних підходів, що надає змогу уникнути перевантаження малого кола кровообігу, а отже, зменшити кількість легеневих ускладнень. Якісний склад інтраопераційної інфузійної програми включав кристалоїдні та колоїдні розчини. Кількісне співвідношення при інтубації ДПІТ склало 3:0,5, при ОПІТ — 3:1. Потреба в трансфузії компонентів крові була лише при інтубації трахеї. Висновки: найважливішим завданням сучасної анестезіології в ендоскопічній фтизіохірургії є підвищення безпеки пацієнта під час оперативного втручання. Визначальними технологіями анестезіологічного захисту при цьому мають бути такі категорії: засоби та методики загальної анестезії; методики респіраторного забезпечення та технічні засоби їх застосування; повноцінний інтраопераційний моніторинг вітальних функцій.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.509. Вибір меж лімфатичної дисекції при фтизіохірургічних втручаннях на підставі денситометричних характеристик / Є. М. Маєтний // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 34-39. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — визначити можливості застосування об'єктивних критеріїв об'єму й обсягу лімфатичної дисекції при фтизіохірургічних втручаннях. Робота грунтується на результатах аналізу лікування 275 пацієнтів із фтизіохірургічною патологією, у яких досліджено денситометричні показники легеневої паренхіми та медіастинальних лімфатичних вузлів. Встановлено, що змінені денситометричні показники медіастинальних лімфатичних вузлів можуть об'єктивно характеризувати розповсюдженість специфічного легеневого процесу і бути критеріями вибору меж необхідної лімфатичної дисекції при фтизіохірургічних втручаннях. У разі виявлення уражених ділянок легеневої паренхіми з мінімальними значеннями щільності до 15 одиниць Хаунсфільда показана аблація іпсилатеральних лімфатичних вузлів, 15 одиниць Хаунсфільда і вище — аблація часткових та сегментарних лімфатичних вузлів під час оперативного втручання. Якщо показники щільності легеневої паренхіми перевищували 55 одиниць Хаунсфільда у специфічному процесі легені, лімфатичної дисекції не виконували. Висновки: лімфатична дисекція при фтизіохірургічних втручаннях ("sampling") може бути виконана згідно з об'єктивними критеріями задля зниження ризику виникнення легенево-плевральних ускладнень та попередження необгрунтованого розширення оперативного втручання.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.510. Використання альтернативних зразків в картриджах GeneXpert MTB/RIF у GeneXpert MTB/RIF Ultra для діагностики легеневого і позалегеневого туберкульозу та туберкульозу у дорослих і дітей в Україні. Методичні рекомендації / О. А. Журило, А. І. Барбова, Н. М. Жеребко, Я. С. Терлеєва, Н. Л. Кампос-Родригес, Ю. О. Чередник // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 95-100. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Тест Xpert (Cepheid, Каліфорнія, США) було розроблено, оптимізовано, оцінено та затверджено спеціально для виявлення туберкульозу легень шляхом дослідження мокротиння. Однак останнім часом аналіз поширився на різні позалегеневі клінічні зразки. У методичних рекомендаціях уперше в Україні запропоновано використовувати для верифікації діагнозу "туберкульоз" інший діагностичний матеріал та наведено апробовані в Референс-лабораторії з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України методики. При розробці методичних рекомендацій використано чинні норма-

тивні документи України та міжнародні рекомендації щодо організації лабораторних досліджень на туберкульоз. Методичні рекомендації розроблено та надруковано в межах реалізації Проекту "Підтримка зусиль у протидії туберкульозу з Україні", який реалізується організацією РАТН за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст документа є відповідальністю авторів та не обов'язково відображає погляди USAID чи уряду Сполучених Штатів Америки.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.511. До 150-ї річниці від дня народження видатного лікаря-фтизіатра, першого завідувача кафедри туберкульозу Київського медичного інституту, доктора медичних наук, професора Давида Яковича Епштейна / В. І. Петренко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 5-6. - укр.

Давид Якович Епштейн народився 25 вересня (за старим стилем 13 вересня) 1871 р. у м. Старокостянтинів Волинської губернії (нині — Хмельницька обл.). У 1896 р. Д. Я. Епштейн успішно закінчив медичний факультет Віденського університету. У 1934 р. курс туберкульозу в Київському медичному інституті було реорганізовано в кафедру туберкульозу. Її очолив професор Д. Я. Епштейн. Значними є заслуги Д. Я. Епштейна в справі організації боротьби з туберкульозом в Україні. Він був засновником і першим очільником Наукового фтизіатричного товариства в м. Київ, головою комісії з питань туберкульозу Вченої медичної ради Міністерства охорони здоров'я УРСР, заступником голови Фтизіатричного товариства м. Київ і Товариства фтизіатрів України, членом ради з питань туберкульозу при Міністерстві охорони здоров'я СРСР. Професор Д. Я. Епштейн опублікував понад 40 наукових праць з різноманітних питань фтизіатрії, удосконалив метод лікування туберкульозу за допомогою штучного пневмотораксу. Особливий інтерес становлять його монографії "Душа туберкулезного" (1929), "Искусственный пневмоторакс" (1931), "Туберкулез и вегетативная нервная система" (1931), "Туберкулез, его предупреждение и лечение" (1943).

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.512. Ефективність застосування імуноглобуліну G у хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз у поєднанні з ВІЛ з рівнем $CD4^+$-лімфоцитів від 200 до 50 кл/мкл за даними біохімічних досліджень / Н. А. Мацегора, А. В. Капрош // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 43-50. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити ефективність проведення імуноглобулінотерапії у хворих на ко-інфекцію туберкульоз з лікарською стійкістю (ЛС-ТБ)/ВІЛ при рівні $CD4^+$-лімфоцитів від 200 до 50 кл/мкл на підставі дослідження динаміки біохімічних показників. У дослідженні брали участь 52 пацієнти віком від 20 до 55 років, середній вік склав (37,2 ± 7,8) року. Усі хворі були ВІЛ-позитивними з лабораторно підтвердженим ЛС-ТБ зі стійкістю мікобактерії до препаратів першого та другого ряду. Хворих на ЛС-ТБ/ВІЛ було розподілено на: групу 1 (контрольна) — 26 хворих на ЛС-ТБ/ВІЛ, що одержували стандартне лікування антимікобактеріальними препаратами (АМБП) другого ряду та антиретровірусну терапію (АРВТ); групу 2 (основна) — 26 хворих на ЛС-ТБ/ВІЛ, що одержували також стандартне лікування АМБП другого ряду та АРВТ, доповнені комплексною терапією внутрішньовенним імуноглобуліном G (IgG). На тлі проведеного лікування динаміка змін біохімічних показників була такою: у пацієнтів контрольної групи, уже після перших 2 тиж. приймання АМБП, відбувалося збільшення інтоксикаційного навантаження на органи гепатобіліарної та сечовидільної систем, що призводило, з одного боку, до дисфункції печінки з гіпербілірубінемією, підвищення активності трансаміназ, реакції тимолового помутніння, а з іншого — до розвитку ниркової недостатності з гіперкреатинінемією, гіперурикемією, азотемією й олігурією. Унаслідок цього своєчасне призначення АРВТ (через 2 тиж. після АМБП) у 19 (73,1 %) хворих було неможливим та здійснювалося набагато пізніше бажаних термінів (через 2—3 міс). Лікування хворих на коморбідну патологію ЛС-ТБ/ВІЛ, яке на тлі комплексної терапії містило внутрішньовенний IgG, супроводжувалося позитивною клінічною та лабораторною динамікою, що створювало умови для залучення АРВТ вже після 2-го тижня комплексної терапії згідно з розробленим методом лікування. Висновки: використання імунологічно спрямованого лікування внутрішньовенним IgG надало можливість успішно призначати АРВТ хворим основної групи вже через 2 тиж. від початку приймання АМБТ, що є вельми доцільним для запобігання побічним реакціям, підвищення ефективності лікування та зменшення показників летальності у хворих на коморбідну патологію ЛС-ТБ/ВІЛ у стані глибокої імуносупресії.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.513. Малоінвазивні асистовані операції при хірургічному лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, В. І. Лисенко, М. Ю. Шамрай, О. Д. Шестакова, Б. М. Конік, Л. І. Леванда, М. І. Калениченко, С. М. Шалагай, С. М. Білоконь, А. М. Степанюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 24-28. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати з використанням власного досвіду можливості застосування малоінвазивних відеоасистованих (VATS) резекційних оперативних втручань при хірургічному лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРБТ). Проаналізовано результати застосування VATS-резекцій у 79 хворих на ХРТБ за період з 2008 р. до 2022 р. При відборі кандидатів на VATS-резекції перевагу віддавали пацієнтам з обмеженими периферичними процесами. Серед пацієнтів переважали жінки (50 (60 %)). Найчастіше хворих оперували з приводу туберкулом (36 (43,2 %)), дещо рідше — з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу (ФКТ) легень (33 (39,6 %)). Найменше проведено операцій з приводу пневмотораксу, кровохаркання і ХРТБ, ускладненого аспергільомою (по 2 (2,4 %) випадки). Показаннями до виконання VATS-операцій були обмежені форми ХРТБ. Середня інтраопераційна крововтрата становила (103,8 ± 12,3) мл, середній термін призначення наркотичних анальгетиків — (1,1 ± 0,1) дня, середня тривалість операції — (196,2 ± 14,5) хв, середній термін стаціонарного лікування — (11,7 ± 3,2) дня. Ефективним лікування було у 74 (93,7 %) хворих. Летальних наслідків не було. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 4 (5,1 %) пацієнтів. Рецидив туберкульозу в оперованій легені зареєстровано в 1 (1,3 %) хворого через 2 міс після операції. Йому виконали VATS в обсязі верхня лобектомія справа з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу. Рецидив спричинений недотриманням хворим специфічної терапії в післяопераційний період. Висновки: VATS-резекції частки легені є малотравматичними і перспективними методами лікування, що забезпечують анатомічне препарування елементів кореня частки легені. Їх можна розглядати як альтернативу відкритій лобектомії.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.514. Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу. Модуль 3: Встановлення діагнозу. Швидка діагностика для виявлення туберкульозу, оновлення 2021 року // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 62-73. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.515. Посібник для обрання молекулярних діагностичних експрес-тестів, рекомендованих ВООЗ, що призначені для виявлення туберкульозу та хіміорезистентного туберкульозу // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 84-102. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Для досягнення цілей Стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з ліквідації туберкульозу [1] ВООЗ рекомендує таке: люди з ознаками або симптомами туберкульозу (ТБ) мають проходити молекулярний діагностичний експрес-тест, рекомендований ВООЗ (мДЕВ), що призначений для виявлення ТБ; люди з бактеріологічно підтвердженим ТБ мають проходити молекулярний експрес-тест, що призначений для визначення резистентності принаймні до препарату першого ряду рифампіцину (RIF); люди з RIF-резистентним ТБ (Риф-ТБ) мають проходити молекулярний експрес-тест, що призначений для визначення резистентності принаймні до фторхінолонів (FQ, наприклад евофлоксацину та моксифлоксацину).

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.516. Роль мелатоніну у формуванні туберкульозного запалення, прогноз щодо впливу на ефективність лікування в умовах пандемії COVID-19 (огляд літератури) / Л. Д. Тодоріко, Я. І. Тодеріка // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 36-44. - Бібліогр.: 58 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити роль мелатоніну у формуванні туберкульозного запалення та його вплив на підвищення ефективності лікування в умовах пандемії COVID-19 за інформацією з доступних джерел літератури. Дизайн дослідження — відкрите клінічне вибіркове проспективне спостереження. Проведено пошук за ключовими

словами “ТБ легень”, “мелатонін”, “патогенез”, “лікування” у таких базах даних: єдиний інформаційний базовий пакет EBSCO, найбільша у світі єдина реферативна база даних і наукометрична платформа Scopus, пошукова система Google Scholar, MEDLINE with Full Text. MEDLINE Complete, Dyna Med Plus, EBSCO eBooks Clinical Collection, реферативна наукометрична база даних наукових публікацій проекту Web of Know ledge компанії Thomson Reuters — Web of Science Core Collection WoS (CC), статистичні дані МОЗ України та центру громадського здоров’я, SCIE (Science Citation Index Expanded), SSCI (Social Science Citation Index), онлайн-база Національної наукової медичної бібліотеки України, AHCI (Artand Humanities Citation Index). Остаточна база доступних літературних джерел — 58 із 253 проаналізованих. Проведена велика кількість досліджень доводить вплив мелатоніну на туберкульозне запалення, оскільки туберкульозна інфекція може бути пов’язана із сезонними змінами імунної системи, а ці процеси корелюють і супроводжуються коливаннями рівня мелатоніну. Специфічний клітинний імунітет типу Th1 відповідає за захисний імунітет при туберкульозі, тоді як відповідь Th2-типу лежить в основі прогресивного характеру формування запалення. Доведено, що Т-лімфоцити та макрофаги мають рецептори до мелатоніну, а також є клітинами-мішенями для його імуномодулювальної дії. Установлено, що мелатонін регулює експресію генів кількох імуномодулювальних цитокінів, зокрема фактора некрозу пухлин-α, трансформувального фактора росту-β та фактор стовбурових клітин, а саме гранулоцит колоніестимулюючий фактор, який сприяє утворенню нейтрофілів, фібробластів, макрофагів та стимулюванню їх дії. Результати аналізу за даними доступних джерел літератури надають підставу прогнозувати, що мелатонін може стимулювати імунну відповідь Th1 при туберкульозі та має імунопротекторний вплив на Th1-підтип імунної реакції сповільненого типу у період гострої фази мікобактеріального запалення. Вивчення ситуації з туберкульозом у Чернівецькій обл. виявило тенденцію до приросту показника захворюваності у 2021 р. у порівнянні з 2020 р. Така сама динаміка зберігається і у першому півріччі 2022 р. При цьому суттєвих змін щодо показника смертності не виявлено. Аналіз основних показників епідеміології свідчить про актуальність проблеми туберкульозу у найближчі роки, тому пошук методів підвищення ефективності лікування цієї патології, особливо у разі множинної та розширеної лікарської стійкості, є важливим завданням сучасної фтизіатрії. Аналіз доступної бази накопичених даних щодо ролі мелатоніну у патофізіології формування запальної реакції у легенях і його вплив на клінічний перебіг та ефективність протитуберкульозної терапії є перспективним науковим напрямом дослідження.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.517. Сучасний погляд на механізм виникнення та розвиток латентної туберкульозної інфекції. Огляд літератури / В. І. Петренко, С. Б. Норейко, Я. В. Бондаренко, І. О. Галан, О. В. Стополянський // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 60-67. - Бібліогр.: 64 назв. - укр.

Розглянуто сучасну концепцію розуміння латентної туберкульозної інфекції. Проаналізовано 64 літературних джерела із електронних баз медичних публікацій, переважно PubMed. Близько чверті населення світу інфіковано мікобактерією туберкульозу. Більшість інфікованих осіб здатна стримувати мікобактерії туберкульозу, які перебувають у стані латентної інфекції без будь-яких виявів активного захворювання. Відносно невелика частка (5—10 %) осіб захворіє на туберкульоз протягом життя. На сучасному етапі неможливо виявити латентні мікобактерії туберкульозу, тому немає змоги визначити осіб, які, будучи, імовірно, інфікованими та безсимптомними носіями, позбулися мікобактерій туберкульозу, а також тих, хто залишається латентно інфікованим, або у кого латентне інфікування прогресуватиме до неспроможності контролювати мікобактерії туберкульозу і зрештою розвинеться активний туберкульоз. Догма про бінарну природу туберкульозної інфекції (активний туберкульоз або латентна туберкульозна інфекція) є надмірно спрощеною і нині її вважають застарілою концепцією. Розуміння всіх імунних компонентів та реакцій, які є суттю латентної туберкульозної інфекції або резистентності до неї, до постійного контролю за мікобактеріями туберкульозу або навіть їх елімінації з організму господаря має вирішальне значення для розуміння захисного імунітету від мікобактерії туберкульозу. Дослідження імунної відповіді на мікобактерії туберкульозу в осіб, резистентних до латентної туберкульозної інфекції, можуть надати уявлення про альтернативні механізми захисту від мікобактерій туберкульозу, лікування туберкульозу та підходи до розробки вакцини.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.518. Чинники, які впливають на результати лікування туберкульозу зі збереженою чутливістю у Східній Європі / Л. Тодоріко, Й. Маргіняну, І. Сем’янів, Ф. Гафар, Т. Бутнару, Д. Байчану, Р. Драгомир, Ф. Міхалтан, Й. Мунтяну, Б. Малер, О. Аккерман, Я. В. Альффенаар // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 13-21. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета роботи — провести ретроспективний аналіз чинників, які впливають на результати лікування хворих на туберкульоз у Східній Європі. Ретроспективне багатоцентрове (Інститут пневмології ім. Маріуса Наста (Бухарест, Румунія), пульмонологічна клініка у м. Ясси (Румунія) та обласне комунальне некомерційне підприємство “Чернівецький обласний клінічний протитуберкульозний диспансер” (Україна)) дослідження проведено за участі дорослих (> 18 років) пацієнтів, у яких діагностовано чутливі форми туберкульозу (ТБ) та які розпочали лікування в період із 1 січня 2019 р. до 31 грудня 2019 р. Дослідження схвалено комітетом з етики всіх центрів. Проаналізовано такі чинники ризику несприятливих результатів лікування ТБ: вік, стать, статус харчування, спосіб життя, супутні захворювання, параметри, пов’язані з ТБ. Виявлено чинники, які впливають на результати лікування хворих на ТБ у популяції Східної Європи. Ризик несприятливих наслідків підвищується для осіб віком > 65 років, хворих без постійного місця проживання, пацієнтів з діагностованою хронічною хворобою нирок, наявністю порожнин розпаду (каверн) на рентгенограмі грудної клітки, швидким рецидивом ТБ, недостатньою масою тіла або ожирінням, стійко високими параклінічними показниками під час спостереження, незважаючи на вжиті в лікарні заходи щодо їх зменшення. Висновки: клініцистам слід приділяти більше уваги пацієнтам похилого віку, особам із недостатньою/надлишковою масою тіла, безпритульним, пацієнтам із хронічною хворобою нирок, кавернами за даними рентгенографії легень і високими параклінічними показниками під час подальшого спостереження. Окрім чинників ризику несприятливих результатів лікування ТБ, які використано в інших дослідженнях (вік, стать, статус харчування, спосіб життя, супутні захворювання, параметри, пов’язані з ТБ), визначено новий чинник — параклінічні параметри, що надало змогу виявити відмінності, притаманні для популяції Східної Європи. Тригерні чинники можуть допомогти поліпшити надання допомоги певним групам населення і вдосконалити систему оцінки ТБ для виявлення пацієнтів із ризиком невдачі лікування.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.519. Швидке повідомлення: Ключові зміни в підході до лікування лікарсько-стійкого туберкульозу. Травень 2022 року // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 58-61. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.520. Thyroid tuberculosis: rare location or rarely diagnosed? Literature review / S. L. Matvyeyeva, O. S. Shevchenko // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 78-84. - Бібліогр.: 52 назв. - англ.

Мета роботи — вивчення частоти, клінічної картини, діагностики та лікування туберкульозу щитоподібної залози (ЩЗ). Аналіз даних світового досвіду та власних спостережень. Туберкульоз ЩЗ є рідкісною локалізацією цього захворювання. На сьогодні більшість авторів вважають, що туберкульоз ЩЗ діагностується в 0,1 — 1 % всіх відомих випадків туберкульозу. Клінічними спостереженнями встановлено, що ЩЗ частіше втягується в туберкульозний процес при генералізованому міліарному процесі, і, як вважалося раніше, в цьому випадку відсутні клінічні ознаки ураження ЩЗ. Продемонстровано різну клінічну картину туберкульозу ЩЗ. Зазвичай виявляється місцевими симптомами, пов’язаними з дифузним збільшенням ЩЗ. Оцінити кількість виявлених випадків важко через недостатню поінформованість лікарів про цю патологію та труднощі діагностики етіології туберкульозу. За всіх уражень серединної поверхні шиї необхідно виключити туберкульозну етіологію. Тонкоголкова біопсія може допомогти підтвердити діагноз туберкульозу ЩЗ, але остаточний діагноз можливий тільки за допомогою гістологічного або цитологічного дослідження. Діагностика туберкульозу ЩЗ вимагає використання більшості методів діагностики туберку-

льозу: від найпростіших (наприклад, рентгену чи проби Манту (з 2 міжнародними одиницями туберкуліну) до сучасних експрес-молекулярно-генетичних тестів XpertMTB/Rif, які виявляють специфічні фрагменти ДНК мікобактерій туберкульозу у сироватці або плазмі). Ультразвукова діагностика і комп'ютерна томографія також допомагають уточнити діагноз. Ефективним є хірургічне лікування у поєднанні з антимікобактеріальною хіміотерапією. Висновки: необхідні нові дослідження для зрозуміння дефініції, діагностики та лікування туберкульозу серед інших захворювань ЩЗ.

Шифр НБУВ: Ж100471

Див. також: 1.Р.44, 1.Р.52, 1.Р.85, 1.Р.163, 1.Р.165, 1.Р.408

Туберкульоз легень

1.Р.521. Аналіз змін рівня матриксної металопротеїнази-9 і тканинного інгібітора матриксних металопротеїназ-1 при вперше діагностованому легеневому туберкульозі з різним профілем резистентності збудника / О. С. Шевченко, Л. Д. Тодоріко, І. А. Овчаренко, О. О. Погорєлова, О. М. Швець // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 5-10. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати зміни показників матриксної металопротеїнази-9 (ММП-9) і тканинного інгібітора матриксних металопротеїназ-1 (ТІМП-1) у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз (ВДТБ) легень з різним профілем резистентності збудника залежно від перебігу туберкульозного процесу. До проспективного когортного дослідження було залучено 124 хворих на ВДТБ легень із деструкцією та бактеріовиділенням, які лікувались в Харківському обласному протитуберкульозному диспансері N 1 у 2014—2017 рр. Пацієнтів було розподілено на дві групи: група I (n = 84) — хворі на туберкульоз легень з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), група II (n = 40) — хворі на чутливий туберкульоз (ЧТБ). Кожну групу було розподілено на дві підгрупи залежно від результатів лікування. До підгруп Іа (n = 56) та IIа (n = 28) було залучено хворих з ефективним лікуванням, до підгруп Іб (n = 28) та IIб (n = 12) — хворих з неефективним лікуванням. За віком та співвідношенням статей групи були порівнянними. Проводили забір крові зранку натще на початку лікування, через 2 та 3 міс від початку лікування. Рівень ММП-9 та ТІМП-1 у сироватці крові досліджували за методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи Human MMP-9 Platinum ELISA та Human TIMP-1 Platinum ELISA на налізаторі Labline-90 (Австрія). Вміст ММП-9 за 3 міс збільшився в обох групах, але інтенсивнішою динаміка наростання була у групі ЧТБ. Рівень ТІМП-1 також підвищився за 3 міс лікування в обох групах, інтенсивнішою ця динаміка була у групі II. У нормі величина співвідношення ММП/ТІМП наближується до 1. Під час лікування виразнішою динаміка зменшення величини співвідношення ММП-9/ТІМП-1 була у групі II (на 25,0 проти 16,6 %). У групі хворих на МЛС-ТБ на початку лікування цей показник був нижчим у групі Іа у порівнянні з групою Іб ($p < 0,001$). Зменшення величини співвідношення ММП-9/ТІМП-1 через 3 міс лікування було виразнішим у групі Іб (на 25,0 проти 7,5 %). У групі хворих на ЧТБ на початку лікування вищий показник також було зареєстровано у пацієнтів з неефективним лікуванням. На тлі лікування протягом 3 міс відбулось зниження величини співвідношення ММП/ТІМП у IIа та IIб, але виразнішою динаміка зниження була у групі неефективного лікування (на 41 проти 10 %). Висновки: на тлі антимікобактеріальної терапії спостерігали швидший початок процесів загоєння легень у пацієнтів із ЧТБ легень у порівнянні із хворими на МЛС-ТБ. Про це свідчать показники ММП-9, ТІМП-1 та їх співвідношення. Рівень ТІМП-1 був вищим через 3 міс лікування та демонстрував інтенсивнішу динаміку зростання у хворих на ЧТБ, що свідчить про сприятливіший перебіг захворювання у цій групі та раніший початок процесів загоєння деструкції легеневої тканини. Інтенсивнішу динаміку зниження величини співвідношення ММП-9/ТІМП-1 спостерігали у хворих з несприятливим перебігом туберкульозного процесу, що свідчить про більші зміни у сполучній тканині легень.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.522. Використання методу Xpert MTB/XDR в алгоритмі лабораторної діагностики туберкульозу для швидкого виявлення випадків мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною резистентністю в Україні / О. А. Журило, А. І. Барбова, П. С. Трофімова, С. В. Мироненко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 44-52. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — вивчення можливості імплементації методу Xpert MTB/XDR в алгоритм діагностики туберкульозу (ТБ) в Україні. Вивчено 51 штам M. tuberculosis (МВТ) за допомогою картриджів Xpert MTB/XDR, методу LPA і в системі BACTEC: 16 штамів МВТ контрольної панелі з відомими результатами фенотипічного (фТМЧ) та генотипічного (гТМЧ) тесту медикаментозної чутливості; 35 штамів МВТ, що було виділено від хворих з ТБ з результатами Xpert MTB/RIF ULTRA. Методи Xpert МТБ/ RIF ULTRA, Xpert MTB/XDR, LPA-аналіз застосовувались для визначення мутацій, що асоційовані зі стійкістю (МС) до препаратів. Аналіз резистентності МВТ до ізоніазиду (Н) виявив лише 2 дискордантних результати при використанні Xpert MTB/XDR та BACTEC. У 2-х випадках за допомогою досліджень в картриджах Xpert MTB/XDR виявлено низький рівень резистентності до Н, що пов'язано з мутаціями або в інтергенному регіоні oxyR-ahpC та/або в промоторі inhA, оскільки одночасно з фенотипічною резистентністю до Н в цих штамах виявлено ще й стійкість до етіонаміду (Et), яка вказує на наявність мутацій саме в промоторі inhA. Низький рівень резистентності до Н було підтверджено при проведенні LPA-тестування та було виявлено мутації в гені inhA. Результати резистентності до фторхінолонів (Q), канаміцину (Km), капреоміцину (Cm) і Et, які одержано за допомогою картриджів Xpert MTB/XDR і LPA-тестуванням співпали. Висновки: аналіз профілю МС штамів МВТ міжнародної панелі та МВТ від пацієнтів з ТБ з відомими мутаціями за результатами LPA і визначеною фТМЧ до препаратів I-го і II-го ряду та результатами МС цих МВТ, визначених за допомогою методу Xpert MTB/XDR, виявив його високу ефективність. Результати досліджень щодо виявлення МВТ, резистентних до Н, Q, Am та Et за допомогою методів Xpert MTB/XDR і LPA співпали. Швидка детекція МС МВТ до цих препаратів є ключовим моментом для прийняття рішення щодо вибору схем лікування пацієнтів з ТБ. Методику визначення профілю МС штамів МВТ з використанням тесту Xpert MTB/XDR можна імплементувати в алгоритм діагностики ТБ.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.523. Вплив амбулаторного лікування вперше діагностованого туберкульозу легень на розвиток сімейного туберкульозу (епідемічна ситуація) / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, Л. А. Бондаренко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 16-20. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Захворюваність на туберкульоз у нашій країні, за статистичними даними, нібито має тенденцію до зниження. Проте потрібно пам'ятати, що із цифрових даних виключено показники АР Крим та тимчасово окупованих територій Донецької і Луганської обл. Особливо турбує значна захворюваність дітей у світі та смертність дітей, яка сягає 700 осіб щоденно. Актуальність проблеми зумовлена наведеними даними та збільшенням кількості хворих на поширені та деструктивні форми туберкульозу легень. Провідним чинником при цьому залишається постійне збільшення кількості хворих на мультирезистентні форми, ефективність лікування яких не досягає 50 %, тоді як ВООЗ критичною межею для досягнення стабілізації епідемічної ситуації вважає "ефективне лікування" на рівні 85 %. Мета роботи — вивчити особливості сімейного туберкульозу на тлі амбулаторного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз. Під спостереженням було 157 сімей із різними формами туберкульозу легень. При обстеженні використано променеві, бактеріологічні, імуногенетичні методи. Членів сімей обстежували кожних 6 міс. Поміж контактерів після зазначеного терміну туберкульоз виявили у 162 осіб. Джерела туберкульозу (157) були бацилярними в 49,7 % випадків, контактери — у 43,8 %. Поміж хворих у групі джерел туберкульозу було 28 (35,9 %) осіб із мультирезистентним туберкульозом, а у групі контактерів — 32 (45,12 %) особи ($p < 0,05$). Отже, причиною розвитку туберкульозу в контактерів виявилися не ізольовані від сімейства хворі на вперше виявлений туберкульоз. Висновки: на підставі одержаних результатів можна констатувати, що якби було госпіталізовано хоча б зафіксованих бацилярних хворих, сімейних контактних хворих могло б не бути. Порівнявши усі джерела хворих на туберкульоз (157), можна уявити, що випадків сімейного тубер-

кульозу (162) можна було б уникнути. На ігнорування однією ланкою епідемічного процесу (передачі інфекції, яка збільшується при контакті) природа "відповіла" збільшенням кількості хворих на сімейний туберкульоз на 5 осіб. Наголошено: обговорено ситуацію лише в Сумському регіоні і лише протягом обмеженого терміну.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.524. Досвід застосування первинної торакопластики в лікуванні резистентного туберкульозу легень / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, Б. М. Конік, С. М. Шалагай, О. Д. Шестакова, М. І. Калениченко, А. М. Степанюк, В. І. Лисенко, Л. І. Леванда, С. М. Білоконь // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 18-26. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — представити власні результати застосування екстраплевральної торакопластики (ТП) для лікування резистентного туберкульозу легень. Проведено ретроспективний аналіз результатів застосування екстраплевральної торакопластики (ЕПТП) у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень і туберкульоз з широкою медикаментозною стійкістю, прооперованих у клініці Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України в період з 01.01.2004 до 01.07.2022 р. Пацієнтів було розподілено на дві клінічні групи: основну — 28 хворих, яким виконали модифіковану методику ЕПТП, та контрольну — 13 хворих, яким виконали ЕПТП за традиційною методикою за Л. К. Богушем. Кожну групу при оцінці результатів оперативного лікування було розподілено на підгрупи за профілем резистентності мікобактерії туберкульозу: А — хворі на мультирезистентний туберкульоз легень, Б — хворі на туберкульоз з широкою медикаментозною стійкістю. Серед пацієнтів в обох групах переважали чоловіки. Віковий діапазон хворих — від 21 до 44 років. За середнім віком групи статистично значущо не відрізнялися. Оперативне лікування частіше виконували справа. Тривалість періоду від початку захворювання до проведення операції варіювала від 16 до 60 міс (основна група — (24,6 ± 1,1) міс, контрольна група — (22,8 ± 2,6) міс). Екстраплевральна торакопластика є досить травматичним оперативним втручанням зі значним косметичним дефектом і певними функціональними втратами. Останнім часом такі операції виконують рідше завдяки розробці нових схем протитуберкульозної терапії, які надають кращий результат лікування у хворих на резистентні форми туберкульозу. Однак за наявності показань застосування ЕПТП надає змогу досягти результатів, недосяжних при використанні лише консервативного лікування. При виконанні ЕПТП розроблений комплекс заходів доопераційної підготовки, оперативно-технічних особливостей модифікованої методики ЕПТП, заходів з профілактики післяопераційних ускладнень і рецидивів ТБ, надав змогу поліпшити результати хірургічного лікування у хворих основної групи у порівнянні з контрольною на 12,9 і на 11,8 % знизити рівень післяопераційної летальності. Висновки: виконання ЕПТП за наявності поширених форм туберкульозу, коли немає змоги виконати резекційні втручання, є методом вибору, який надає змогу поліпшити ефективність лікування.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.525. Лікування хворих на туберкульоз із множинною та широкою лікарською стійкістю залежно від складу індивідуалізованих режимів: безпосередні та віддалені результати / Ю. І. Фещенко, Н. А. Литвиненко, Н. В. Гранкіна, М. В. Погребна, Ю. О. Сенько, Л. М. Процик, Р. Л. Любевич // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 4. - С. 7-15. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити ефективність лікування хворих на туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) та туберкульоз із преширокою та широкою лікарською стійкістю (пре-ШЛС/ШЛС-ТБ) залежно від складу індивідуалізованих режимів лікування (ІРЛ). У проспективне обсерваційне дослідження було включено 566 хворих на МЛС/пре-ШЛС та ШЛС-ТБ протягом 2016 — 2020 рр. на наукових клінічних базах ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" та КП "Криворізький протитуберкульозний диспансер" Дніпропетровської обласної ради". Хворим призначали індивідуалізовані режими лікування у випадках, якщо не можна було призначати стисли (стандартні або модифіковані) режими. Хворих було розподілено на групи порівняння: 469 із них лікували режимами антимікобактеріальної терапії (АМБТ) із бедаквіліном та іншими ефективними антимікобактеріальними препаратами (АМБП) груп А — С (без деламаніду) — група 1 і 97 хворих проліковано із включенням двох нових АМБП (бедаквілін та деламанід) до складу режиму — група 2. Незалежно від використання чи ні в індивідуалізованому режимі деламаніду додатково до бедаквіліну та інших препаратів, підібраних до схеми за рекомендаціями ВООЗ, "ефективне лікування" було встановлено у 91,3 проти 88,6 % пацієнтів. У віддаленому періоді (6-місячний і 4-річний період спостереження) не виникло жодного рецидиву захворювання незалежно від складу режиму. Втрата ефективності лікування відбувалась за рахунок померлих не від туберкульозу та втрачених для подальшого спостереження. Висновки: для високої ефективності лікування індивідуалізовані режими мають включати бедаквілін та лінезолід із групи А, а для раніше неефективно лікованих хворих в обов'язковому порядку — клофазимін та карбапенеми (можливість включити в ІРЛ 4 та більше ефективних АМБП). Для хворих із резистентністю до фторхінолонів лікування має включати деламанід.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.526. Можливості радіоміки для обробки даних комп'ютерної томографії органів грудної порожнини при діагностиці туберкульозу легень / М. І. Линник, І. В. Ліскіна, І. А. Калабуха, В. І. Ігнатьєва, О. Р. Тарасенко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 36-40. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Новий підхід до аналізу зображень КТ здатний кардинально змінити процес діагностики. Суть його полягає у створенні математичних моделей та комп'ютерних алгоритмів, які приймають на вхід медичні зображення та видають патофізіологічні особливості тканин. З метою аналізу зрізів КТ використано програму Dragonfly, надану безкоштовно фірмою OBYECT RESERCH SYSTEMS (ORS), Монреаль, Канада, яка надає можливість проводити сегментацію, математичну та статистичну обробку зображень, виконувати побудову звичайних і сегментованих гістограм. Для роботи з програмою dicom — файли КТ трансформуються в растрові файли (Tiff, Jpeg, Raw) та подальший аналіз зрізів КТ проводиться за градаціями відтінків сірого (за пікселями зображення, а не за вокселями файлів dicom). Наголошено, що аналіз відтінків сірого корелює з одиницями Хаунсфільда. Показано, що на підставі даних патоморфологічного дослідження ураженої тканини неможливо встановити різницю між хіміорезистентним і чутливим туберкульозом легень. Обробка даних КТ із побудовою звичайних і сегментаційних гістограм за допомогою інструментів програми Dragonfly надає змогу виявляти патофізіологічні особливості тканин при діагностиці чутливого та хіміорезистентного туберкульозу легень. Необхідно проведення подальших досліджень для виявлення закономірностей та різниці у визначенні щільностей при діагностиці чутливого та хіміорезистентного туберкульозу легень.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.527. Особливості використання денситометричних показників комп'ютерної томографії при лікуванні перфоративного туберкульозу легень / Є. М. Маєтний // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 21-26. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — визначити можливості застосування комп'ютерної денситометрії при лікуванні перфоративного туберкульозу легень. Робота грунтується на результатах аналізу післяопераційного дослідження денситометричних показників легеневої паренхіми та вогнищ специфічного ураження у 75 пацієнтів з гідропневмотораксом. Встановлено, що денситометричні показники плеврального вмісту, виявлені при аналізі комп'ютерних томограм, дозволяють достовірно відрізняти транссудат, ексудат і згорнуту кров, визначати активність специфічного туберкульозного запалення, емфізематозність і щільність легеневої паренхіми. Виявлено значний кореляційний зв'язок параметрів інфільтрації та судинних структур (97 % довірчий інтервал), що вказує на можливість використання денситометричного аналізу для оцінки ефективності лікування. Висновки: використання денситометричних показників комп'ютерної томографії дозволяє оцінити перебіг специфічного запального процесу в патологічно зміненій легеневій паренхімі, виявити в ній емфізематозні процеси і ступінь ателектазування блокованих ділянок.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.528. Особливості імунного статусу хворих на мультирезистентний туберкульоз легень після застосування режимів лікування з бедаквіліном та лінезолідом / Н. Є. Лаповець, О. А. Ткач, І. Л. Платонова, Л. Є. Лаповець, В. М. Акімова // Туберкульоз, ле-

геневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 30-35. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити імунометаболічний гомеостаз у хворих із новими та повторними випадками деструктивних форм мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) легень після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом. Проведено клініко-лабораторне обстеження 175 осіб, хворих на МРТБ легень (89 хворих із новими випадками та 86 хворих із повторними випадками деструктивних форм МРТБ). Обстеження проводили до лікування та після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом. У всіх обстежених осіб визначали кількість лейкоцитів (L), підраховували лейкоцитарну формулу, вміст популяцій і субпопуляцій лімфоцитів із використанням моноклональних антитіл до $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$, $CD23^+$, $CD56^+$ у реакції непрямої імунофлюоресценції з антитілами, міченими ФІТС. Кількісне визначення імуноглобулінів проводили за методом радіальної імунодифузії в гелі. Рівень ЦІК визначали за допомогою спектрофотометричного методу за преципітацією у поліетиленгліколі. У хворих із новими випадками деструктивних форм МРТБ легень до лікування виявлено реакції гіперчутливості першого та четвертого типів, виражену активацію гуморальної та кілерної ланок імунітету. У хворих із повторними випадками деструктивних форм МРТБ до лікування наявні виражені реакції гіперчутливості четвертого типу та активація гуморальної та кіперної ланок імунітету. У хворих із новими випадками деструктивних форм МРТБ легень після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом наявні реакції гіперчутливості першого та четвертого типів, активація гуморальної та кіперної ланок імунітету. У хворих із повторними випадками деструктивних форм МРТБ після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом виявлено виражену реакцію гіперчутливості першого типу та активацію кіперної та гуморальної ланок імунітету. Висновки: у хворих із новими випадками деструктивних форм МРТБ легень до лікування виявлено Т-клітинний імунодефіцит, що виражається зниженням рівня Т-лімфоцитів (в 1,7 разу відносно показника норми) та Т-хелперів (удвічі нижче норми). У хворих із повторними випадками деструктивних форм МРТБ до лікування виявлено Т-клітинний імунодефіцит із вираженим зниженням рівня Т-лімфоцитів (в 1,8 разу від показника норми) та Т-хелперів (в 1,8 разу нижче норми). У хворих із новими випадками деструктивних форм МРТБ після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом виявлено активацію Т-клітинної ланки імунітету за рахунок зростання рівня Т-супресорів. У хворих із повторними випадками деструктивних форм МРТБ легень після застосування режимів лікування з бедаквіліном і лінезолідом виявлено Т-клітинний імунодефіцит за рахунок зниженого вмісту Т-лімфоцитів (в 1,5 разу нижче за норму), а саме Т-хелперів (в 1,9 разу нижче за норму).

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.529. Поліморфізм гена CYP3A4*1G як предиктор гепатотоксичності протитуберкульозної терапії / Г. О. Полуденко, П. Б. Антоненко, К. О. Антоненко, О. В. Макаренко // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 97-103. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Цель исследования — изучение влияния полиморфизма CYP3A4*1G на функциональное состояние печени у больных туберкулезом (ТБ) легких во время противотуберкулезной терапии. Проведен анализ медицинских карт 105 больных с впервые выявленным ТБ легких в Одесском областном противотуберкулезном диспансере в 2012—2014 гг. Учитывали биохимические показатели, такие как билирубин, аланинаминотрансфераза (АлТ), аспартатаминотрансфераза (АсТ) и гамма-глутатионтрансфераза (ГТФ) в начале и при завершении стационарного лечения. Генотип CYP3A4*1G, 20230G > A определяли с помощью ПЦР. В начале лечения уровень исследованных биохимических показателей практически не отличался у носителей разного генотипа CYP3A4*1G. После проведенного лечения биохимические показатели у быстрых метаболизаторов незначительно выросли, однако уровень билирубина, наоборот, снизился на 10,4 % ($p < 0,05$). У медленных метаболизаторов после стационарной фазы лечения уровень общего билирубина в крови увеличился на 8,0 %, активность АлТ выросла на 67,2 % ($p < 0,05$), АсТ — на 37,4 % ($p > 0,05$); также количество пациентов с превышением нормального уровня практически удвоилось. После стационарного лечения у умеренных и медленных метаболизаторов активность ГТФ увеличилась в 2,5 ($p < 0,05$) и 1,3 раза ($p > 0,05$) соответственно, среди быстрых метаболизаторов — наоборот, количество с повышенным уровнем ГТФ уменьшилось ($p < 0,05$). Таким образом, у медленных метаболизаторов согласно генотипу CYP3A4*1G после завершения стационарной фазы противотуберкулезной фазы уровень маркеров цитолиза и интоксикации был значительно выше, чем у быстрых метаболизаторов. Поэтому определение генотипа CYP3A4*1G у ТБ-больных в начале противотуберкулезной терапии позволит определить группы больных с повышенным риском лекарственного поражения печени.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.530. Рівень нейтрофільної еластази як показання до хірургічного лікування туберкульозу легень / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, І. Я. Гресько, В. Я. Пак // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 53-57. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити рівень нейтрофільної еластази (НЕ) як провідного ферменту протеолітичної системи у хворих на туберкульоз легень не лише для розширення діагностичних можливостей за підозри на туберкульоз, а й для уточнення особливостей його перебігу та можливого обсягу і показань до хірургічного втручання. Під клінічним спостереженням перебували 66 хворих на туберкульоз легень, яких було розподілено на дві групи залежно від стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів. Першу групу склали 39 (59,1 %) осіб, у яких мікобактерії були чутливими до протитуберкульозних препаратів. До другої групи увійшли 27 (40,9 %) досліджених із мультирезистентним туберкульозом легень. Встановлено, що у хворих на чутливі форми специфічного процесу рівень еластази перебував у межах 35,2 — 215,1 нмоль/хв-мл і в середньому становив 110,1 нмоль/хв-мл. У хворих на мультирезистентний туберкульоз (друга група) рівень еластази перебував у межах 34,6 — 163,1 нмоль/хв-мл, що в середньому становило 78,4 нмоль/хв-мл ($p < 0,05$). Найвищий рівень НЕ (93,0 нмоль/хв-мл) мав місце у хворих на інфільтративний туберкульоз легень. За наявності дисемінованого туберкульозу легень рівень НЕ становив 74,5 нмоль/хв-мл, що значно менше (на 18,5 нмоль/хв-мл, або в 1,25 разу), ніж при інфільтративному. При туберкуломі значення еластази становило 68,1 нмоль/хв-мл. При фіброзно-кавернозному туберкульозі легень рівень НЕ був найнижчим (30,9 нмоль/хв-мл). Висновки: рівень нейтрофільної еластази у хворих на чутливий туберкульоз легень у порівнянні із хворими на мультирезистентний туберкульоз легень був достовірно вищим (в 1,4 разу). Зменшений рівень нейтрофільної еластази характеризує зменшену активність протеолітичної системи крові і може бути ознакою хронізації туберкульозного процесу, що обгрунтовує застосування хірургічного лікування.

Шифр НБУВ: Ж100471

Онкологія

1.Р.531. Effect of chlorin e_6 molecular form on the induced singlet oxygen luminescence / M. Yu. Losytskyy, R. A. Kharchenko, Yu. I. Harahuts, P. A. Virych, N. V. Kutsevol, V. M. Yashchuk // Functional Materials. - 2020. - **27**, № 1. - С. 12-17. - Бібліогр.: 16 назв. - англ.

Хлорин e_6 є відомим фотосенсибілізатором, який використовується у фотодинамічній терапії раку як компонент існуючих препаратів і препаратів у стадії розробки. Відомо, що за підвищення pH хлорин e_6 зазнає молекулярне перетворення (як вважається, депротонування молекули) за pH 6,1 — 6,4. Вплив такого перетворення на генерацію хлорином e_6 молекулярного кисню варто дослідити. Вивчено вплив розчинника (Tris-HCl буфер (pH 7,2) і дистильована вода) і присутності розгалужених кополімерів декстран-поліакриламід (ДПА) і декстран-поліакриламід-ко-поліакрилова кислота (ДПАКПАК) у дистильованій воді на люмінесценцію синглетного кисню, індукованого хлорином e_6. Показано, що інтенсивність люмінесценції синглетного кисню, індукованого у розчині хлорину e_6 у дистильованій воді (де хлорин e_6 перебуває переважно у протонованій формі) є суттєво більшою, ніж у випадку розчину у Tris-HCl буфері, де хлорин e_6 непротонований. В той же час, присутність розгалужених кополімерів ДПА і ДПАКПАК у дистильованій воді призводить до переходу хлорину e_6 у непротоновану форму, що супроводжується зменшенням інтенсивності люмінесценції синглетного

кисню. На основі цих даних зроблено припущення, що ефективність генерації синглетного кисню хлорином e_6 (за збудження на довжині хвилі смуги Соре) є вищою для протонованої форми хлорину e_6 у порівнянні з непротонованою.

Шифр НБУВ: Ж41115

Пухлини окремих ділянок, систем і органів

1.Р.532. Вплив гіперінсулінемії на біологічні властивості клітин раку молочної залози людини нової клітинної лінії ВСС/Р / Н. В. Видасов, О. О. Лихова, Т. П. Козак, Н. М. Бездєнєжних, С. М. Тетеріна // Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. - 2020. - **26**, № 6. - С. 56-67. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Відомо, що гіперінсулінемія може сприяти прогресії раку молочної залози (РМЗ) у пацієнтів. Рецидив РМЗ з утворенням метастатичного плеврального випоту залишається причиною загибелі 25 % хворих і клітини РМЗ, отримані з ексудативного плевриту, характеризуються високим ступенем злоякісності. Досліджено вплив гіперінсулінемії на біологічні властивості клітин РМЗ людини нової клітинної лінії ВСС/Р, отриманої з плеврального випоту хворої, яка знаходилась на останній стадії захворювання. Для цього використано методи культури клітин, біохімічні та імунологічні методи. Всі дослідження проведено за умови культивування клітин у поживному середовищі з низьким вмістом фетальної сироватки (1 %) за наявності інсуліну (ІНС) (0,02, 0,5 і 5 мкг/мл). Проліферативну активність клітин ВСС/Р оцінювали стандартними колориметричними методами шляхом фарбування клітин кристалічним фіолетовим. Метаболічну активність клітин проаналізовано шляхом визначення кількості глюкози в поживному середовищі колориметричним ензиматичним методом з оксидазою глюкози. Міграційну активність пухлинних клітин визначено методом scratch assay. Рівень експресії рецептора естрогену, прогестерону, HER2/Neu, білків міжклітинної адгезії Е-кадгерину, β-катеніну та білка цитоскелету — актину визначали методом імуноцитохімічного аналізу. Показано, що культивування клітин лінії ВСС/Р за умов гіперінсулінемії призводить до підвищення їх проліферативної активності на 10 — 20 %, (0,5 і 5 мкг/мл ІНС, відповідно) і міграційної активності (лише за 5 мкг/мл ІНС). Також умови гіперінсулінемії стимулювали статистично достовірне посилення поглинання глюкози клітинами ВСС/Р на 26,8 % (5 мкг/мл ІНС) і підвищення посадочної ефективності на 56 % (5 мкг/мл ІНС) у порівнянні з контролем. Такі зміни біологічних властивостей клітин ВСС/Р асоційовані з підвищенням експресії маркера мезенхімальних клітин — актину на 37,5 % (0,5 мкг/мл ІНС) і 90,3 % (5 мкг/мл ІНС). Отримані результати вказують на те, що культивування клітин РМЗ людини нової лінії ВСС/Р за умов гіперінсулінемії призводило до підвищення їх злоякісності.

Шифр НБУВ: Ж69879

1.Р.533. Дисемінована форма хвороби Ердгейма — Честера. Клінічний випадок / О. І. Дорош, О. А. Петрончак, Р. В. Гулей, К. І. Бур'янова, Ю. С. Масинник, М. І. Душар, Г. В. Руда, Т. В. Бурак // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 67-82. - Бібліогр.: 80 назв. - укр.

Уперше в Україні описано клінічний перебіг, особливості діагностичних обстежень та труднощі у верифікації хвороби Ердгейма — Честера (ХЕЧ) у 13-річної дівчинки. Хвороба дебютувала з артритів правого колінного та правого гомілково-стопного суглобів. Згодом з'явилася слабкість у ногах, накульгування, дитині складно було піднятися сходами. Під час магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку в супра-, інтратенторіальній і внутрішньомозковій ділянках виявлено численні вогнищеві ураження кори, білої мозкової речовини обох півкуль головного мозку та лівої гемісфери мозочка. Через 8 міс від початку первинних скарг виявлено нижній в'ялий парапарез, змішаний парез правої руки, атактичний синдром, не могла стояти на пальцях ніг. За даними комп'ютерної томографії (КТ) виявлено поширене вогнищеве ураження кісток, центральної нервової системи, у тому числі головного мозку, оболонок спинного мозку, черепних нервів, корінців і спинномозкових нервів, а також легень, печінки, підшлункової залози, нирок, абдомінальних лімфатичних вузлів, очеревини, матки, піхви, грудних залоз; виявлено сцинтиграфічні ознаки дифузного ураження кісток черепа, хребта, тазу, трубчатих кісток кінцівок. Діагноз ХЕЧ у дівчинки верифіковано через 9 міс після появи первинних скарг за допомогою гістологічного, імуногістохімічного та молекулярно-генетичного досліджень. Гістіоцитарні клітини були позитивними до антигенів CD68 і CD14, а негативними — до CD1a, CD207, S-100 і BRAFV600E. За результатами власного спостереження, зазначена патологія може зустрічатися в дитячому віці в осіб жіночої статі. Рідкісність цього захворювання та різноманітність клінічних і патологічних особливостей є проблемою для клініцистів та патологоанатомів. Діагностика хвороби є ускладненою та тривалою навіть за умови залучення широкого кола фахівців і різноманітних методів обстеження (ультразвукового дослідження, рентгенографії, МРТ і КТ). Сподіваємося, що ознайомлення з широким спектром патологічних ознак ХЕЧ, описаних у цьому повідомленні, допоможе практикуючим клініцистам і патологоанатомам діагностувати хворобу на ранніх стадіях захворювання та ефективно надавати фахову медичну допомогу таким пацієнтам. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.534. Діагностична модель сторожових лімфатичних вузлів: сучасна концепція ядерної медицини в хірургічній практиці: (огляд літ.) / П. О. Король, О. Ю. Усенко, М. В. Костилєв, О. В. Щербіна // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 86-94. - Бібліогр.: 47 назв. - укр.

Безліч публікацій у даний час присвячено візуалізації Концепція сторожових лімфатичних вузлів (СЛВ) та її внеску в хірургічне лікування раку. Незважаючи на те що більшість даних стосується пацієнтів із злоякісним процесом у молочній залозі або шкірі (меланома), інтерес до інших локалізацій, таких як рак голови та шиї, колоректальний рак, рак статевого члена, зростає. Виявилося, що відносно нова методика детекції СЛВ (на відміну від лімфосцинтиграфії) чутлива і точна, статистично значущо корелює з результатами гістологічного дослідження. Є достатньо доказів у літературі, що підтверджують необхідність детального подальшого аналізу цього методу в широких мультицентрових дослідженнях, і є надія, що ця методика займе належне місце в рутинній хірургічної діяльності у значної кількості пацієнтів. Однак необхідні оптимізація технологічного процесу візуалізації СЛВ і корекція даної методики. В даний час можна стверджувати, що виявлення СЛВ має високу чутливість і точність перш за все при пухлинах молочної залози і меланомі. Є потреба у створенні навчальної програми для мультидисциплінарної узгодженості в напрямку стандартизації даної радіонуклідної моделі, оптимізації технології детекторів і популяризації методики серед хірургів-онкологів і пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.535. Карциноїд легені: власний досвід хірургічного лікування / М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 29-33. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Мета роботи — поділитися власним досвідом хірургічного лікування хворих із карциноїдними пухлинами легень. Протягом останніх 13 років у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" перебували на лікуванні 45 хворих із карциноїдом легені. Середній вік хворих становив 45 років. Серед хворих переважали жінки — 31 (68,9 %). Супутню патологію мали 15,6 % хворих. У 38 (84,4 %) пацієнтів захворювання було діагностоване випадково при плановому рентгенологічному обстеженні. Виражені клінічні прояви захворювання спостерігали лише у 3 (6,7 %) пацієнтів. Ще 4 (8,9 %) пацієнтів скаржилися на незначне погіршення загального самопочуття: помірну задишку, сухий періодичний кашель, частий бронхіт. Були оперовані 44 (97,8 %) хворих. Найчастіше хворим із карциноїдом легені виконували лобектомію в різних модифікаціях: класичну — 16 (36,4 %), відеоасистовану — 13 (29,5 %), бронхопластичну — 5 (11,4 %). Оперативні втручання виконані у відповідності до загальновизнаних правил торакальної і, зокрема, онкологічної хірургії. При центральній локалізації процесу всім хворим діагноз був верифікований до операції, тоді як при периферичних карциноїдах тільки 2 (25,0 %) хворим виконана трансторакальна біопсія з гістологічним дослідженням біоптатів. У інших 6 (75,0 %) пацієнтів із периферичним карциноїдом виконано інтраопераційне гістологічне або цитологічне

дослідження з визначенням подальшої хірургічної тактики. Висновки: карциноїд легені характеризується млявим і без виражених клінічних симптомів перебігом, що спричиняє його пізню діагностику. Для визначення оптимального методу хірургічного лікування обов'язкова гістологічна верифікація діагнозу. При лікуванні карциноїдних пухлин легень вибирають хірургічний метод.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.536. Комп'ютерне планування магнітотермії метастазів у лімфатичних вузлах хворих на рак грудної залози / О. І. Мохонько, В. Е. Орел, І. І. Смоланка (ст.), Л. А. Сивак, А. Д. Лобода, І. В. Досенко, А. О. Ляшенко, І. І. Смоланка (мол.), О. Ю. Рихальський, В. Б. Орел, О. Й. Дасюкевич, Т. Є. Тарасенко, С. І. Вовянко // Ядер. фізика та енергет.. - 2021. - 22, № 3. - С. 312-317. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

За допомогою програмного забезпечення Comsol Multiphysics проведено комп'ютерне планування магнітотермії метастазів у лімфатичних вузлах пацієнтів, хворих на рак грудної залози (РГЗ). У ході планування розраховано вплив електромагнітного випромінювання на підвищення температури з параметрами помірної гіпертермії (< 42 °С) у метастатично ураженому регіонарному лімфовузлі. Розроблена технологія може використовуватись при плануванні персоналізованого комплексного лікування за участі неоад'ювантної поліхіміотерапії хворих на місцево поширений РГЗ для підвищення можливості виконання органозберігаючих операцій.

Шифр НБУВ: Ж25640

1.Р.537. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студентів стоматол. ф-ту, лікарів-інтернів за фахом "Стоматологія", практикуюч. лікарів-стоматологів / Н. Б. Кузняк, С. В. Ткачик; Буковинський державний медичний університет. - Чернівці: БДМУ, 2023. - 242 с.: іл. - Бібліогр.: с. 241-242. - укр.

Висвітлено принципи сучасної діагностики, диференційної діагностики та лікування новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Матеріали доповнено довідковими інформаційними даними (схемами, таблицями, кольоровими рисунками), що покращує сприйняття викладеного матеріалу. Показано основні клінічні аспекти, принципи діагностики та лікування найважчого розділу щелепно-лицевої хірургії — онкології. Увагу приділено багаточисельним проблемам у вивченні пухлин голови та шиї. Особливу увагу звернено на аналіз теоретичних і практичних завдань клінічної онкології, питання організації онкологічної допомоги хворим даного профілю. Викладено найважливіші проблеми пухлин голови та шиї, сучасні класифікації, статистичні дані, а також основні дані про діагностику, диференційну діагностику, клінічний перебіг і лікування новоутворень даної локалізації, які найчастіше зустрічаються. *Шифр НБУВ: ВА864244*

1.Р.538. Первинні синовіальні саркоми середостіння / В. Д. Захаричев, П. І. Гордійчук, М. П. Гордійчук // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 95-98. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Синовіальна саркома — злоякісне захворювання, яке часто локалізується на кінцівках у молодих людей, але може виникати будь-де і в будь-якому віці. У середостінні синовіальна саркома локалізується рідко. Діагностика сарком середостіння ускладнюється різними гістологічними підтипами пухлин, які іноді мають суперечливі клінічні, морфологічні, візуальні й імуногістохімічні особливості. Саме тому своєчасна і точна діагностика цих пухлин важлива для вибору адекватної лікувальної тактики. Оптимальним вибором лікування для пацієнтів із синовіальною саркомою середостіння слід вважати радикальне видалення пухлини як єдиний фактор поліпшення виживаності. Розмір пухлини і характер резекції є важливими прогностичними факторами при первинній синовіальній саркомі середостіння, пухлина великих розмірів має тенденцію до пізніх рецидивів і метастазів. Якщо в пухлинний процес залучені сусідні органи, тканини і судини, виправдано виконання комбінованих операцій. Хоча хірургічний метод залишається провідним, хіміотерапія і променева терапія повинні використовуватися у поєднанні з операцією в залежності від ступеня чутливості пухлин до хіміотерапії або променевої терапії. Хіміотерапія на основі іфосфаміду асоціюється з поліпшенням виживаності у пацієнтів із синовіальною саркомою. Пошук менш токсичних і більш цілеспрямованих системних методів лікування триває. Віддалені метастази залишаються основною проблемою, що обмежує виживаність пацієнтів. Близько половини пацієнтів помирає від цього захворювання протягом 5 років, після операції місцеві рецидиви спостерігаються у багатьох пацієнтів. Синовіальна саркома середостіння має найгірший прогноз у порівнянні з синовіальною саркомою у м'яких тканинах, легенях і плеврі. Тому рання діагностика і комплексне лікування цього захворювання необхідні для продовження життя таких пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.539. Способи і методи закриття дефектів тканин середньої зони лицевого черепа після видалення злоякісних пухлин з інтракраніальним поширенням (випадок із практики) / Т. А. Морозов, М. С. Кваша // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 40-49. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Наведено клінічний випадок місцево поширеного базальноклітинного раку шкіри з деструкцією кістки. Хвора Я., 1936 року народження, перебувала під наглядом лікарів з приводу базальноклітинного раку шкіри з 1982 р. (упродовж 38 років). Її було госпіталізовано у відділення позамозкових пухлин Інституту нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України 27.09.2019 р. Виконано мультиспіральну комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію. З огляду на тривалість і поширеність пухлини було запропоновано операцію з видалення пухлини в межах здорової тканини з резекцією вушної раковини та паротидектомією. При отриманні інформованої згоди на хірургічне лікування хвора висунула умови щодо обсягу операції: збереження симетричності та зовнішнього вигляду обличчя і цілісності вушної раковини. Було проведено хірургічне втручання, згодом — симптоматичне лікування. Застосовано реконструктивні технології закриття дефектів м'яких тканини лицевого черепа. Хвору було прооперовано 04.10.2019 р. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Загоєння відбулося первинним натягом. Пацієнтку було виписано зі стаціонару у задовільному стані на 18-ту добу (22.10.2019). Було проведено післяопераційну дистанційну гамма-терапію на проекційну ділянку первинного вогнища та переважні анатомічні шляхи лімфовідтоку (сумарна вогнищева доза — 45 Гр). Катамнез післяопераційний — 13 міс. Через 37 років виник рецидив із залученням до пухлинного процесу всіх гілок лицевого нерва, кісток черепа, метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли. Лікування було проведено в Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України. Хвора не надала згоду на розширений обсяг хірургічного втручання, поставивши умову збереження зовнішнього вигляду. У зв'язку з цим видалення уражених тканин проводили по краю пухлинної інвазії (без запасу здорових тканин) зі збереженням стовбура та гілок лицевого нерва, тобто із порушенням загальновизнаних принципів абластики. Представлений випадок перебігу хвороби доводить, що своєчасне проведення променевої терапії за перших ознак пухлини шкіри сприяє доброму клінічному ефекту, що надало змогу досягти тривалого безрецидивного періоду із гідною якістю життя та повною соціалізацією. Прогредієнтний перебіг захворювання (рецидив) обгрунтовує доцільність заміщення дефектів тканин лицевого черепа значних розмірів після радикального видалення раку шкіри привушної ділянки з інтракраніальним поширенням із застосуванням розробленого та впровадженого у відділенні позамозкових пухлин способу поєднання місцевої пластики та вільної пересадки шкірного клаптя.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.540. Хірургічне лікування лейоміосаркоми нижньої порожнистої вени / В. І. Русин, С. О. Бойко, В. В. Русин, Ф. В. Горленко, С. Ш. С. Бойко, О. В. Сима // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 44-51. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — запропонувати та впровадити в клінічну практику діагностично-лікувальний алгоритм при лейоміосаркомі нижньої порожнистої вени. За останні 30 років у Закарпатській обласній клінічній лікарні ім. Андрія Новака і Закарпатському протипухлинному центрі оперовано 8 хворих з лейоміосаркомою нижньої порожнистої вени — 7 (87,5 %) жінок та 1 (12,5 %) чоловіка. Медіана віку хворих становила 57 років. Для характеристики локалізації ураження застосували власну класифікацію поділу нижньої порожнистої вени на 7 сегментів: інфраренальний, інтерренальний, супраренальний, ретропечінковий, інфрадіафрагмовий, супрадіафрагмовий, інтракардіальний. Інтравазальну локалізацію пухлини спостерігали у 3 (37,5 %), екстравазальну — у 1 (12,5 %), змішану — у 4 (50 %) хворих. Усі пацієнти оперовані з лапаротомного доступу: у 1 (12,5 %) пацієнта виконана серединна лапаротомія, у 7 (87,5 %) — двобічна підреброва лапаротомія за типом "Chevron". Для алопротезування нижньої порожнистої вени у 6 (75 %) хворих використано політетрафторетиленовий протез, у 2 (25 %) — Gore-tex протези діаметром 18 — 22 мм.

У 5 (62,5 %) хворих виконано циркулярну резекцію та алопротезування нижньої порожнистої вени; у 2 (25 %) — циркулярну резекцію, алопротезування нижньої порожнистої вени та імплантацію правої і лівої ниркових вен у протез; у 1 (12,5 %) — циркулярну резекцію, алопротезування нижньої порожнистої вени та імплантацію лівої ниркової вени у протез. Висновки: хірургічний доступ за типом "Chevron" та етапне виділення нижньої порожнистої вени забезпечують адекватну візуалізацію її інфра-, інтер- і супраренального сегментів. Методика "piggyback" мобілізації печінки та прийом Прінгла — необхідні складові на етапі виділення ретропечінкового, інфра- і супрадіафрагмового сегментів нижньої порожнистої вени. Радикальне видалення пухлини з протезуванням нижньої порожнистої вени та імплантацією за потреби ниркових чи печінкових вен — єдина можливість покращення якості життя хворих з лейоміосаркомою нижньої порожнистої вени.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.541. Challenges in preoperative diagnosis of glossopharyngeal nerve schwannoma: own findings analysis / O. E. Skobska, A. H. Sirko, O. V. Zemskova, O. M. Lisianyi, I. O. Popovych, R. R. Malyi // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 65-70. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Мета роботи — детальний аналіз анамнезу, дебюту захворювання, клінічних симптомів і результатів нейровізуалізації 14 пацієнтів з язикоглотковими шваномами, які перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні субтенторіальної нейроонкології Державної установи "Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України" (8 пацієнтів) і відділенні нейрохірургії N 2 КП "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова" ДОС (6 пацієнтів) у період 2018—2021 рр. Критерії включення пацієнтів у дослідження: вік пацієнтів старше 18 років, наявність однобічної первинної шваноми язикоглоткового нерва. Як показало дослідження, більшість клінічних ознак і симптомів язиоглоткових шваном пов'язана з отоларингологічними порушеннями (такими як втрата слуху, шум у вухах, охриплість голосу, запаморочення); з мозочковими порушеннями (такими як атаксія, ністагм, запаморочення). Нейровізуалізаційна діагностика пухлин, що розташовані в ділянці мостомозочкового кута, повинна обов'язково включати спіральну комп'ютерну томографію головного мозку (з обов'язковою оцінкою стану яремного отвору та внутрішнього слухового проходу) та магнітно-резонансну томографію головного мозку з внутрішньовенним підсиленням та включенням послідовностей з високою роздільною здатністю, градієнтного ехо (3D CISS, DRIVE, TRUFFI, B-FFE) з метою кращої візуалізації та диференціації різних черепних нервів у мостомозочковому куті. Результати дослідження демонструють труднощі в постановці достовірного діагнозу на доопераційному етапі стандартним діагностичним комплексом. Діагностика пухлин яремного отвору й мостомозочкового кута на доопераційному етапі повинна базуватися на системному підході і включати зіставлення результатів комплексу клініко-інструментального обстеження та нейровізуалізаційних методів досліджень.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.284, 1.Р.285, 1.Р.288, 1.Р.482, 1.Р.534, 1.Р.547, 1.Р.609, 1.Р.628

Пухлини системи травлення та печінки

1.Р.542. Вплив генетичного поліморфізму на розвиток гепатоцелюлярної карциноми у пацієнтів з жировою хворобою печінки, асоційованою з метаболічним синдромом. Огляд літератури / А. В. Антоненко, Т. В. Берегова // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 64-69. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

В економічно розвинених країнах неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) посідає перше місце серед захворювань печінки. У 2020 р. групою експертів запропоновано новий термін — "метаболічно-асоційована жирова хвороба печінки", що надає змогу конкретизувати діагноз у пацієнтів, виділити фенотипи НАЖХП та оптимізувати лікування. Перебіг метаболічно-асоційованої хвороби печінки може варіювати від легких форм (простий неалкогольний стеатоз, що характеризується накопиченням тригліцеридів у клітинах печінки) до агресивного перебігу з розвитком цирозу та гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). Агресивний перебіг захворювання спостерігається у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, високим індексом маси тіла, абдомінальним типом ожиріння та стеатогепатитом, підтвердженим гістологічно. В епідеміологічних і генетичних дослідженнях виявлено зв'язок між морфологічною стадією метаболічно-асоційованої хвороби печінки та спадковими чинниками. Прогресування до ГЦК часто спостерігається у пацієнтів із виразним стеатогепатитом, хоча, за останніми літературними даними, частка пацієнтів із фіброзом F1 — F2 і появою ГЦК значно зросла. Це зумовлено наявністю метаболічного синдрому та генним поліморфізмом. Виділяють 3 основних гени, поліморфізм яких асоційований із розвитком метаболічно-асоційованої хвороби печінки, інсуліно-резистентністю, дисліпідемією та фіброгенезом, — PNPLA3, TM6SF2 і GCKR. Нещодавно був також ідентифікований поліморфізм гена MBOAT7, який особливо збільшує ризик розвитку стеатогепатиту у пацієнтів, що зловживають алкоголем і/або мають хронічний вірусний гепатит С. Виявлення поліморфізму зазначених генів є корисним для визначення груп високого ризику прогресування захворювання. Рання діагностика ГЦК і стратифікація ризику нададуть змогу діагностувати захворювання на ранніх стадіях

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.543. Впровадження новітньої TNM-незалежної системи оцінки виживаності хворих / С. І. Кіркілевський, В. О. Полясний, А. О. Машуков, Л. А. Ковалевська // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 39-49. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

TNM-незалежна виживаність хворих на рак шлунка — досить нове явище в системі прогнозування життя прооперованих з приводу раку шлунка (РШ) хворих. Чим більш вираженою єлімфоцитарна інфільтрація пухлини, тим вищевиживаність онкологічного хворого. Для визначення рівня індексу імуноскора (IS) досліджуються наявність CD3, CD8, CD68, CD163 клітин в наступних зонах пухлини: TS — пухлинна строма, TN — центральна частина пухлини, TM — пухлинний край, AG — всі локалізації. CD3 є маркером Т-лімфоцитів, включаючи CD4+ Т-хелпери. CD8 — маркер цитотоксичних Т-лімфоцитів. Туморасоційовані макрофаги класифікувалися на М1 (класично активуються, CD68) і М2 (альтернативно активуються, CD163) клітини. Всього в процесі дослідження виявлено 25 495 специфічних клітин, з них 13829 макрофагів і 11666 Т-лімфоцитів. CD3 переважали в стромі пухлини (3919 > 3333 від всіх виявлених), CD8 Т-кілери переважали також в пухлинній стромі (2447 > 1967 від всіх виявлених), CD68 М1 макрофаги навпаки переважали в пухлинному "гнізді" (4760 > 4314 від всіх виявлених) і CD163 М2 макрофаги також переважали в центральних ділянках пухлини (2408 > 2347 від всіх виявлених в процесі роботи). Тільки насиченість макрофагами в tumor nest корелювала зі сприятливим прогнозом, Т-лімфоцитарна інфільтрація давала різноспрямовані тренди незалежно від зон їх розташування. Інфільтрація впливала на виживаність незалежно від стадії РШ. Зроблені попередні висновки про те, що вивчення IS необхідно як з точки зору впливу на виживаність хворих як фактора прогнозу, так і з перспективою більш активного призначення і використання імунотаргентних препаратів.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.544. Дуплікаційна кіста шлунка / А. С. Лаврик, О. П. Дмитренко, В. О. Кропельницький, Г. М. Литвинчук // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 99-101. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Дуплікаційні кісти шлунка — рідкісне захворювання, зважаючи на складнощі диференціальної діагностики, потребують хірургічного видалення з подальшим гістологічним дослідженням. Операцією вибору є видалення новоутворення з лапароскопічного доступу.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.545. Ендоскопічне стентування при стенозуючому раку та стриктурах травного каналу / Ю. М. Степанов, О. М. Бабій, Б. Ф. Шевченко, С. О. Тарабаров // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 180-190. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність методики ендоскопічного стентування при стенозуючому раку і стриктурах травного каналу. Із січня 2015 р. проведено ендоскопічне стентування у 12 хворих нітиноловими стентами, що саморозправляються, з полімерним покриттям та без такого фірми Boston Scientific Ltd (США) і нітиноловими стентами фірми Garson (Корея) без покриття. Чоловіків було 8 (66,7 %), жінок — 4 (33,3 %); вік пацієнтів — 51—80 років, середній вік — (63,0 ± 4,2) року. Стенозуючий рак стравоходу діагностовано у 5 пацієнтів, стенозуючий рак вихідного відділу шлунка — у 3, стенозуючий рак дванадцятипалої кишки — в одного, стриктури стравохо-

ду — у 3 хворих. У всіх хворих показанням до стентування було порушення прохідності травного каналу внаслідок основного захворювання. В усіх пацієнтів відновлено харчування. У групі хворих зі стенозуючим раком стравоходу показник тридцятиденної летальності становив 20 %, медіана виживаності — 9 міс. Рецидив дисфагії діагностовано в одного пацієнта, здійснено реканалізацію просвіту стента. У групі зі стенозуючим раком вихідного відділу шлунка та дванадцятипалої кишки показник тридцятиденної летальності становив 33,3 %, медіана виживаності — 11 міс. Евакуаторні порушення діагностовано в одного пацієнта, проведено повторне стентування "стент у стент". У групі зі стриктурою стравоходу в одного пацієнта визначено міграцію стента, виконано його репозицію. Висновки: ендоскопічне стентування нітиноловими стентами, що саморозправляються, в інкурабельних пацієнтів зі злоякісними стенозами стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки та у хворих з непухлинними стриктурами стравоходу є операцією вибору, безпечним та ефективним методом, який надає змогу відновити і продовжити харчування природним шляхом і у такий спосіб покращити якість життя в інкурабельних випадках. Ускладнення, що виникли у віддаленому періоді після стентування, встановлено у 25 % випадків. Такі ускладнення було скориговано ендоскопічно.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.546. Застосування метформіну в лікуванні гастроінтестинального раку: (огляд) / С. М. Ткач // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 60-69. - Бібліогр.: 56 назв. - укр.

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу та злоякісні пухлини мають кілька спільних чинників ризику, зокрема ожиріння, метаболічний синдром, гіперінсулінемію та хронічне запалення. Останнім часом ці чинники розглядають як можливі механізми, що спричиняють підвищення ризику розвитку злоякісних пухлин, зокрема раку шлунково-кишкового тракту. Епідеміологічні дослідження та метааналізи свідчать про те, що серед пацієнтів з ЦД 2 типу більший рівень захворюваності та смертності від злоякісних утворень. Метформін — добре відомий пероральний гіпоглікемічний препарат, який належить до класу бігуанідів і використовується для лікування ЦД 2 типу протягом майже сторіччя. Встановлено, що у пацієнтів із ЦД 2 типу за тривалого застосування метформіну знижується частота пухлин і рівень смертності від різних видів раку. Недавні дослідження виявили, що метформін може мати пряму плейотропну протиракову активність щодо багатьох пухлинних клітин та їх мікросередовища. Його потенційні механізми можуть бути як інсулінозалежними, так і інсулінонезалежними. Метформін сприяє протипухлинному імунозалежному метаболічному контролю за Т-лімфоцитами та раковими клітинами, здатний модулювати кишкову мікробіоту і має системний вплив на метаболізм організму. Наведено дані, які розкривають можливі механізми протиракової дії метформіну та обгрунтовують його застосування як препарату, який може бути корисним для лікування раку шлунково-кишкового тракту. Хоча більшість клінічних досліджень є ретроспективними, часто обмеженими за часом та упередженістю щодо вибору хворих, останні дані доклінічних досліджень протипухлинних ефектів метформіну свідчать про необхідність подальшого вивчення його впливу на канцерогенез і прогресування раку шлунково-кишкового тракту. У майбутніх дослідженнях слід урахувати діабетичний статус, прогностичні біомаркери, стадію захворювання та режими лікування.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.547. Про історію і деякі характеристики нейроендокринних пухлин шлунково-кишкового тракту. Нейроендокринні пухлини підшлункової залози. Ч. 2: (огляд) / С. Й. Рибаков // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 70-81. - Бібліогр.: 87 назв. - укр.

Огляд літератури присвячено аналізу численних досліджень, які стали підгрунтям для створення уявлень про дифузну ендокринну систему, тобто про існування, крім основних ендокринних залоз, клітинних скупчень і окремих клітин, які продукують різні гормони та біологічно активні речовини. Встановлено, що, зокрема в органах шлунково-кишкового тракту, починаючи від стравоходу і до термінальних відділів товстого кишечника, є кілька типів ендокринних клітин, які виконують зазначені функції. Найбільша їх кількість міститься в підшлунковій залозі, антральному відділі шлунка, дванадцятипалій кишці, початковій частині тонкого кишечника, печінці. Надлишкова секреторна діяльність цих клітин може спричинити розвиток патологічних клінічних синдромів, які характеризуються ефектом дії відповідних гормонів. Морфологічним субстратом таких синдромів можуть бути пухлини або дифузна гіперплазія відповідних клітин. Автор розглядає підшлункову залозу як складову частину дифузної ендокринної системи, оскільки специфічні ендокринні функції в ній виконують численні скупчення клітин (острівці Лангерганса) або окремі клітини. Детально розглянуто характеристики деяких з численних нейроендокринних пухлин шлунково-кишкового тракту в історичному і клінічному аспекті, зокрема синдром Золлінгера — Еллісона, складовими якого є пухлина, що продукує гастрин, і пептичні виразки, які постійно рецидивують унаслідок вторинної щодо гіпергастринемії гіперпродукції соляної кислоти в шлунку. Також наведено дані щодо віпоми, соматостатиноми та інших нейроендокринних пухлин, які походять із клітин підшлункової залози. Вони є рідкісними пухлинами і розгляд їх після інсуліноми можна пояснити саме антагоністичним характером дії гормонів, які виробляються цими новоутвореннями.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.548. Про історію і деякі характеристики нейроендокринних пухлин шлунково-кишкового тракту. Огляд літератури. Ч. 1 / С. Й. Рибаков // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 60-72. - Бібліогр.: 81 назв. - укр.

Огляд літератури присвячений аналізу численних досліджень, які стали підгрунтям для створення уявлень про дифузну ендокринну систему, тобто про існування, окрім основних ендокринних залоз, клітинних скупчень та окремих клітин. В органах шлунково-кишкового тракту, починаючи від стравоходу і до термінальних відділів товстого кишечника, є декілька типів ендокринних клітин, які володіють зазначеними функціями. Найбільша їх кількість міститься у підшлунковій залозі, антральному відділі шлунка, дванадцятипалої кишки, початкової частини тонкого кишечника, печінці. Надлишкова секреторна діяльність цих клітин може спричинити розвиток патологічних клінічних синдромів, які характеризуються ефектом дії відповідних гормонів. Морфологічним субстратом таких синдромів можуть бути пухлини або дифузна гіперплазія відповідних клітин. Автор розглядає підшлункову залозу як складову частину дифузної ендокринної системи, оскільки специфічні ендокринні функції в ній виконують численні скупчення клітин (острівці Лангерганса) або окремі клітини. Із великої кількості нейроендокринних пухлин шлунково-кишкового тракту детально розглянуто характеристики деяких з них в історичному та клінічному аспекті, зокрема інсуліноми як найчастіше — добре вивченого новоутворення. Наведено дані про глюкагоному і нейроендокринну пухлину, яка походить із α-клітин підшлункової залози та є свого роду антагоністом інсуліноми, оскільки секретує в надлишку гормон глюкагон, спричиняє розвиток гіперглікемічного клінічного синдрому на відміну від гіпоглікемічного, зумовленого інсуліном. Вона є рідкісною пухлиною і розгляд її після інсуліноми можна пояснити саме антагоністичним характером дії гормонів, котрі виробляються цими новоутвореннями. У групі нейроендокринних пухлин підшлункової залози глюкагонома за частотою посідає третє місце після інсуліноми та гастриноми.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.549. Роль високотоксигенних CagA- та VacA-штамів Helicobacter pylori у канцерогенезі шлунка. Огляд літератури / Л. М. Нікуліна, Г. А. Соловйова // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 3/4. - С. 42-49. - Бібліогр.: 64 назв. - укр.

Рак шлунка (РШ) посідає 4-те місце серед причин смерті від онкологічних захворювань у світі. До чинників ризику РШ відносять генетичну схильність, зловживання алкоголем, тютюнокуріння, низький соціально-економічний рівень, особливості харчування, вірус Епштейна — Барр та інфекцію Helicobacter pylori. Бактерія H. pylori — єдиний статистично доведений чинник ризику РШ. Останній розвивається у менше ніж 3 % пацієнтів, інфікованих H. pylori, що свідчить про унікальний спосіб взаємодії між імунною відповіддю господаря та факторами вірулентності H. pylori, що відіграє важливу роль у виникненні та прогресуванні патологічного процесу в слизовій оболонці шлунка. Експресія онкогенного білка, асоційованого з цитотоксином, гена A (CagA), цитотоксину A (VacA), який спричиняє утворення вакуолей в епітеліоцитах слизової оболонки шлунка, та зовнішнього запального білка має важливе значення для патогенезу. Розглянуто взаємозв'язки між чинниками вірулентності H. pylori та господарем, що необхідно для кращого розуміння пато-

генезу та профілактики канцерогенезу. Стратегією профілактики РШ є ерадикаційна терапія, яка ускладнюється ростом резистентності до антимікробних препаратів. Лише незначну кількість праць присвячено вивченню впливу факторів патогенності H. pylori (CagA+ і VacA+) на розвиток атрофії, кишкової метаплазії та дисплазії. У літературі мало даних про відмінність за антибіотикорезистентністю (АР) між високо- (ВТГ) і нетоксигенними штамами H. pylori. Мета роботи — навести сучасні дані про вплив ВТГ CagA+- і VacA+-штамів H. pylori на процеси канцерогенезу шлунка та визначити їхню роль у резистентності до кларитроміцину. Вивчення зв'язку ВТГ штамів CagA та VacA з клінічними та морфологічними виявами гастриту та АР надасть змогу запобігти прогресуванню передракових змін і використовувати ефективну тактику лікування.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.550. Роль ендоскопічного ультразвукового дослідження в діагностиці підслизових новоутворень шлунка та дванадцятипалої кишки (огляд літератури та власні клінічні спостереження) / Ю. М. Степанов, Н. В. Пролом, І. С. Коненко, С. О. Тарабаров, Н. П. Дементій, І. М. Адамська // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 4. - С. 270-279. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Підслизові новоутворення шлунка та дванадцятипалої кишки включають групу захворювань з різною етіологією, клінічною симптоматикою, діагностикою та тактикою лікування. Звичайна гастродуоденоскопія надає змогу виявити підслизові новоутворення у 0,36 — 4 % випадків, тоді як шлунок є найчастішим місцем їх локалізації (до 60 %). Ендоскопія й ультразвукове ендоскопічне дослідження є важливими інструментами для діагностики підслизових новоутворень стінок стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, як доброякісних (поліпи, підслизові новоутворення, екстраорганні здавлення, кісти), так і злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту, особливо невеликих та випадково виявлених. Важливо не тільки діагностувати новоутворення, а й визначити, з яких шарів воно виходить, в який рівень проростає, чи є ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Надати відповіді на ці запитання може лише ендоскопічна ультрасонографія (ЕУС). ЕУС поєднує можливості двох досліджень — ендоскопічного й ультразвукового, що значно підвищило інформативність ендоскопічного дослідження, оскільки з'явилась можливість визначення поширеності патологічного процесу та ступеня внутрішньостінкової інвазії, а також можливість проводити диференціальну діагностику підслизових новоутворень з патологічними процесами у прилеглих до стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки органах. Наведено випадки обстеження пацієнтів з підозрою на підслизове новоутворення шлунка та дванадцятипалої кишки в ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України". За допомогою ЕУС в однієї з пацієнток було підтверджено, в іншої — виключено діагноз підслизового новоутворення.

Шифр НБУВ: Ж63141

1.Р.551. Тубулярна аденома тонкої кишки / В. І. Ляховський, А. В. Сидоренко, І. І. Нємченко, Т. В. Городова-Андрєєва, П. В. Савчук, Д. Д. Фурман // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 102-104. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Тубулярна аденома з локалізацією у просвіті тонкої кишки є доволі рідкісним захворюванням та має нехарактерну клінічну картину. У даного хворого спостерігалася нетипова клінічна картина гострої кишкової непрохідності, з приводу якої він був оперований. Під час хірургічного втручання виявлена інвагінація тонкої кишки, причиною якої був аденоматозний поліп. При цьому ультразвукові методи діагностики органів черевної порожнини не вказали на наявність у пацієнта даної патології. Проблема діагностики тубулярної аденоми тонкої кишки залишається доволі актуальною і потребує спеціального розгляду всіх її аспектів. Можливе виникнення гострої непрохідності або малігнізації кишки обумовлює необхідність проведення точної і своєчасної діагностики з наступним виконанням оперативного втручання, направленого на видалення даного патологічного утворення.

Шифр НБУВ: Ж26838

1.Р.552. Ускладнення трансанальної ендоскопічної резекції при раку прямої кишки / Р. П. Нікітенко, К. О. Воротинцева, С. П. Дегтяренко, О. М. Степановічус // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 11/12. - С. 11-14. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити інтра- і післяопераційні ускладнення при трансанальній ендоскопічній резекції у пацієнтів із раком прямої кишки (РПК) і зменшити їх кількість. За період із 2009 по 2021 рр. на базі Одеської обласної клінічної лікарні оперовано 184 пацієнти з РПК з використанням трансанальної ендоскопічної резекції. Вік пацієнтів від 42 до 86 років. Пацієнти були розподілені на дві групи. У 90 пацієнтів 1-ї групи був установлений діагноз — РПК I стадії (T1-2N0M0). У 2-й групі у 94 пацієнтів до операції був установлений діагноз — РПК II стадії (T3N0M0). Гнійно-септичних, тромбоемболічних і урологічних ускладнень не було у всіх 184 пацієнтів. Тяжких інтраопераційних ускладнень не спостерігали, жоден пацієнт не помер. Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі у середньому становила (3,4 ± 1,7) доби (від 2 до 6 діб). Нижній край пухлини знаходився на відстані у середньому (9,5 ± 4,2) см (від 5 до 16 см) від анального каналу, середній розмір пухлини становив (2,8 ± 1,7) см (від 1,5 до 4 см). При вивченні результатів гістологічних досліджень відмічено, що у всіх пацієнтів пухлина видалена у межах здорових тканин, що відповідає стандартам онкологічної техніки. Період спостереження за пацієнтами становив від 12 до 60 міс. Рецидив РПК був виявлений у 12 (13,3 %) пацієнтів 1-ї групи. Рецидив раку виник у тих пацієнтів, які відмовились від проведення хіміо- і радіотерапії. Пацієнтів із рецидивами оперували повторно, при цьому виконували класичну низьку передню резекцію прямої кишки з тотальною мезоректумектомією. Висновки: у разі проведення передопераційної неоад'ювантної хіміо- і радіотерапії значно зменшуються розміри пухлини, а також кількість інтра- і післяопераційних ускладнень при виконанні трансанальної ендоскопічної резекції. Прогноз захворювання РПК прямо залежить від наявності метастазів у регіонарні "сторожові" лімфатичні вузли.

Шифр НБУВ: Ж26838

Пухлини ендокринної системи

1.Р.553. Впровадження молекулярно-генетичного обстеження в діагностику тиреоїдного раку: власне дослідження / О. П. Нечай, О. А. Товкай, В. О. Паламарчук, Н. І. Белемець, С. І. Ніколаєнко, О. В. Мазур, Д. М. Квітка, П. О. Ліщинський // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 9-16. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити значення мутацій BRAFV600E, NRAS, KRAS, HRAS, RET/PTC (RET/PTC1 і RER/PTC3), PAX8/ PPARg для розвитку та перебігу тиреоїдного раку, визначити значущу мутацію-предиктор. Відібрано та проаналізовано 63 історії хвороби пацієнтів, яким на доопераційному етапі проведено молекулярно-генетичне тестування (МГТ) утворень щитоподібної залози, а в подальшому — оперативне лікування в умовах хірургічного відділення Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Середній вік хворих становив (41,0 ± 1,8) року. Чоловіків було 7, жінок — 56. Усім хворим проводили тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію вузлів щитоподібної залози за стандартною методикою з цитологічним висновком відповідно до системи Bethesda. Категорію Bethesda III виявлено у 3 (4,8 %) хворих, Bethesda IV — у 13 (20,6 %), Bethesda V — у 12 (19,0 %), Bethesda VI — у 35 (55,6 %). Патогенну мутацію визначили у 47 (74,6 %) хворих (перша група), з них у двох — по дві мутації. В 16 (25,4 %) випадках не виявлено патогенної мутації (друга група). Генами, які траплялися найчастіше, були BRAFV600E — 35 (55,6 %), NRA5 — 11 (17,5 %), KRAS — 3 (4,8 %). У разі встановлення діагнозу раку щитоподібної залози (РЩЗ) патогенні мутації виявлено у 38 (79,1 %) випадках. Мутацію гена BRAFV600E зареєстрували у разі цитологічного висновку Bethesda III — V у 28,9 % пацієнтів, у разі Bethesda VI — у 77,1 %. Відповідно чутливість тесту була невисокою — 0,646, специфічність — 0,733. Велике значення прогностичної значущості позитивного результату (0,784 — 0,943) свідчило про ймовірність виявлення РЩЗ. Це припущення підтверджує величина критерію у χ^2 з поправкою Йєтса (5,207, p = 0,023). Використання тесту на наявність гена NRAS для виявлення РЩЗ було неефективним (χ^2 = 0,009, p = 1927). Частота виявлення РЩЗ у першій групі у разі Bethesda III — V була вищою, ніж у другій групі, але різниця не була статистично значущою. Агресивність ЗЩЗ у хворих першої групи з позитивним результатом МГТ не мала статистично значущих відмінностей від результатів, одержаних у другій групі (39,5 та 33,3 % відповідно). Висновки: застосування МГТ у

79,1 % випадках надало змогу виявити патогенні мутації генів ERAFV600E, NRAS, KRAS. Наявність цих генів у поєднанні з цитоморфологічним висновком Bethesda III — V не підвищила виявлення РЩЗ у досліджуваних хворих. Предиктором серед досліджених генів-кандидатів для встановлення діагнозу РЩЗ був BRAFV600E, який спостерігався у 64,6 % випадках (прогностична значущість позитивного результату — 0,784 — 0,943). Виявлення патогенної мутації у хворих на РЩЗ не було пов'язано з агресивністю його перебігу.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.554. Клініко-морфологічні чинники, які підвищують ризик локорегіонарного метастазування папілярного раку щитоподібної залози / П. О. Ліщинський, В. О. Паламарчук, С. В. Земсков, О. А. Товкай // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 7-13. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити чинники, які підвищують ризик локорегіонарного метастазування (ЛРМ) ПРЩЗ та обгрунтувати доцільність систематичної профілактичної центральної дисекції шиї. Проведено ретропроспективне моноцентрове дослідження ризику пролонгації ПРЩЗ у вигляді ЛРМ. Опрацьовано дані 514 пацієнтів, прооперованих з приводу ПРЩЗ. До основної групи було відібрано 240 хворих, у яких виявлено ЛРМ за результатами патогістологічного дослідження (ПГД), до контрольної групи — 274 пацієнтів без ознак ЛРМ. Аналізували такі ознаки: багатофокусність ураження щитоподібної залози, вік пацієнтів, стать, наявність тиреоїдиту, розмір домінантної пухлини, інвазія в жирову клітковину. Для обгрунтування доцільності систематичної профілактичної центральної дисекції шиї проведено ретроспективну обробку даних 514 пацієнтів, прооперованих у період з 2018 до 2020 р. з приводу ПРЩЗ, у яких на доопераційному етапі не було цитологічно підтверджено наявність метастазування (cNO). В основній групі середній вік хворих був нижчим за такий пацієнтів контрольної групи ($p < 0,001$). Медіана розміру первинної пухлини у пацієнтів основної групи статистично значущо перевищувала показник контрольної групи ($p < 0,001$). Частка чоловіків в основній групі була значущо більшою, ніж у контрольній групі, а жінок — навпаки ($p < 0,05$). Інвазія пухлини у жирову клітковину в основній групі траплялася майже вдвічі частіше ($p < 0,01$). Частка пацієнтів з багатофокусним ураженням в обох групах була практично однаковою і статистично значущо не відрізнялася ($p > 0,05$). Частота виявлення іпсилатеральної та контралатеральної локалізації пухлин у групах статистично значущо не відрізнялася ($p > 0,05$). Частота виявлення тиреоїдиту у контрольній групі була більшою, ніж в основній ($p < 0,05$). Частота виявлення метастазів з cNO на доопераційному етапі за результатами ПГД становила 25,8 %. Висновки: надійність доопераційних візуалізаційних методів діагностики не надає змоги ігнорувати вірогідність наявності локорегіонарного метастазування папілярного раку щитоподібної залози та не виконувати системну профілактичну центральну дисекцію шиї, лімфаденектомію. За одержаними даними, у 25,8 % випадках метастази верифікували за результатами ПГД завдяки систематичній центральній лімфодисекції шиї. Такі чинники, як чоловіча стать ($p < 0,05$), вік хворих ($p < 0,001$), розмір первинної пухлини ($p < 0,001$) та інвазія у жирову клітковину ($p < 0,01$), можуть бути предикторами підвищеного ризику ЛРМ ПРЩЗ. Наявність інвазії у жирову клітковину (діагностична ефективність — 64,8 %), розмір пухлини > 1,3 см (66,7 %) та вік < 47 років (60,0 %) підвищують ризик ЛРМ ПРЩЗ. Наявність тиреоїдиту (частота виявлення тиреоїдиту в контрольній групі перевищувала таку в основній групі ($p < 0,05$)), контралатеральне ураження щитоподібної залози ($p > 0,05$), багатофокусність ураження ($p > 0,05$) не є надійними прогностичними чинниками підвищеного ризику ЛРМ.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.555. Рівень кальцитоніну в післяопераційний період як чинник ризику персистенції медулярного раку щитоподібної залози / О. А. Товкай, В. О. Паламарчук, В. А. Смоляр, В. В. Куц, Р. М. Січінава // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 9-18. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити можливість застосування базального рівня кальцитоніну в післяопераційний період для оцінки ефективності хірургічного лікування медулярного раку щитоподібної залози та ймовірності його персистенції (рецидиву). Проведено ретроспективне моноцентрове дослідження результатів хірургічного лікування 194 пацієнтів (74,2 % жінок і 25,8 % чоловіків), з них 148 (76,3 %) мали первинні форми захворювання (1-ша група), 46 (23,7 %) — рецидивні (2-га група). Під час первинної операції виконували тиреоїдектомію, доповнену центральною та латеральною дисекцією шиї. Пацієнтів 1-ї групи було розподілено на дві підгрупи залежно від післяопераційного вмісту кальцитоніну: норма (≤ 18 пг/мл) і гіперкальцитонінемія (> 18 пг/мл). Визначення рівня кальцитоніну в сироватці крові проводили на автоматичному імунохемілюмінесцентному аналізаторі "MAGLUMI" ("Snibe Diagnostic", Китай) через 1 тиж. та 1 рік після операції. Накопичення і первинну обробку даних здійснювали в програмі MS Excel 2013, статистичну обробку виконували за допомогою програм StatPlus з використанням описової статистики, параметричних і непараметричних методів перевірки статистичних гіпотез (критеріїв Стьюдента, Ланна — Уїтні, кутового перетворення Фішера), аналізу таблиць спряженості, ROC-аналізу. Статистично значущими вважали результати за рівня значущості (p) $< 0,05$. Середня тривалість спостереження становила 67,5 міс. Проаналізовано результати хірургічної операції (відсутність або наявність клінічного рецидиву). Як предиктор використовували рівень кальцитоніну в ранній післяопераційний період (на 5-ту добу). Нормокальцитонінемія супроводжувалася появою рецидиву через 2 роки спостереження у близько 2 % випадків, гіперкальцитонінемія — у 61 — 74 % залежно від стадії та кратності проведених операцій. Встановлено зв'язок післяопераційного рівня кальцитоніну з наявністю рецидиву персистенції) медулярного раку щитоподібної залози (площа під ROC-кривою (AUC) — 0,928 (0,867; 0,989, індекс Юдена — 0,429, поріг (точка відсікання) ≥ 28,1 пг/мл, чутливість — 0,938 (0,854; 1,000), специфічність — 0,855 (0,789; 0,920), прогностична значущість позитивного результату (PPV) — 0,699, прогностична значущість негативного результату — 0,991). Також було розраховано показники контрачутливості та частоти виникнення негативних результатів тесту 1 пацієнтів з рецидивом залежно від післяопераційого рівня кальцитоніну. Висновки: рівень післяопераційного кальцитоніну через 5 діб після операції може бути використаний для оцінки ефективності оперативного лікування (AUC — 0,928 (0,867; 0,989), індекс Юдена — 1,429)). Прогнозування безрецидивного перебігу захворювання не залежить від стадії захворювання. За рівня кальцитоніну < 18 пг/мл клінічні ознаки персистенції (рецидиву) захворювання виявляють у 1,5 % випадків (прогностична значущість негативного результату — 0,991). Достовірність прогнозу рецидиву захворювання залежить від стадії та кількості проведених операцій (PPV = 0,612 за первинних форм без метастазів, PPV = 0,825 за рецидивних форм). Вміст кальцитоніну < 28,1 пг/мл можна вважати "відносно безпечним".

Шифр НБУВ: Ж24380

Пухлини жіночої статевої системи

1.Р.556. Дослідження системного імунітету та гемостазу в жінок із доброякісними і передпухлинними процесами залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу та безпліддям / В. В. Камінський, О. Я. Бондарук, І. О. Гак // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 24-27. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити стан системного імунітету та гемостазу жінок із безпліддям і наявністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу. Матеріали та методи дослідження. У дослідження увійшли 173 жінки з безпліддям і наявністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу (основна група). Групу порівняння склали 100 жінок з безпліддям та відсутністю патологічних процесів епітелію шийки матки. Всім пацієнткам проводились дослідження систем імунітету (вивчали популяцію лімфоцитів, циркулюючі імунні комплекси) та гемостазу (виконували скринінгові коагуляційні тести, визначали кількість та агрегаційну функцію тромбоцитів). Результати. Аналіз стану імунної системи виявив певні зміни в пацієнток основної групи, більш виражені в жінок із патологією ендометрія — супресію клітинної ланки (про що свідчить зниження як абсолютної, так і відносної кількості Т-лімфоцитів CD3+, абсолютної кількості CD4+, CD16 та фагоцитарного числа) на фоні активації гуморальної ланки імунної системи (зростання рівня CD22+, циркулюючих імунних комплексів, IgG та IgA). Дослідження стану судинно-тромбоцитарної ланки системи гемостазу

показало, що в жінок основної групи з патологією ендометрія спостерігається зниження кількості тромбоцитів на фоні тенденції до підвищення анізоцитозу тромбоцитів і зростання значень тромбоцитопоезу. При аналізі агрегаційної функції тромбоцитів у обстежених із патологією ендометрія виявлено достовірне підвищення агрегаційної здатності тромбоцитів до аденозиндифосфату, адреналіну та колагену, а також відмічена тенденція до гіперкоагуляції. У пацієнток із безпліддям і наявністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу відмічається супресія клітинної ланки імунної системи на фоні гіперактивації гуморальної ланки. Виявлена активація судинно-тромбоцитарної ланки системи гемостазу та тенденція до гіперкоагуляційного стану.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.557. 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. В. Бондаренко, А. В. Матвієнко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 341-351. - рус.

Продольные миофибриллы обнаруживаются в клетках лейомиомы с использованием окраски фосфовольфрамовой кислотой гематоксилином (РТАН) и могут использоваться для дифференцировки этих клеток от фибробластов или фиброцитов. Большинство клеток лейомиосаркомы являются иммунореактивными относительно десмина и гладкомышечного альфа актина, TGF альфа и EGF рецептора. Гладкомышечные клетки матки экспрессируют рецепторы эстрогенов и, по-видимому, чувствительны к гормонам.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.558. 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. В. Бондаренко, А. В. Матвієнко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 420-422. - рус.

Злокачественная шваннома иногда наблюдается в матке/шейке матки крыс. Редкая опухоль у большинства линий мышей; однако в линии NHO шваннома наблюдается в матке и других органах. Злокачественная шваннома была индуцирована алкилирующими агентами прямого действия, такими как N-нитрозометилмочевина или метилметансульфонат, действующими как трансплацентарные канцерогены у крыс. Шванномы также индуцировались после постнатального воздействия на крыс 7,12-диметилбенз[α] антрацена или N-нитрозометилмочевины. Злокачественные шванномы индуцировались у дважды трансгенных мышей, экспрессирующих крупный опухолевый антиген вируса 40 обезьян и прокариотический LacZ под контролем промотора основного белка миелина (MBP). Генетически спроектированные мышиные модели нейрофиброматоза с манипуляцией генами NF1 или NF2 развивают опухоли периферических нервных оболочек, включая шванномы.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.559. Оптимізація методів лікування лейоміоми матки в жінок репродуктивного віку: монографія / М. Л. Кузьоменська, І. М. Нікітіна; Сумський державний університет. - Суми: Сум. держ. ун-т, 2022. - 214 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 188-214. - укр.

Із сучасних позицій розглянуто питання етіології та патогенезу доброякісної пухлини матки — лейоміоми. Установлено вплив частоти, локалізації та розмірів міоматозних вузлів у генезі жіночої безплідності та розроблено тактику ведення пацієнток на різних етапах: від діагностики до відновлення репродуктивної функції. Представлено клініко-діагностичні аспекти лейоміоми матки, висвітлено основні методи лікування з акцентом на інноваційних консервативних, хірургічних та органозбережних методах лікування цієї патології. Окреслено особливості реабілітації репродуктивної функції жінок після консервативної міомектомії. Наведено ехографічні особливості діагностики лейоміоми. Схарактеризовано показання та особливості хірургічної тактики консервативної міомектомії. Виокремлено аспекти перебігу раннього післяопераційного періоду. Дослідження проведено на базі наукової лабораторії молекулярно-генетичних досліджень Сумського державного університету.

Шифр НБУВ: ВА863776

1.Р.560. Особенности мазков Папаниколау у женщин репродуктивного периода жизни с папилломавирусом 16, 18 / Алиева Шафаг Эльдар кызы // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 96-97. - Библиогр.: 6 назв. - рус.

Цель работы — выявить неопластические изменения шейки матки, используя объективные критерии цитологического исследования. Материал и методы. В исследование включены 100 женщин репродуктивного возраста (18 — 45 лет) в период 2015 — 2020 гг.: 20 женщин — в контрольную группу (I группа) и 80 — в группу высокого риска рака шейки матки (II группа — основная группа). Женщины II группы также разделены на 2 подгруппы: II А — с патологией шейки матки (n = 41); II В — без патологии шейки матки (n = 39). В исследование включены пациенты с положительным результатом ВПЧ 16/18, в том числе пациенты, в РАР мазках которых выявлены внутриклеточные повреждения. РАР мазки включены в исследование по следующим критериям. В мазках выявлено достаточное количество клеток плоского эпителия и сохранена их целостность. Эндоцервикальные клетки отслежены во всех РАР мазках. Обследование проведено по меньшей мере с 5 клетками в каждой, неполностью, и с 2 кластерами эндоцервикальных железистых или плоскоклеточных метапластических клеток. Клетки плоского эпителия покрывали не менее 10 % препарата. Кровянистые, технически артефактические препараты без клинических данных не изучались. Уровень дефицита не превышал 3 %, и высокие процентные ставки по артефактам не были включены в исследование. Несмотря на небольшое количество клеток при наличии аномальных клеток, это однозначно признано достаточным. Результаты. При интерпретации результатов РАР мазков выявлены 35 пациентов с ASCUS, 24 пациента с LSIL, 21 пациент с HSIL. Серотипы ВПЧ 16, 18 обнаружены у 24 из этих пациентов. У женщин II Б подгруппы при повторном взятии анализов не установлены патологические изменения шейки матки. У женщин репродуктивного возраста с позитивным ВПЧ 16, 18 для диагностики предраковых заболеваний шейки матки взятие РАР мазков является неотъемлемой частью исследования.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.561. Роль доплерівських режимів при виявленні об'ємних утворень яєчників / В. М. Рижик, І. Д. Стасів // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 57-64. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

З метою підвищення діагностичної значимості ультразвукової діагностики, визначено якісні та кількісні доплерівські показники при виявленні об'ємних утворень яєчників. Комплексно обстежено 149 пацієнток із додатковими утвореннями яєчників, які склали 3 групи пацієнтів. У групу контролю ввійшло 30 жінок, у яких були відсутні об'ємні утворення яєчників. Детальну якісну оцінку локусів кровотоку визначено за допомогою енергетичного доплера, а кількісну — імпульсного. Основні параметри, які оцінювались — максимальна швидкість кровотоку (V_{max}), індекс резистентності (IR), пульсаційний індекс (PI). За результатами досліджень визначено, що кольоровий доплер показав неоваскулярність у 46 (95,8 %) злоякісних пухлин на відміну лише від 35 (68,6 %) доброякісних пухлин. Для злоякісних пухлин характерна зміна швидкості у судинах із збільшенням пікової систолічної швидкості та зниження індексу резистентності. Показники V_{max} і PI незначно зростають за пухлиноподібних і доброякісних утворень, проте у випадку злоякісних зростають майже вдвічі у порівнянні з показниками контрольної групи ($p < 0,05$), а RI навпаки — вдвічі зменшується у випадку злоякісної патології ($p < 0,05$). У 33 (68,8 %) випадках злоякісних утворень яєчників показник RI був < 0,5 а жодна з доброякісних пухлин не мала RI < 0,4. Більшість доброякісних пухлин (82,4 %) мали RI > 0,6 ($p < 0,0001$). Результати досліджень свідчать, що доплерографія — незамінний компонент ультразвукової діагностики у диференціальній діагностиці об'ємних утворень яєчників, оскільки неоангіогенез має свої особливості, які ефективно можна виявити за допомогою доплерівських режимів.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.562. Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на рак ендометрія (власний досвід) / О. М. Мовчан, В. С. Свінціцький // Мед. перспективи. - 2022. - **27,** № 1. - С. 103-111. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Рак эндометрия в последние годы занимает ведущее место среди онкопроцессов женской репродуктивной системы. Высокая распространенность данного заболевания приводит к инвалидизации трудоспособного населения, крупным социально-экономическим затра-

там, что и обуславливает актуальность данной проблемы и поиска новых методов скрининга, диагностики, оптимального подбора лечения, что влияет на качество дальнейшей жизни. Выбор метода лечения пациенток зависит от следующих основных факторов: возраст, общее состояние, репродуктивные планы больной, гистологический тип опухоли, степень ее дифференциации, размеры, локализация в полости матки, распространенность опухолевого процесса. Основным методом лечения рака эндометрия является хирургическое лечение. Принципы хирургического лечения заключаются в индивидуальном подборе объема оперативного вмешательства, выполнении необходимого уровня лимфодисекции для предупреждения рецидива и метастазов. Проведение лимфодисекции при раке эндометрия всегда было спорным вопросом. Лимфаденэктомия необходима для точного установления стадии заболевания рака эндометрия. В последние годы дискуссия развивается по поводу лапароскопической лимфодисекции по сравнению с открытым доступом: до какого уровня должна быть выполнена лимфаденэктомия, какое количество лимфоузлов, частота осложнений, прогноз выживаемости пациенток, частота рецидивов. Освещено видение роли лимфодисекции как при лапаротомии, так и при лапароскопии, важность объема оперативного вмешательства и осложнения при каждом виде лечения.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.563. Сучасні стратегії профілактики раку шийки матки. Реалії сьогодення (огляд літератури) / В. К. Кондратюк, Н. Є. Горбань, Н. Д. Коблош // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 60-65. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

Роль вірусу папіломи людини (ВПЛ) у розвитку раку шийки матки (РШМ) та інших захворювань аногенітальної області доведена та загальновідома. Незважаючи на це, щорічно відзначається зростання показників захворюваності на РШМ. Скринінг РШМ — популяційний комплекс організаційних і медичних заходів, спрямованих на раннє виявлення передпухлинних та пухлинних захворювань шийки матки та на зниження смертності цієї групи пацієнтів. Після відкриття вірусної природи РШМ та впровадження ряду методів виявлення ВПЛ — ВПЛ-тестування набуло важливого значення. Діагностика раку на ранніх стадіях підвищує вірогідність ефективної відповіді на органозберігаюче хірургічне лікування, збільшує шанси пацієнта на виживання та дозволяє застосовувати менш вартісні методи лікування. ВПЛ-скринінг є чутливим не лише до виявлення передракових захворювань, а й істотно знижує захворюваність та смертність від РШМ, що є головним показником його ефективності. Однак, специфічні методи противірусного лікування ВПЛ не розроблені, єдиним дієвим способом попередження РШМ та інших асоційованих з ним захворювань є вакцинація. За останнє десятиріччя поширеність папіломавірусної інфекції зросла більш як у 10 разів. Один з ключових пунктів профілактики РШМ — це вакцинація. Рутинна вакцинація від ВПЛ рекомендована у віці 11 — 12 років та може також проводитися починаючи з віку 9 років; вакцинація рекомендована для всіх людей віком до 26 років, які не пройшли процедуру вчасно; при вакцинації осіб віком < 15 років рекомендоване введення вакцини за 2-дозовою схемою; особи з вірусом імунодефіциту людини та іншими імуноскомпрометованими станами повинні отримувати 3-дозову вакцинацію. В країнах, де вакцинація від ВПЛ застосовується повсюдно, показники захворюваності демонструють зниження частоти РШМ. Пандемія коронавірусної хвороби загрожує зірвати вакцинацію проти ВПЛ в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, що негативно впливає на стратегію ліквідації РШМ. Глобальна відповідь ВООЗ на пандемію COVID стала каталізатором інновацій та адаптацій на рівні системи охорони здоров'я, які можуть бути застосовані для поліпшення доступу та поширення інформації в контексті вакцинації проти ВПЛ і скринінгу на РШМ. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.564. Характеристика функціонального стану гемостазу у жінок після пангістеректомії I типу залежно від індексу маси тіла / П. Я. Боднар, Я. Я. Боднар, Т. В. Боднар, Б. Д. Кривокульський // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 24-27. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити стан згортальної системи крові в жінок після пангістеректомії I типу залежно від індексу маси тіла. Матеріали та методи. Вивчено гемостазіологічні показники 50 пацієнток з онкопатологією матки та додатків залежно від індексу маси тіла. Результати опрацьовано методом варіаційної статистики, що стало основою для їх узагальнення. Використано обчислення параметричного t-критерію Стьюдента та методи непараметричної статистики (тест Манна-Вітні). Відмінності між порівнюваними параметрами визнано статистично значущими при $p < 0,05$. Результати. Аналіз вихідних гемостазіологічних показників в онкогінекологічних пацієнток виявив удвічі вищі концентрації фібриногену та розчинних фібрин-мономерних комплексів, ніж у групі контролю. У пацієнток усіх трьох груп спостерігалася гіпертромбоцитемія. Оперативне втручання спровокувало подальшу активізацію I, II і III фаз коагуляції на тлі негативної тромбодинаміки, обумовленої інтраопераційною крововтратою. У жінок з I і II ступенем ожиріння вірогідних відмінностей в коагулограмі не спостерігалося, тоді як у пацієнток із III ступенем ожиріння тромботичний потенціал був достовірно агресивнішим. Висновки: онкогінекологічні захворювання асоціюються з порушенням коагуляційного статусу, зокрема, меншим активованим частковим тромбопластиновим часом на тлі гіперфібриногенемії та підвищеного протромбінового індексу. Оперативне втручання є достовірним тригером підвищення гемостазіологічного потенціалу з прогресуючим зростанням показників I, II і III фаз коагуляції. Ожиріння III ступеня є незалежним фактором ризику розвитку тромботичних ускладнень. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.682, 1.Р.689

Венерологія. Дерматологія

1.Р.565. Дизайн майбутнього європейської дерматовенерології / К. В. Коляденко, О. Є. Федоренко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 54-56. - укр.

Саме під такою назвою впродовж чотирьох днів (із 7 по 10 вересня 2022 р.) в Мілані відбувався 31-й конгрес Європейської академії дерматології та венерології (EADV). Цього року керівництво європейської фахової організації обрало новаторський гібридний формат проведення заходу, що надало змогу делегатам конгресу бути як безпосередньо присутніми в Мілані, так і брати участь в його роботі в онлайн-режимі. Клінічних дерматовенерологів та науковців об'єднала спільна мета: створити міжнародну фахову організацію, члени якої в подальшому матимуть можливість активно розвиватися та вільно ділитися набутим досвідом у різних галузях дерматології і венерології. На 31-му Конгресі EADV-2022 було організовано багато заходів для медсестер. Відбулись окремі презентації, присвячені ключовій ролі медсестер у психологічно підтримувальній онкодерматології та терапевтичній освіті пацієнтів з атопічним дерматитом.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.566. Личности в истории мировой дерматовенерологии / В. Н. Лин, А. М. Кириуцов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 77-98. - Библиогр.: 131 назв. - рус.

Дерматовенерология своими корнями уходит в глубокую древность. Вклад в эту науку внесли физиологи, патологи, хирурги Древней Греции, Древнего Рима, Востока, а также дерматовенерологи XVIII — XX ст. Предложены отдельные страницы многовековой истории дерматовенерологии.

Шифр НБУВ: Ж23543

Дерматологія

1.Р.567. Деякі особливості сприйняття зміни якості життя хворими на бульозний епідермоліз під час карантину через COVID-19 / К. В. Коляденко, О. Є. Федоренко, Л. В. Сологуб // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 28-33. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

У контексті пандемії COVID-19 хворі з тяжкими хронічними соматичними патологіями є найбільш вразливими. До груп ризику на-

лежать і пацієнти з бульозним епідермолізом (БЕ), для яких це скоріше можливість більш-менш реалістично і всебічно оцінити окремі аспекти їх фізичного (соматичного), психологічного і соціального життя. Показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів оцінюють не стільки тяжкість патологічного процесу, скільки те, як вони психологічно переносять і сприймають своє захворювання і з огляду на це — реалії життя і перспективи. Мета роботи — оцінити вилив тривалого карантину у пацієнтів з БЕ на якість їх життя за допомогою шкал HADS, ВАШ і MOS SE-36. ЯЖ досліджували па підставі класичного підходу до кількісної оцінки суб'єктивного стану, розробленого Стівенсом — Галантером у 1957 р. Респонденти самостійно оцінювали співвідношення свого стану відповідно до показників, визначених у тексті анкети, таких як: фізичні (сила, енергія, втомленість, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (позитивні емоції, нам'ять, концентрація, самооцінка, зовнішність, негативні переживання); рівень незалежності (щоденна активність, ефективність, залежність від лікування і прийому ліків); соціальне життя (відносини, соціальна цінність суб'єкта, сексуальна активність); навколишнє середовище (благополуччя, безпека, життя, якість і доступність медичного та соціального забезпечення, доступність інформації, можливості для освіти і навчання, дозвілля); духовність (релігія, власні переконання). Відомості, отримані в процесі повторного тестування хворих на БЕ (уже під час карантину), та їх аналіз дали змогу незаперечно і об'єктивно виявити зміни в психологічній оцінці наявних у них соматичних уражень шкіри, очей, нігтів, гортані і ротової порожнини, дізнатися про їх ставлення до громадського життя і навколишнього середовища, а також визначити рівень тривожності і ступінь психічного напруження. Висновки: значного негативного впливу необхідності довго перебувати в самоізоляції на ЯЖ у хворих на БЕ не виявлено, це пов'язано з тим, що і до карантину хворі внаслідок особливостей своєї патології не часто безпосередньо контактували з іншими людьми поза родиною. Таке обмеження в близькому спілкуванні для них не стало чимось суттєво психологічно та соціально значущим. Цілодобове перебування як хворих, так і їх рідних вдома зумовило різке "скорочення" соціальної дистанції між ними, що сприяло помітному підвищенню у них відчуття безпеки, та покращило, урізноманітило їх безпосереднє спілкування, буденну ЯЖ. Карантин різко і переважно психологічно неочікувано обмежив можливості безпосередніх особистісних контактів і тим самим майже урівняв у часі і частоті дистанційні контакти хворих на БЕ та здорових людей.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.568. Ефективність негормонального крему Solivin у поєднанні із селективною фототерапією в лікуванні хронічних шкірних дерматозів / І. В. Кадигроб, Н. В. Хитрина, Н. В. Гуцу, В. Б. Чірва // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 31-35. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — визначити терапевтичну ефективність 6-тижневого використання крему Solivin у хворих на бляшковий псоріаз та екзему. Під наглядом перебували 60 пацієнтів віком від 18 до 60 років. З діагнозом "бляшковий псоріаз" було 30 осіб, серед яких 10 чоловіків та 20 жінок, та "хронічна екзема" — 30 осіб, серед яких 12 чоловіків і 18 жінок. У 100 % хворих на псоріаз при застосуванні крему Solivin (монотерапія) індекс PASI знизився від середнього до легкого ступеня тяжкості, у 42 % пацієнтів спостерігали залишкові явища у вигляді еритеми. При застосуванні крему Solivin у поєднанні із селективною фототерапією (СФТ 311 нм) індекс PASI зменшився до легкого ступеня тяжкості у всіх 100 % пацієнтів, у 28 % осіб спостерігали залишкові явища у вигляді еритеми. У 62 % хворих на екзему при застосуванні крему Solivin (монотерапія) індекс тяжкості та площі ураження при екземі EASI після лікування знизився до помірного ступеня тяжкості, у 5 % — до легкого. Клінічні вияви були відсутні у 33 % осіб. У 24 % пацієнтів спостерігали залишкові явища у вигляді еритеми. При застосуванні крему Solivin у поєднанні із СФТ (311 нм) індекс EASI значно знизився до легкого ступеня тяжкості у 44 % пацієнтів та помірного — у 56 %. Побічних явищ не спостерігалось. Всі пацієнти лікування перенесли добре. Висновки: відзначено високу ефективність крему Solivin для проблемної шкіри. Збалансована комбінація органічних активних компонентів надає змогу тривало застосовувати крем без обмежень щодо розміру ділянки та кількості нанесення засобу. При застосуванні крему як монотерапії, так і в поєднанні із СФТ виявлено значне зниження індексів PASI та EASI, а також усіх показників клінічних виявів хронічних шкірних хвороб.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.569. Застосування довгоімпульсного неодимового (LP-Nd: YAG) лазера у лікуванні хворих на вірус папіломи людини (звичайні та підошовні бородавки) / Ж. В. Корольова, Є. О. Васильчук // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 17-23. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета роботи — порівняти ефективність неаблятивного методу лікування із застосуванням неодимового лазера та кріодеструкції у хворих з вульгарними бородавками. Під спостереженням перебували 45 пацієнтів із вульгарними бородавками, яких було вибрано за критеріями включення та виключення на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб. Сформовано три групи пацієнтів: 1-ша — лікування за традиційним методом лазерної терапії неодимовим лазером, 2-га — комбінована лазерна терапія із додатковою обробкою уражених зон лазерним сканером, 3-тя — кріодеструкція бородавок. Для лікування застосовано лазерну систему Fotona SP Spectro new — довгоімпульсний неодимовий лазер на ітрій-алюмінієвому гранаті (LP-Nd:YAG) з довжиною хвилі 1064 нм, сканер Fotona S11 та кріоспрей Cry-Ac. За даними спостереження протягом року від початку терапії найкращий результат за критерієм швидкості досягнення позитивних результатів лікування та відсутності появи нових елементів відзначено у пацієнтів 2-ї групи, яким проводили комбіновану лазерну терапію. Визначено значні переваги лазерної терапії перед кріодеструкцією — як за результатами цього дослідження, так і за даними літератури. Висновки: комбінований метод лазерної терапії потребує подальшого ретельного вивчення, але, без сумніву, є найбільш ефективним як за естетичними результатами, так і за патогенетичними, оскільки дія лазерного випромінення призводить в першу чергу до знешкодження інфікованих клітин на всій площі обробки. Також ця комбінована методика надає змогу знизити рецидивність папіломавірусної інфекції та є практично безболісною для пацієнта. Використання неодимового лазера є ефективною альтернативою кріотерапії та значно зменшує тривалість лікування.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.570. Комплексне лікування актинічного кератозу з використанням вуглецевого лазера та іміквімоду / М. Е. Запольський, М. М. Лебедюк, Ю. В. Теплюк, Л. М. Тимофєєва // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 36-41. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування різних форм актинічного кератозу (АК) за допомогою топічного імуноре іулятора іміквімоду в комбінації з вуглецевим (CO_2) лазером у вигляді дермального оптичного термолізу (ДОТ). Під спостереженням перебували 95 хворих з різними формами АК, яких розділили на дві групи: основну (50 осіб) та контрольну (45). Пацієнти обох груп як основний метод лікування АК використовували іміквімод. В основній групі до нанесення іміквімоду проводили додаткову обробку зони АК на 1 см по периферії від неї CO_2-лазером у вигляді ДОТ. Результати лікування пацієнтів обох груп оцінювали через 10, 20 та 60 днів після останнього нанесення іміквімоду. Проаналізовано такі параметри: болючість під час процедури та після неї, швидкість відновлення епідермісу, наявність або відсутність дерматоскопічних ознак АК, формування ускладнень (рубцевих або дисхромічних), відсутність або наявність рецидивів захворювання протягом 2 міс. Комплексна терапія з використанням іміквімоду та CO_2-лазера завдяки збільшенню глибини та інтенсивності втручання уповільнювала епітелізацію зон ураження (до 20 днів у 37 (39,5 %) пацієнтів основної групи, в контрольній — лише у 19 (20 %)); незначною мірою посилювала ефект посттравматичної гіперпігментації (через 60 днів відзначено у 5 (5,2 %) пацієнтів основної групи і у 3 (3,1 %) — контрольної), але надала можливість зменшити кількість рецидивів АК (особливо при гіперкератотичній формі) на 3,2 % у порівнянні з показником за проведення мототерапії іміквімодом, позитивно вплинула на швидкість зникнення дерматоскопічних патернів АК (через 20 днів після закінчення лікування їх спостерігали лише у 2 (2,1 %) пацієнтів основної групи і у 7 (7,5 %) — контрольної). Використання комплексного методу лікування АК, що включає нанесення іміквімоду та застосування CO_2-лазера, є перспективним, етіопатогенетично виправданим і має добру переносність.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.571. Порівняльний аналіз структури шкіри експериментальних тварин при різних видах енергетичного впливу / О. В. Пасічник, В. С. Конопліцький, Ю. Є. Коробко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 13-23. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Невуси здебільшого являють собою доброякісні пігментовані утворення, які в деяких випадках із певних причин можуть підлягати злоякісній трансформації. Показаннями для видалення різних за величиною невусів у цілому слугують косметичні причини, постійне подразнення новоутворень, локалізація пігментних невусів в анатомічних ділянках, складних для самоконтролю, наявність невусів особливо схильних до малігнізації. Мета роботи — оцінити шляхом експериментального дослідження морфологічний стан і склад тканин шкіри в краях, дні рани залежно від характеру впливу механічного та енергетичних факторів для подальшого визначення тактики лікування невусів у дітей. Вибір морських свинок масою 350 — 400 г та віком 6 — 8 тижнів в якості експериментальних тварин зумовлений тим, що в ссавців цього виду морфологічна будова шкіри дуже близька до будови шкіри людини, у тому числі за структурою та локалізацією меланоцитарних клітин. Біопсію шкіри брали у двох симетричних відносно хребта ділянках. Усіх тварин після висічення біоптатів шкіри утримували в індивідуальних клітках в умовах віварію, а через 24 год поділили на три групи по 5 особин у кожній, залежно від застосованого методу забору матеріалу для подальшого гістологічного дослідження: I група (n = 5) — висічення утворення проводили гострим шляхом, за допомогою скальпеля; II група (n = 5) — за допомогою лазера хірургічного високоінтенсивного "LIKA-surgeon" (потужність на виході — 10 Вт, довжина хвилі — 940 нм); III група (n = 5) — за допомогою високочастотного електрохірургічного апарату "BOWA-ARC 350". Максимально виражені морфологічні та морфометричні зміни в тканинах біоптатів шкіри в усі терміни дослідження відмічалися в III експериментальній групі тварин, а мінімальні — у I групі. Висновки: морфологічні та морфометричні дослідження біоптатів шкіри експериментальних тварин при різних методах висічення переконливо засвідчили, що на всіх етапах експерименту мінімальні ураження тканин спостерігалися в групі тварин, у яких висічення проводили за допомогою скальпеля, а максимальні патоморфологічні зміни — при біопсії за допомогою монополярного коагулятора. Під час експериментів із лабораторними тваринами всі біоетичні норми та рекомендації дотримано.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.572. Тестування вибраних косметичних та гігієнічних засобів компанії CHOICE у хворих на хронічні дерматози за допомогою шкірних аплікаційних проб / П. В. Федорич, С. П. Остапенко, Н. Е. Ковалевська, Є. А. Захарчук, О. В. Демченко, О. П. Новаковська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 36-40. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — за допомогою шкірних аплікаційних проб провести тестування на алергенність вибраних засобів екологічно чистої продукції косметичного та гігієнічного призначення компанії CHOICE у хворих на хронічні рецидивні дерматози — екзему, атопічний дерматит та псоріаз. За допомогою шкірних аплікаційних проб було проведено тестування вибраної продукції косметичного та гігієнічного призначення компанії CHOICE (Україна) у 36 хворих з найбільш поширеними хронічними рецидивними дерматозами — екземою, атопічним дерматитом та псоріазом. Засоби, що тестували, наносили на суху шкіру, вільну від висипань та препаратів для топічного використання, під медичний пластир. Облік проб проводили на 2-гу, а також на 4—5-ту та 7—8-му добу після нанесення засобів. У хворих на псоріаз, які брали участь у дослідженні, не було зареєстровано жодних реакцій з боку шкіри. Явища контактного дерматиту спостерігали при контакті лише з одним видом продукції, що тестували, а саме з "Ніжним фітомусом" для вмивання для всіх типів шкіри лінії "Морські водорості". Цей вид продукції виявився алергенним для 1 з 6 пацієнтів з істинною екземою та для 4 з 9 хворих на атопічний дерматит. Інші види продукції взагалі не спричиняли жодних явищ контактного дерматиту в пацієнтів. Висновки: чотири з п'яти протестованих за допомогою шкірних аплікаційних проб видів продукції компанії CHOICE (Україна), а саме: ECO мило рідке, Green max.; яєчний шампунь для сухого і пошкодженого волосся лінії "Інтенсивне зволоження", White mandarin; молочко для рук і тіла лінії "М'яка і бархатиста шкіра", White mandarin; гель для душу лінії "М'яка і бархатиста шкіра", White mandarin можна використовувати у хворих на екзему, атопічний дерматит та псоріаз без їх попереднього тестування на алергенність. Ніжний фітомус для вмивання для всіх типів шкіри лінії "Морські водорості" може спричиняти явища контактного дерматиту у хворих на істинну екзему та атопічний дерматит.

Шифр НБУВ: Ж23543

Див. також: 1.Р.108, 1.Р.707

Окремі хвороби шкіри

1.Р.573. Поліморфізм гена VDR (BsmI) у хворих на атопічний дерматит / Е. Гарібех // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 5-11. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити значущість BsmI (rs1544410) гена VDR як молекулярно-генетичного маркера ризику розвитку атопічного дерматиту (АД). У дослідження було включено 54 хворих на АД (основна група). Контрольну групу склали 32 особи. Усі обстежені мешкали у Подільському регіоні та мали українську етнічну приналежність. Метод виявлення алеля грунтувався на поліморфізмі довжини рестрикційних фрагментів, одержаних після обробки певними рестриктазами. Досліджували BsmI-поліморфізм, міжнародний код поліморфізму — rs1544410. Правильність розподілу частот генотипів визначали за відповідністю закону Харді — Вайнберга. Статистично достовірними вважали відмінності за $p < 0,05$. Аналіз генотипів однонуклеотидного поліморфізму rs1544410 гена VDR у хворих на АД засвідчив переважання гетерозиготного варіанта (G/A). Однак частка алеля А досягла (7,2 ± 3,7) %, що може свідчити про досить велику кількість осіб із підвищеним ризиком розвитку АД. За даними проведеного дослідження однонуклеотидного поліморфізму BsmI гена VDR серед осіб контрольної групи встановлено, що відсоток носіїв A/A-генотипу був достовірно нижчим, ніж осіб із G/G- ($p = 0,028$) та G/A-генотипом ($p = 0,023$). У порівнянні з розподілом генотипів та алелей однонуклеотидного поліморфізму BsmI гена VDR між особами основної та контрольної груп відзначено, що алель А був більш поширеним у пацієнтів з АД — 47,2 проти 39,07 % (ВШ 1,412; 95 % ДІ 0,203 — 0,978; $p = 0,271$). Як свідчать одержані дані, серед хворих із тяжким перебігом АД домінували носії A/A-генотипу на відміну від пацієнтів із середньотяжким перебігом захворювання, у яких переважав G/A-генотип. Серед осіб із легким перебігом захворювання переважали також носії G/A- та G/G-генотипів, що було достовірно більше, ніж пацентів із A/A-генотипом ($p < 0,05$). Висновки: поліморфізм гена VDR rs1544410 може бути пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку АД. Носіїв A/A-генотипу гена VDR rs1544410 було досить багато серед пацієнтів із АД у порівнянні зі здоровими особами контрольної групи.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.574. Сучасні підходи до лікування хронічної спонтанної кропив'янки у дорослих пацієнтів / О. І. Денисенко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 34-40. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити і проаналізувати тематичні публікації, присвячені аспектам етіопатогенезу та сучасним підходам до лікування хронічної спонтанної кропив'янки у дорослих пацієнтів. Вивчено і проаналізовано сучасні вітчизняні і зарубіжні публікації, присвячені аспектам етіопатогенезу і лікування хронічної кропив'янки, зокрема рекомендації Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS) 2020 р., щодо лікування хронічної спонтанної кропив'янки у дорослих пацієнтів, що грунтуються на засадах доказової медицини. За даними вітчизняних та зарубіжних публікацій, на кропив'янку страждає близько 15 — 20 % населення. При цьому останніми роками збільшується кількість хронічних форм дерматозу, резистентних до лікування (реєструють приблизно у 2 % населення), що знижують працездатність та погіршують якість життя. Більше ніж у половини пацієнтів не вдається визначити ймовірну причину хронічної кропив'янки, що свідчить про розвиток у них спонтанної (ідіопатичної) форми дерматозу. Препаратами першої лінії лікування хронічної кропив'янки є неседативні H_1-антигістамінні засоби II покоління, які, однак, у багатьох пацієнтів у разі застосування в стандартних дозах не забезпечують позитивного клінічного ефекту. З огляду на це в Європейських рекомендаціях для підвищення ефективності лікування хворих з торпідними формами хронічної

кропив'янки запропоновано підвищувати добову дозу антигістамінних препаратів у 4 рази. Згідно з рекомендаціями NHS (2020), що грунтуються на засадах доказової медицини, дорослим пацієнтам із хронічною спонтанною кропив'янкою як терапію першої лінії показано використовувати економічно вигідний та клінічно ефективний антигістамінний препарат II покоління цетиризин, який призначають покроково з підвищенням добової дози в 2—4 рази. Висновки: хронічна кропив'янка є серйозною медико-соціальною проблемою сьогодення. Більше ніж половину пацієнтів із хронічною кропив'янкою становлять хворі зі спонтанною (ідіопатичною) формою дерматозу. H_1-антигістамінні препарати II покоління є терапією першої лінії при хронічній кропив'янці, однак через відсутність у частини пацієнтів позитивного ефекту при використанні у стандартних дозах рекомендовано підвищити їх добові дози в 4 рази. Згідно з рекомендаціями NHS (2020) дорослим пацієнтам із хронічною спонтанною кропивіянкою як терапію першої лінії показане покрокове (з підвищенням добової дози) призначення ефективного та економічно вигідного антигістамінного препарату II покоління цетиризину.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.575. Холодова кропив'янка в практиці лікаря: (огляд) / А. Є. Богомолов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 55-60. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — вдосконалити методи диференційної діагностики та ведення пацієнтів з холодовими кропив'янками. Представлено огляд літератури і проаналізовано діагностичні підходи та принципи ведення пацієнтів із холодовими кропив'янками. Холодова кропив'янка характеризується свербежем, ангіоневротичним набряком або обома, з/або без анафілаксії, які виникають у відповідь на охолодження шкіри та/або слизової оболонки. Захворюваність на холодову кропив'янку оцінюється в 0,05 %, з більш високими показниками в країнах з холодним кліматом. Вважається, що симптоми кропив'янки в першу чергу пов'язані з активацією опасистих клітин шкіри. Проте в останні роки з'явилися дані, в яких підкреслено можливу роль коагуляції крові у патофізіології цього захворювання. У частини пацієнтів паралельно з розвитком холодова кропив'янка у відповідь на вплив холодових факторів, насамперед холодного повітря, можуть бути реакції, які клінічно нагадують прояви гайморит, кон'юнктивіту і бронхіальної астми, хоча вона може співіснувати з іншими типами кропив'янки. Основними принципами лікування хворих на холодову кропив'янку є: визначення причинних факторів, навчання пацієнтів та запобігання контакту з причинними факторами та ступінчаста фармакотерапія. Холодова кропив'янка є підтипом хронічної індукованої кропив'янки, що володіє всіма ознаками цієї гетерогенної групи захворювань, проте все ще є недостатньо вивченою як у плані патогенезу, так і в плані реальної епідеміології. Елімінаційні заходи, освіта пацієнта та лікування згідно з існуючими алгоритмами здатні покращити якість життя пацієнтів, що є першочерговим завданням лікування будь-якого хронічного захворювання.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.576. Значення специфічних автоімунних порушень у патогенезі псоріазу та перспективність імунобіологічної терапії дерматозу / К. С. Ткачишина // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 12-16. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати особливості специфічних автоімунних порушень в організмі у хворих на псоріаз, визначити їх значення в патогенезі цього дерматозу та оцінити перспективність імунобіологічної терапії дерматозу. На підставі поглибленого аналізу результатів сучасних спеціальних досліджень підтверджено провідне значення в патогенезі псоріазу наявності специфічних автоантигенів та автоантитіл в організмі хворих на цей дерматоз. У роботі проаналізовано вагоме значення окремих автоантигенів, значимих у патогенезі псоріазу, включаючи кератин-17, LL-37, ADAMTSL5 та ліпідні антигени, які генеруються PLA2G4D. Акцентовано увагу на потенційному значенні імунобіологічної терапії, на тлі якої відбувається суттєве зниження автоантигенів LL-37 та ADAMTSL5 у ділянках шкіри, уражених псоріатичною висипкою. Розглянуто також перспективність терапевтичних підходів до інгібування цитокінів, одержаних від Т-клітин і вроджених клітин, таких як IL-17, а також до інгібування PLA2G4D або CD 1a. Подальше поглиблене дослідження специфічних автоімунних порушень в організмі хворих на псоріаз має важливе значення для удосконалення терапевтичних підходів до лікування псоріазу. Висновки: автоімунні порушення в поєднанні з генетичними та низкою інших чинників є одним із вагомих патомеханізмів, на тлі яких може розвиватися псоріаз. Аналіз результатів сучасних спеціальних досліджень щодо детального вивчення згаданих порушень мають перспективне терапевтичне значення, оскільки, окрім підтримки підходів до інгібування цитокінів, одержаних від Т-клітин та дендритних клітин, вони підтримують розробку підходів до інгібування безпосередньо автоантигенів.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.577. Оптимізація комплексної діагностики та терапії хворих на псоріаз на тлі герпесвірусної інфекції типу 1, 2 / О. О. Сизон, У. В. Федорова, М. О. Дашко // Укр. журн. дерматол., венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 7-16. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — удосконалити діагностику, підвищити ефективність та оцінити безпеку противірусної терапії в комплексному лікуванні хворих на псоріаз (П) з активованою хронічною герпервірусною інфекцією гину 1, 2 (HSV 1, 2) на підставі молекулярно-генетичних, імунологічних механізмів розвитку цих захворювань, а також розробити підходи до прогнозування перебігу дерматозу. Для досягнення поставленої мети та вирішення відповідних завдань протягом 2017—2020 рр. обстежено 120 пацієнтів з використанням клінічних, загальнолабораторних, біохімічних, молекулярно-генетичних та імунологічних методів. У хворих на П + HSV 1, 2 визначено вищий рівень експресії miR-155 (у 2,1 разу: $p < 0,05$), ніж у пацієнтів групи лише з активованою HSV 1, 2, а експресія miR-146a була нижчою в 1,8 разу ($p < 0,05$) порівняно з показником у пацієнтів з П. Встановлено прямий зв'язок між кількістю лімфоцитів і експресією miR-155 у хворих на П + HSV 1, 2 ($r = 0,46$; $p < 0,05$). Після проведення комплексної терапії із включенням противірусних препаратів у хворих на П + HSV 1, 2 знизилася експресія miR-155, особливо порівняно з показником у групі хворих, які отримували лише базову терапію ($p < 0,05$). У хворих на П + HSV 1, 2 виявлено збільшену кількість регуляторних Т-лімфоцитів порівняно з показником у хворих лише на П ($p < 0,05$). Водночас кількість Т-хелперів у хворих цих двох груп була більшою ($p < 0,01$) порівняно з такою у здорових осіб. Після проведеного противірусного лікування з базовою терапією збільшилася кількість регуляторних клітин ($p = 0,0503$) порівняно з показником у хворих, які отримували лише базову терапію ($p = 0,0122$). Відзначене покращення зв'язків між В-лімфоцитами та Т-регуляторними клітинами ($r = 0,41$; $p < 0,05>$), між Т-хелперами та Т-цитотоксичними лімфоцитами ($r = -051$; $p < 0,05$). У хворих на П + HSV 1, 2 визначено: підвищення рівня IFN-α в крові в 3,5 разу порівняно з таким у здорових осіб та в 2,8 разу порівняно з показником у хворих на П; IL-23 в крові — в 2,6 разу порівняно зі здоровими та в 1,9 разу порівняно з пацієнтами з активованою HSV 1, 2; зниження рівня TGF-β в крові в 1,9 разу порівняно зі здоровими та в 2,1 разу — з хворими з активованою HSV 1, 2. Застосування противірусних препаратів у комплексній терапії хворих на П + HSV 1, 2 показало зниження синтезу IFN-α в слині ($p = 0,0398$) та IL-23 ($p — 0,0278$) у крові, а також підвищення рівня TGF-β ($p = 0,0438$). Висновки: запропоновано вдосконалений метод лікування та оцінку його клініко-імунологічної ефективності на основі інтегральної шкали для хворих на П + HSV 1, 2, який передбачає на тлі стандартної терапії протягом 90 днів застосування ІП і/або ацикловіру залежно від ступеня тяжкості HSV 1, 2. Це сприяє підвищенню клініко-імунологічної ефективності та безпеки лікування таких хворих порівняно з пацієнтами, які отримували лише базову терапію.

Шифр НБУВ: Ж23543D

1.Р.578. Псоріаз: сучасний стан захворюваності та організаційні заходи / В. Г. Кравченко, Я. О. Ємченко, А. В. Кравченко, А. М. Дащук // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 42-48. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета роботи — провести епідеміологічний аналіз захворюваності на псоріаз у світі та в Україні і визначити причини її перманентного поширення, а також окреслити основні завдання дерматовенерологічної галузі для поліпшення ситуації в нашій країні. З метою проведення порівняльного аналізу використано доступні дані епідеміологічних досліджень і надбання з власної багаторічної дерматологічної практики. Досить високі показники поширеності псоріазу в економічно розвинених країнах можна розглядати як відображення існуючої там організаційної системи охорони здоров'я і високого рівня медичної допомоги. Аналітичні дані щодо захворюваності на псоріаз в окремих областях України свідчать про значну поши-

реність цього дерматозу навіть попри відсутність суворого обліку захворювань у регіонах. Терапія псоріатичної хвороби, особливо її ускладнених форм, наразі супроводжується значними труднощами і не забезпечує тривалої ремісії. Тому лікування таких пацієнтів необхідно проводити в спеціалізованих дерматовенерологічних закладах, в яких мають бути зосереджені необхідні кадрові, матеріальні ресурси і спеціальне медичне обладнання. Висновки: з метою проведення результативних заходів у боротьбі з псоріатичною хворобою та її наслідками дерматологічні підрозділи комунальної і приватної власності мають налагодити облік і звітність щодо захворюваності. Президії УАЛДВК належить створити чіткий план заходів задля якомога раннього виявлення, лікування і запобігання розвитку ускладнень дерматозу, а також на підставі новітніх вітчизняних і світових наукових досягнень розробити алгоритми і протоколи лікування хворих з різними клінічними типами і формами псоріазу. Тільки спільними зусиллями асоціації дерматологів і значної частини лікарської спільноти під керівництвом Національної служби здоров'я можна подолати це захворювання, оскільки епідеміологічні і терапевтичні аспекти псоріатичної хвороби є проблемами не тільки дерматології.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.579. Сучасні підходи до комплексного лікування хворих на локалізовану склеродермію з використанням вузькополосної фототерапії (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм / Т. О. Литинська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 3/4. - С. 29-35. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Локалізована склеродермія (ЛС) — це хронічне мультифакторіальне захворювання, що характеризується тривалим хронічним прогредієнтним перебігом з послідовним чергуванням стадій запалення, фіброзу та атрофії. Актуальність та медико-соціальне значення ЛС (хвороби Morphea) зумовлено не лише перманентним збільшенням кількості хворих з цією патологією, а й різноманітністю клінічних виявів захворювання, зростанням випадків тяжкого агресивного перебігу, помилками у діагностиці та відсутністю ефективних методів лікування. Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих з різними клінічними формами ЛС (хвороби Morphea) шляхом включення в комплексну терапію вузькополосної фототерапії (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм. Обстежено і проліковано 42 хворих (пацієнти з ЛС (бляшкова та лінійна форми), екстра-генітальним склероатрофічним ліхеном та ідіопатичною атрофодермією Пазіні — П'єріні). Ефективність терапії оцінювали на підставі результатів лікування пацієнтів, яких було рандомізовано розподілено на дві клінічні групи. Хворим основної групи призначали вузькополосну фототерапію (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм на тлі базової терапії. Пацієнтам групи порівняння проводили базову терапію. В результаті комплексного лікування хворих основної групи значне покращання спостерігали в 11 (32,6 %), покращання — у 14 (41,2 %), стабілізацію процесу — у 9 (26,5 %). У пацієнтів групи порівняння покращання відзначено у 2 (25 %), стабілізацію процесу — у 3 (37,5 %), збереження негативної динаміки та подальше прогресування процесу — у 3 (37,5 %). Протягом 12 міс після закінчення курсу лікування рецидиви захворювання спостерігали в 11,8 % пацієнтів основної групи проти 63 % осіб групи порівняння. Висновки: включення вузькополосної фототерапії (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм до комплексного лікування хворих з різними клінічними формами ЛС сприяє підвищенню ефективності лікування та зниженню частоти рецидивів захворювання. Застосування вузькополосної фототерапії (UVB-спектр) з довжиною хвилі 311 нм у комплексному лікуванні хворих з ЛС можливо як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.580. Catastrophic antiphospholipid syndrome (Asherson's syndrome) caused by a suspected intestinal neuroendocrine tumor: a case report / V. P. Shypulin, V. V. Cherniavskyi, L. S. Hvozdecka, A. V. Neverovskyi, V. V. Tishchenko // Гастроентерологія. - 2021. - **55**, № 3. - С. 206-210. - Бібліогр.: 20 назв. - англ.

Мета дослідження — визначення факторів і механізмів, що призвели до смерті пацієнта з синдромом Ашерсона в Україні. Під час роботи використано структурно-логічний аналіз і клініко-статистичний метод. На основі комплексу клінічних і лабораторних критеріїв медична група поставила пацієнту клінічний діагноз системного червоного вовчака, ускладненого катастрофічним антифосфоліпідним синдромом. Незважаючи на лікування глюкокортикоїдами та антикоагулянтами відповідно до міжнародних рекомендацій, пацієнт помер. Результати розтину показали, що безпосередньою причиною смерті став великий тромб, який закупорював легеневу артерію та її основні гілки. При гістологічному дослідженні було виявлено тромбоз дрібних судин нирок і мозку, підозрювали нейроендокринну пухлину (G2; pT3pNxpM1b) тонкої кишки з метастазами в печінку, мозок, міокард та нирки. Для уточнення гістологічного діагнозу було проведено додаткове імуногістохімічне дослідження. Морфологічна картина і результати імуногістохімічного дослідження найбільше відповідають помірно диференційованому (G2) незроговілому плоскоклітинному раку (код МКХ-О: 8070/3) із пошкодженням стінок тонкої кишки, печінки, легенів, нирок, міокарда та мозку. Висновки: наведені дані підкреслюють, що, незважаючи на рідкість синдрому Ашерсона, завжди необхідно враховувати його ймовірність у разі ознак множинного тромбозу та поліорганної недостатності. Оскільки його розвиток є наслідком серйозних захворювань, серед яких захворювання сполучної тканини, злоякісні утворення, інфекції, етіотропне та патогенетичне лікування може запобігти розвитку катастрофічного антифосфоліпідного синдрому та смерті.

Шифр НБУВ: Ж63141

Див. також: 1.Р.273

Хвороби придатків шкіри

1.Р.581. Алгоритм використання топічного окисника в лікуванні себорейного кератозу на підставі ультразвукових та патоморфологічних характеристик / Г. І. Макуріна, Л. О. Чернеда // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 41-46. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета дослідження — розробити алгоритм використання топічного окисника (водню пероксиду) в лікуванні себорейного кератозу (СК) з урахуванням даних ультразвукового (УЗ) і патоморфологічного методів дослідження та за допомогою статистичних моделей. На базі навчально-наукового медичного центру "Університетська клініка" Запорізького державного медичного університету обстежено 35 пацієнтів віком від 35 до 75 років (32 (91,4 %) жінки та 3 (8,6 %) чоловіків) із себорейними кератомами. З діагностичною метою використано клінічний, дерматоскопічний та патоморфологічний методи дослідження. Для визначення товщини кератозу проведено УЗ-сканування. На вогнища СК 35 пацієнтів місцево наносили топічний адапален протягом 2 тиж. двічі на день. Після застосування ретиноїду товщина більшої частини вогнищ зменшилась (n = 26; 74,3 %), але інші не зазнали суттєвих змін (n = 9; 25,7 %). З метою хімічної деструкції було рекомендовано використати топічний окисник у формі 30 % розчину водню пероксиду. До 1-ї групи (нанесення топічного окисника протягом одного циклу) було включено 20 пацієнтів, які використовували засіб протягом 5 — 6 днів. Тривалість лікування впродовж ≥ 7—10 днів було рекомендовано 15 пацієнтам 2-ї групи. При порівнянні товщини кератом у пацієнтів обох груп з різною тривалістю використання окисника виявлено статистично достовірну різницю між підгрупами (U = 88,500; $p < 0,05$). Чим більша товщина кератоми, тим вищою була потреба в додатковому нанесенні водню пероксиду. Враховуючи патоморфологічні та УЗ-ознаки, проведено дискримінантний аналіз між групами пацієнтів із 1- та 2-цикловим нанесенням водню пероксиду. За показника менше 0 рекомендували проведення більш тривалої терапії. Схема з використанням топічного окисника є перспективним напрямом лікування пацієнтів із СК і потребує подальшого вивчення. Застосування статистичних методів надало змогу виділити основні перемінні ознаки, які визначають вибір тривалості нанесення водню пероксиду.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.582. Андроген-опосередковані й андрогенонезалежні причини алопеції та акне в жінок (огляд літератури) / І. В. Сідорова, Т. М. Тутченко, О. А. Бурка, Л. М. Семенюк, І. Г. Ноговська, Л. В. Дем'яненко // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 39-48. - Бібліогр.: 65 назв. - укр.

Розкриті питання, важливі для розуміння патогенезу алопеції й акне — анатомія волосся та сальних залоз, біологічні фактори, що впливають на фази розвитку волосся та функцію сальних залоз. Алопеція поділяється на дві великі групи: рубцева та нерубцева алопеція, яка представлена гніздовою алопецією, телогеновим випадінням

волосся і втратою волосся за жіночим типом/андрогенетичною алопецією (ВВЖТ/АГА). Перед початком пошуку системних причин необхідне попереднє визначення різновиду алопеції на основі даних анамнезу і зовнішніх проявів. Також найрозповсюдженіша форма алопеції, ВВЖТ/АГА, у певні періоди часу може поєднуватися з іншою розповсюдженою патологією — телогеновим випадінням волосся; цей факт визначає терапевтичні підходи та їх результати. Розглянуто основні патогенетичні механізми, підходи до диференційної діагностики та лікування основних зазначених видів нерубцевої алопеції. Різновид алопеції, з якою найчастіше доводиться стикатись гінекологам/ендокринологам, а саме ВВЖТ/АГА, сьогодні розглядається як мультифакторна патологія із залученням генетичного компоненту, особливостями експресії гену андрогенового рецептора та синтезу дигідротестостерону, особливостями перебігу локальних запальних процесів в тканині скальпа. ВВЖТ/АГА може мати місце на фоні гіперандрогенії та без неї, при цьому в обох випадках супроводжується підвищеним ризиком метаболічного синдрому. В разі ВВЖТ/АГА з гіперандрогенією успішність лікування залежить від послідовної скоординованої роботи гінеколога/ендокринолога і дерматолога/трихолога, що дозволяє поєднувати і вчасно коректувати системну і місцеву терапію. Розглянуті сучасні погляди на патогенез акне. Зважаючи на комплексну природу акне, його терапія теж є комплексною і поетапною. Згідно з чинними клінічними рекомендаціями і даними нещодавніх досліджень мікробної складової патогенезу акне, сформульовані наступні висновки: пацієнтки з акне потребують оцінки андрогенного статусу, визначення джерела гіперандрогенії, включаючи оцінку тканинних андрогенів; у пацієнток із синдромом полікістозних яєчників має визначатись фенотипова форма синдрому і проводитись оцінка кардіометаболічних ризиків; при формах акне, які лікують із застосуванням місцевої або системної антибактеріальної терапії, доцільним є визначення антибіотикочутливості патогену, виділеного із запаленої пілосебаційної одиниці.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.583. Дерматокосметичні препарати як інтегральний компонент у менеджменті пацієнтів з акне / Л. В. Гречанська, С. П. Остапенко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 41-46. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Акне є поширеним хронічним запальним захворюванням, методи лікування якого добре відомі. Роль дерматокосметичних засобів у дерматології, а саме у лікуванні акне, набуває важливості, оскільки результати додаткових досліджень підтверджують механізми дії цих препаратів на патогенез акне. Дерматокосметичні засоби можна використовувати як для монотерапії, так і у складі комбінованої терапії акне. Для дерматологів важливо розуміти особливості дії дерматокосметичних препаратів для ефективного та належного консультування пацієнтів щодо їх застосування. Тому мета цього дослідження — оцінити ефективність застосування дерматокосметичних препаратів для догляду за шкірою з акне: "Топікрем АК очищуючий себорегулюючий гель" та "Топікрем АК активний догляд" у пацієнтів з акне різного ступеня тяжкості. Проведено аналіз результатів лікування 107 пацієнтів з акне, яким було призначено дерматокосметичні препарати "Топікрем АК" у вигляді монотерапії або комбінованої терапії залежно від ступеня тяжкості перебігу. Ступінь тяжкості акне визначали за глобальною шкалою оцінки акне. Результати дослідження оцінювали шляхом підрахунку запальних та незапальних елементів акне до та на 28-й і 56-й день лікування. Аналізуючи отримані результати, встановлено, що призначене лікування було ефективним у 104 (97 %) зі 107 пацієнтів з акне, які брали участь у дослідженні. Серед них у 27 (25 %) відзначено повне зникнення, а у 77 (72 %) — суттєве зменшення клінічних виявів на 56-й день застосування. Всі пацієнти відмічали хорошу переносність препаратів та відсутність побічних ефектів, зокрема подразнюючої дії. Все це свідчить про високу ефективність дерматокосметичних препаратів "Топікрем АК" для догляду за шкірою та обгрунтовує їх призначення для лікування пацієнтів з акне різного ступеня тяжкості.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.584. Комбінована терапія хворих на розацеа з урахуванням стану мікроциркуляторного русла шкіри / О. М. Гортинська, Хамді Кхаем // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 22-25. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — визначити амплітудну складову для оцінки стану мікроциркуляторного русла шкіри у хворих на розацеа та провести комбіновану корекцію виявлених порушень. Під спостереженням перебували 39 хворих віком від 18 до 45 років з розацеа. Еритематозну форму виявлено у 18 пацієнтів, еритематозно-папульозну — у 21. До групи контролю було включено 15 здорових осіб. Лазерну допплерівську флоуметрію проводили у вогнищах ураження в ділянці щоки. Визначали A_{max} у діапазонах E, H, M, D і C. Клінічний стан пацієнтів оцінювали за допомогою шкали діагностичної оцінки розацеа (ШДОР). Виявлено підвищення $A_{max}E$ і $A_{max}M$, яке поєднувалось з пригніченням $A_{max}H$, $A_{max}D$ і $A_{max}C$. Це свідчить про підвищення амплітуди коливань ендотелію капілярів, зменшення нейрогенного впливу на мікроциркуляторне русло шкіри, підвищення активності юкстакапілярного кровообігу, пригнічення амплітуди розповсюдження передаточної пульсації на венулярну ланк, пов'язану з актом дихання, підвищення тонусу артеріол, застій крові у венулярному коліні та стаз кровообігу в капілярах. За таких змін ШДОР становила у хворих з еритематозною формою розацеа (6,2 ± 0,7) бала, з еритематозно-папульозною — (10,3 ± 1,2) бала. Доведено доцільність включення до терапевтичного комплексу вазоактивних засобів (дексаметазону та пентоксифіліну). Висновки: хворим на розацеа доцільно призначати лазерну допплерівську флоуметрію вогнищ ураження з метою оцінки стану мікроциркуляторного русла шкіри. ЛДФ-параметри дермального кровообігу слід враховувати при виборі засобів терапевтичної корекції як критерії ефективності лікування розацеа. До комплексної терапії таких хворих доцільно включати вазоактивні засоби з метою покращання результатів лікування.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.585. Патогенетична терапія пацієнтів із вугровою хворобою з урахуванням метаболічної активності клітин периферичної крові / С. Г. Свирид, М. М. Шупенько, Л. В. Сологуб, О. С. Свирид-Дзядикевич // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2022. - № 1/2. - С. 5-10. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування пацієнтів із вугровою хворобою з урахуванням особливостей метаболічної активності лейкоцитів і тромбоцитів периферичної крові шляхом проведення патогенетичної терапії. Під спостереженням перебували 112 пацієнтів (65 жінок і 47 чоловіків) віком від 16 до 39 років з вугровою хворобою. Тривалість захворювання коливалась від 6 міс до 18 років. У 67 (59,8 %) пацієнтів було діагностовано легкий ступінь тяжкості дерматозу, у 45 (40,2 %) — середній. Вміст фосфоліпідів і глікогену в нейтрофілах, моноцитах і тромбоцитах периферичної крові визначено у 89 хворих (у 48 — з легким, у 41 — із середнім ступенем тяжкості дерматозу). У пацієнтів з вугровою хворобою виявлено вірогідне зниження рівня фосфоліпідів у нейтрофілах периферичної крові, більш виражене за середнього ступеня тяжкості патологічного процесу. Одержані дані свідчать про порушення структурної цілісності та пригнічення енергетичного потенціалу гранулоцитів. Вміст фосфоліпідів у моноцитах периферичної крові також був вірогідно зниженим, більш суттєво за середнього ступеня тяжкості вугрової хвороби. Вектор змін рівня глікогену в цих клітинах мав протилежну спрямованість. Одержані результати спонукали авторів до ад'ювантного застосування автоплазми, збагаченої тромбоцитами, яка має широкий спектр модулювального впливу. У пацієнтів з вугровою хворобою спостерігаються різновекторні зміни метаболічної активності моноцитів периферичної крові, які виявляються зниженням рівня фосфоліпідів, зумовленим підвищенням вмісту глікогену, що свідчить про розвиток внутрішньоклітинного дисбалансу. Метаболічна активність тромбоцитарного пулу периферичної крові за вугрової хвороби залишається інтактною, але відбувається перерозподіл кількості гемоелементів з різною насиченістю фосфоліпідами та глікогеном. Проведення комплексної терапії пацієнтам із вугровою хворобою з використанням на тлі стандартизованих засобів автоплазми, збагаченої тромбоцитами, надає змогу покращити найближчі і віддалені результати лікування завдяки суттєвій корекції метаболічної активності лейкоцитів периферичної крові.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.586. Сучасні підходи до терапії оніходистрофії різного генезу / Т. О. Литинська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 57-62. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на хронічні дерматози з оніходистрофією, використовуючи додатково до комплексної терапії препарат "Оніхоцид Емтрікс". Обстежено і проліковано 43 хворих на хронічні дерматози з різними патологічни-

ми змінами нігтів кистей та ступень. Пацієнтів розподілили на дві клінічні групи. Пацієнти порівняльної групи отримували лише традиційну терапію, хворі основної групи додатково до традиційної терапії — комплексний препарат "Оніхоцид Емтрікс", який наносили на нігтьові пластинки та під кінчики уражених нігтів 1 раз на добу. Ефективність терапії оцінювали за динамікою клінічних виявів захворювання, зокрема за терміном і ступенем відновлення стану нігтів. У хворих на хронічні дерматози виявлено різні клінічні форми оніходистрофії. В обох групах досягнуто клінічної ремісії. У пацієнтів основної групи відзначено раннє (на 2—4-й тиждень використання препарату) поліпшення зовнішнього вигляду уражених нігтів. У подальшому в них спостерігали стоншення нігтьових пластинок, відновлення кольору, зникнення надлишково кератинізованої тканини нігтя, тенденцію до відновлення або відновлення цілісності нігтів. Оніходистрофія може спостерігатися при різних хронічних захворюваннях шкіри. Використання препарату "Оніхоцид Емтрікс" у комплексній терапії хворих на хронічні дерматози, які перебігають з ураженням нігтьових пластинок, сприяє підвищенню ефективності лікування, зокрема частковому або повному відновленню цілісності нігтьових пластинок. Ефективність та безпечність препарату дає підставу рекомендувати його до включення у схеми комплексного лікування хворих на хронічні дерматози з оніходистрофією.

Шифр НБУВ: Ж23543

Невропатологія

1.Р.587. Синдром сонного апное у практиці амбулаторної анестезії (літературний огляд) / Д. А. Кріштафор, О. М. Клигуненко, Д. М. Станін // Медицина невідклад. станів. - 2022. - 18, № 1. - С. 28-34. - Бібліогр.: 54 назв. - укр.

Синдром обструктивного апное сну (СОАС) є досить частим станом, на який іноді не звертають уваги. Основним його проявом є припинення самостійного дихання уві сні з частотою понад 5 раз на годину з пробудженнями, порушенням сну і, як наслідок, денною сонливістю. Найбільш часто СОАС поєднується з ожирінням. Визнано, що існує зв'язок між цим захворюванням і гіпертонією, ішемічною хворобою серця, інсультами. Діагностика вимагає спеціальних методів дослідження, таких як полісомнографія. Існують досить прості опитувальники, що дозволяють запідозрити це захворювання (шкала Епворт, опитувальник STOP-Bang). В амбулаторній хірургії СОАС (в поєднанні з ожирінням) представляє небезпеку за рахунок складних дихальних шляхів, ризику апное при виході з наркозу, раптової смерті у післяопераційному періоді. В даному огляді наведені методи корекції цього захворювання, особливості передопераційної оцінки хворих, інтраопераційного ведення, особливості пробудження в постнаркозному періоді.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.588. Means of occupational therapy in (individual) rehabilitation programs for people with Parkinson's disease / O. I. Antonova, S. O. Sorokina // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. - 2021. - **14**, № 3. - С. 382-389. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Цель работы — разработать комплекс реабилитационных мероприятий с включением занятий по эрготерапии при болезни Паркинсона и оценить объективное состояние пациентов по шкалам немоторных симптомов, когнитивных и ментальных нарушений. Состояние больных изучили по данным анамнеза, объективного обследования и шкал оценки немоторных симптомов, когнитивных и ментальных нарушений (шкала немоторных симптомов — NMSS, шкала ментальных нарушений — MMSE, Монреальская шкала когнитивных расстройств — MOCA); для оценки немоторных симптомов дополнительно использовали опросник пациентов для выявления вегетативных расстройств (по А. М. Вейну, 1998). Контрольной и экспериментальной группам назначены физические нагрузки (ЛФК), физиотерапия, массаж и рациональное питание (диетотерапия). Экспериментальной группе добавляли эрготерапию. Выводы: отмечена достоверная разница ($p < 0,01$) состояния больных по итоговым баллам в сторону улучшения между контрольной и экспериментальной группами больных по результатам обследования по всем шкалам. Значимая разница установлена по шкале немоторных симптомов. Определённую роль в улучшении состояния больных по соответствующему скринингу, выполненному с использованием шкал исследований и опросника пациентов для выявления вегетативных расстройств (по А. М. Вейну, 1998), очевидно, сыграли компоненты реабилитационной программы, которая дополнительно включала занятия по эрготерапии.

Шифр НБУВ: Ж69485

1.Р.589. Myasthenia gravis complicated by the development of COVID-19: an analysis of case series / M. S. Marchuk, M. S. Zinchenko, L. I. Sokolova // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 25-33. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

Міастенія гравіс (МГ) — автоімунне захворювання, що характеризується підвищеною динамічною м'язовою слабкістю. Пацієнтів з міастенією об'єднує феномен погіршення клінічного стану після приєднання інфекції, відмови від лікування або прийому деяких препаратів, проведення хірургічного втручання, перебування в умовах спеки та стресу. В умовах пандемії коронавірусної хвороби — 2019 (COVID-19) дослідження пацієнтів з міастенією та новим інфекційним захворюванням може виявити нові патогенетичні закономірності та змінити терапевтичну стратегію. Мета дослідження — виявити клініко-параклінічні, терапевтичні закономірності у пацієнтів з МГ у разі приєднання COVID-19. Проаналізовано перебіг МГ на тлі COVID-19 у 11 пацієнтів у період з квітня 2021 р. до листопада 2021 р. Контрольну групу утворено із 7 пацієнтів з COVID-19 без МГ. Використано загальноклінічні, неврологічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи обстеження, шкали Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), The Quantitative Myasthenia Gravis Score (QMGS), Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL), The National Early Warning Score 2 (NEWS2), а також анкети. В дослідній та контрольній групі виявлено обернено пропорційний зв'язок між рівнем SpO_2 при диханні атмосферним повітрям та наявністю бронхіальної астми (БА) ($r = -0,791$), цукрового діабету (ЦД) ($r = -0,553$), гіпертонічної хвороби (ГХ) ($r = -0,301$), прямо пропорційний зв'язок — між наявністю міастенії та рівнем SpO_2 при диханні атмосферним повітрям ($r = +0,271$), що може бути зумовлено прийомом піридостигміну та меншою масою м'язової системи у пацієнтів з МГ, а також між показником NEWS2 із ЦД ($r = +0,501$), БА ($r = +0,483$), ожирінням ($r = +0,376$), ГХ ($r = +0,352$), багатовузловим зобом ($r = +0,204$), гідроторакс ($r = +0,204$) та міастенією ($r = +0,120$). У дослідній групі — зв'язок між тривалістю лікування з приводу COVID-19 та індексом маси тіла (ІМТ) ($r = +0,523$), віком ($r = +0,504$), прийомом піридостигміну ($r = -0,243$), масою тіла ($r = +0,228$), між NEWS2 і прийомом піридостигміну ($r = -0,386$), масою тіла ($r = +0,355$) та ІМТ ($r = +0,256$). Тривалість лікування COVID-19 була пов'язана з тривалістю міастенії ($r = +0,570$), ожирінням ($r = +0,572$) та ІМТ ($r = +0,526$), NEWS2 корелював із рівнем SpO_2 при диханні атмосферним повітрям ($r = -0,907$), гемоглобіну ($r = -0,847$) та життєвої ємності легень (ЖЕЛ) ($r = -0,699$), ожирінням ($r = +0,787$), анемією ($r = +0,684$) та БА, прийомом піридостигміну ($r = -0,684$). Парез м'якого піднебіння ($r = -0,614$), дисфагія ($r = -0,614$), гнусавість ($r = -0,545$), тривалість COVID-19 ($r = -0,646$) та вік пацієнта ($r = -0,626$) корелювали з ЖЕЛ. Міастенія у разі приєднання COVID-19 має тенденцію до погіршення перебігу, прогресування м'язової слабкості, розвитку дихальної недостатності та гіпоксії. Обтяжувальними чинниками є вік, тривалість міастенії та COVID-19, ІМТ, коморбідність (ЦД ГХ, БА, ожиріння і анемія). Конституційні особливості (менші ІМТ та маса тіла) можуть сприяти скороченню тривалості лікування. Прийом піридостигміну може зменшити не лише тривалість лікування, а й ризик погіршення стану, що може бути зумовлено інгібуванням запального процесу при прийомі антихолінестеразного засобу.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.590. Wernicke encephalopathy after chronic pancreatitis exacerbation. Case report / N. E. Elimam, L. V. Panteleienko // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 60-62. - Бібліогр.: 7 назв. - англ.

Енцефалопатія Верніке (ЕВ) — невідкладний гострий нейропсихіатричний стан, що виникає на тлі дефіциту тіаміну. За даними численних досліджень, цей розлад є недостатньо діагностованим. Зазвичай вона розвивається на тлі хронічного зловживання алкоголем, але також може виникнути у пацієнтів без алкогольного анамнезу, але з різноманітними чинниками ризику (тривале багаторазове блювання, хронічне недоїдання, системні інфекції, пухлини, хіміотера-

пія, вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту, шлунково-кишкові захворювання та операції на шлунково-кишковому тракті, захворювання нирок). Описано клінічний випадок 33-річної пацієнтки із загостренням хронічного панкреатиту з тривалим блюванням в анамнезі, яку було госпіталізовано у неврологічне відділення з клінічними ознаками ЕВ. Останню запідозрили на підставі наявності тріади симптомів — когнітивні та окорухові порушення, атаксія. Магнітно-резонансна томографія і визначення рівня тіаміну в крові підтвердили діагноз. Пацієнтці призначили тіамін у дозі 200 мг тричі на добу внутрішньовенно протягом семи днів з подальшим пероральним прийомом. У результаті проведеного лікування окорухові поруш еннязникли на 10-й день, атаксія значно поліпшилася протягом 2 тиж. Під час контрольного огляду через 2 міс у хворої спостерігали незначні ознаки антероградної амнезії та горизонтальний ністагм за погляду в обидва боки. Лікарі мають бути обізнаними з клінічними симптомами ЕВ у хворих, які не зловживають алкоголем, з відповідним анамнезом та чинниками ризику, такими як тривале блювання, незбалансована дієта, пухлини тощо. Наявність клінічної тріади симптомів та патологічні зміни на МРТ головного мозку є найбільш важливими діагностичними інструментами, тоді як рівень тіаміну в крові може бути в межах норми.

Шифр НБУВ: Ж25729

Див. також: 1.Р.178, 1.Р.240, 1.Р.254, 1.Р.455, 1.Р.658, 1.Р.918

Хвороби центральної нервової системи

1.Р.591. Аналіз результатів визначення рівня ендотеліального фактора росту судин, рецептора до ендотеліального фактора росту судин та великого ендотеліну-1 у структурі артеріовенозних мальформацій / І. В. Альтман // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2021. - № 4. - С. 14-24. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити діагностичну значущість чинників індукції ангіогенезу на підставі вивчення рівня ендотеліального фактора росту судин (VEGF-A), специфічного рецептора до ендотеліального фактора роста судин (VEGFR-1), фактора запалення ендотелію (великого ендотеліну-1 (ВЕ-1)) в плазмі артеріальної та венозної крові хворих з артеріовенозними мальформаціями (АВМ) у порівнянні з особами без АВМ. У 2019—2021 рр. за допомогою імуноферментного аналізу проведено дослідження рівня VEGF-A, VEGFR-1 та ВЕ-1 у плазмі артеріальної та венозної крові 50 пацієнтів (19 (38,0 %) чоловіків та 31 (62,0 %) жінка) з АВМ різної локалізації. Вік пацієнтів становив від 3 до 51 року, середній вік — (27,79 ± 2,19) року. Контрольну групу утворено із 35 здорових осіб (20 чоловіків та 15 жінок) без АВМ. Пацієнтів з АВМ було розподілено на дві групи: з АВМ малого та середнього розміру в стадії компенсації (n = 32) і з АВМ великого та гігантського розміру в стадії субкомпенсації або декомпенсації (n = 18). Установлено статистично значущу ($p < 0,05$) різницю за концентрацією VEGF-A, VEGFR-1 та ВЕ-1 у плазмі артеріальної та венозної крові у пацієнтів з АВМ, що свідчить про те, що процеси патологічного ангіогенезу відбуваються саме в структурі АВМ. У пацієнтів з АВМ малого і середнього розміру рівень VEGFAA статистично значущо ($p < 0,05$) у 2,4 разу перевищував показник контрольної групи, VEGFR-1 — у 1,4 разу, ВЕ-1 — у 1,5 разу, у хворих з АВМ великого та гігантського розміру — відповідно у 7,2, 2,36 і 1,7 разу ($p < 0,05$). Процеси патологічного ангіогенезу відбуваються безпосередньо в структурі АВМ. Виявлено статистично значущу залежність рівня VEGF-A, VEGFR-1 та ВЕ-1 у плазмі крові пацієнтів від розміру АВМ і стадії її компенсації.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.592. Використання телемедицини в нейроінтервенційній практиці / Д. В. Щеглов, Є. Філер, В. Калоусек, М. Б. Виваль, О. Є. Свиридюк, А. А. Кисельова // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 50-53. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Ще десятиліття тому телемедицину вважали громіздкою та недосяжною технологією, а нині швидкий розвиток телекомунікації забезпечує основу для її поширення як надійного та корисного напряму в лікуванні. Такий спосіб надання медичної допомоги останнім часом почали застосовувати і в Україні. Інтервенційна нейрорадіологія є одним із найбільш технологічних та провідних напрямів сучасної медицини із широким спектром інструментів для малоінвазивного лікування різноманітної судинної патології нервової системи. За останні 3 роки через обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19, а також російсько-українську війну кооперація між спеціалістами у цій галузі значно ускладнилася. Це насамперед стосується навчання спеціалістів та впровадження нових методів ендоваскулярного лікування в Україні. За таких умов інтеграція телемедицини в клінічну практику є одним із пріоритетних завдань.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.593. Вплив біофлавоноїдів на розвиток оксидативно-нітрозативного стресу в головному мозку щурів за умов їх цілодобового освітлення та утримання на вуглеводно-ліпідній дієті / Ю. Д. Френкель, В. С. Черно, В. О. Костенко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 6. - С. 406-413. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Відновлення рівня мелатоніну в разі відтворення моделі метаболічного синдрому, індукованого цілодобовим освітленням (ЦО) і вуглеводно-ліпідною дієтою (ВЛД), виявляється недостатнім для корекції метаболічних порушень через можливий саморозвиток патологічних процесів унаслідок тривалої активація редокс-чутливих транскрипційних факторів. Нещодавно була виявлена здатність біофлавоноїдів — епігалокатехіну-3-галату (EGCG) і кверцетину впливати на NF-B і Nrf2-залежні сигнальні шляхи, що обгрунтовує доцільність їх вивчення як перспективних засобів патогенетичної терапії метаболічного синдрому. Мета дослідження — вивчення впливу EGCG і кверцетину на показники оксидативно-нітрозативного стресу в гомогенаті великих півкуль головного мозку щурів за умов їх ЦО та утримання на ВЛД. Дослідження були проведені на 32 білих щурах-самцях лінії Вістар масою 215 — 255 г, розподілених на 4 групи: 1 — інтактні тварини (контроль I); тваринам інших груп протягом часу ЦО на тлі ВЛД щоденно вводили внутрішньошлунково через зонд 1 мл 20 % водного розчин фруктози ("плацебо", контроль II), EGCG і кверцетин у дозі 40 та 200 мг/кг відповідно. Біофлавоноїди вводили разом з вуглеводами (20 % водним розчином фруктози), що збільшує їх розчинність і біодоступність. ВЛД застосовували для годування щурів упродовж 2 місяців: тваринам призначали 20 % водний розчин фруктози для пиття та раціон харчування, збагачений вуглеводами та жирами. Починаючи з 30 доби експерименту щурів піддавали ЦО інтенсивністю 1500 лк протягом наступних 30 діб. Введення EGCG і кверцетину за умов експерименту суттєво зменшувало в гомогенаті великих півкуль головного мозку вироблення супероксидного аніон-радикала мікросомальними монооксигеназами та NO-синтазою (NOS) — на 40,6 і 41,6 %, дихальним ланцюгом мітохондрій — на 40,6 і 38,0 %, НАДФН-оксидазою лейкоцитів і гліальних клітин — на 36,3 і 33,8 % порівняно з відповідними результатами контролю II. При цьому в гомогенаті великих півкуль головного мозку зменшувалася загальна активність NOS на 41,0 і 31,9 %, активність її індуцибельної ізоформи — на 45,3 і 35,6 %, зростала активність її конститутивного ізоферменту на 106,0 і 93,5 % та індекс його супряження — у 3,38 і 3,23 разу порівняно з контролем II. Концентрація пероксинітритів лужних і лужно-земельних металів зменшувалася на 31,8 і 35,5 % відповідно. Здатність EGCG і кверцетину обмежувати оксидативно-нітрозативний стрес у головному мозку за умов експерименту обгрунтовує доцільність подальшого дослідження біофлавоноїдів як безпечних засобів лікування та попередження нейрозапалення та інших нейропатологічних процесів за дії факторів ризику розвитку хвороб цивілізації ("дієти західного типу", порушеннях світлового режиму).

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.594. Діагностика і лікування хронічних субдуральних гематом у пацієнтів похилого та старечого віку (власний досвід та сучасні світові тенденції) / Л. Р. Боровик // Укр. інтервенц. нейрорадіол. та хірургія. - 2021. - № 4. - С. 37-49. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета роботи — вдосконалити лікування осіб старшої вікової групи із хронічною субдуральною гематомою (ХСДГ). Проведено ретроспективний аналіз результатів діагностики і лікування пацієнтів із ХСДГ, пролікованих у відділенні нейротравми Інституту нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України та міській лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя у 2010 — 2019 рр. Розподіл за віком був таким: осіб похилого віку — 80, старечого віку — 32, довгожителів — 6. Мультиспіральну комп'ютерну томографію було виконано 86,7 % пацієнтів, магнітно-резонансну томографію — 13,3 %. У 118 випадках проведено хірургічне втручання (різні види та обсяг), у решті випадків — консервативне

лікування. Показанням до операції в осіб похилого та старечого віку із ХСДГ є наявність гематом об'ємом ≥ 100 см^3 незалежно від вираженості дислокаційного синдрому. В 95,0 % спостережень було виявлено супутні соматичні захворювання. Контроль ефективності лікування здійснювали за допомогою магнітно-резонансної томографії (у 73,5 % випадків) і мультиспіральної комп'ютерної томографії (у 26,5 % спостережень). Катамнестично (через 1, 3 та 6 міс.) проводили комплексне клініко-неврологічне обстеження за модифікованою шкалою Ренкіна, шкалою наслідків Глазго розширеною (GOSE), індексом Бартел. Зафіксовано такі післяопераційні ускладнення: рецидив ХСДГ — у 10 (6,0 %) пацієнтів, переважно віком понад 60 років, пневмоцефалія — у 1 (0,84 %), менінгоенцефаліт — ще в 1 (0,84 %). Післяопераційна летальність становила 6,8 % (8 хворих). Висновки: при виборі методу лікування слід ураховувати етіопатогенетичні чинники формування гематоми, виразність нейровізуалізаційних характеристик ХСДГ, ступінь зміщення серединних структур, неврологічну симптоматику, соматичні ризики та згоду пацієнта. Вибір лікувальної тактики в осіб похилого та старечого віку грунтується не лише на оцінці за шкалою наслідків Глазго та Markwalder grading score, а і обов'язково на оцінці за шкалою A. K. Thotakura та співавт. (зміщення серединних структур і щільність гематоми (за шкалою Гаунсфілда)). Видалення гематоми — основний метод лікування ХСДГ, аспірація ХСДГ крізь фрезові отвори з подальшим пасивним дренуванням — метод вибору. Консервативне лікування ХСДГ за чіткими показаннями можна застосовувати як самостійно, так і у поєднанні з хірургічним втручанням.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.595. Зменшення об'єму і асиметрія таламусів як маркери прогресування розсіяного склерозу, характеристик болю та низької якості життя у хворих на розсіяний склероз / М. І. Боженко, Т. І. Негрич, А. О. Бачун // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 34-40. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати зв'язок між зміною об'єму таламуса у хворих на розсіяний склероз (РС) і характеристиками клінічного перебігу РС, больових синдромів та якості життя пацієнтів, оцінити можливості використання зміни об'єму таламуса для об'єктивізації цих характеристик. У Львівському обласному центрі РС обстежили 17 осіб з підтвердженим діагнозом РС. Зібрано скарги й анамнез, проведено аналіз медичної документації, неврологічний і загальний медичний огляд пацієнтів. Для оцінки якості життя використали опитувальник SF-36, для оцінки тривожності і депресії — госпітальну шкалу тривожності та депресії (HADS), для оцінки характеристик больових синдромів — опитувальники Paiп Detect, візуальну аналогову шкалу, SF-MPQ-2. Проводили магнітно-резонансну томографію з обробкою даних за алгоритмом VolBrain і аналізом об'єму таламусів. Медіана віку у вибірці становила 37,0 (35,0; 46,0) років. Серед пацієнтів було 82,35 % жінок — 17,65 % чоловіків. Тривалість захворювання — від 0 до 25 років, медіана — 12 (5,0; 18,0) років. Оцінка за розширеною шкалою інвалідизації (Expanded Disability Status Scale (EDSS)) — 3,5 (3,0; 4,0) бала. Медіана кількості загострень РС до обстеження в анамнезі пацієнтів — 12,0 (8,0; 18,0). Збільшення кількості загострень загалом (r_s = -0,728; p = 0,001) і загострень за 3 роки (r_s = -0,557; p = 0,020) пов'язане зі зменшенням об'єму таламуса. Зв'язок з кількістю загострень за останній рік, тривалістю перебігу РС та оцінкою за EDSS не встановлено. Виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок (r_s = -0,519; p = 0,037) між асиметрією таламусів та нейропатичним компонентом болю за Pain Detect, а також між збільшенням об'єму правого і лівого таламусів та збільшенням середньої інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою і нейропатичним компонентом болю за SF-MPQ-2. Асиметрія таламусів мала виразний взаємозв'язок зі зменшенням фізичного компонента якості життя (r_s = -0,679; p = 0,003), а саме фізичного функціонування (r_s = -0,697; p = 0,002), останній статистично значущо пов'язаний з об'ємом таламусів (r_s = +0,509; p = 0,037), зокрема лівого (r_s = +0,592; p = 0,012). Висновки: зміни об'єму таламуса є перспективним маркером оцінки прогресування РС, характеристик болю та якості життя. Зменшення об'єму таламуса у хворих на РС можна розглядати як маркер прогресування РС (кількості загострень у цілому та за останні роки хвороби). Підвищення середньої інтенсивності болю та нейропатичного компонента болю пов'язані з меншою атрофією правого і лівого таламусів у хворих на РС. Асиметрію таламусів у хворих на РС у бік зменшення об'єму лівого таламуса можна розглядати як предиктор зниження фізичного компонента якості життя, зокрема фізичного функціонування.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.596. Клініко-нейровізуалізаційні порівняння гострого порушення мозкового кровообігу на тлі COVID-19 / Г. Г. Симоненко // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 49-55. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Ретроспективно проаналізовано історії хвороби 72 пацієнтів (47 (65,3 %) чоловіків та 25 (34,7 %) жінок) з діагнозом гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), у яких в подальшому виявлено коронавірусну інфекцію. У приймальному відділенні всіх пацієнтів з підозрою на ГПМК було оглянуто неврологом, усім проведено комп'ютерну томографію (КТ) головного мозку, взято мазок для полімеразної ланцюгової реакції на наявність вірусу SARS-CoV-2. За потреби хворого було консультовано нейрохірургом. У подальшому частині пацієнтів було виконано магнітно-резонансну томографію. Із 72 пацієнтів з позитивним результатом полімеразної ланцюгової реакції тяжкий загальний стан було зареєстровано у 46 (63,9 %), стан середнього ступеня тяжкості — у 26 (36,1 %). Середній вік пацієнтів становив 71,7 року (72,2 року у чоловіків та 70,9 року у жінок). Позагоспітальна полісегментарна пневмонія розвинулася у 24 (33,3 %) випадках. Померло 16 (22,2 %) хворих: 11 (23,4 % від загальної кількості чоловіків) та 5 (20,0 % від загальної кількості жінок). За клінічними даними та даними КТ, ішемічний інсульт розвивався переважно у каротидному басейні (50 (69,4 %) випадків): у лівому каротидному басейні (ЛКБ) у 33 (45,8 %) випадках та правому каротидному басейні (ПКБ) — у 17 (23,6 %). У 13 (18,1 %) пацієнтів ішемічний інсульт зареєстровано у вертебробазилярному басейні (ВББ). У 6 (8,3 %) випадках ГПМК у ЛКБ, за даними КТ і анамнезу, був повторним: 5 (6,9 %) — у ВББ (ліва та права півкуля мозочка, права потилична частка) та ПКБ. У 4 (5,6 %) випадках повторного інсульту в ПКБ він двічі був перенесеним у ПКБ, один раз у АКБ та один раз у ВББ. У всіх 3 (4,2 %) випадках повторного інсульту у ВББ він тричі був перенесеним у каротидному басейні: двічі у ПКБ та один раз у АКБ. У 3 (4,2 %) пацієнтів установлено діагноз транзиторної ішемічної атаки у ВББ (усі вони були середнього віку (36—43 роки). За клінічними даними та даними КТ, геморагічний інсульт було зареєстровано у 6 (8,3 %) пацієнтів. Висновки: чинниками ризику виникнення ГПМК на тлі COVID-19 є похилий вік та чоловіча стать пацієнтів, а також наявність хронічних серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань. Випадки характеризуються переважним ураженням великих судин лівого каротидного басейну, повторними інсультами з виникненням нового вогнища в іншому басейні, частими глибокими ураженнями у ділянці базальних ядер, а також фоновими змінами тканини мозку при нейровізуалізаційному обстеженні. Переважає тяжкий перебіг, ускладнений легеневою та серцевою недостатністю, особливо при виникненні позагоспітальної полісегментарної зазвичай двобічної COVID-19 пневмонії.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.597. Оцінка та прогноз афективних розладів у пацієнтів після мозкового інсульту з використанням сучасних шкал / Ю. В. Фломін, С. О. Маляров, В. Г. Гур'янов, Л. І. Соколова // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 24-33. - Бібліогр.: 35 назв. - укр.

Мета дослідження — проаналізувати результати оцінювання за допомогою шкал постінсультної депресії (ПІД) та постінсультних тривожних розладів (ПІТР) у різні періоди мозкового інсульту (МІ), визначити незалежні предиктори ПІД на момент виписки з інсультного центру, оцінити характеристики відповідних прогностичних моделей. Стан усіх пацієнтів після госпіталізації оцінювали за допомогою шкали National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), індексу Бартел, модифікованої шкали Ренкіна, Короткої шкали для дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination (MMSE)) та Монреальського тесту для оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment (MoCA)). У 172 (86 %) пацієнтів було діагностовано ішемічний інсульт (ІІ), у 28 (14 %) — внутрішньомозковий крововилив. Серед пацієнтів з ІІ у 58 (33,7 %) виявлено атеротромботичний підтип, у 85 (49,4 %) — кардіоемболічний, у 16 (9,3 %) — лакунарний, у 13 (7,6 %) була інша чи невстановлена причина інсульту. Згідно з оцінкою за HADS 19 (9,5 %) пацієнтів мали клінічно значущу ПІД, 16 (8,0 %) — клінічно значущі ПІТР. Ознаки клінічно виразного афективного розладу виявлено у 22 (11,0

%) пацієнтів. Результати оцінювання з використанням PHQ-9 свідчили про наявність клінічно вираженої ПІД у 45 (22,5 %) пацієнтів. Оцінки за HADS та PHQ-9 мали сильний прямо пропорційний статистично значущий зв'язок між собою, але не з віком, статтю, підтипом або тяжкістю МІ. Результати однофакторного аналізу свідчили, що ризик клінічно значущих виявів Ризик помірної чи тяжкої ПІД (за PHQ-9) статистично значущо прямо пропорційно корелював з початковою оцінкою за NIHSS, обернено пропорційно — з початковими оцінками за індексом Бартел, MMSE та MoCA. За результатами багатофакторного аналізу, незалежними предикторами ПІД (HADS-D > 10 балів) були 4 ознаки: початкова оцінка за MMSE (ВШ 0,93; 95 % ДІ 0,88 — 0,98, у середньому на кожен додатковий бал, p = 0,006), наявність артеріальної гіпертензії (ВШ 8,5; 95 % ДІ 0,9 — 76,3; p = 0,057) або ожиріння (ВШ 0,23; 95 % ДІ 0,05 — 1,14; p = 0,072), а також госпіталізація пізніше 30-ї доби від початку захворювання. Прогностична модель на основі цих ознак мала відмінну чутливість (94,7 %) та задовільну специфічність (73,3 %) і надавала змогу прогнозувати розвиток ПІД з хорошою точністю (AUC = 0,847). Незалежними предикторами помірної чи тяжкої ПІД (PHQ-9 > 9 балів) були 3 чинники: старший вік пацієнта (ВШ 1,04; 95 % ДІ 1,00 — 1,08, у середньому на кожен додатковий рік, p = 0,028), нижча початкова оцінка за MoCA (ВШ 0,94; 95 % ДІ 0,91 — 0,98, у середньому у разі збільшення оцінки на кожен додатковий бал, p = 0,005) та інша чи невстановлена причина інсульту. Побудована на основі цих ознак прогностична модель мала лише задовільну чутливість (65,1 %) та специфічність (75,5 %), але хорошу точність прогнозування ПІД (AUC = 0,735). Висновки: оцінки за HADS і PHQ-9 у пацієнтів з МІ характеризувалися значною варіабельністю, але свідчили про високу частоту клінічно значущих ПІД або ПІТР. Оцінки за HADS і PHQ-9 корелювали між собою, але не з віком, статтю, підтипом чи тяжкістю інсульту. Пацієнти старшого віку та особи зі значними когнітивними порушеннями за госпіталізації мали вищий ризик розвитку афективних порушень.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.598. Перебіг внутрішньомозкових гіпертензивних крововиливів залежно від віку та статі / А. А. Камінський // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 22-26. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — провести аналіз клінічного перебігу внутрішньомозкових гіпертензивних крововиливів залежно від віку та статі. Проаналізовано результати лікування 238 хворих із гіпертензивними внутрішньомозковими крововиливами у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги у 2018—2019 рр. Серед пацієнтів переважали чоловіки (163). Середній вік пацієнтів становив 60 років. Хворих було розподілено у вікові групи згідно з класифікацією ВООЗ (2016): молодий вік (18—44 роки) — 25 (23 чоловіки та 2 жінки), середній вік (45—59 років) — 91 (74 чоловіки і 17 жінок), похилий вік (60—74 роки) — 90 (52 чоловіки та 38 жінок), старечий вік (75—90 років) — 32 (14 чоловіків і 18 жінок). Довгожителів (> 90 років) не було. Прооперовано 84 пацієнти, яким було проведено 94 хірургічних втручання. Оперували пацієнтів з лобарними і латеральними гематомами, а також зі значними крововиливами з проривом в шлуночкову систему (ліквородренувальні хірургічні втручання). Загальна летальність становила 39,5 %, хірургічна летальність — 46,4 %. Висновки: за одержаними даними і даними Центру медичної статистики МОЗ України захворюваність на геморагічний інсульт в осіб чоловічої статі перевищує в декілька разів таку в осіб жіночої статі, що, ймовірно, зумовлено агресивнішим способом життя, відсутністю контролю за артеріальною гіпертензією, шкідливими звичками (вживання алкоголю і тютюнопаління). Найвищу летальність зареєстровано у пацієнтів старечого (47 %) та молодого (48 %) віку незалежно від стану пацієнта на момент госпіталізації.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.599. Реваскуляризація в лікуванні гострого ішемічного інсульту / М. Д. Тончев, А. О. Нос, В. М. Мужевська, В. В. Плохіх, В. М. Мітченок // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 27-33. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати результати надання допомоги пацієнтам із гострим інсультом в умовах багатопрофільного нейрохірургічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського. У 2020 р. у відділенні проліковано 1148 пацієнтів віком від 18 до 83 років. На частку осіб із гострим інсультом припадало 49,0 %, серед них ішемічний інсульт було діагностовано у 54,7 % випадків, геморагічний інсульт — у 45,3 %. Із 173 пацієнтів з гострим ішемічним інсультом 54 було госпіталізовано у термін до 4,5 год від початку захворювання та одержали тромболітичну терапію, 20 — у термін до 6 год, їм було проведено механічну тромбектомію, з них у 5 використано бриджинг. Для визначення наявності ознак інсульту та пренотифікації використовували відповідні шкали: FAST і МОЗОК-ЧАС. Нейровізуалізацію проводили екстрено за допомогою нативної спіральної комп'ютерної томографії і спіральної комп'ютерно-томографічної ангіографії або магнітно-резонансної томографії та магнітно-резонансної ангіографії у 100 % випадків. Для оцінки результатів нейровізуалізації використовували шкалу ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT score) у разі інсульту в передньому напівколі та pc-ASPECTS — у разі інсульту у вертебробазилярному басейні. Для визначення ступеня тяжкості стану пацієнта застосовували шкалу National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), для визначення наявності оклюзії великої судини — шкали RACE і МОЗОК-2, для оцінки функціонального стану пацієнта — модифіковану шкалу Ренкіна. Пацієнтів було розподілено на дві групи залежно від типу лікування: 1-ша — реваскуляризаційне лікування (41 %), 2-га — лише оптимальна медикаментозна терапія (59 %). Реваскуляризацію здійснювали за двома методами. Перший метод передбачав проведення тромболітичної терапії у разі виявлення оклюзії малої судини, другий — виконання механічної тромбектомії у разі виявлення оклюзії великої судини. Якщо пацієнта було госпіталізовано у межах терапевтичного вікна, то проводили бриджинг-терапію, тобто внутрішньовенне введення активатора плазміногену та одночасно ендоваскулярну тромбектомію. У разі одночасного виявлення у пацієнта інсульту та інфаркту керувалися Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management (2018). Використано такі методики EVT: ADAPT — у 5 % пацієнтів, Solumbra — у 10 %, SAVE — у 85 % під час проведення ендоваскулярної тромбектомії. Із пролікованих пацієнтів з ішемічним інсультом 31 % проведено тромболітичну терапію, 10 % — механічну тромбектомію, 6 % — декомпресивні краніектомії. Висновки: аналіз результатів лікування пацієнтів з ішемічним інсультом за наведеними методиками виявив добрий результат під час виписки з лікувального закладу та на 90-ту добу після лікування.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.600. Результати лікування пацієнтів з гострим ішемічним інсультом унаслідок тандемних оклюзій / С. В. Конотопчик, Ф. Г. Рзаєва, О. А. Пастушин, Д. В. Щеглов, М. Ю. Мамонова, О. Є. Свиридюк, О. П. Коваленко // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2021. - № 4. - С. 25-36. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність і безпечність ендоваскулярного лікування пацієнтів з гострим ішемічним інсультом (ГІ) унаслідок тандемних оклюзій. Проаналізовано результати обстеження та лікування 237 пацієнтів з ГІ унаслідок оклюзії великої судини, яким було виконано ендоваскулярну реперфузію. Вік пацієнтів становив від 29 до 84 років (середній вік — 64,8 року). Серед хворих переважали чоловіки (46 (70,8 %)). Тандемні оклюзії (внутрішня сонна і середня мозкова артерія) було діагностовано у 65 (27,4 %) випадках. Серед пацієнтів з ішемічним інсультом унаслідок тандемної оклюзії у 29 (44,6 %) діагностовано атеротромботичний підтип інсульту, у 27 (41,5 %) — кардіоемболічний. У 9 (13,9 %) випадках причиною тромбозу була спонтанна дисекція стінки внутрішньої сонної артерії. Для оцінки колатерального кровотоку застосовували запропоновану Американським товариством інтервенційної і терапевтичної радіології шкалу ACG. Якість реперфузії оцінювали за шкалою eTICI. Аналіз функціональних результатів пацієнтів через 90 діб від початку захворювання проводили за модифікованою шкалою Ренкіна (мШР). Добрий ангіографічний результат (eTICI 2b-3) досягнуто у 54 (83,1 %) пацієнтів. Інтраопераційні ускладнення було зареєстровано у 8 (12,3 %) спостереженнях. Із 35 (53,8 %) пацієнтів з розвиненими (ACG 3-4) колатералями доброї реперфузії вдалося досягти у 33 (94,3 %). При слабко виразній (ACG 0-2) колатеральній компенсації (30 (46,2 %) спостережень) якості реперфузії eTICI 2b-3 досягнуто лише у 21 (70,0 %) випадку. Із 40 (61,5 %) пацієнтів з тандемною оклюзією, в яких пункцію артерії проведено протягом 6 год. після появи неврологічної симптоматики, 0 — 2 бали за мШР через 90 днів мали 15 (37,5 %). У разі пункції артерії пізніше 6 год. (25 (38,5 %) спостережень) добрий результат через 90 днів зареєстрова-

но лише у 7 (28,0 %) пацієнтів. Аналіз впливу колатералей на динаміку змін за даними мультиспіральної комп'ютерної томографії виявив, що пацієнти з добре виразними колатералями (35 (53,8 %)) під час контрольного обстеження мали за шкалою ASPECTS від 1 до 9 балів (у середньому — 5,3 бала), пацієнти зі слабко виразними колатералями (30 (46,2 %)) — від 0 до 6 балів (у середньому — 2,2 бала). Протягом першої доби або на момент виписки статистично значуще зниження неврологічного дефіциту спостерігали у групі з успішним відновленням церебрального кровотоку. Висновки: на клінічну ефективність ендоваскулярних методів реперфузії впливає багато чинників: площа зони гіпоперфузії та ділянки ушкодження головного мозку за даними комп'ютерної томографії при госпіталізації, якість проведеної ендоваскулярної реперфузії, час від початку захворювання, колатеральна компенсація басейну тромбованої артерії, ускладнення під час операції. Добре виразні колатералі є предиктором позитивної динаміки після успішної ендоваскулярної реперфузії.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.601. Спонтанна оклюзія артеріовенозних мальформацій головного мозку / Д. В. Щеглов, О. Є. Свиридюк, С. В. Чебанюк, О. В. Слободян, М. Б. Виваль // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 34-39. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Спонтанна оклюзія артеріовенозних мальформацій (АВМ), яка характеризується повним зникненням ядра АВМ та раннього венозного дренажу, є рідкісним явищем. Вважається, що частота цього явища становить від 0,1 до 1,3 %. Проаналізовано два випадки спонтанного зникнення АВМ з негеморагічним дебютом через 3 та 13 років у жінок віком 28 і 40 років відповідно. Діагноз АВМ в обох випадках встановлено під час планової нейровізуалізації з приводу головного болю. Обидві пацієнтки мали поверхневі невеликого розміру мальформації. Після обговорення ризиків хірургічного лікування від проведення будь-якого втручання обидві пацієнтки відмовилися. За результатами планової ангіографії, проведеної через 3 роки після встановлення діагнозу для оцінки динаміки захворювання, виявлено повне зникнення АВМ. Інша пацієнтка відзначила стійкий регрес головного болю через 3 роки. Повторна ангіографія, проведена через 13 років після встановлення діагнозу, підтвердила спонтанну оклюзію АВМ. З огляду на дані про рецидив захворювання після спонтанної оклюзії такі пацієнти потребують тривалого спостереження. У разі розриву АВМ гемодинамічні зміни можуть пояснити тромбоз мальформації, але механізми спонтанної оклюзії за нерозривних АВМ залишаються незрозумілими.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.602. Сучасний досвід лікування множинних церебральних аневризм (огляд літератури) / Д. В. Щеглов, О. П. Гнелиця, М. Б. Виваль, О. Є. Свиридюк, С. В. Конотопчик // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2021. - № 4. - С. 50-58. - Бібліогр.: 42 назв. - укр.

Проаналізовано праці, опубліковані до грудня 2021 р., які містять результати ендоваскулярного лікування множинних церебральних аневризм, дані щодо тактики лікування, методів виключення, ускладнень, пов'язаних з процедурою, та рівня смертності. Лікування множинних церебральних аневризм залишається невирішеною проблемою судинної нейрохірургії, зокрема немає єдиної думки щодо оптимального методу лікування і термінів його проведення. Сучасні дані доказових досліджень свідчать про перевагу малоінвазивних методик при лікуванні множинних церебральних аневризм завдяки низькому ризику ускладнень та можливості односесійного виключеннння. Питання лікувати чи не лікувати нерозірвані аневризми за наявності множинних є предметом дискусії. Вибір між хірургічним лікуванням (мікрохірургія чи ендоваскулярне виключення) та спостереженням потребує мультидисциплінарного підходу з урахуванням ризиків розриву та відповідних процедур.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.603. Сучасний погляд на підходи до нейропротекторної терапії у хворих з ішемічним інсультом. Огляд літератури / О. В. Кириченко, С. П. Московко // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 12-16. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Концепція нейропротекції має достатнє теоретичне обгрунтування, проте, з огляду на існуючі результати клінічних досліджень, питання її ефективності, безпечності й оптимальних точок прикладання й надалі залишається дискутивним. Наразі два фармакологічних агенти розглядаються найчастіше як нейропротекторні засоби при ішемічному інсульті (ІІ) — церебролізин та едаравон (на українському фармацевтичному ринку — ксаврон). Мета дослідження — вивчити наявну доказову базу щодо результатів застосування та ефективності нейропротекторних агентів — церебролізину та едаравону у комплексній терапії ІІ: вплив на результат лікування на госпітальному етапі і в середньостроковій перспективі. Проведено пошук та аналіз за ключовими словами "ішемічний інсульт", "нейропротекція", "едаравон", "церебролізин" досліджень бази PubMed та метааналізів Кокранівської бібліотеки, опублікованих за період з 2010 до 2022 р. Критеріями відбору публікацій були наявність повного тексту або розгорнутого резюме англійською мовою. З огляду на результати досліджень клінічні ефекти нейропротекторної терапії є значущими. Однак є повідомлення про сумнівні результати, ймовірними причинами яких можуть бути: неврахування рівня неврологічного дефіциту на момент госпіталізації, а також терапевтичного вікна для призначення лікарського засобу і режиму дозування препарату. На результат на 90-й день лікування могли впливати такі чинники, як коморбідна патологія, ускладнення госпітального періоду та різні підходи до реабілітаційних заходів. Необхідно провести великі клінічні дослідження з більш продуманими критеріями відбору пацієнтів для з'ясування значення нейропротекторних засобів у комплексній інтенсивній терапії пацієнтів з ІІ.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.604. Mitochondrial cerebral dysfunction in rats with scopolamine-induced neurodegeneration under enalapril effect / O. G. Kmet, N. D. Filipets, T. I. Kmet, N. Y. Andriychuk, D. M. Tymkul // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26,** № 2. - С. 50-56. - Бібліогр.: 20 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчення впливу інгібітору ангіотензин-перетворювального ферменту еналаприлу при мітохондріальній дисфункції кори головного мозку та гіпокампа щурів за умов скополамін-індукованої нейродегенерації, яка відтворює розвиток хвороби Альцгеймера в експерименті. Експерименти проводили на нелінійних лабораторних білих щурах-самцях масою 0,18—0,20 кг. Модель хвороби Альцгеймера створювали внутрішньоочеревинним уведенням 27 днів скополаміну гідрохлориду (Sigma, США) дозою 1 мг/кг. Починаючи з 28-ї доби експерименту, еналаприл уводили внутрішньоочеревинно дозою 1 мг/кг, один раз у день упродовж 14 днів. Встановлено, що при моделюванні скополамін-індукованої хвороби Альцгеймера в мітохондріальній фракції кори головного мозку та гіпокампа щурів підвищується вільнорадикальне окиснення ліпідів, білків та знижується активність ензимів циклу Кребса і α-кетоглутаратдегідрогенази та сукцинатдегідрогенази; знижується розсіювання світла та зростає відносна швидкість набухання мітохондрій. Після 14-денного введення еналаприлу щурам зі скополамін-індукованою хворобою Альцгеймера в мітохондріальній фракції кори головного мозку та гіпокампа знижується вміст продуктів, що реагують із 2-тіобарбітуровою кислотою, та окисної модифікації білків; в обох досліджуваних структурах зростає активність каталази, α-кетоглутаратдегідрогенази, сукцинатдегідрогенанзи, а супероксиддисмутази — лише в корі головного мозку; спостерігається поступове зниження світлорозсіювання та зниження відносної швидкості набухання мітохондрій. Висновок: покращання стану антиоксидантної системи та енергозабезпечення мітохондрій, а також зниження інтенсивності набухання мітохондрій кори головного мозку та гіпокампа щурів зі скополамін-індукованою хворобою Альцгеймера вказує на протективні властивості еналаприлу.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.605. Serotonin and epilepsy / Sh. Vashadze, M. Kekenadze, S. Brunjadze // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 55-57. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Studies of serotonin in epilepsy are numerous, but the importance of serotonin in this condition requires further study. The purpose of the study was to analyze the clinical features of patients with epilepsy and their serotonin levels in the blood serum during the interictal period. The clinical research was conducted in Batumi Medical Center. Eighty individuals with epilepsy were examined: 35 (43,75 %) men and 45 (56,25 %) women; their mean age was 50 ± 7 years. All patients had a history of epileptic seizures for at least one year. Among them, there were 55 (68,75 %) people with symptomatic epilepsy who suffered organic brain injury. Symptomatic partial epilepsy was diagnosed in 3 (3,75 %) cases, while generalized epilepsy in 22 (27,5 %). The genesis of epilepsy was confirmed by neuroimaging technique (brain magnetic resonance

imaging). Based on the analysis of clinical data, we isolated three groups of patients who differed in the severity and course of epilepsy and had no differences in the etiology of seizures, gender and age: group 1 — severely ill people with frequent epileptic seizures (5—10 times a year), with a chronic course of the disease; group 2 — individuals with stable disease course, patients with rare epileptic seizures (2—3 times a year); group 3 — those with a history of epilepsy of one year. The control group consisted of 20 apparently healthy patients. In healthy people, serotonin levels decreased by 12,1 % ($p < 0,04$). In the group of patients with epilepsy duration of one year, serotonin levels increased. Patients with frequent seizures and severe epilepsy (group 1) had a decrease in serotonin (61,3 %). In individuals with a stable course of epilepsy (group 2), a moderate decrease in serotonin is observed, which is significantly lower than in the severe course of the disease (24,1 %, $p < 0,05$). Serotonin levels are higher in group 3 than in the first one. In group 1 patients, serotonin levels decreased to $2,541 \pm 0,149$ μ m "/" l ($p < 0,01$). Activation of tryptophan metabolism is the cause of decreased serotonin level in patients with epilepsy. For all forms of epilepsy, there was a significant decrease in the interictal period compared to the control group. Studies have shown a relationship between the age of epilepsy manifestation and a decrease in the level of serotonin in the blood.

Шифр НБУВ: Ж25344

Див. також: 1.Р.373, 1.Р.381, 1.Р.487

Хвороби вегетативної нервової системи

1.Р.606. Вплив епігенетичної дієти на пацієнтів з мігренню / О. О. Копчак, О. Є. Гриценко // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 34-38. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити вплив епігенетичної дієти на частоту та інтенсивність нападів головного болю при мігрені, показники психоемоційного статусу та якість життя пацієнтів з мігренню. Обстежено 130 осіб віком від 18 до 55 років (середній вік — ($38,6 \pm 8,3$) року), з них 15 (11,5 %) чоловіків та 115 (88,4 %) жінок. Хворих було розподілено на дві групи: група А — пацієнти, які дотримувались епігенетичної дієти, збагаченої 5 мг фолієвої кислоти, група Б — пацієнти, що не дотримувалися жодної дієти. Діагноз мігрені підтверджували за критеріями International Headache Society. Перед дослідженням усіх учасників було оцінено за допомогою шкали оцінки непрацездатності (MIDAS). Також у всіх пацієнтів визначали частоту головного болю. Оцінку інтенсивності головного болю проводили за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Психоемоційний статус на початку та в кінці дослідження оцінювали за допомогою шкали тривоги Гамільтона і шкали депресії Бека. У всіх пацієнтів визначали вміст фолієвої кислоти та гомоцистеїну в крові за допомогою мунохімічного методу з електрохемілюмінесцентною детекцією. До початку дослідження середня концентрація фолієвої кислоти в групі А становила ($2,8 \pm 3,6$) нг/мл і була статистично значущо ($p = 0,003$) нижчою, ніж у групі Б. Середній рівень гомоцистеїну у групах статистично значущо ($p = 0,04$) відрізнявся. У групі А на тлі застосування епігенетичної дієти статистично значущо ($p = 0,001$) підвищився середній рівень фолієвої кислоти, а також статистично значущо ($p = 0,003$) знизився середній рівень гомоцистеїну. Також у групі А виявлено статистично значуще зниження інтенсивності та частоти головного болю ($p = 0,02$ і $p = 0,04$), середнього рівня тривоги за шкалою Гамільтона (з ($15,0 \pm 3,5$) до ($9,0 \pm 2,0$) бала, $p = 0,03$). Зафіксовано прямо пропорційну залежність між рівнем гомоцистеїну та оцінкою за шкалою тривоги Гамільтона та шкалою MIDAS і обернено пропорційний зв'язок між рівнем фолієвої кислоти та оцінкою за шкалою депресії Бека. Виявлено докази наявності впливу змін вмісту гомоцистеїну і фолієвої кислоти у крові пацієнтів з мігренню на тлі епігенетичної дієти на тяжкість головного болю та якість життя. Застосування епігенетичної дієти у профілактиці та лікуванні мігрені потребує вивчення, оскільки важко передбачити кінцевий ефект дієти через низьку її специфічність до епігенома та велику кількість взаємодій між активними компонентами дієти.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.607. Персоніфікований підхід до лікування вегетативних розладів у хворих з преканцерозними станами шлунка з використанням комплексу Pure Purr / Л. М. Мосійчук, Е. В. Зигало, О. М. Шевцова, О. М. Сердюченко, О. П. Петішко // Гастроентерологія. - 2022. - **56**, № 1. - С. 14-19. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Показники варіабельності серцевого ритму є надійними та об'єктивними індикаторами тонусу вегетативної нервової системи (ВНС), який відображає зміни у психоемоційному стані людини на фоні розвитку стресу. Програми з управління стресом включають різні релаксаційні техніки і когнітивну поведінкову терапію. Мета дослідження — оптимізувати лікування хворих на хронічний атрофічний гастрит (ХАГ) із вегетативними розладами за допомогою програмно-апаратного комплексу для парасимпатичної активації ВНС. Показники варіабельності серцевого ритму було досліджено у 80 хворих на ХАГ за результатами PRECISE-діагностики, що надало змогу виділити хворих із гіперсимпатикотонією та пролікувати їх за допомогою 10 сеансів на програмно-апаратному комплексі Pure Purr із оцінкою динаміки показників варіабельності серцевого ритму. 72,7 % хворих на ХАГ, у яких було виявлено зниження варіабельності серцевого ритму через активацію симпатикотонічного відділу ВНС та недостатню активність її парасимпатикотонічного відділу, злам адаптації, недостатні стресостійкість та функціональні резерви організму, пролікували за методом нейростимуляції. Після лікування визначалась позитивна динаміка у вигляді значного збільшення варіабельності серцевого ритму шляхом підвищення її компонентів, що зумовлено впливом парасимпатичної нервової системи; це запобігає посиленню симпатичних впливів і покращує перебіг захворювання та прогноз через нормалізацію адаптації, функціональних резервів та стресостійкості організму хворих. Висновки: лікування хворих на ХАГ із вегетативними розладами повинно бути комплексним, із включенням апаратного комплексу з програмним забезпеченням нейростимуляції, що спрямовано на зниження гіперсимпатикотонії з підвищенням адаптаційного потенціалу організму.

Шифр НБУВ: Ж63141

Нейрохірургія

1.Р.608. Комбіноване ендоваскулярне та мікрохірургічне лікування множинних церебральних аневризм / Д. В. Щеглов, О. П. Гнелиця, М. С. Гудим, О. Є. Свиридюк, М. Б. Виваль // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2022. - № 1. - С. 14-21. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати результати комбінованого мікрохірургічного та ендоваскулярного виключення множинних церебральних анервизмів (МЦА). Проведено ретроспективний аналіз результатів обстеження та хірургічного лікування у період з квітня 2016 р. до лютого 2022 р. у Науково-практичному центрі ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України 172 пацієнтів із МЦА. У 7 (4,1 %) пацієнтів застосовано комбіноване ендоваскулярне та мікрохірургічне лікування МЦА. У 7 пацієнтів (4 жінки та 3 чоловіки, середній вік — 39,3 року) виявлено 19 аневризм (розміром від 3 до 15 мм), з них 15 (78,9 %) локалізувалися в передньому напівкільці, 4 (21,1 %) — у задньому. Всі аневризми вертебробазилярного басейну виключено ендоваскулярно. У 4 (57,1 %) пацієнтів аневризми були розірвані. Десять (52,6 %) аневризм виключено за ендоваскулярними методами (6 — за допомогою моноспіральної техніки, 2 — за допомогою балонної асистенції, 1 — за допомогою стент-асистенції, ще 1 — за допомогою потокоскеровуючого стенту), 9 (47,4 %) аневризм кліповано. Зареєстровано 1 (5,3 %) перипроцедурне ускладнення після ендоваскулярного лікування і пролабування витка мікроспіралі в судину. У 2 (22,2 %) випадках кліпування виявлено залишкову аневризму, яку виключили ендоваскулярно. Частота тотальної оклюзії аневризм на момент виписки становила 94,7 %. Усіх хворих виписано зі стаціонару з добрими результатами (оцінка і2 бали за модифікованою шкалою Ренкіна). Стійку ефективну оклюзію через 3 міс. відзначено у 17 (89,5 %) аневризм, 2 (10,5 %) аневризми заповнювалися пришийково. Висновки: комбіноване ендоваскулярне та мікрохірургічне лікування є технічно можливим варіантом лікування МЦА та має розглядатися у пацієнтів, якщо звичайний підхід за допомогою одного з методів виявився невдалим або пов'язаний з високим ризиком ускладнень.

Шифр НБУВ: Ж100899

1.Р.609. Реконструкція великого дефекту скальпа з використанням підшкірного експандера у пацієнта з наслідками черепно-мозкової травми та комбінованого лікування пухлини голови / М. Д. Тончев, А. О. Нос // Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. - 2021. - № 4. - С. 59-66. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Висвітлено особливості лікування пацієнта з травматичним ураженням головного мозку після променевої терапії. Продемонстровано необхідність вибору поетапного лікування пацієнта з комбінованою патологією (онкологічне захворювання шкіри, травматичне ушкодження головного мозку, особливості загоювання рани після курсу променевої терапії). Значний дефект шкіри, променеве ураження тканин цієї ділянки та наявна інфекція не надали змогу одномоментно вирішити проблему, тому за методом вибору було проведено етапне лікування. Наявність супутньої патології, вік хворого, неодноразові хірургічні втручання протягом відносно невеликого періоду та інфекційні ускладнення на попередніх етапах призвели до пригніченого психоемоційного стану пацієнта

Шифр НБУВ: Ж100899

Див. також: 1.Р.410, 1.Р.591, 1.Р.592, 1.Р.602

Психіатрія

1.Р.610. Адаптація: психолого-медичні проблеми: колект. монографія / Л. М. Деркач, О. А. Агарков, Н. О. Гарець, О. В. Сергієні, Л. М. Прісняков, О. П. Пазій, М. В. Реуцький, І. Д. Спіріна, Т. Ю. Коваленко, Є. С. Фаузі; ред.: Л. М. Прісняков; Вищий навчальний приватний заклад "Дніпровський гуманітарний університет". - Дніпро: Ліра, 2022. - 275 с.: рис., табл. - укр.

Увагу присвячено аналізу загальних закономірностей та індивідуальних особливостей адаптованості особистості у зв'язку з дослідженням індивідуально-типологічних факторів цього явища. Зауважено, що методологічною основою дослідження є філософські та психолого-педагогічні концепції про сутність, природу, функції та роль адаптації в життєдіяльності людини; концепції детермінації розвитку особистості діяльністю та спілкуванням, соціальної зумовленості інтелектуального та емоційного розвитку. Охарактеризовано ресурсну складову адаптаційного потенціалу особистості. Досліджено особливості адаптації особистостей із різним рівнем самоспівчуття. Розкрито соціально-психологічні чинники формування синдрому емоційного вигорання. Наведено клініко-функціональну характеристику стану нервово-психічної сфери при ішемічній хворобі серця. Висвітлено питання моделювання психофізіологічних процесів, впливаючих на особливості адаптації особистості.

Шифр НБУВ: ВА864885

1.Р.611. Міжнародна наукова конференція "Алкоголь і тверезість: минуле та сучасність" / Ю. Латиш // Укр. іст. журн. - 2021. - № 3. - С. 225-227. - укр.

Організований історичним факультетом Київського національного університету ім. Т. Шевченка захід відбувся в режимі онлайн 4—5 березня 2021 р. Участь у ньому взяли понад 130 науковців, викладачів, аспірантів, студентів, представників органів влади та місцевого самоврядування, громадських, релігійних діячів, медиків і приватних підприємців із 7 країн світу.

Шифр НБУВ: Ж27630

1.Р.612. Постковідна депресія: діагностика та способи подолання / В. В. Пітулей // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 93-99. - Бібліогр.: 3 назв. - укр.

Розглянуто проблему виникнення постковідної депресії. Окреслено основні діагностичні критерії та симптоми депресивного розладу (ДР). До базових симптомів належить: пригнічений настрій, втрата цікавості та відчуття задоволення від повсякденної діяльності, підвищена втомлюваність, втрата енергії та зниження активності. Проаналізовано фактори ризику, які найбільше впливають на формування депресивних розладів. До цих факторів віднесено: втрату роботи, розлучення, втрата родичів, стресові події в житті. Основною метою терапії пацієнтів із великим ДР — повне функціональне відновлення та повернення до преморбідного стану. Складність терапії ДР полягає у відсутності повного одужання у випадку тяжких або ускладнених форм ДР. Визначено основні емоційно-когнітивні ознаки ДР, а саме: понижений або підвищений настрій, відчуття тривоги та необгрунтована тривожність, дратівливість або прояви злості до себе або навколишніх людей, повторювані негативні думки про себе, про навколишніх і майбутнє, знижена концентрація уваги, апатія, неуважність. Одужання при депресії — це не відсутність негативних афективних симптомів, а відновлення нормального емоційного функціонування, здатність бути самим собою і переживати позитивні емоції. Метою психотерапії при депресії є зміна негативних думок, емоційного стану та настрою пацієнта.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.613. Психічне здоров'я в умовах кризи: монографія / Н. Коструба, О. Фіщук; Волинський національний університет імені Лесі Українки. - Луцьк: Вежа-Друк, 2023. - 183 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 120-146. - укр.

Наведено науково-теоретичне обгрунтування й емпіричне вивчення проблеми психічного здоров'я в умовах кризи пандемії та війни. Представлено програму психологічної підтримки молоді в умовах кризи соціальних обмежень. Розглянуто основні наслідки війни як кризової ситуації для психічного здоров'я військовослужбовців і цивільного населення (ПТСР, моральна травма, бойовий стрес тощо). Узагальнено досвід попередніх досліджень та окреслено провідні напрямки психологічної підтримки в умовах війни.

Шифр НБУВ: ВА864503

1.Р.614. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: [навч. посіб] / В. В. Огоренко, Л. М. Юр'єва , А. Є. Ніколенко , С. Г. Носов, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов, О. Й. Мамчур, В. О. Кокашинський, Р. М. Тимофєєв, А. В. Шорніков; ред.: В. В. Огоренко; Дніпровський державний медичний університет. - Дніпро: Ліра, 2023. - 311 с.: табл. - укр.

Наведено найактуальніші дані щодо психологічних та психіатричних наслідків воєнного часу та їх впливу на психічне здоров'я. Зауважено, що посібник складається з двох частин, перша з яких присвячена психологічним наслідкам війни, а друга — психіатричним. Розкрито особливості психологічних реакцій особистості під час війни. Увагу приділено психології комбатанта, психічним станам військовослужбовців та їх індивідуально-особистісним особливостям. Розглянуто питання феноменології зла, біології зла, психопатології зла, клініки зла. Проаналізовано ментальний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. Досліджено соціально-психологічні наслідки воєнного часу.

Шифр НБУВ: ВА864884

1.Р.615. Prospects for the cyberspace development and its socio-psychological consequences / A. Kapiton, R. Baranenko, D. Tyshchenko, O. Diachenko // Системи упр., навігації та зв'язку. - 2021. - Вип. 3. - С. 89-91. - Бібліогр.: 6 назв. - англ.

Проаналізовано проблематику та досліджено соціальні і психологічні фактори, які впливають на формування Інтернет-залежної поведінки особистості в умовах підвищення значення ролі кіберпростору в умовах сьогодення. Досліджено проблеми міжособистісної комунікації в цифровому просторі, що призводить до віртуалізації життєвого простору сучасної людини, викликаючи певну специфічну небезпеку, особливі потреби і залежності. Проаналізовано результати наукових досліджень в цій області, а саме ті, що присвячено темі впливу інформаційних технологій на людину, спираючись на специфіку цифровізації освітнього простору, з точки зору сучасного розвитку інформаційного середовища світу.

Шифр НБУВ: Ж73223

Див. також: 1.Р.253, 1.Р.255, 1.Р.325, 1.Р.377, 1.Р.457

Стоматологія

Хвороби ротової порожнини

1.Р.616. Вплив різних доз октенідину гексафторосилікату на ураженість карієсом зубів у щурів / В. Ю. Анісімов, І. Ю. Борисюк, В. О. Гельмбольдт // Фармацевт. журн. - 2021. - 76, № 6. - С. 105-111. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Сьогодні як потенційні антикарієсні агенти активно вивчають амонію гексафторосилікат і гексафторосилікати органічних амоніє-

вих катіонів, які демонструють певні переваги у порівнянні з традиційно використовуваними сполуками фтору. Раніше було показано, що гексафторосилікати з бактерицидними катіонами хлоргексидину, полігексаметиленгуанідину і цетилпіридинію ефективно зменшують кількість і глибину каріозних уражень зубів у щурів та одночасно суттєво поліпшують біохімічні показники пульпи зубів. Мета роботи — вивчення впливу різних доз октенідину гексафторосилікату на ураженість зубів карієсом у щурів, які одержували карієсогенний раціон. Препарати октенідину гексафторосилікату наносили на зуби та ясна щурів у складі фітогелю на основі Na-солі карбоксиметилцелюлози. У пульпі різців визначали активність лужної і кислої фосфатаз, еластази, лізоциму та розраховували мінералізуючий індекс. Підраховували кількість і глибину каріозних уражень зубів та обчислювали карієспрофілактичну ефективність. У яснах визначали активність еластази, каталази, лізоциму та уреази, визначали ступінь атрофії альвеолярного відростка. Визначення ураженості зубів карієсом показує, що карієсогенний раціон не збільшує кількість каріозних уражень, а після аплікації гелів з октенідину гексафторосилікатом їх кількість достовірно знижується. Найефективнішим виявився гель із концентрацією октенідину гексафторосилікату, рівною 2 мг/мл, хоча і концентрація 1 мг/мл показала зниження на 33,3 %. Розрахована карієспрофілактична ефективність дорівнює для гелю з 1 мг/мл октенідину гексафторосилікату 33,3 %, для гелю з 2 мг/мл — 36,4 % і для гелю з 4 мг/мл — 24,2 %. Показано, що у щурів, які одержували карієсогенний раціон, достовірно знижується активність лужної фосфатази і достовірно підвищується активність кислої фосфатази, що надає значне зниження мінералізуючого індексу з 43,9 до 28,9. Аплікації гелів з октенідину гексафторосилікатом повертають до рівня контролю активність обох фосфатаз і майже повністю нормалізують мінералізуючий індекс, причому найефективнішим виявився гель із концентрацією октенідину гексафторосилікату 2 мг/мл. Аплікації гелів із 1 мг/мл і 2 мг/мл октенідину гексафторосилікату знижують активність еластази на 6 % і 12 % відповідно, тоді як аплікації гелю з 4 мг/мл октенідину гексафторосилікату не надали зниження активності еластази. Із результатів визначення ступеня дисбіозу в сироватці крові щурів видно, що карієсогенний раціон спричиняє розвиток генералізованого дисбіозу. Аплікації гелів з октенідину гексафторосилікатом достовірно знижують ступінь дисбіозу, особливо гелі з концентрацією 1 і 2 мг/мл. Оральні аплікації гелів, що містять октенідину гексафторосилікат, знижують ураженість зубів карієсом, збільшують мінералізуючу активність пульпи і знижують ступінь генералізованого дисбіозу. Найефективнішим став гель з концентрацією октенідину гексафторосилікату 2 мг/мл, що відповідає дозі 2,2 мг/кг.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.617. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навч. посіб. / Л. Є. Бобирьова, А. К. Ніколішин, Т. О. Петрушанко, В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, Л. П. Гордієнко, О. Ю. Городинська, І. Л. Дворник, В. М. Жарін, І. О. Іваницький, Н. М. Іленко, Д. О. Кононова, Л. Д. Коровіна, І. П. Кравченко, А. В. Марченко, О. В. Муравльова, Е. В. Ніколішина, А. О. Попруга, Н. В. Розколупа, Л. А. Самарченко, З. О. Шаєнко, К. В. Шепітько, Шпетний О. А.; ред.: Л. Є. Бобирьова, А. К. Ніколішин; Українська медична стоматологічна академія. - Полтава: Говоров С. В., 2021. - 175 с.: рис. - Бібліогр.: с. 171-173. - укр.

Викладено сучасні дані з ендокринології та терапевтичної стоматології, необхідні для підготовки лікаря-стоматолога. На сучасному рівні висвітлено питання етіології, патогенезу, діагностики, лікування і профілактики як ендокринних, так і захворювань порожнини рота. Окрім цього, видання містить тести, список сучасної літератури, протоколи надання медичної допомоги хворим. Доведено необхідності міцного зв'язку у викладанні основних предметів медичної спеціальності — стоматології та ендокринології. Передбачено викладання порушень нейроендокринної регуляції організму, які мають безпосередній стосунок до стоматології. Нерідко прояви у порожнині рота є першою ознакою загальної патології, зокрема ендокринної. Зазвичай основну увагу на стоматологічному прийомі звертається на прояви зв'язку захворювань тканин пародонта та цукрового діабету другого типу. Інша патологія ендокринної системи зустрічається не так часто, але має велике практичне значення в діагностиці симптоматичних уражень органів порожнини рота при соматичній патології. Функції нейроендокринної регуляції організму хворих потрібно враховувати в діагностиці стоматологічних захворювань. Симптоматичні ураження органів порожнини рота (в основному тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота — СОПР) зустрічаються при соматичній патології (шлунково-кишкового тракту, нервової, серцево-судинної та ендокринної систем, інфекційних захворюваннях, хворобах крові тощо).

Шифр НБУВ: ВС70661

1.Р.618. Клінічна оцінка стану склоіономерних відновлень зубів із пришийковими ураженнями / О. А. Удод, Г. С. Вороніна, О. О. Єфімова // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 12-15. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета дослідження — ретроспективна оцінка клінічного та естетичного стану пришийкових відновлень зубів різних груп, виконаних з склоіономерних цементних матеріалів. Обстежено 107 пацієнтів віком від 23 до 47 років, у яких було оглянуто загалом 197 прямих відновлень фронтальних та бічних зубів, раніше виконаних зі склоіономерних цементів у різні строки. Загалом у 174 пришийкових відновленнях (88,3 %) була виявлена шорсткість поверхні матеріалу з втратою блиску, у 162 реставраціях (82,2 %) визначена кольорова невідповідність твердим тканинам зубів. Найрозповсюдженішими дефектами за клінічними критеріями виявилися порушення крайового прилягання цементу, яке було встановлено у 156 відновленнях (79,2 %), та крайове забарвлення, що було виявлено у 124 реставраціях (62,9 %). Висновки: клінічна проблема відновлення зубів з пришийковими каріозними та некаріозними ураженнями дотепер залишається не до кінця вирішеною.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.619. Мікроструктурна організація пародонту за умов комплексної медикаментозної корекції на тлі експериментального десятитижневого опіоїдного впливу / В. Б. Фік, М. В. Подолюк, Р. М. Матківська, Г. М. Дмитрів // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 100-109. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

З метою розробки адекватної схеми медикаментозної корекції ушкоджень тканин пародонтального комплексу на тлі тривалої дії опіодного анальгетика налбуфін проведено експериментальні дослідження з використанням лікарських засобів пентоксифіліну та цефтріаксону. Дослідження проведено на щурах-самцях (24), які були розподілені на 3 групи. I група — контрольна. II група — уведення щурам опіоїдного анальгетика у зростаючих дозах упродовж 10 тиж., де початкова доза становила — 0,212 мг/кг, 9—10 тиж. — 0,283 мг/кг. III група — уведення пентоксифіліну (7—10 тиж.) і цефтріаскону (9—10 тиж.) у дозуванні 2,86 мг на тлі 10-тижневого опіоїдного впливу (від 0,212 до 0,283 мг/кг). Для проведення гістологічних досліджень здійснювали забір фрагментів зубощелепного сегменту щурів, із застосуванням комплексної декальцинації твердих тканин зубного органа. Проведені мікроскопічні дослідження у тварин при 10-тижневій дії опіоїду вказували на виражені запально-дистрофічні зміни в тканинах пародонту, які проявлялися некротичними змінами у слизовій оболонці ясен, дистрофічним ушкодженням періодонту та судинними розладами. Медикаментозна корекція пентоксифіліном і цефтріаксоном на тлі десятитижневої дії опіоїду зумовлювала протективний вплив на мікроструктурну організацію тканин пародонту щурів. Повного відновлення структур пародонта у порівнянні з контролем не відбувалося, застосування етіопатогенетичного лікування сприяло певній стабілізації проявів запального процесу. Застосування пентоксифіліну та цефтріаксону запобігало генералізованому прогресуванню дистрофічних змін у пародонті за довготривалої дії опіоїду, у порівнянні з виявленими патологічними змінами в тканинах пародонту у тварин за умов десятитижневого введення опіоїда без використання коригуючого впливу.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.620. Морфологічна реорганізація тканин пародонта при експериментальному опіоїдному впливі упродовж дванадцяти тижнів / В. Б. Фік, І. І. Савка, Р. М. Матківська, З. З. Масна, Є. В. Пальтов // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 36-41. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Вивчено особливості патоморфологічних змін складових компонентів пародонта щурів за довготривалого опіоїдного впливу впродовж дванадцяти тижнів в експерименті. Мета роботи — визначити особливості структурних змін у тканинах пародонтального комплексу щурів за умов довготривалої експериментальної дії опіоїду впродовж 12 тиж. Статевозрілим щурам-самцям уводили опіоїдний

анальгетик налбуфін упродовж 12 тиж., у поступово зростаючих дозах кожні 2 тиж. Початкова доза становила 0,212 мг/кг, 11 — 12 тижнів — 0,3 мг/кг. Як матеріал для гістологічного дослідження використали компоненти зубного органа верхньої та нижньої щелеп щура. Забір матеріалу проводили наприкінці 12-го тиж. експерименту. На гістологічних препаратах в епітелії ясен визначали стоншення, виразки, десквамацію, а також наявність ділянок некрозу і запальних інфільтратів. При мікроскопічних дослідженнях епітелію вільної частини ясен у ділянці ясенної борозни виявляли осередки некрозу, скупчення гнійних тілець, ушкодження епітелію прикріплення та дефрагментації циркулярних волокон періодонта, що зумовлювало утворення пародонтальних кишень. У власній пластинці відзначали деструкцію колагенових волокон, гнійні тільця, фібриноїдний набряк та явища фібриноїдного некрозу. У складових компонентах періодонта визначали деструкцію волокон із відшаруванням від сполучнотканинної оболонки зубної комірки, а також ознаки мукоїдного набряку. У сполучній тканині пародонта спостерігали явища тромбозу і стазу внаслідок сладжування клітин крові, надмірну проліферацію мікросудин, діапедезні крововиливи, що зумовлювало прогресування гіпоксії. Висновки: за експериментальної дії опіоїду впродовж 12 тиж. встановлено альтеративні зміни, які були зумовлені поглибленням дистрофії, некрозом м'яких тканин пародонта та вираженим порушенням гемомікроциркуляції. Дифузне прогресування запально-дистрофічного процесу зумовлювалося недостатньою активністю репаративних процесів, що свідчило про незворотний характер змін у пародонті, які розвинулися на тлі хронічного опіоїдного впливу.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.621. Патогенез хронічного пародонтиту та фармакотерапія флавоноїдами: монографія / А. Є. Демкович, Ю. І. Бондаренко, М. М. Корда. - Тернопіль: ТНМУ: Укрмедкнига, 2020. - 266 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 226-266 . - укр.

Подано сучасні уявлення про механізми структурно-дегенеративних та запально-дистрофічних порушень у пародонтальному комплексі та системні прояви експериментального бактеріально-імунного пародонтиту. На підставі досліджень та оцінки порушень клітинного вродженого імунітету та некрозоапоптичних змін у нейтрофільних гранулоцитах і моноцитарних фагоцитах, вільнорадикального та пероксидного окиснення білків і ліпідів, антиоксидантного захисту, гуморальної та клітинної ланок адаптивного імунітету, цитокіногенезу, колагенолізу, структурної перебудови тканин пародонтального комплексу отримано дані щодо механізмів поетапного розвитку пародонтиту. Визнано залежність від домінування бактеріального чи імунного компонентів, дисбалансу про- і протизапальних цитокінів: ФНП-б, ІЛ-1в та ІЛ-4, ІЛ-10. Визначено послідовність розвитку структурно-дегенеративних порушень у пародонті з ремоделюванням компонентів гістогематичного бар'єру, формуванням грануляційної тканини, резорбції кістки та хронізації запального процесу. Доведено, що кверцетин сприяє нормалізації структурної організації тканин пародонта, стабілізації і згасанню запального процесу.

Шифр НБУВ: ВА863779

1.Р.622. Статистичний аналіз основних помилок під час ендодонтичного лікування зубів верхньої щелепи / Р. І. Ратушний, С. Б. Костенко, І. М. Богдан, О. Є. Костенко, Т. І. Зорівчак, Н. Годердзі // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 6-11. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета дослідження — описати поширеність виникнення ендодонтично-асоційованих помилок, допущених у ході ендодонтичних маніпуляцій досліджуваної вибірки лікарів-стоматологів, які забезпечували проведення лікування кореневих каналів. Клініко-лабораторні: опис прицільних рентгенограм ендодонтично-пролікованих зубів згідно зі стандартизованими протоколами лікування; статистичні методи: StatPlusPro для Windows. Об'єкт дослідження: 600 прицільних рентгенограм: 318 (53,0 %) рентгенологічних знімків зубів верхньої щелепи, 282 (47,0 %) — знімків зубів нижньої щелепи. Досліджено вибірку з 32 лікарів-стоматологів (17 лікарів-стоматологів чоловічої статі (53,13 %) та 15 лікарів-стоматологів жіночої статі (46,88 %), які забезпечують стоматологічний прийом на базі Університетської стоматологічної поліклініки, а також у межах інших клінічних баз стоматологічного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет". У сучасній системі стоматологічної допомоги, зважаючи на високі показники поширеності, інтенсивності карієсу та відсоток його ускладнень, однією з невирішених проблем є забезпечення адекватно проведеного ендодонтичного лікування, зменшення кількості помилок, які виникають на етапах виконання ендодонтичних маніпуляцій. Проведене дослідження, надає змогу виявити, на яких етапах ендодонтичного втручання реєструється найбільша кількість помилок та ускладнень, що дає можливість лікарю-ендодонтисту приділяти посилену увагу під час виконання тих чи інших маніпуляцій, зважаючи на отримані нами статистичні показники, а це своєю чергою сприятиме підвищенню якості проведеного ендодонтичного відновлення. Висновки: реєстрація помилок та розвиток ускладнень, які виникають в ході проведення ендодонтичного лікування, безпосередньо впливає на прогноз функціонування зубного ряду як складної біомеханічної системи зубощелепового апарату у випадках подальшого постендодонтичного відновлення зубів прямими або ж непрямими реставраціями, а також під час використання їх як опор майбутніх коронок, знімних та незнімних видів ортопедичних конструкцій. У разі фіксації ортопедичних конструкцій на ендодонтично-пролікованих зуби виникнення ятрогенно-асоційованих ускладнень пов'язане зі зниженням прогнозу успішності та рівня виживання усієї протетичної конструкції загалом. Тому ідентифікація ризиків, пов'язаних із розвитком помилок та ускладнень в ході проведеного ендодонтичного лікування, а також їх мінімізація за рахунок імплементації різного типу превентивних заходів залишається актуальним науково-практичним питанням.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.623. Cervical lesions of the teeth in patients with generalized periodontitis according to gender and age / I. P. Mazur, I. M. Suprunovych, V. E. Novoshytskyy // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 2-10. - Бібліогр.: 23 назв. - англ.

Цервікальні ураження твердих тканин зубів часто зустрічаються під час практичної діяльності лікарів-стоматологів. Мета дослідження — вивчити поширеність цервікальних уражень твердих тканин зубів у хворих на генералізований пародонтит (ГП), проаналізувати їх розподіл відповідно до гендерної приналежності та віку, функціональної приналежності зубів верньої та нижньої щелеп. У дослідженні взяло участь 133 пацієнтів з ГП, яким було проведено комплексне обстеження на наявність цервікальних уражень твердих тканин зубів: абфракцій, ерозій, карієсу кореня та комбінованих уражень. Кожний учасник заповнював анкету опитувальник щодо впливу потенційних етіологічних факторів. Залежно від гендерної приналежності пацієнти були розподілені на групи жінок та чоловіків, залежно від віку — на групи двадцятирічних, тридцятирічних, сорокарічних та п'ятдесятирічних. Висновок: висока поширеність цервікальних уражень твердих тканин зубів у хворих на ГП зумовлює необхідність впровадження протоколу профілактики карієсу кореня та некаріозних уражень твердих тканин зубів, який буде невід'ємним компонентом підтримувального пародонтологічного лікування.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.624. Early prevention of occlusal disorders of dental arches / K. Z. Oleksyn, M. M. Rozhko // Архів клініч. медицини. - 2020. - № 2. - С. 9-14. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета дослідження — профілактика оклюзійних порушень з використанням методу реставраційного відновлення уражених жувальних поверхонь з урахуванням функціональної анатомії та подальшій перевірці оклюзійних співвідношень за допомогою комп'ютеризованої системи T-Scan Novus. Для цього було обрано 90 студентів 1 — 3 курсів ІФНМУ віком 17—20 років, які мешкають у регіонах з низьким рівнем фтору, з яких у половини наявні каріозні ураження перших молярів, а в інших 45-ти — реставраційні відновлення було проведено без урахування оклюзійних детермінант. Лікування проводилось за методами прямого й непрямого реставраційного відновлення оклюзійних поверхонь. У роботі наведено результати перерозподілу оклюзійних контактів за каріозного ураження першого моляра (зменшення жувального навантаження на ураженому зубі, виникнення перенавантаження на зубі із більшою площею оклюзійної поверхні) та реставраційного відновлення першого моляра без урахування вимог функціональної анатомії (акцент оклюзії виникає безпосередньо на ньому). Подальше відновлення жувальних поверхонь уражених зубів з урахуванням оклюзійних детермінант та повторний аналіз оклюзії показало рівномірний розподіл

жувального тиску на молярах. Одержані дані свідчать про ефективність створеного лікувально-профілактичного комплексу.

Шифр НБУВ: Ж24388

1.Р.625. Electro-myographic characteristics of the chewing muscles of persons with periodontal tissue diseases complicated by partial tooth loss / O. V. Bida // Вісн. стоматології. - 2021. - **39,** № 1. - С. 10-14. - Бібліогр.: 6 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчення електроміографічних характеристик жувальних м'язів у осіб із захворюваннями тканин пародонта, ускладненими частковою втратою зубів різної величини та локалізації. Для досягнення мети було клінічно обстежено та проведено електроміографічні дослідження жувальних м'язів (m. masseter) у 82 осіб віком від 30 до 69 років із захворюваннями тканин пародонта, ускладненими частковою втратою зубів різної величини та локалізації, у тому числі і контрольну групу цього ж вікового періоду у кількості 10 пацієнтів з інтактними зубними рядами та фізіологічними формами прикусу без клінічно діагностованих захворювань тканин пародонта. Електроміографічні дослідження проведено за допомогою комп'ютерного нейроелектроміографа M-Test, виробництва об'єднання "ДХ-системи" (Україна) та комп'ютерної системи для аналізу електроміографічних записів. Результати електроміографічних досліджень жувальних м'язів дозволяють визначити ступінь функціональних зміни нервово-м'язового апарату зубощелепної системи пацієнтів з генералізованим пародонтитом різного ступеня тяжкості, порівняно з нормою, які вказують на зниження жувальної ефективності та прогресування функціональних порушень, які зростають в динаміці.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.626. Optimum sliding wear parameters for minimum volumetric wear of silica filled resin based dental composites / B. Pratap, R. K. Gupta, M. Nag // J. of Nano- and Electronic Physics. - 2021. - **13**, № 3. - С. 03039-1-03039-4. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

У дослідженні BisGMA та TEGDMA використовувались як мономери для виготовлення стоматологічних композитів. Камфорохінон застосовували для фотополімеризації з використанням світлодіодного фотополімеризатора. Для приготування стоматологічних композитів на основі наповнених смол використовували кремнезем з різними ваговими відсотками (5, 10, 15 та 20). Ненаповнені та наповнені зразки було підготовлено для випробувань на об'ємний знос. Щоб оцінити вплив вмісту наповнювача, нормального навантаження, швидкості ковзання та кількості циклів за допомогою ортогонального масиву L_{25}, випробування на знос проводили з використанням різних параметрів процесу. Об'ємний знос проаналізовано за допомогою методології Taguchi та ANOVA. Вміст наповнювача є найбільш значущим параметром, який впливає на об'ємний знос стоматологічних композитів, наповнених кремнеземом.

Шифр НБУВ: Ж100357

1.Р.627. Study of physicochemical characteristics of calcium hydroxyapatite "Kalident Powder 100" in the development of dental medicine / Yu. S. Maslii, C. V. Krivaya, I. V. Kovalevska, O. A. Ruban, O. O. Liapunova // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 49-61. - Бібліогр.: 27 назв. - англ.

Предметом досліджень стала розробка дентальних лікарських плівок із мікронізованим гідроксиапатитом кальцію під торговою назвою "Kalident Powder 100" (Kalichem, Італія) для лікування гіперестезії дентину та профілактики карієсу. Для встановлення оптимального способу введення гідроксиапатиту кальцію до складу дентальної плівки необхідним стало вивчення впливу різних за природою дисперсійних середовищ на фізико-хімічні характеристики досліджуваної субстанції. Як дисперсійне середовище у дослідженнях використовували воду очищену, спирт етиловий 96 %, полісорбат 80, гліцерин, поліетиленоксид-400, пропіленгліколь, олію соняшникову, олію вазелінову. Вивчення фізико-хімічних характеристик здійснювали як для субстанції "Kalident Powder 100" окремо, так і для її сумішей із досліджуваними рідинами та їх комбінаціями (у співвідношенні 1:1). У роботі визначали такі фізико-хімічні характеристики: дисперсний та дифракційний аналіз розподілу частинок за розмірами, морфологічний опис, лінійні розміри, фактор форми, об'ємний коефіцієнт, діаметри Мартіна та Ферета, змочуваність. За результатами кристалографічного та дисперсного аналізу встановлено полідисперсність субстанції "Kalident Powder 100" та її високу здатність до агломерації, що може негативно позначитися на однорідності її розподілу у стоматологічному лікарському засобі. Дослідження з вивчення впливу різних за природою дисперсійних середовищ на фізико-хімічні характеристики гідроксиапатиту кальцію показало позитивний вплив гідрофільних рідин на змочуваність частинок порошку, зміну їх форми, розміру і розподілу у досліджуваних зразках. Встановлено, що поєднання субстанції "Kalident Powder 100" із комбінованими системами розчинників, що містять воду очищену, полісорбат 80, гліцерин та ПЕО-400, надає змогу досягти оптимальних показників форми та розміру частинок гідроксиапатиту кальцію з їх рівномірним розподілом у всьому об'ємі рідини, що також підтверджено результатами лазерної дифракції. Одержані результати будуть використані у подальших дослідженнях із розроблення дентальної лікарської плівки.

Шифр НБУВ: Ж28227

Див. також: 1.Р.338, 1.Р.340, 1.Р.351, 1.Р.368, 1.Р.640

Хірургічна стоматологія

1.Р.628. Біогеохімія з основами екології: навч. посіб. / С. Д. Рудишин. - Дніпро: Середняк Т. К., 2023. - 320 с.: мал., іл. - Бібліогр.: с. 306-319. - укр.

Розглянуто теоретичні та прикладні аспекти екології та біогеохімії; основні екологічні закони, принципи, теорії і категорії в біогеохімічному дискурсі; хімічний склад живих організмів, участь живої речовини і продуктів її розкладу в процесах міграції, розподілу, розсіювання та накопичення хімічних елементів у біосфері; біогеохімічні колообіги біогенних елементів; закономірності міграції радіонуклідів і пестицидів; принципи біогеохімічного районування ландшафтів, причини деградаційних процесів екосистем України. Описано особливості біогеохімічних процесів в умовах техногенезу; методологію подолання екологічної кризи.

Шифр НБУВ: ВА863664

1.Р.629. Дослідження ефективності комбінованого впливу опромінення червоного діапазону спектру та клітинних технологій на загоювання постекстракційної рани у пацієнтів з цукровим діабетом / Т. М. Канішина, Л. І. Шкільняк // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 21-25. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета дослідження — дослідити можливість комбінованого використання PRF-згортку та випромінювання червоного спектру для покращення загоювання постекстракційної рани у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД). Дослідження по своїй організації мало проспективний і порівняльний характер. Для дослідження були відібрані 2 групи пацієнтів. Група 1 (30 пацієнтів) — пацієнти, що хворіють на ЦД, яким проводилось видалення зубів без застосування додаткового місцевого лікування, група 2 (30 пацієнтів) — пацієнти, що хворіють на ЦД, яким проведено видалення зубів, застосовувалась фотонна терапія та внесення в лунку видаленого зуба PRF. Для оцінки клінічної ефективності запропонованого лікування проведено морфометричний аналіз. Використання PRF-згортку та випромінювання червоного спектру для оптимізації процесів регенерації в постекстракційній рані у пацієнтів на тлі ЦД представляє інтерес як неінвазивний метод місцевого лікування. Висновки: в групі пацієнтів, яким проводилося місцеве лікування, виявлені морфологічні ознаки, які доказують прискорення процесів регенерації. А саме: під впливом фотонної терапії та PRF відбувалося зменшення відносної площі стромального набряку, зменшення кількості сегментоядерних лейкоцитів, покращення ангіогенезу, оскільки більшою була кількість новоутворених судин та їх відносна площа, раніше появлялися макрофаги та фібробласти, колагенові волокна та капіляри.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.630. Клінічні особливості перебігу та результати хірургічної обробки при вогнепальних ураженнях щелепно-лицевої ділянки мирного часу / А. Г. Гулюк, О. Г. Гатунок, С. В. Іванченко // Вісн. стоматології. - 2021. - 40, № 2. - С. 16-21. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

В останні роки помітно зросла кількість постраждалих від травматичної зброї, наслідки ушкоджень вимагають наполегливого вивчення в зв'язку з особливостями пошкодження тканин гумовими кулями. Проведено дослідження, спрямоване на виявлення особливостей вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки мирного часу, що вказує на специфіку їх діагностики та лікування, а також тактику

хірурга під час надання першої та спеціалізованої допомоги таким постраждалим. Мета дослідження — вивчити клінічні особливості перебігу та результати хірургічної обробки за вогнепальних уражень щелепно-лицевої ділянки мирного часу. Проведено аналіз 14 історій хвороб постраждалих з вогнепальними пораненнями обличчя і щелеп, які лікувалися у відділенні щелепно-лицьової хірургії ДУ "ІСЩЛХ НАМН" в 2018 — 2020 рр. Перше місце в структурі вогнепальних поранень займала кримінальна травма, на другому місці — спроба суїциду. Вогнепальні поранення обличчя в більшості випадків мали важкий характер і супроводжувались виникненням значних дефектів м'яких і кісткової тканин. Такі пошкодження позначалися на емоційно-психічному стані потерпілого, яке посилювалось супутніми функціональними порушеннями жування, ковтання, дихання.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.631. Clinical and anatomical features of maxillary fractures in patients with different types of its pneumatization / Ie. V. Shumynskyi, A. V. Korchak // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 36-47. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Індивідуальна анатомія кісток середньої зони обличчя (КСЗО) позначається на особливостях їх руйнування та ускладнює процес лікування та реабілітації пацієнтів із травматичними переломами. Мета роботи — вивчення взаємозв'язків між клініко-рентгенологічними характеристиками переломів верхньої щелепи (ВЩ) та особливостями її будови, зокрема ступенем пневматизації. Проаналізовано та порівняно значення кількості щілин переломів, кількості уламків, частоту утворення дефектів на ділянках контрфорсів, показник Facial Injury Severity Scaley пацієнтів із різним значенням індексу пневматизації (ІП). Пневматичний тип будови КСЗО характеризується збільшенням ступеня фрагментації та утворенням дефектів контрфорсів ВЩ у порівнянні з нормальним типом будови (66 та 58 % відповідно, p > 0,999). Висновки: характеристики переломів ВЩ залежать від особливостей її архітектоніки, а саме від ІП, що необхідно враховувати при плануванні лікувальних заходів.

Шифр НБУВ: Ж14683

Хірургічна патологія порожнини рота та щелепно-лицьової ділянки

1.Р.632. Клінічна характеристика та динаміка розвитку зубощелепних аномалій в осіб молодого віку з дефектами зубних рядів / В. А. Лабунець, С. В. Рачинський, С. А. Шнайдер, О. В. Лабунець, Т. В. Дієва, Є. В. Дієв // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 53-58. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Проведено стоматологічні огляди 493 осіб молодого віку у найбільш характерних медико-географічних регіонах нашої країни. Встановлено достатньо значну частоту виникнення дефектів зубних рядів у цій категорії населення та її зростання з віком. Визначена пряма залежність їх розповсюдженості від медико-географічного регіону їх проживання. При цьому у західному регіоні у віковій групі 15—19 років вона більша, ніж у південному на 61,7 %, у 20—25 років на 61,7 % і у 25—29 років — на 36,2 %. Доведена вельми значна частота виникнення зубощелепних аномалій і деформацій, яка коливається у межах 89—93,7 % і практично не залежить від медико-географічного регіону країни. Встановлено вкрай незадовільний стан стоматологічної ортопедичної захворюваності у молоді України. Запропоновано на державному рівні прийняти невідкладні міри щодо докорінного реформування самої системи організації та планування ортопедичної допомоги цій категорії населення з занесенням вікової групи 15—19 років до групи ризику з обов'язковим їх активним диспансерним обліком.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.633. Оклюзійні чинники ризику в розвитку м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів: (огляд) / В. Ф. Макеєв, Ю. О. Риберт, В. А. Лабунець, Т. І. Пупін, О. Ю. Фецич // Вісн. стоматології. - 2021. - 40, № 2. - С. 85-93. - Бібліогр.: 48 назв. - укр.

Мета роботи — огляд джерел науково-медичної інформації щодо впливу оклюзійних чинників на розвиток м'язево-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). З різних концепцій виникнення дисфункції СНЩС виділяють дві базові: міогенну і оклюзійно-артикуляційну теорії. Прихильники міогенної теорії провідну роль у потогенезі захворювань СНЩС відводять парафункціональним станам жувальних м'язів. Проте серед представників міогенної концепції розвитку дисфункції СНЩС, немає єдиної думки щодо етіології парафункціональних порушень, також залишається до кінця не вирішеною діагностика функціональних змін СНЩС, ускладнених гіпертонусом жувальних м'язів на тлі травматичної оклюзії. Розглядаючи джерела науково-методичної інформації, що стосуються методів обстеження хворих з дисфункцією СНЩС, слід констатувати, що постійно відбувається їх вдосконалення, зумовлене як потребою клініки, так і розробкою чутливіших і сучасніших апаратів. Висновки: сучасні методи дослідження, що з'явилися і активно упроваджувалися останніми роками, вимагають систематизації і оцінки їх ефективності для розробки алгоритмів діагностики у хворих зі скронево-нижньощелепними розладами.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.634. Оцінка поширеності клінічних підгруп скронево-нижньощелепних розладів в обстежених дорослих, їх гендерний та віковий розподіл / С. М. Клочан // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 46-52. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета дослідження — дослідження та аналіз поширеності клінічних діагнозів скронево-нижньощелепних розладів (СНЩР) серед обстежених дорослих з використанням затверджених Міжнародною асоціацією стоматологічних досліджень (IADR, 2014) діагностичних критеріїв СНЩР, клінічного діагностичного протоколу (DC/TMD, Axis I). Клінічні та променеві методи згідно з клінічним діагностичним протоколом DC/TMD, Axis I, статистичні методи обробки даних. Інтерес представляють результати поширення клінічних підгруп СНЩР в українській популяції отримані на основі стандартизованої, уніфікованої системи оцінки DC/TMD, Axis I, що створює можливість порівняльного аналізу із закордонними дослідженнями та створення єдиних стратегій профілактики та лікування СНЩР. Висновки: серед СНЩР найпоширенішою виявилась група різних типів зміщень суглобового диска (ЗСД) — 55,47 % та м'язові розлади у вигляді міалгій, міофасціального больового синдрому — 48,83 %. Загалом частка больового синдрому СНЩР (БС), представлена міалгіями та артралгіями, склала 62,11 %. Група ЗСД є наймолодшою у віковому аспекті із середнім віком (с/в) 34,93 ± 11,98 років, найстаршою є група дегенеративних захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (ДЗ СНЩС) із часткою 18,75 % та с/в — 48,88 ± 15,83 років. В усіх групах переважають жінки, яких залежно від групи в 2,5 — 6 разів більше, ніж чоловіків.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.635. Результати клініко-інструментального дослідження показників цифрової оклюзії під час реєстрації міжщелепового інтеркуспідаційного положення в пацієнтів з двосторонніми дефектами й інтактними зубними рядами / Т. Р. Глушко, Ю. В. Вовк, В. Ю. Вовк, П. С. Крюков // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 38-45. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета дослідження — проведення порівняльного клініко-інструментального аналізу результатів реєстрації оклюзійних співвідношень інтеркуспідаційної контактної позиції в групах пацієнтів з інтактними зубними рядами й двосторонніми дефектами зубних рядів під час застосування різних реєстраційних матеріалів. Проведене обстеження 10 пацієнтів обох статей у віці від 24 до 51 років. Перша лікувальна група дослідження включала 5 пацієнтів з двосторонніми дефектами зубних рядів зубощелепної системи класу А2 за класифікацією Ейхнера. Контрольну групу складали 5 пацієнтів з інтактними зубними рядами. Інтервал оклюзійного змикання зубів між положеннями інтеркуспідаційної контактної позиції та максимальної інтеркуспідації або показник Δ, який можна визначити за допомогою цифрової технології Tekscan III, маніфестує просторово-часові показники перерозподілу міжщелепових співвідношень. Особливу цікавість викликають значення цих показників у пацієнтів із частковою втратою зубів. У результаті проведених досліджень було виявлено, що під час застосування реєстраційного матеріалу Футар Д клініко-інструментальний аналіз цифрових показників переходу від інтеркуспідаційної контактної позиції до максимальної інтеркуспідації дозволив встановити ідентичну тривалість часу оклюзійного змикання зубів, зменшення довжини траєкторії змикання в 1,05 раза, достовірну зміну пропорційної участі сторін зубних рядів (p > 0,05) пацієнтів основної групи проти контрольної. Під час використання реєстраційного матеріалу Консіфлекс клініко-інструментальний

аналіз цифрових показників переходу від інтеркуспідаційної контактної позиції до максимальної інтеркуспідації дозволив виявити подовження тривалості часу оклюзійного змикання зубів у 1,03 раза, збільшення довжини траєкторії змикання в 1,20 раза ($p > 0,05$). Під час застосування реєстраційного матеріалу Металізований віск клініко-інструментальний аналіз цифрових показників переходу від інтеркуспідаційної контактної позиції до максимальної інтеркуспідації дозволив встановити подовження тривалості часу оклюзійного змикання зубів у 1,30 раза та зростання довжини траєкторії змикання в 1,50 раза ($p > 0,05$).

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.636. Статична та динамічна оклюзія: колект. монографія / С. П. Ярова, С. О. Турченко, Ю. Ю. Яров, А. А. Комлев; Донецький національний медичний університет. - Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. - 140 с.: мал., табл. - Бібліогр.: с. 136-140. - укр.

В монографії, створеній з метою розширення інформації з розділу «Функціональні методи дослідження стану оклюзії», розглянуто питання розповсюдженості, причинно-наслідковий зв'язок розвитку порушень оклюзії. Запропоновано сучасні функціональні методи оцінки стану оклюзії, засоби усунення порушень статичної та динамічної оклюзії. Представлено результати власних досліджень щодо вивчення ролі оклюзії в розвитку стоматологічної патології.

Шифр НБУВ: ВА865071

Див. також: 1.Р.624, 1.Р.625

Ортопедична стоматологія

1.Р.637. Корозійна стійкість стоматологічних коронок, виготовлених з Co — Cr стопів методами лиття та CAD/CAM фрезерування / М. О. Васильєв, В. С. Філатова, І. М. Макеєва, П. О. Гурін // Metallophysics and Advanced Technologies. - 2021. - **43**, № 9. - С. 1139-1153. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення та порівняння корозійної стійкості у розчині штучної слини з різним рівнем pH реальних, готових до використання стоматологічних коронок, що виготовлено з Co — Cr стопів за методами CAD/CAM фрезерування (Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing) та традиційного лиття. Корозійні випробування виконували у два етапи за допомогою потенціостат-гальваностату MTechPGP-550M. На першому етапі вимірювали стаціонарні потенціали корозії на одиницю площі в умовах розімкнутого ланцюга відносно стандартного хлорсрібного електрода порівняння залежно від часу занурення в електроліт. На другому етапі записували потенціодинамічні катодно-анодні поляризаційні криві зі швидкістю 2 мВ/с у трьохелектродній комірці, що складалась з робочого електрода (коронки), стандартного хлорсрібного електрода порівняння та допоміжного платинового електрода. Із потенціодинамічних кривих одержано значення потенціалів корозії, густини струму корозії, потенціалів та густини струму руйнування оксидної плівки, визначено область пасивації. Морфологічні і хімічні зміни поверхні досліджували на растровому електронному мікроскопі TESCANVEGO 3 з енергодисперсійним аналізатором BRUKER за прискорювальної напруги 20 кеВ. Встановлено, що стоматологічні коронки, виготовлені за новим методом CAD/CAM фрезерування, мають більшу корозійну стійкість у порівнянні з виготовленими за методом лиття. Відмінності в електрохемічній поведінці пояснюються різною мікроструктурою та морфологією поверхні. Рівень pH слини впливає на електрохемічні параметри корозії. У кислому середовищі за pH 5,4 швидкість корозії для обох типів коронок має найбільші значення, тобто корозійна стійкість коронок знижується. У лужному середовищі за pH 8,2 фрезерована коронка має найбільшу область пасивації, що особливо важливо для матеріалів, які використовують в ортопедичній стоматології.

Шифр НБУВ: Ж14161

1.Р.638. Оцінка ефективності застосування міждисциплінарного підходу у лікуванні пацієнтів з ятрогенними функціональними розладами зубощелепно-лицьової ділянки, сполученими з первинно-глибоким прикусом, згідно з динамікою змін показників електроміографічного дослідження / О. Ю. Голубченко, П. С. Фліс // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 3-10. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — підвищення якості комплексного і, в його контексті, ортодонтичного лікування шляхом пошуку найбільш сприятливих умов та термінів, які необхідні для реалізації адаптативних можливостей організму на етапах реконструктивних маніпуляцій у пацієнтів з оклюзійними порушеннями зубощелепно-лицьового апарату (ЗЩЛА), котрі виникли або були спровоковані внаслідок стоматологічних втручань. Проведено проспективне групове клінічне дослідження. Формування груп відбувалося за рахунок загальної клінічної вибірки, що складала 105 хворих, вікового діапазону 18 — 45 років (середній вік 29,9 ± 6,1 року) з ятрогенними функціональними протетичними порушеннями, ускладненими первинно-глибоким прикусом. Виділено три клінічні групи. Перша — нараховувала 37 пацієнтів із переважно м'язовою симптоматикою, друга — 42 пацієнти з дисфункційними проявами з боку скроново-нижньощелепних суглобів (СНЩС), третя — включила в себе 26 хворих, що окрім м'язової та/або суглобової симптоматики мали первинні невротичні розлади. Кожну з клінічних груп було розподілено на дві підгрупи залежно від алгоритму лікування, що застосовувався, до першої підгрупи входили пацієнти, якмх було проліковано за розробленою авторами схемою, а до другої підгрупи входили пацієнти, що лікувались за загальноприйнятою методикою. Спостерігалось зниження амплітуди біоелектричної активності та зменшення часу періоду активності, а відповідно, — наближення коефіцієнта активності до одиниці в пацієнтів із вертикальними аномаліями прикусу, необтяженими скупченістю зубів, настав вже на етапі шинотерапії. Проведені дослідження надають можливість спрогнозувати не лише терміни лікування, але й об'єм оклюзійної корекції в сполученні з реконструкцією положення нижньої щелепи та корекцією загальносоматичного стану організму пацієнта.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.639. Поширеність потреби ортопедичного лікування повної відсутності зубів у жителів Івано-Франківської області у період 2016—2020 років / Б. Л. Пелехан, М. М. Рожко, Л. І. Пелехан // Вісн. стоматології. - 2021. - 40, № 2. - С. 78-84. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета дослідження — на основі статистичних даних прослідкувати тенденцію поширеності потреби ортопедичного лікування повної відсутності зубів у мешканців Івано-Франківської області у період 2016—2020 рр. Для реалізації мети дослідження проведено збір та аналіз офіційних статистичних даних щодо кількості пацієнтів, які звернулися по стоматологічну допомогу із потребою ортопедичного лікування повної відсутності зубів у лікувальні заклади Івано-Франківської області у період 2016—2020 рр. Для визначення поширеності захворювання серед мешканців Івано-Франківської області опрацьовані офіційні статистичні дані, надані Головним управлінням статистики в Івано-Франківській області, щодо розподілу постійного населення (18 років і старше), вікового та статевого складу населення Івано-Франківської області у період 2016—2020 рр. Вперше проведений збір та аналіз даних щодо поширеності повної відсутності зубів у мешканців Івано-Франківської області. На основі статистичних даних кількості пацієнтів, які звернулися у лікувальні заклади Івано-Франківської області з метою ортопедичного лікування повної відсутності зубів та чисельності населення області встановлено тенденцію розвитку патології мешканців Прикарпаття у період 2016—2020 рр. Висновки: на основі статистичних даних зафіксовано тенденцію до росту поширеності потреби ортопедичного лікування повної відсутності зубів у мешканців Івано-Франківської області. Починаючи із 2016 і до 2019 рр. спостерігався ріст кількості хворих із встановленим діагнозом "повна втрата зубів". 2020 р. став винятком — ймовірно зважаючи на карантинні обмеження. Встановлено перевагу осіб жіночої статі із діагнозом "повна втрата зубів" та визначено причини цієї переваги (вища чисельність постійного дорослого населення області та вищий рівень середньої очікуваної тривалості життя в осіб жіночої статі Івано-Франківської області).

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.640. Прогностична модель виникнення раннього запалення в тканинах пародонта в пацієнтів з ортодонтичними конструкціями за біохімічними показниками ротової рідини / І. В. Ковач, О. В. Копчак, К. А. Бунятян, Л. В. Крячкова, Н. В. Алєксєєнко, О. Ю. Біндюгін // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 145-151. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Цель работы — прогнозирование возникновения раннего воспаления в тканях пародонта у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой путем изучения содержания белков в ротовой жидкости в динамике лечения. Среди 113 обследованных нами пациентов,

которым проводилось ортодонтическое лечение с помощью несъемных конструкций, по данным клинического и лабораторного исследований, у 82 человек (72,57 %) имелись признаки раннего воспаления в тканях пародонта. Все обследованные молодые люди были учениками или студентами учебных заведений и обратились за консультацией и лечением в стоматологическую клинику. Биохимические исследования и их анализ проводились в ротовой жидкости пациентов в начале ортодонтического лечения и через 3 и 6 месяцев после установки несъемной ортодонтической аппаратуры. Ротовую жидкость собирали утром натощак, а количественное определение белков в ней проводили методом ИФА. Для предсказания вероятности раннего воспаления в тканях пародонта у пациентов с ортодонтическими конструкциями был проведен ранговый корреляционный анализ с определением коэффициентов корреляции Спирмена (r_s), ROC-анализ с определением оптимальной точки отсечения (Optimal cut-off point — OCP) — значение показателя для прогноза, и простую и множественную логистические регрессии с расчетом отношения шансов и построением прогностической модели (уравнения логистической регрессии). Для анализа факторов, на основании которых можно прогнозировать раннее воспаление тканей пародонта у пациентов с ортодонтическими конструкциями в полости рта, был проведен корреляционный анализ, показавший, что наибольшие изменения имели следующие биохимические показатели ротовой жидкости, а именно: MMP-8 (rs = 0,58; p < 0,001), лактоферрин (rs = 0,45; p < 0,001), кателицидин (rs = -0,59; p < 0,001) и белок Klotho (rs = -0,58; p < 0,001), с которыми были установлены статистически значимые корреляционные связи. ROC-анализ применялся для оценки дискриминационной способности исследованных маркеров, показавших наличие статистически значимых корреляционных связей с ранними признаками воспалительного процесса в тканях пародонта. В результате корреляционного анализа установлено, что наиболее значимые изменения при воспалительном процессе в тканях пародонта имеют такие биохимические показатели ротовой жидкости, как MMP-8 (rs = 0,58; p and lt; 0,001), лактоферрин (rs = 0,45; r and lt; 0,001), кателицидин (rs = -0,59; r and lt; 0,001) и белок Klotho (rs = -0,58; r and lt; 0,001), с которыми были обнаружены средней силы, статистически значимые корреляционные связи. Шансы у пациентов с несъемными ортодонтическими конструкциями в полости рта по поводу развития воспаления в тканях пародонта увеличиваются в 4,2 раза.

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.641. Clinical efficiency of different types of prosthetics of edentulous mandible depending on the type of its atrophy / S. A. Sapalov // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 24-30. - Бібліогр.: 12 назв. - англ.

Представлені результати порівняльного клініко-функціонального дослідження ефективності протезування 300 хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі в залежності від типу її атрофії та виду фіксації протезу (за рахунок клапану, що замикає, або завдяки фіксації на локатор- та болабатментах). Встановлено, що застосування "класичних" повних знімних конструкцій найбільш ефективно при I типі нижніх беззубих щелеп, коли за умови задовільної функції зубних протезів вдається запобігти прогресуючій атрофії кісткової тканини протезного ложа. Тоді як подібний клінічний ефект при II, III та IV типах можливий лише завдяки додатковій механічній фіксації протезів з опорою на імплантати. Отримані дані відповідають результатам попередніх досліджень напружено-деформованих станів.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.642. Effect of loading-direction, crown-coverage, adjacent-teeth on stresses in post-restored premolars / O. Kucuk, O. Eraslan, G. Eskitascioglu, S. Belli // Проблеми міцності. - 2020. - № 2. - С. 160-169. - Бібліогр.: 48 назв. - англ.

Выполнено конечноэлементное исследование напряжений в моделях премолярных зубов, восстановленных с помощью штифтов из полимерных волокон. Оценено влияние направления нагрузки, коронки и соседних зубов на распределение напряжений. Рассмотрены три трехмерные модели премолярных зубов: модель 1 — здоровый зуб, модель 2 — зуб с корневой пломбой, штифтом из полимерных волокон и наполнителем из композитной смолы и модель 3 — зуб с корневой пломбой, штифтом из полимерных волокон, наполнителем из композитной смолы и керамической коронкой. Еще три модели 4, 5 и 6 были созданы с использованием моделей 1, 2 и 3 в комбинации с соседними зубами. Для анализа использовалась программа структурного анализа Cosmworks (SolidWorks Corp, Уолтем, США), результаты представлены в виде эквивалентных напряжений по критерию Мизеса. Высокие концентрации напряжений наблюдались на мезиальной стороне моделей здоровых зубов, в остальных случаях напряжения были локализованы на обеих сторонах. Наклонные нагрузки вызывали более высокие концентрации напряжений в структуре зуба по сравнению с нормальными нагрузками. Наличие соседних зубов улучшало распределение и снижало концентрацию напряжений в моделях 4, 5 и 6. При этом наличие коронки не оказывало влияния на вышеуказанные тенденции распределения напряжений.

Шифр НБУВ: Ж61773

Див. також: 1.Р.628

Офтальмологія

1.Р.643. Експериментальне дослідження безпечності ліпосомальної композиції латанопросту за різних способів введення / Г. С. Григор'єва, І. М. Михейцева, Н. В. Медведовська, С. Г. Коломійчук, Н. Ф. Конахович, Т. І. Сіроштаненко, Г. М. Шаяхметова // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 3. - С. 195-204. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Наведено результати оцінки безпечності нової ліпосомальної композиції латанопросту, що має гіпотензивну дію при очній гіпертензії за різних шляхів уведення, з виразно пролонгованим ефектом за субкон'юнктивального введення. За даними офтальмоскопічного та візуального обстеження, оптичної когерентної томографії та контролю очного тиску ліпосомальна композиція латанопросту за інстиляційного та субкон'юнктивального введення експериментальним тваринам (кролям) не справляє небезпечного впливу на стан і структуру кон'юнктивально-лімбальної області ока та регуляцію офтальмотонуса. За одноразового внутрішньовенного введення експериментальним тваринам (мишам) ліпосомальної композиції латанопросту відсутній негативний вплив на динаміку маси тіла, масу внутрішніх органів і поведінкову активність, не виявлено альтеративних змін, гемоциркуляторних порушень, запальної реакції та ознак дисрегенераторних процесів у внутрішніх органах і головному мозку. Загалом, у дослідженнях за дизайном гострої та хронічної токсичності встановлено офтальмонешкідливість і відсутність системного токсичного впливу ліпосомальної композиції латанопросту як потенційного засобу фармакотерапії очної гіпертензії з високим комплаєнсом.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.644. Зв'язок поліморфізмів rs1799983 та rs2070744 гена NOS3 з первинною відкритокутовою глаукомою / О. А. Ісаєв // Архів офтальмології України. - 2022. - **10**, № 1. - С. 10-16. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Значний вплив на розвиток первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ) має розвиток ендотеліальної дисфункції внаслідок її здатності провокувати вазоконстрикцію та ішемію зорового нерва, що прискорює прогресування глаукомної оптичної нейропатії. Особи із спадковою схильністю до розвитку ендотеліальної дисфункції через поліморфізм генів ендотеліальної NO-синтази (NOS3) можуть мати схильність і до розвитку ПВКГ. Мета роботии — встановити зв'язок поліморфізмів rs1799983 та rs2070744 гена NOS3 з первинною відкритокутовою глаукомою. Матеріали та методи. Проаналізовані дані 153 пацієнтів (153 ока) із ПВКГ та 47 пацієнтів групи контролю. Вік пацієнтів становив 65,0 ± 13,1 року, тривалість захворювання — 4,9 ± 5,3 року. Кров пацієнтів досліджена методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі (ампліфікатор Gene Amp(r) PCR System 7500, США) із використанням тест-систем TaqMan Mutation Detection Assays Life-Technology (США). Для статистичної обробки отриманих результатів використовували програму Statistica 10 (StatSoft, Inc., США). Результати. У хворих на ПВКГ встановлено збільшення частоти мінорної гомозиготи TT rs1799983 (у 2,8 раза; PFet = 0,023) та зменшення частоти мінорної гомозиготи TT rs2070744 (у 1,9 раза; PFet = 0,049) при порівнянні з контролем. Вплив генотипів rs1799983 на розподіл пацієнтів був статистично значущим для III і

IV стадій (p < 0,02), а вплив генотипів rs2070744 — тільки для IV стадії (p = 0,006). Встановлено зв'язок із ПВКГ алелей T rs1799983 (p = 0,016) і C rs2070744 (p = 0,025), що при стратифікації зберігалося для III і IV стадій (p < 0,025). Носії генотипу TT rs1799983 порівняно з носіями інших генотипів мали більший внутрішньоочний тиск, гірші результати периметрії, меншу товщину RNFL і GCC та більше відношення Cup/Disk Area Ratio. Носії генотипу CC rs2070744 порівняно з носіями генотипу TT мали гірші результати периметричного обстеження та меншу товщину RNFL і GCC. Висновки: отримані результати підтвердили наявність зв'язку поліморфізмів rs1799983 та rs2070744 гена NOS3 із ПВКГ у пацієнтів з української популяції. Механізмом реалізації їх впливу можна вважати схильність до розвитку ендотеліальної дисфункції, яка може прискорювати прогресування глаукомної оптичної нейропатії.

Шифр НБУВ: Ж101097

1.Р.645. Лікування міокімії верхнього косого м'яза ока за допомогою прегабаліну. Клінічний випадок / Ю. В. Курус, С. Я. Кирилюк, Т. І. Негрич // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 67-69. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та методів лікування міокімії верхнього косого м'яза ока на прикладі клінічного випадку. Наведено клінічний випадок міокімії верхнього косого м'яза ока у пацієнта 1983 р. народження. Діагноз установлено на підставі клінічних виявів у вигляді раптових епізодів вертикальної осцилопсії та диплопії у полі зору правого ока, що виникали як самовільно під час тривалої роботи за комп'ютером, водіння транспортного засобу, так і у відповідь на стимуляцію світлом. Пацієнт описував хворобу як наявність періодичних нападів, під час яких виникали розмитість зору, подвоєння та рухливість предметів у полі зору правого ока протягом 2—3 с, після чого зір повертався до норми. Кількість нападів становила до 100 на добу і суттєво погіршувала якість життя хворого. Під час проведення неврологічного огляду виявлено появу епізоду вертикальної осцилопсії з диплопією при скеруванні світла на праве око. Не спостерігали інших патологічних змін з боку нервової системи, ока та решти систем і органів, що підтверджено лабораторними та інструментальними методами дослідження, оглядами і консультаціями суміжних спеціалістів. У пацієнта відзначено позитивний терапевтичний ефект при лікуванні міокімії верхнього косого м'яза ока прегабаліном у дозі 150 мг/добу. Важливе значення мали рекомендації щодо зменшення тривалості роботи за комп'ютером. Міокімія верхнього косого м'яза ока — рідкісний патологічний стан, що виявляється раптовими епізодами монокулярної вертикальної осцилопсії та диплопії. Прегабалін може бути розглянутий як препарат вибору при лікуванні цього захворювання. Необхідно провести додаткові дослідження для створення уніфікованих протоколів лікування.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.646. Оцінка клінічної ефективності ендоскопічної ендоназальної дакріоцисториностомії та особливості післяопераційного періоду у хворих на хронічний дакріоцистит та цукровий діабет 2-го типу / П. А. Бездітко, Н. М. Безега // Архів офтальмології України. - 2022. - **10**, № 1. - С. 5-9. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність ендоскопічної ендоназальної дакріоцисториностомії (ЕЕД) та визначити особливості післяопераційного періоду у хворих на хронічний дакріоцистит залежно від наявності цукрового діабету 2-го типу (ЦД2). Матеріали та методи. У дослідження включили 30 хворих на хронічний дакріоцистит та ЦД2 (основна група) та 30 хворих на хронічний дакріоцистит без ЦД (контрольна група), яким була проведена ЕЕД за стандартною методикою. Компенсований ЦД2 (HbA1c < 7,1 %) був виявлений у 6 хворих основної групи, субкомпенсований (HbA1c 7,1 — 7,5 %) — у 7 хворих, декомпенсований (HbA1c > 7,5 %) — у 17 хворих. Вік хворих основної групи в середньому становив 66,5 ± 9,5 року, контрольної групи — 66,3 ± 11,1 року. Результати операції оцінювали через 2 місяці, 6 місяців та через 2 роки. ЕЕД вважали ефективним методом лікування за відновлення вільного пасивного сльозовідведення при промиванні слізних шляхів, зникнення сльозотечі у хворого та відсутності повторного інфікування слізного мішка. Крім стандартних, методи офтальмологічного дослідження включали слізно-носову, сльозовсмоктуючу пробу та пробу рефлюксу, промивання сльозовідвідних шляхів, зондування слізних канальців, комп'ютерну томографію, ендоскопічне дослідження порожнини носа. Результати. Ефективність ЕЕД через 2 місяці після операції у хворих основної групи (70,0 ± 8,4 % хворих) була у 1,3 раза, через 6 місяців (63,3 ± 8,8 % хворих) — у 1,4 раза, а у віддалений період, через 2 роки (50,0 ± 9,1 % хворих), — у 1,6 раза нижчою, ніж у хворих контрольної групи (p < 0,05). Аналізуючи наявність основних симптомів хронічного дакріоциститу в динаміці спостереження, відзначили, що після проведення ЕЕД найчастішим симптомом була сльозотеча, проте частота її у хворих основної групи через 2 місяці (30, ± 8,4 % хворих) була у 4,5 раза, через 6 місяців (36,7 ± 8,8 % хворих) — у 2,8 раза, через 2 роки (50,0 ± 9,1 % хворих) — у 2,5 раза вищою, ніж у хворих контрольної групи (p < 0,05). Висновки. У хворих на ЦД2 клінічна ефективність ЕЕД при хронічному дакріоциститі нижча, ніж у хворих без ЦД.

Шифр НБУВ: Ж101097

1.Р.647. Практична офтальмологія. Медичні та екологічні проблеми сучасності: зб. пр. міжнар. наук.-практ. міждисциплінар. конф., 23-24 лют. 2023 р. / ред.: П. А. Федірко, М. Пілмане, О. Ю. Максимчук, Т. Ф. Бабенко, Н. А. Гарькава; Національна академія медичних наук України, Національний науковий центр радіаційної медицини, Інститут радіаційної гігієни і епідеміології. - Київ: Нац. наук. центр радіац. медицини НАМН України, 2023. - 133 с.: табл., рис. - укр.

Розкрито особливості рентгенлокалізації внутрішньоочних сторонніх тіл. Висвітлено можливості лікування новоутворень райдужної та іридоциліарної зони різними лазерними джерелами. Досліджено стан регіонарної гемодинаміки та рівень адаптації серцево-судинної системи у хворих на неврит зорового нерва. Розглянуто результатити дослідження здоров'я дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту як підгрунтя для обгрунтування необхідності запровадження додаткового медико-психологічного супроводу. Увагу приділено гострій ішемічній нейропатії, що виникла внаслідок перенесеного COVID-19. Вивчено особливості перебігу невриту зорового нерву, як наслідку вірусної інфекції. Досліджено стан зіничних реакцій у хворих на акомодаційну езотропію.

Шифр НБУВ: ВА863646

1.Р.648. Прогресування початкових стадій діабетичної непроліферативної ретинопатії та маркери глікування при цукровому діабеті 2-го типу / К. В. Коробов // Архів офтальмології України. - 2022. - **10**, № 1. - С. 17-24. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

В розвитку та прогресуванні непроліферативної діабетичної ретинопатії (НПДР) при цукровому діабеті 2-го типу (ЦД2) важлива роль належить активності процесу глікування білків та утворення досконалих кінцевих продуктів глікації (Advanced Glicated End Products, AGE). Мета роботи — встановити зв'язок маркерів глікування — карбоксиметил-лізину (AGE-CML) і циркулюючого рецептора AGE (sRAGE) із прогресією початкових стадій непроліферативної діабетичної ретинопатії в пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу. Матеріали та методи. Був обстежений 91 пацієнт (182 ока) з ЦД2 віком від 42 до 80 років. До контрольної групи було залучено 25 осіб відповідного віку. На момент первинного обстеження та через 1 рік була встановлена стадія НПДР відповідно до модифікованої ETDRS системи клінічних ознак Airlie House. Вміст маркерів глікування визначали імуноферментним методом у плазмі крові. Для статистичних досліджень використані програмні пакети MedStat і MedCalc v.15.1 (MedCalc Software bvba). Результати. Початкові прояви діабетичного ураження сітківки проявлялися у 27,5 % пацієнтів, починалися через 7,16 ± 1,11 року та супроводжувались більшою глікемією. Вміст AGE-CML при ЦД2 був суттєво збільшеним порівняно з контролем, що було більш вираженим за наявності початкових змін сітківки — він був у 1,3 раза більшим, ніж у пацієнтів без таких змін (p = 0,015). Вміст sRAGE багаторазово зменшувався, що також було пов'язано з наявністю діабетичних змін сітківки — за їх наявності він був у 2,2 раза нижчим (p < 0,001). Вміст AGE-CML був суттєво більшим (в 1,5 раза; p < 0,001) за наявності прогресії НПДР протягом 1 року спостереження, ніж без неї. Вміст sRAGE за наявності прогресії був у 1,6 раза (p < 0,001) нижчим. Висновки: початкові прояви діабетичного ураження сітківки відзначались у 27,5 % пацієнтів, починались через 7,16 ± 1,11 року та супроводжувались більшою глікемією. Вміст AGE-CML при ЦД2 був збільшеним порівняно з контролем, що було більш вираженим за наявності початкових змін сітківки — він був у 1,3 раза більшим, ніж у пацієнтів без таких змін (p = 0,015). Вміст sRAGE зменшувався, що також було пов'язано з наявністю змін сітківки, і був у 2,2 раза нижчим

(p < 0,001). Прогресування НПДР було пов'язано з початковим вмістом маркерів глікування протягом 1 року спостереження. Вміст AGE-CML був більшим у 1,5 раза (p < 0,001) за наявності прогресії діабетичної ретинопатії, ніж без неї. Вміст sRAGE за наявності прогресії був у 1,6 раза (p < 0,001) нижчим, ніж без неї. Через 1 рік була встановлена залежність вираженості НПДР від початкового вмісту продуктів глікування, і найбільші зміни відзначались при помірній НПДР: приріст AGE-CML був максимальним, а sRAGE сягав мінімальних значень.

Шифр НБУВ: Ж101097

1.Р.649. Реконструкція орбіти на основі цифрового моделювання: оцінка ефективності автоматизованих систем сегментації / Ю. В. Чепурний, О. І. Жуковцева, А. В. Копчак // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 31-37. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета дослідження — дослідити клінічну ефективність застосування пацієнтспецифічних імплантатів (ПСІ), створених на основі автоматизованого алгоритму віртуального відновлення орбіти, при заміщенні дефектів стінок орбіти. Проаналізовано результати лікування 58 пацієнтів з посттравматичними дефектами стінок орбіти, яким проводили реконструкцію орбіти з використанням ПСІ. В залежності від алгоритму виготовлення ПСІ усі пацієнти були розділені на дві групи — основну і контрольну. В основній групі, що включала 31 пацієнта, створення дизайну ПСІ грунтувалось на використанні автоматизованого алгоритму сегментації та віртуального відновлення цілісності орбіти, тоді як в контрольній — віртуальне заміщення дефектів проводили в напівавтоматичному режимі (в кожному зрізі КТ). Середня різниця об'єму між інтактною та неушкодженою орбітою до оперативного втручання становила 3,4 ± 2,5 в основній групі та 2,8 ± 1,1 в контрольній (p > 0,05), після операції — 0,68 ± 0,28 см^3 та 0,71 ± 0,21 см^3 (p > 0,05). Безпосередньо перед хірургічним етапом лікування частка посттравматичного енофтальму в основній групі становила 70,1 %, а в контрольній — 74,1 %, тоді як у віддаленому післяопераційному періоді жодного випадку залишкового енофтальму виявлено не було. Різниця форми орбіти статистично достовірно не відрізнялася в обох групах і становила 3,3 ± 3,5 та 3,25 ± 2,5 % відповідно (p > 0,05). Середня тривалість етапу комп'ютерного моделювання в основній групі була 36,7 ± 6,9 хвилин проти 72,9 ± 7,7 хвилин в контролі (p < 0,001). В основній групі оперативне втручання в середньому тривало 57,5 ± 14,7 хвилин, тоді як у контрольній групі — 58,3 ± 11,3 хвилин (p > 0,05). Висновки: відповідно до отриманих результатів ПСІ, створені на основі автоматизованого алгоритму комп'ютерного моделювання, мають співставну клінічне ефективність з традиційним цифровим протоколом реконструкції орбіти і відповідно можуть бути рекомендовані як метод вибору при заміщенні дефектів орбіти. Дослідження клінічної широти їх практичного застосування становить собою задачу подальших наукових досліджень цього питання.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.650. Рецидивний токсоплазмовий хоріоретиніт у пацієнта з вибірковим дефіцитом NKT-клітин і CD8$^+$-цитотоксичних Т-лімфоцитів, асоційованим з генетичним дефіцитом фолатного циклу. Випадок із практики / Д. В. Мальцев, О. О. Гуржій // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 54-59. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

Описано клінічний випадок рецидивного токсоплазмового хоріоретиніту у молодого пацієнта з клітинним імунодефіцитом. Пацієнт К. віком 37 років звернувся по допомогу до офтальмолога зі скаргами на зниження гостроти зору та відчуття дискомфорту в лівому оці. З анамнезу хвороби встановлено, що він переніс принаймні два епізоди гострого заднього увеїту без з'ясування етіологічного чинника. За допомогою офтальмологічного огляду виявлено старий рубець на сітківці правого ока та ознаки гострого вітриту і хоріоретиніту навколо старого рубця на сітківці лівого ока, із застосуванням методу парних сироваток вдалося встановити етіологічний чинник офтальмологічного ураження — Toxoplasma gondii. Дослідження імунного статусу виявило вибірковий дефіцит CD8$^+$-цитотоксичних ТТ-лімфоцитів і Т-лімфоцитів з властивостями природних кілерів (NKT-клітини). Заперечено очевидні причини вторинної імуносупресії, зокрема наявність вірусу імунодефіциту людини. Генетична панель "Первинні імунодефіцити" із секвенуванням понад 400 генів відомих первинних імунодефіцитів людини не виявила патології. Через гіпергомоцистеїнемію, що персистує, проведено тест на генетичний дефіцит фолатного циклу. Виявлено поліморфний варіант гена MTHFR A1298C у гетерозиготному стані та гена MTRR A66G у гомозиготному стані. Цим пояснили клітинний імунодефіцит з урахуванням результатів досліджень зміни імунного статусу за порушення обміну фолієвої кислоти і повідомлень про розвиток тяжких опортуністичних інфекцій при генетичному дефіциті фолатного циклу у людей. Для лікування призначили спіраміцин у дозі 3 млн МО перорально тричі на добу 14 діб поспіль (для пригнічення токсоплазми), рекомбінантний α2b-інтерферон людини в дозі 3 млн МО внутрішньом'язово через день на ніч № 15 (для компенсації дефіциту NKT-клітин і CD8$^+$-цитотоксичних Т-лімфоцитів), oxodihyd roacridinylacetate sodium у дозі 2 мл внутрішньом'язово через день на ніч № 15, чергуючи з інтерфероном (для компенсації дефіциту NKT-клітин і CD8$^+$-цитотоксичних Т-лімфоцитів), та місцеві перибульбарні ін'єкції бетаметазону N 3 (для усунення локального запалення у лівому оці). Поліпшення гостроти зору відзначено на 8-й день лікування, а відновлення функції лівого ока — наприкінці місяця терапії. За рахунок трьох додаткових місячних курсів рекомбінантного α2Ь-інтерферону людини для компенсації клітинного імунодефіциту, проведених протягом наступних 2 років катамнестичного спостереження.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.651. Ризик виникнення післяопераційного гемофтальму у хворих з діабетичною ретинопатією та цукровим діабетом 2-го типу / С. О. Риков, С. С. Литвиненко // Архів офтальмології України. - 2022. - **10**, № 1. - С. 25-30. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Пошкодження судин, що розвивається при діабетичній ретинопатії (ДР), є прямим наслідком стійкої гіперглікемії за умов цукрового діабету 2-го типу (ЦД2) та супроводжується як спонтанним гемофтальмом, так і гемофтальмом після виконання сучасних вітреоретинальних втручань з приводу ДР та діабетичної макулопатії. Мета роботи — оцінити ризики виникнення післяопераційного гемофтальму у хворих з діабетичною ретинопатією та цукровим діабетом 2-го типу. Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 118 пацієнтів (118 очей) з ЦД2 та ДР, які були розподілені на три групи: 1-ша — з початковою непроліферативною ДР (НПДР; 28 очей), 2-га — з помірною або тяжкою НПДР (49 очей) та 3-тя — з проліферативною ДР (ПДР; 41 око). Вік пацієнтів становив від 44 до 84 років, чоловіків було 52 (44,1 %), жінок — 66 (55,9 %). Усім пацієнтам була виконана закрита субтотальна вітректомія 25+ з тампонадою газоповітряною сумішшю, пілінгом внутрішньої пограничної мембрани та панретинальною лазерною коагуляцією. Пацієнтів обстежували за стандартним протоколом клінічних та офтальмологічних досліджень. Для побудови математичних моделей використано пакет EZR v. 1.54 (графічний інтерфейс до R statistical software v. 4.0.3, R Foundation for Statistical Computing, Відень, Австрія). Результати. Протягом трьох місяців після вітректомії післяопераційний гемофтальм розвинувся у 33,1 % пацієнтів. Шляхом побудови однофакторних моделей логістичної регресії було встановлено, що на ризик виникнення післяопераційного гемофтальму позитивно впливали (p < 0,05): вік (ВШ = 1,18; 95% ВІ 1,10 — 1,26), тривалість ЦД2 (ВШ = 1,06; 95 % ВІ 1,01 — 1,18), наявність доопераційного гемофтальму (ВШ = 5,66; 95 % ВІ 1,05 — 30,6) та рівень HbA1c у крові (ВШ = 1,40; 95 % ВІ 1,20 — 1,64). Також була побудована багатофакторна логістична регресійна модель прогнозу післяопераційного гемофтальму, до якої увійшли вік, стадія ДР, а також ступінь компенсації ЦД2 за рівнем HbA1c у крові та вміст HbA1c у крові. Поріг прийняття рішення моделі становив Ycrit = 0,296, при цьому чутливість дорівнювала 89,7 % (95 % ВІ 75,8 — 97,1 %), специфічність — 84,8 % (95 % ВІ 75,0 — 91,9 %). Висновки: установлено, що на ризик виникнення гемофтальму після сучасних вітреоретинальних втручань у пацієнтів з ДР, діабетичною макулопатією та ЦД2 позитивно впливали (p < 0,05): вік (ВШ = 1,18; 95 % ВІ 1,10 — 1,26), тривалість ЦД2 (ВШ = 1,06; 95 % ВІ 1,01 — 1,18), наявність доопераційного гемофтальму (ВШ = 5,66; 95 % ВІ 1,05 — 30,6) та вміст у крові HbA1c (ВШ = 1,40; 95 % ВІ 1,20 — 1,64). До багатофакторної логістичної регресійної моделі прогнозу післяопераційного гемофтальму увійшли чотири факторні ознаки: вік, стадія ДР, а також ступінь компенсації ЦД2 за вмістом у крові HbA1c та вміст у крові HbA1c. Поріг прийняття рішення моделі становив Ycrit = 0,296, при цьому чутливість дорівнювала 89,7 % (95 % ВІ 75,8 — 97,1 %), специфічність — 84,8 % (95 % ВІ 75,0 — 91,9 %).

Шифр НБУВ: Ж101097

1.Р.652. Сучасні можливості лікування пацієнтів із синдромом сухого ока / Л. К. Воскресенська, В. В. Ряднова, І. С. Стебловська, О. Ю. Максимук, А. В. Воскресенська // Архів офтальмології України. - 2022. - 10, № 1. - С. 31-34. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність застосування препаратів антиоксидантної дії в лікуванні пацієнтів із синдромом сухого ока. Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 70 пацієнтів (140 очей) віком від 18 до 55 років із синдромом сухого ока. Всі пацієнти були розділені на 3 групи. 1-ша група (30 пацієнтів, 60 очей) отримувала у вигляді інстиляції 0,3% гіалуронову кислоту, 2-га група (10 пацієнтів, 20 очей) — інстиляції крапель, що містили вітаміни А, Е і 0,3 % гіалуронову кислоту, 3-тя група (30 пацієнтів, 60 очей) — інстиляції антиоксиданту деларгіну (1000 мг/л). Усім пацієнтам було проведене комплексне офтальмологічне обстеження. Усі пацієнти отримували лікування впродовж 3 тижнів, інстиляцію препаратів проводили 3 рази на день. Аналіз основних показників у хворих із синдромом сухого ока: показник тесту Норна після лікування у пацієнтів 1-ї групи — 10,2 ± 0,2 с, 2-ї групи — 12,2 ± 0,01 с, 3-ї групи — 12,8 ± 0,01 с ($p < 0,05$); дані проби Ширмера у пацієнтів 1-ї групи після лікування — 10,5 ± 0,2 мм, 2-ї групи — 13,5 ± 0,1 мм, 3-ї групи — 15,8 ± 0,2 мм ($p < 0,05$). Частота миготливих рухів суттєво знизилась і відповідала нормі. Застосування у пацієнтів із синдромом сухого ока препаратів, до складу яких входять антиоксиданти, значною мірою сприяє нормалізації показників.

Шифр НБУВ: Ж101097

1.Р.653. Influence of rs1799983 (G894T, Glu298Asp) NOS3 on the primary open-angle glaucoma development / I. Pallikaris, V. M. Serdiuk, S. B. Ustymenko, O. A. Isaiev // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 117-123. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Глобальна програма ВООЗ з виявлення проблем зору та запобігання сліпоти "VISION 2020: The Right to Sight" показала необхідність виявлення генетичної схильності до глаукоми, що дає нові можливості для діагностики, ранньої профілактики й лікування. Мета дослідження — визначення впливу поліморфізму rs1799983 (G894T, Glu298Asp) гена NOS3 на розвиток первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ) у пацієнтів з української популяції. У дослідження були залучені дані 153 пацієнтів (153 ока) із ПВКГ та 47 контролів. Вік пацієнтів становив 65,0 ± 13,1 року, тривалість захворювання — 4,9 ± 5,3 року. У крові пацієнтів проведена полімеразна ланцюгова реакція в реальному часі (ампліфікатор Gene Amp PCR System 7500; США) з використанням тест-системи TaqMan Mutation Detection Assays Life-Technology (США). Для статистичної обробки отриманих результатів використовували програму Statistica 10 (StatSoft, Inc., США). При ПВКГ виявлено достеменне збільшення частоти мінорного генотипу ТТ та алеля Т порівняно з контролем. Розподіл генотипів не мав зв'язку із захворюванням ($p = 0,051$), тоді як вплив алелів був значущим: для алеля Т ВШ = 1,806; 95 % ВІ 1,11 — 2,93 ($p = 0,016$), що зберігалося при стратифікації за статтю для жінок (ВШ = 2,00; ВІ 1,01 — 3,95; $p = 0,043$). За наявності ризикового генотипу ТТ rs1799983, ПВКГ розвивалася в більш молодому віці ($p < 0,001$), такі пацієнти мали достеменно вищий внутрішньоочний тиск, гірші показники периметрії (MD та PSD), меншу товщину шарів нервових волокон (RNFL) та комплексу гангліозних клітин (GCC), більше відношення площі екскавації до площі диску зорового нерва (Cup/Disk Area Ratio). Встановлений і в інших популяціях зв'язок поліморфізму rs1799983 гена NOS3 з ПВКГ та показаний обтяжливий вплив мінорного генотипу ТТ на фенотип хворих.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.651

Оториноларингологія

1.Р.654. Клінічна ефективність гіпертонічного розчину гліцерину, збагаченого рослинними екстрактами, у комплексній терапії гострого риносинуситу / Д. С. Соломко, О. В. Макаренко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2021. - **15**, № 5. - С. 313-325. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Найперспективнішим у лікуванні та профілактиці гострого риносинуситу (ГРС) є застосування комплексних медикаментозних засобів, що забезпечуватиме зменшення економічних затрат і підвищення комплаєнтності терапії, ослаблення тяжкості перебігу захворювання, мінімізацію його тривалості, попередження ускладнень і хронізації патології. Мета дослідження — оцінка ефективності комплексної терапії ГРС з використанням 3 % розчину гліцерину, збагаченого специфічними проантоціанідинами (препарат Хьюмер Синусит). До чинного етапу дослідження було залучено 64 пацієнти (чоловіки та жінки) віком 18—60 років зі встановленим діагнозом з шифром МКБ-10 J01 — гострий синусит. Усі пацієнти проходили обстеження та стаціонарне лікування в закладах охорони здоров'я міста Дніпра протягом 2020—2021 рр. і надали інформовану письмову згоду на участь у дослідженні. Основна група спостереження (32 пацієнти) отримувала стандартну медикаментозну терапію зі застосуванням препарату Хьюмер Синусит як елімінаційно-іригаційного засобу, група порівняння І (13 пацієнтів) — спрей назальний ізотонічний, група порівняння ІІ (19 пацієнтів) — спрей назальний гіпертонічний. Результатами риноскопічного обстеження встановлено, що після закінчення курсу терапії в 25 % (8 з 32) пацієнтів групи з використанням комбінованого препарату Хьюмер Синусит як елімінаційно-іригаційного засобу спостерігався набряк та гіперемія слизової, тоді як у референтних групах І і ІІ у 53,8 % (7 з 13) і 47,4 % (9 з 19) хворих відповідно. Порівняльний аналіз показників риноманометрії у хворих з ГРС, які отримували лікування за різними схемами, показав більш виразну динаміку змін сумарного об'ємного потоку (СОП) і сумарного аеродинамічного опору (САО) у пацієнтів групи Хьюмер Синуситу. У пацієнтів зазначеної групи значення СОП, збільшившись до кінця курсу лікування на 46,3 % ($p < 0,01$), відновлювалося практично до відповідних параметрів фізіологічної норми, тоді як у референтних групах І і ІІ аналогічний показник збільшився лише на 30,2 % ($p > 0,05$) і 36,5 % ($p < 0,05$) відповідно порівняно з такими до лікування. Зокрема, у пацієнтів групи з іригаційною терапією 3 % розчином гліцерину, збагаченим специфічними проантоціанідинами, реєструвалася статистично значима відмінність показників цитозу, абсолютного вмісту нейтрофілів, частки деструктивних фагоцитів і фагоцитозу автофлори порівняно з референтною групою І (ізотонічний сольовий розчин) та відсотку фагоцитозу автофлори — з референтною групою ІІ (гіпертонічний сольовий розчин). Зазначені зміни параметрів цитограми назального секрету свідчать про суттєве ослаблення активності запального процесу та позитивний вплив на показники адаптивного імунітету у разі використання комбінованого препарату Хьюмер Синуситу як елімінаційно-іригаційного засобу. Таким чином, клінічна ефективність елімінаційно-іригаційної терапії з використанням Хьюмер Синуситу за умов ГРС обумовлена покращанням мукоциліарного кліренсу слизової верхніх дихальних шляхів, зменшенням проявів запалення та корекцією показників місцевого імунного статусу.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.655. Peculiarities of the differential diagnosis of different types of cerebral sinus and vein thrombosis in patients with ENT organs involvement / N. V. Lamza, O. V. Kovtunenko, G. K. Morgachova, L. A. Tereschenko, D. V. Lyschenko, A. V. Zaitsev, A. Fannan // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 77-86. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчення клінічних проявів ураження ЛОР-органів у пацієнтів з асептичним центральним венозним тромбозом для підвищення ефективності диференціальної діагностики різних форм тромбозів і визначення тактики подальшого лікування пацієнтів. Вивчено варіанти проявів ураження ЛОР-органів у 14 пацієнтів із септичним центральним венозним тромбозом (ЦВТ), які перебували на стаціонарному лікуванні за період з 2016 до 2019 рр., наведені результати їх офтальмологічного й неврологічного обстеження, а також лабораторних досліджень. Виявлено, що серед пацієнтів з церебральним венозним тромбозом у більшості спостережень (82,4 %) визначаються різні зміни в отоларингологічному статусі, з них у 21,4 % спостережень — із септичним ураженням ЛОР-органів, 78,6 % випадків — з асептичними змінами. У ході обстеження були сформульовані характеристики зазначених патологічних змін в отоларингологічному статусі при не гнійному ураженні ЛОР-органів (набряк м'яких тканин обличчя, слизової оболонки пазух або їх некроз, порушення функції м'язового апарату глотки, нейросенсорна туговухість), які могли бути пояснені вторинними ішемічними змінами тканин і порушенням венозного відтоку м'яких тканин го-

лови. Також відсутність первинного гнійного вогнища інфекції й септичних змін у периферичній крові та спинномозковій рідині у хворих з клінічно підтвердженим діагнозом ЦВТ підтверджувала асептичну (первинну) форму цього захворювання. Пацієнтам з асептичним ЦВТ була показана терапія прямими антикоагулянтами й симптоматична терапія залежно від наявності загальномозкової та осередкової неврологічної симптоматики, що кардинально відрізняється від терапевтичної тактики, застосовуваної пацієнтам із септичною формою ЦВТ. Проводячи диференціальну діагностику різних форм ЦВТ для вибору терапевтичної стратегії, слід брати до уваги характер змін в отоларингологічному статусі.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.279

Урологія

Оперативна урологія. Топографічна анатомія

1.Р.656. Використання дексмедетомідину в програмі мультимодальної малоопіоїдної анестезії при проведенні лапароскопічних оперативних втручань на нирках / Т. В. Овсієнко // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 58-65. - Бібліогр.: 32 назв. - укр.

Дексмедетомідин — високоселективний агоніст α2-адренорецепторів, став цінним компонентом малоопіоїдної мультимодальної анестезії, що забезпечує седативні, анксіолітичні та знеболювальні ефекти. Ці особливості роблять його корисним доповненням до протоколу анестезії, особливо в контексті забезпечення адекватного антиноцицептивного захисту, антистресового ефекту, стабілізації гемодинаміки і профілактики виникнення післяопераційного делірію. Мета роботи — оцінити ефективність використання дексмедетомідину в програмі мультимодальної малоопіоїдної анестезії під час проведення лапароскопічних оперативних втручань на нирках шляхом порівняння ефективності із загальною анестезією, у якій для забезпечення антиноцицептивного ефекту застосовувалися традиційні дози опіатів. Обстежені 55 пацієнтів, яким виконані лапароскопічні операції на нирках в умовах двох різновидів загальної анестезії. Усі пацієнти оперувалися в умовах ендотрахеального наркозу. Індукція: в/в пропофол 2 мг/кг, фентаніл 1,5—2 мкг/кг, атракуріум 0,6 мг/кг. Підтримка анестезії: севофлуран (МАК — 1,44 ± 0,25 об. %). У першій дослідній групі анальгетичний ефект загальної анестезії забезпечувався в/в введенням фентанілу в дозі 3,89 ± 2,1 мкг/кг/год. У другій групі використовувалась мультимодальна малоопіоїдна анестезія фентанілом 2,38 ± 1,01 мкг/кг/год із додаванням дексмедетомідину 0,7 мкг/кг/год. Ефективність антиноцицептивного захисту оцінювали за динамікою концентрацій стресових гормонів (кортизолу, АКТГ), показників гемодинаміки (артеріального тиску, середнього артеріального тиску та ЧСС), концентрації глюкози крові та за оцінкою болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Висновки: використання дексмедетомідину в програмах мультимодальної малоопіоїдної анестезії забезпечує повноцінний/адекватний антиноцицептивний захист під час проведення лапароскопічних оперативних втручань на нирках та знижує стресову реакцію організму на оперативне втручання.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.657. Метод дистанційного прекондиціонування та результати його використання при трансплантації нирки від живого родинного донора / М. І. Кириченко, А. В. Біляєв, Н. Г. Давиденко, А. О. Бичкова, О. В. Сторожук // Клініч. хірургія. - 2021. - **88**, № 9/10. - С. 38-43. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Мета роботи — розробка методики пом'якшення інтраопераційної ішемічно-реперфузійної травми — дистанційного ішемічного прекондиціонування та дослідження результатів її впровадження в клінічну практику. Розроблена методика дистанційного ішемічного прекондиціонування включала чотири процедури накачування повітря в манжету для вимірювання артеріального тиску на 40 мм рт. ст. вище систолічного артеріального тиску, кожна тривалістю 5 хв з наступними 5-хвилинними інтервалами випускання повітря з манжети. Метод дистанційного ішемічного прекондиціонування був реалізований після введення в наркоз, але до донорської нефректомії у 30 пацієнтів (основна група). Метод не був реалізований у 30 подібних пацієнтів. Розроблений метод дозволяє значно збільшити швидкість клубочкової фільтрації через 6 та 12 міс, зменшити частоту часткової затримки функції трансплантата, його гострого відторгнення та первинної дисфункції. Висновки: розроблена методика дистанційного ішемічного прекондиціонування покращує функцію трансплантованої нирки.

Шифр НБУВ: Ж26838

Урологічна патологія

1.Р.658. Взаємозв'язок якості сну у хворих на хронічну хворобу нирок V стадії, які лікуються гемодіалізом, з мелатонінтворною функцією епіфіза / В. Є. Кондратюк, А. С. Петрова // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 23-30. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити якість сну за опитувальником PSQI у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) V стадії, які лікуються гемодіалізом (ГД), та вивчити зв'язок між якістю сну та мелатонінтворною функцією епіфіза (МТФЕ). Обстежено 130 осіб (50 % чоловіки) з ХХН V стадії віком 58,5 [43; 66] років, які лікуються ГД. Проведено визначення денного та нічного рівня мелатоніну в слині, за яким хворих було розподілено на дві групи: I — 110 хворих з порушеною МТФЕ, група II — 20 пацієнтів з нормальною МТФЕ. Оцінку якості сну виконано за допомогою опитувальника Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Усім хворим проведено лабораторно-інструментальні дослідження (загальний та біохімічний аналіз крові, вимірювання офісного артеріального тиску, голтерівське моніторування артеріального тиску). Аналіз структури інсомнії у хворих на ХХН V стадії, які лікуються ГД, за даними опитувальника PSQI виявив проблеми засинання у 96,2 % обстежених, відчуття жару — у 56,8 %, часті прокидання — у 52,9 %, денну дисфункцію — у 40,8 %, проблеми з диханням — у 40,5 %, проблеми зі сном через кашель або хропіння — у 37,8 %, наявність поганих снів — у 18,9 %, використання снодійних препаратів — у 8 %. Загальний бал за PSQI у хворих із порушеною МТФЕ на 71,4 % ($p < 0,001$) перевищував показнику групі зі збереженою функцією епіфіза, що є свідченням впливу МТФЕ на якість сну. Оцінка за компонентами "затримка сну" та "тривалість сну" у хворих з дисфункцією епіфіза була на 66,7 % вищою ($p < 0,001$). Порівняльний аналіз кількості хвилин, потрібних для засинання, виявив більшу затримку сну у хворих з порушеною МТФЕ. Серед них було найбільше пацієнтів (71,8 %, $p < 0,05$), яким потрібно було > 60 хв для засинання, тоді яку групі зі збереженою МТФЕ таких пацієнтів не було. Кількість хворих, у яких період засинання становив 31 — 60 хв, у групі з дисфункцією епіфіза було на 30 % ($p < 0,05$) менше, а пацієнтів, що витрачали на засинання 16 — 30 хв, — на 92,5 % ($p < 0,05$), хворих, які засинають менше ніж за 15 хв, — на 62 % ($p < 0,05$). Установлено зменшення тривалості сну в усіх хворих, які лікуються ГД, але найбільше погіршення якості сну виявлено в групі хворих з дисфункцією епіфіза, зокрема кількість пацієнтів, які спали < 5 год, була на 90,8 % ($p < 0,05$) більше, ніж у групі зі збереженою МТФЕ, тих, хто спав 5 — 6 год, — на 81,7 % ($p < 0,05$), осіб з тривалістю сну 6 — 7 год — менше на 76,4 % ($p < 0,05$), тих, хто спав > 7 год і- на 84,0 % ($p < 0,05$). Висновки: для хворих на ХХН V стадії, які лікуються ГД, характерне поєднання порушення МТФЕ (84,6 %) і погіршення якості сну (86,2 %), зокрема проблеми із засинанням, відчуття жару, часті прокидання та денна дисфункція. Низька якість сну детермінується низьким рівнем мелатоніну в слині, наявністю гіпоальбумінемії і артеріальної гіпертензії, тривалістю артеріальної гіпертензії та лікування ГД.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.659. Випадок ефективного лікування хронічного рецидивного трихомонадно-бактеріального кольпоцервіциту / П. В. Федорич // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 63-66. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Наведено клінічний випадок: хронічне запалення сечостатевих органів з рецидивним перебігом, спричинене Trichomonas vaginalis та Enterococcus faecalis, у 38-річної пацієнтки. Встановлено діагноз:

хронічний бактеріально-трихомонадний кольпоцервіцит. Мікробна ерозія шийки матки. Було застосовано двохетапний підхід. Перший етап передбачав подолання резистентності до етіотропних препаратів, другий — проведення протистоцидної терапії. На першому етапі послідовно призначали препарати біорегуляційної терапії, а саме: "Лімфоміозот Н", "Ехінацею композитум С", "Убіхінон композитум", "Мукозу композитум", "Метро-Аднекс-Ін'єль". Перераховані препарати забезпечували тканинний дренаж і детоксикацію, посилювали загальну та місцеву опірність, а також виявляли протизапальний і протинабряковий ефект. Сумарна дія цих лікарських засобів сприяє зменшенню резистентності до антибактеріальних та протистоцидних препаратів. На другому етапі проводили етіотропну терапію препаратами "Секнідокс" та "Орципол" разом із засобами для місцевого лікування. Досягнуто клінічного та етіологічного одужання, незважаючи на резистентність до засобів специфічної терапії при попередніх спробах лікування. Визнано доцільність проведення двохетапного лікування пацієнтів з хронічними трихомонадно-бактеріальними запаленнями сечостатевої системи із рецидивним перебігом. На першому з них слід здійснювати заходи з метою подолання резистентності збудників запалення до специфічних препаратів, на другому — безпосередньо проводити етіотропну терапію.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.660. Виявлення плазмідних генів антибіотикорезистентності ESBLs та PMQR серед уропатогенів, виділених від пацієнтів з додіалізною ХХН та пієлонефритом / О. І. Чуб, С. В. Тесленко, О. В. Чуб // Нирки. - 2022. - 11, № 1. - С. 10-18. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Щорічно у світі реєструється близько 150 мільйонів випадків інфекцій сечової системи (ІСС), на лікування яких витрачається приблизно 6 мільярдів доларів на рік. У США реєструється близько 8 мільйонів амбулаторних візитів з приводу ІСС та понад 100 000 госпіталізацій щорічно, частіше за все з приводу пієлонефриту. Лікування ІСС лімітується формуванням стійкості до антибактеріальних препаратів. Згідно зі звітом CDC (Centers for Disease Control and Prevention), у США реєструється близько 2 млн інфекцій та 25 000 смертельних випадків унаслідок антибіотикорезистентних інфекцій. Згідно з даними рапорту Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022 (аналіз даних за 2020 р.), більше ніж 54 % виділених штамів E. coli були резистентними принаймні до одного антибактеріального препарату (АБП). У 2020 р. найбільший відсоток резистентності встановлено до амінопеніцилінів (54,6 %), фторхінолонів (23,8 %), цефалоспоринів 3-ї генерації (14,9 %) і аміноглікозидів (10,9 %). Резистентність до карбапенемів становила 0,2 %. 87,4 % штамів, резистентних до 3-ї генерації цефалоспоринів, були продуцентами ESBLs. Використання антибактеріальних препаратів широкого спектра дії є основним фактором ризику колонізації і поширення резистентних Enterobacteriaceae, включаючи E. coli. Значна поширеність ESBLs-продукуючих штамів, підвищення резистентності до основних груп АБП також призводять до збільшення використання карбапенемів, що, у свою чергу, може збільшити селекцію та сприяти поширенню резистентних до карбапенемів Enterobacteriaceae. Відображені дані щодо антибактеріальної чутливості виділених уропатогенів та їх взаємозв'язок з наявністю/відсутністю плазмідних генів ESBLs та PMQR.

Шифр НБУВ: Ж100881

1.Р.661. Оновлення щодо застосування толваптану для лікування автосомно-домінантного полікістозу нирок (АДПН): консенсусна заява від імені Робочої групи ERA зі спадкових захворювань нирок, Європейської довідкової мережі з рідкісних захворювань нирок та Polycystic Kidney Disease International / V. A. Nine, C. M. Albert // Нирки. - 2022. - **11**, № 1. - С. 37-39. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100881

Див. також: 1.Р.361, 1.Р.375

Гінекологія

1.Р.662. Вплив Cimicifuga racemosa на метаболічні параметри жінок із симптомами менопаузи (ретроспективне обсерваційне дослідження (CIMBOLIC)) / L. Friederichsen, S. Nebel, C. Zahner, L. Butikofer, P. Stute // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 61-66. - укр.

Мета дослідження — порівняти вплив екстракту Cimicifuga racemosa (CR, Ze 450, препарат Сімідона) і менопаузальної гормональної терапії (МГТ) на метаболічні параметри і масу тіла жінок із симптомами менопаузи. Матеріали і методи. У цьому моноцентричному ретроспективному когортному дослідженні були обстежені жінки старше 40 років, які звернулись на першу консультацію до лікаря між 2009 і 2016 роками. В остаточний аналіз були включені жінки, які отримували МГТ або CR і отримали щонайменше одну наступну консультацію. Основними досліджуваними показниками були метаболічні параметри сироватки крові (рівень ліпідів, глюкози, інсуліну та індекс інсулінорезистентності HOMA), маса тіла і симптоми менопаузи (оцінювались за шкалою оцінки менопаузи (MRS)-II). Статистичний аналіз проведений з використанням однота багатопараметричних регресійних моделей змішаних ефектів, які передбачають лінійний вплив часу. Результати. 174 жінки були включені в остаточний аналіз (група CR: n = 32, група МГТ: n = 142). Не було відмінностей між групами щодо вихідних характеристик (вік, індекс маси тіла, метаболічні показники крові, рівень гормонів і артеріальний тиск) і загальним балом MRS-II, тоді як репродуктивна стадія значно відрізнялася — більшість жінок, які отримували CR (83 %), знаходились в постменопаузі, тоді як у групі МГТ таких було 55 % (p = 0,038). Середня тривалість спостереження склала 12 місяців. В обох групах протягом періоду спостереження метаболічні показники і маса тіла не змінювалися, в той час як загальні показники і значення шкали MRS-II покращилися. Висновок: симптоми менопаузи значно зменшилися в обох групах (МГТ і CR), в той час як метаболічні показники сироватки крові та маса тіла в жінок, які отримували МГТ і CR, не змінилися.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.663. Гормональна функція жовтого тіла, трофобласта і плаценти у жінок, які завагітніли двійнями після лікування безплідності / Л. Є. Туманова, О. В. Коломієць // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 22-29. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити гормональну функцію жовтого тіла, трофобласта і плаценти у жінок, які завагітніли двійнями, із різними видами безплідності в анамнезі. Вивчено гормональні показники в 7—14 тижнів вагітності у 87 жінок, вагітних двійнями. Вивчення гормональних показників проведено в трьох групах (шести підгрупах): I група — вагітні, які мали в анамнезі ендокринну безплідність: Іа — 21 пацієнтка після допоміжних репродуктивних технологій (екстракорпорального запліднення) — ДРТ (ЕКЗ), Іб — 10 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; II група — вагітні, які мали в анамнезі безплідність запального генезу: IIа — 35 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), IIб — 6 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; III група — вагітні, які мали в анамнезі поєднану безплідність, запального генезу з ендокринним, IIIа — 10 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), IIIб — 5 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ. Вивчено вміст плацентарних гормонів у динаміці вагітності в 7—10 та в 11—14 тижнів: естрадіол, прогестерон, хоріонічний гонадотропін людини (β-ХГЛ) та асоційований з вагітністю плазмопротеїн (PAPPA). Естрадіол, прогестерон визначено імуноферментним методом за допомогою стандартних наборів системи "Delfia" на аналізаторі "1420 Victor 2" фірми "Perken Elmer" (США); а β-ХГЛ та PAPPA — імунохемілюмінесцентним методом на тест-системах виробника "Siemens". Результати. Під час динамічного спостереження за гормональними показниками крові жінок усіх трьох груп протягом I триместру виявлено прогресивне збільшення вмісту естрадіолу та прогестерону. При цьому темпи збільшення вмісту естрадіолу у крові в динаміці вагітності були більшими, ніж прогестерону. При двійнях (після ЕКЗ) зростання прогестерону сягало понад 50 %, а естрадіолу — до 30—40 % і практично не залежало від чинника безпліддя. При багатоплідній самостійній вагітності збільшення прогестерону досягало близько 40—60 % (найнижчий приріст був при поєднаній безплідності), а зростання естрадіолу — близько 75 % і практично не різнилося по групах. У терміні 7—10 тижнів вагітності концентрація прогестерону була достовірно вищою в жінок після ЕКЗ відносно показників у пацієнток після самостійного запліднення. У цей термін рі-

вень прогестерону не залежав від форми безплідності. Аналогічні зміни спостерігалися відносно рівня естрадіолу в обстежених жінок. Співвідношення прогестерон/естрадіол практично не різнилося по групах. Рівень естрадіолу у крові жінок (11—14 тижнів вагітності) також практично не різнився як залежно від форми безплідності, так і від методу запліднення. У 11—14 тижнів порівняння показників рівня прогестерону показало достовірно високі показники в жінок із багатоплідною вагітністю після ДРТ, що свідчить про інтенсивну гормонопродукуючу функцію за рахунок плацент двох плодів. Слід зазначити, що при ендокринній та поєднаній безплідності в жінок після ЕКЗ були достовірно вищими показники порівняно зі значеннями в жінок аналогічних груп.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.664. Ендокринні зміни в клімактерії та їх вплив на функціональний стан кісткової тканини: (огляд) / І. С. Пилипчук, В. В. Флуд, З. Я. Петришин // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 100-105. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета дослідження — провести аналіз наукової літератури та дати узагальнену характеристику впливу ендокринних змін у клімактерії на функціональний стан кісткової тканини (КТ). Проведено аналіз останніх досліджень та публікацій, що присвячені проблемі остеопорозу та змінам кісткової системи (КС). Визначено основні тенденції впливу остеопоротичних змін на розвиток стоматологічних проблем та патології кістково-м'язевої системи. Розглянуто актуальні проблеми сьогодення — клімактерій, остеопороз та зміни в КС. Остеопороз — поширене системне захворювання скелета, яке характеризується зменшенням кісткової маси і порушенням структури КТ. Часто пацієнти з остеопорозом стають інвалідами та потребують стороннього догляду та значних матеріальних затрат. Висновки: остеопороз — поліетіологічне системне захворювання КТ, що характеризується зниженням кісткової маси і погіршенням стану будови кістки та підвищеної її крихкості. Це захворювання має важливе соціально-економічне значення в усіх країнах світу через великі витрати на лікування таких пацієнтів та високу інвалідизацію. Порушення стану КТ в клімактерії та кісткового метаболізму зумовлюють низку стоматологічних проблем: патологію тканин пародонта, втрату зубів, складнощі протезування та нестабільність зубних протезів через остеопоротичні зміни щелеп, але механізми цих порушень, пов'язаних зі змінами біохімічних процесів і гормонального статусу, недостатньо вивчені та потребують подальшого дослідження.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.665. Жіноче здоров'я: імплементація сучасних протоколів в клінічну практику, 27—28 лютого 2020 року: зб. наук. пр. Всеукр. міждисциплінар. наук.-практ. конф. / ред.: М. М. Корда, С. М. Геряк, М. І. Швед; Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2020. - 87 с.: табл. - укр.

Розкрито патогенетичну роль метаболічного ацидозу при хронічному панкреатиті у вагітних жінок. Увагу приділено профілактиці лімфовенозних ускладнень після радикальних операцій у хворих на рак молочної залози. Визначено ефективність використання метаболічної терапії при лікуванні хворих на остеоартроз, поєднаний з ішемічною хворобою серця. Описано особливості ремоделювання серця у померлих від раку ободової кишки. Розглянуто особливості впливу гормональних порушень на розвиток доброякісних захворювань молочних залоз. Досліджено сучасні тенденції розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, розглянуто їх прогнозування та корекції у вагітних зі сполучнотканинною дисплазією та ідіопатичним пролапсом мітрального клапана. Акцентовано також на сучасних тенденціях профілактики післяпологових гнійносептичних захворювань. Описано епідеміологічні особливості розвитку гнійно-запальних захворювань у післяпологовому періоді. Розглянуто особливості скринінгу доброякісних захворювань молочних залоз та особливості лабораторного контролю в діагностиці водно-електролітних порушень при індукції овуляції.

Шифр НБУВ: ВС70597

1.Р.666. Зміни в системах: обміну ліпідів та вуглеводів у вагітних із різними формами безплідності в анамнезі / О. В. Коломієць // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 19-25. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Найзначніші зміни в системах обміну ліпідів та вуглеводів спостерігаються в жінок з ендокринною і поєднаною безплідністю в анамнезі, що пояснюється наявністю в них факторів ризику, зокрема, віком, синдромом полікістозу яєчників, підвищеною частотою соматичної патології, ускладненим перебігом вагітності. Мета роботи — вивчити зміни в системах обміну ліпідів та вуглеводів у вагітних із різними формами безплідності. Вивчено зміни в системах обміну ліпідів та вуглеводів у 127 вагітних із різними видами безплідності. В основу розподілу вагітних на групи покладено фактор безплідності: I група — 35 вагітних з ендокринною безплідністю в анамнезі, II — 37 жінок із безплідністю трубно-перитонеального генезу в анамнезі, III — 30 вагітних із поєднаною безплідністю в анамнезі: трубно-перитонеального генезу з ендокринним, IV (контрольна) — 25 здорових вагітних без безплідності в анамнезі. Для оцінки метаболічних порушень усім жінкам виміряно артеріальний тиск, у крові визначено рівні: глюкози та індекс HOMA (Homeostasis Model Assesment), тригліцериди та ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ). Застосовано імунохемілюмінесцентний, ферментативний колориметричний та кінетичний ферментативний методи. Достовірність для відносних величин оцінено методом кутового перетворення Фішера. За даними вимірювання глюкози плазми в жінок із різними видами безплідності за групами в I і III триместрах виявлено, що в I групі підвищені показники були в 5 (14,3 %) пацієнток у I триместрі та в 9 (25,7 %) жінок у III триместрі; у III групі — у 3 (10 %) і 10 (33,3 %) вагітних відповідно; тоді як підвищений рівень цукру в крові у II групі був у 3 (10 %) пацієнток у I триместрі та в 10 (33,3 %) жінок у III триместрі, а в IV групі — у жодної пацієнтки в I триместрі, однак у III триместрі він був підвищеним в 1 (8 %) пацієнтки. Під час визначення індексу HOMA в жінок із різними видами безплідності по групах в I і III триместрах виявлено, що в I групі підвищені показники були в 4 (11,4 %) пацієнток у I триместрі та в 5 (14,3 %) жінок у III триместрі; у III групі — в 3 (10 %) і 4 (13,3 %) вагітних відповідно; водночас показник індексу HOMA в жінок II групи не змінився (як у I, так і в III триместрах) і становив 1 (2,7 %) випадок, а в IV групі в жодної жінки не було підвищеного індексу HOMA (як у I, так і в III триместрах). Під час аналізу даних вимірювання ЛПВЩ у жінок із різними видами безплідності по групах в I та III триместрах виявлено, що в I групі підвищені показники були у 2 (5,7 %) пацієнток у I триместрі та в 4 (11,4 %) жінок у III триместрі; у III групі — у 3 (10,0 %) і 6 (20,0 %) вагітних відповідно; тоді як показник ЛПВЩ у жінок II групи не змінився (як у I, так і в III триместрах) й становив 1 (2,7 %) випадок, а в IV групі в жодної жінки не було підвищеного рівня ЛПВЩ (як у I, так і в III триместрах). Висновки: при ендокринній та поєднаній безплідності в анамнезі вже в I триместрі рівень глюкози перевищував 5,6 ммоль/л у 14,3 % і 10 % пацієнток відповідно; а в III триместрі — у 25,7 % і 33,3 % відповідно.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.667. Кольпоскопічно-цитологічні паралелі у вагітних з безплідністю різного генезу в анамнезі / О. В. Коломієць // Укр. журн. перинатол. і педіатр. - 2021. - № 3. - С. 5-11. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — визначити взаємозв'язок між характером і ступенем вираженості кольпокоскопічних та цитологічних змін на шийці матки у вагітних з безплідністю в анамнезі. Матеріали та методи. Обстежено 101 жінку: 14 вагітних, які мали в анамнезі ендокринну безплідність, 1-ша група; 27 вагітних, які мали в анамнезі безплідність трубно-перитонеального генезу, 2-га група; 40 вагітних, які мали поєднану безплідність, 3-тя група, а також 20 здорових вагітних, які не мали безплідності в анамнезі, 4-та група. Методи оцінки стану шийки матки у вагітних — відеокольпоскопічний та цитологічний (на склі). Нормальні цитологічні зміни (NILM) виявлено: у 1-й групі — у 8 (57,2 %), у 2-й групі — у 15 (55,6 %), у 3-й групі — 23 (57,5 %), у 4-й групі — у 14 (70,0 %) вагітних. Доброякісні цитологічні та ASCUS ознаки відмічено: у 1-й групі — у 5 (35,7 %), у 2-й групі — у 6 (22,2 %), у 3-й групі — у 10 (25,0 %), у 4-й групі — у 5 (25,0 %) пацієнток. Передраки (LSIL+HSIL) встановлено: у 1-й групі — в 1 (7,1 %), у 2-й групі — у 6 (22,2 %), у 3-й групі — у 9 (22,5 %) жінок, а в 4-й групі передраків не виявлено цитологічно. Нормальні кольпоскопічні ознаки (багатошаровий плоский епітелій) виявлено: у 3-й групі — в 11 (27,5 %), у 2-й групі — у 8 (29,6 %), у 1-й групі — у 7 (50,0 %) вагітних. Доброякісні кольпоскопічні зміни (ектопія, відкриті залози, Наботові кісти, децидуоз) відмічено: у 3-й групі — у 19 (47,5 %), у 2-й групі — у 16 (59,3 %), у 1-й групі — у 6 (42,9 %), у 4-й групі — у 5 (35,7 %) пацієнток. Наведені дані свідчать про те, що передраки при кольпоскопії встановлено: у 3-й групі — у 9 (22,5 %), у 2-й групі — у

3 (11,1 %), у 1-й групі — в 1 (7,1 %), у 4-й групі — в 1 (5,0 %) жінки. Кольпоскопічних ознак інвазивного росту не виявлено в жодній групі. Висновки: проведене дослідження вказує на підвищений рівень передракової патології шийки матки у вагітних з трубно-перитонеальною і поєднаною безплідністю в анамнезі. Досить значний відсоток передракових станів шийки матки (у 2-й групі — у 6 (22,2 %) і у 3-й групі — у 9 (22,5 %) жінок) свідчить про те, що за наявності вірусу папіломи людини та інших статевих інфекцій, а також зі збільшенням віку ймовірність самоелімінації вірусу папіломи знижується. Усім вагітним після тривалого лікування безплідності слід обов'язково при першому відвідуванні жіночої консультації провести кольпоскопічний огляд, крім взяття цитологічного мазка. За виявлення LSIL і HSI у цій категорії жінок необхідно забезпечити кольпоскопічний і цитологічний контроль 1 раз на 3 місяці під час вагітності, при цьому обов'язково виконувати полімеразну реакцію вірусу папіломи людини високого канцерогенного ризику (ПЛР ВПР ВКР). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.668. Медико-соціальні особливості пацієнток пізнього репродуктивного віку зі зниженим овариальним резервом / У. С. Дорофеєва, О. Г. Бойчук // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 14-19. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — визначити медико-соціальні особливості пацієнток пізнього репродуктивного віку зі зниженим овариальним резервом. 130 пацієнток після застосування програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) розподілені на групи згідно з критеріями POSEIDON. Основну групу, яку становили 80 пацієнток старшого репродуктивного віку (від 35 років), розділено на 2 підгрупи згідно з критеріями POSEIDON. Підгрупу 1 становили 34 жінки з прогнозованою бідною відповіддю на контрольовану овариальну стимуляцію (КОС) — група 4 за POSEIDON; підгрупу 2—46 пацієнток із прогнозованою нормальною відповіддю на КОС — група 2 за POSEIDON. Групу порівняння становили 50 пацієнток віком до 35 років із прогнозованою нормальною відповіддю на КОС — група 1 за POSEIDON. Оцінено якість життя за опитувальником "FertiQoL", наявність і ступінь депресії — за методикою В. Зунга. Частка жінок віком від 40 років серед пацієнток після застосування програм ДРТ із прогнозовано поганою відповіддю на КОС у 3 рази є більшою у порівнянні з прогнозовано нормальними відповідачами (32,4 % проти 10,9 %), що відображає визначальну роль віку жінки в зниженні овариального резерву. Значна частка жінок цієї категорії відмічає таку шкідливу звичку як куріння (17,6 %), третина — малорухливий спосіб життя (32,4 %) і стреси (29,4 %), а 26,5 % — порушення режиму дня та праці. Проблеми з репродукцією позначаються на якості життя жінок та обумовлюють психологічні зміни. Понад третина (35,3 %) жінок оцінює стан власного здоров'я як поганий і дуже поганий, а більшість (53,0 %) незадоволена якістю життя. Найбільше від проблем із фертильністю страждає емоційна сфера (оцінка — 45,3 — 2,2), знижена й оцінка психічного та фізичного здоров'я, а також соціального функціонування. Хоча пацієнтки досить високо оцінюють якість наданого лікування, однак його переносимість у цих жінок є гіршою. При цьому психологічний стан половини жінок оцінюється як субдепресивний або маскована депресія (52,9 %), а депресія діагностована в 14,7 % респонденток. Встановлено медико-соціальні особливості жінок пізнього репродуктивного віку зі зниженим овариальним резервом (куріння, порушення режиму дня та праці, малорухливий спосіб життя, стреси, низька якість життя, субдепресивний і депресивний стани) вказують на необхідність додаткового введення заходів із корекції способу життя та методик психокорекції до програм підготовки до ДРТ. Дослідження виконано відплвідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.669. Менопауза. Проблема, що не втрачає актуальності (коментарій фахівця та оновлені дані "Національного консенсусу щодо ведення пацієнток у клімактерії") / О. О. Єфіменко // Репродуктив. ендокрин. - 2020. - № 1. - С. 72-88. - Бібліогр.: 82 назв. - укр.

Клімактерій — це фізіологічний перехідний період у житті жінки, упродовж якого на фоні вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, що характеризуються зниженням генеративної і менструальної функції внаслідок генетично запрограмованого згасання і припинення функціонування яєчників. Виділяють 4 періоди клімактерію: період менопаузального переходу, менопауза, перименопауза і постменопауза. В документі представлено огляд існуючих методів діагностики і терапії клімактеричних розладів у жінок, запропоновано алгоритми діагностики і лікування даної патології з метою профілактики серцево-судинних захворювань, остеопорозу та покращення якості життя жінок в Україні. Діагноз перименопаузи і менопаузи не потребує лабораторних гормональних досліджень для більшості здорових жінок, старших за 45 років, при наступних ознаках: при перименопаузі — наявність вазомоторних симптомів на фоні нерегулярних менструацій; при менопаузі — відсутність менструації протягом останніх 12 місяців або поява клімактеричних симптомів після гістеректомії. Симптомами в клімактерії є вазомоторні симптоми: припливи, нічна пітливість, серцебиття, лабільність артеріального тиску; психологічні: емоційна лабільність, депресивні стани, тривога, дратівливість, порушення сну, погіршення пам'яті та концентрації уваги; загальнофізичні симптоми: астенізація, головний біль, біль в м'язах та суглобах, неприємні відчуття на шкірі; урогенітальні і сексуальні: вагінальний свербіж, печія, сухість і диспареунія, часте і ургентне сечовипускання, зниження лібідо. Єдиним патогенетично обгрунтованим і ефективним методом корекції клімактеричних розладів є менопаузальна гормональна терапія. Як таку терапію використовують натуральні естрогени (17β-естрадіол, естрадіолу валерат, естріол) в комбінації з гестагенами (дидрогестерон) або андрогенами. Можливе введення гормонів парентерально (в ін'єкціях), трансдермально, вагінально та перорально. Для корекції клімактеричного синдрому, урогенітальних розладів використовують короткострокові курси менопаузальної гормональної терапії (протягом 1—5 років). Для профілактики та лікування остеопорозу менопаузальна гормональна терапія триває більше 3 років, за необхідності в комбінації з біфосфонатами.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.670. Непролиферативные и пролиферативные поражения женской репродуктивной системы крыс и мышей (по материалам Проекта INHAND (Международная гармонизация номенклатуры и диагностических критериев поражения крыс и мышей)) / Л. В. Бондаренко, А. В. Матвієнко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 1. - С. 67-70. - рус.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.671. Непролиферативные и пролиферативные поражения женской репродуктивной системы крыс и мышей (по материалам Проекта INHAND (Международная гармонизация номенклатуры и диагностических критериев поражения крыс и мышей)) / Л. В. Бондаренко, А. В. Матвієнко // Фармакологія та лікар. токсикологія. - 2022. - **16**, № 2. - С. 136-142. - рус.

Шифр НБУВ: Ж100063

1.Р.672. Оптимізація функції яєчників та метаболічного статусу при синдромі полікістозних яєчників / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, Т. М. Тутченко, М. І. Гламазда // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 18-22. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінити вплив комплексу Квінофолік (міоінозитол 500 мг, D-хіро-інозитол 12,5 мг, метилтетрагідрофолат 250 мкг) на функцію яєчників, метаболічний статус та біохімічну гіперандрогенію в жінок із класичною фенотиповою формою синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та інсулінорезистентністю. Матеріали і методи. Проведено відкрите порівняльне дослідження за участю 60 жінок раннього/активного репродуктивного віку з діагнозом СПКЯ (класична фенотипова форма) і лабораторно підтвердженою інсулінорезистентністю, розподілених на 2 групи: основна отримала рекомендації з модифікації способу життя відповідно до клінічних настанов 2018 р., а також препарат Квінофолік в дозі 2 капсули на добу; група контролю отримала аналогічні рекомендації з модифікації способу життя і препарат фолієвої кислоти, аналогічний компоненту комплексного препарату групи дослідження, протягом 6 місяців. Кінцевими точками дослідження були: тривалість міжменструальних проміжків та наявність УЗ ознак овуляції, що відбулась; динаміка індексу HOMA, співвідношення окружності талії/стегон, індексу вільного тестостерону. Результати. Наприкінці третього місяця лікування в основній групі було зареєстроване статистично значуще скорочення міжменструальних проміжків: 45,6 ± 3,2 дня

проти 68,9 ± 8,2 днів до лікування. Наприкінці шостого місяця лікування середня тривалість міжменструальних проміжків в основній групі склала 32,6 ± 2,8 дня. Середній показник міжменструальних проміжків в основній групі статистично значуще відрізнявся від групи контролю: 45,6 ± 3,2 дня проти 68,2 ± 5,6 днів наприкінці 3-го місяця і 32,6 ± 2,8 дня проти 56,6 ± 4,8 дня наприкінці шостого місяця. В контрольній групі середня тривалість міжменструальних проміжків наприкінці третього місяця не показала статистично значущої динаміки. Динаміка зменшення окружності талії/стегон в основній і контрольній групах була зіставною, але зміни при порівнянні показників до та наприкінці дослідження не були статистично значущими в обох групах. Водночас в основній групі було зареєстроване синхронне зі зменшенням співвідношення окружності талії/стегон статистично значуще зниження показників індексу HOMA та індексу вільного тестостерону. В групі контролю, незважаючи на значний ефект модифікації способу життя в окремих учасниць, середні значення цих показників не продемонстрували статистично значущих змін. Результати дослідження, об'єднані з наявним пулом даних про ефективність комбінованого застосування ізомерів інозитолу в співвідношенні міо-інозитол/D-хіро-інозитол = 40:1, підтверджують доцільність їх використання для покращення фолікулогенезу, зниження гіперандрогенії та інсулінорезистентності в жінок із СПКЯ.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.673. Особенности полового развития девушек с общим и генитальным инфантилизмом в раннем репродуктивном периоде / Г. Г. Гасанлы // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 17-21. - Библиогр.: 12 назв. - рус.

Цель работы — изучить выраженность вторичных половых признаков девушек с общим и генитальным инфантилизмом в раннем репродуктивном периоде. Обследованы 150 девушек с общим и генитальным инфантилизмом. Всем обследуемым проведены клинические, функциональные, гормональные, биохимические, радиологические, генетические и лабораторные исследования. Средний возраст девушек составил 19,56 ± 0,13 (17—22) года. Средний вес — 55,37 ± 1,56 (32—98) кг, рост — 1,57 ± 0,13 (1,36 —1,71) м. Массоростовой индекс составил 22,5 ± 0,48 (15—48). Выраженность вторичных половых признаков определена по шкале J. Tanner. Результаты и выводы. Установлено, что у девушек с общим инфантилизмом (гипогонадотропным гипогонадизмом) отмечается существенное отставание в развитии вторичных половых признаков на фоне легкого гирсутизма. При генитальном инфантилизме (гипергонадотропном гипогонадизме) наблюдается выраженность подмышечного и надлобкового оволосения на фоне отставания в развитии молочных желез. Также имеет место высокий показатель гирсутного числа, что отражает среднюю степень гирсутизма. При нормогонадотропном гипогонадизме развитие вторичных половых признаков соответствует аналогичным показателям практически здоровых девушек. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.674. Резолюция I Международного форума экспертов по вопросам менопаузы // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 8-12. - рус.

8 — 9 листопада 2019 року в Тбілісі (Грузія) відбувся ініційований Асоціацією гінекологів-ендокринологів України I Міжнародний форум експертів з питань менопаузи. До робочої групи експертної ради увійшли провідні фахівці у сфері акушерства і гінекології Вірменії, Білорусі, Грузії, Казахстану, Киргизстану, Узбекистану та України. Експертами були представлені дані своїх країн про стан менеджменту менопаузи, досвід вирішення проблем цього періоду життя. Мета МГТ — частково компенсувати дефіцит статевих гормонів, використовуючи мінімально-оптимальні дози, здатні поліпшити загальний стан жінки і забезпечити профілактику пізніх обмінних порушень і остеопорозу. Індивідуалізація відбору МГТ залежить від віку пацієнтки і менопаузального статусу. Для кожного етапу репродуктивного старіння жінки відповідно до системи критеріїв STRAW+10 необхідне зважене рішення щодо вибору режиму і дозувань комбінованої МГТ терапевтично ефективними низькодозованими формами. Починати МГТ рекомендується переважно в перименопаузі або в ранній постменопаузі, але за тривалості менопаузи не більше 10 років. Перед початком терапії обов'язково слід виконати оцінку товщини ендометрія методом трансвагінальної сонографії. У перименопаузі краще починати з МГТ в комбінованому циклічному режимі з нижчої дози естрогену. З метою ефективної профілактики виникнення остеопорозу в жінок у постменопаузі пропонується проводити безперервну оцінку ризиків розвитку переломів. Необхідне щорічне базове обстеження: вимірювання ваги, окружності талії і рівня артеріального тиску, гінекологічний огляд, цитологічне дослідження цервікального мазка за Папаніколау, УЗД органів малого таза, ендометрія, мамографія.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.675. Рецепторні аспекти зниження лубрикації у жінок репродуктивного віку з гіпоандрогенізмом / Л. М. Семенюк, Т. Ю. Юзвенко, Л. В. Дем'яненко, Л. С. Чернуха, А. О. Белебеєва // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 3. - С. 53-59. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити рецептивність вагінального епітелію у жінок із жіночою сексуальною дисфункцією (ЖСД) та гіпоандрогенізмом. Проведено імуногістохімічне дослідження щільності андрогенних (АР) та естрогенових рецепторів (ЕР) у дистальному відділі вагінального тракту жінок репродуктивного віку із гіпоандрогенним забезпеченням їх гормонального тла. Для імуногістологічного дослідження використовували біоптат нижньої третини слизової вагіни, взятий за допомогою дермопанча діаметром 3 мм у 20 жінок із ЖСД та гіпоандрогенізмом. Контрольну групу утворено із 20 жінок репродуктивного віку без виявів ЖСД та порушень гормонального тла. Обстеження виконано на етапі прегравідарної підготовки. Місце проведення: Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Імунореактивність ERα в епітелії в основній та контрольній групі становила 47,2 ± 22,2 і 86,1 ± 8,0 ($p < 0,001$), у стромі — відповідно 13,9 ± 16,8 та 86,1 ± 8,3 ($p < 0,001$), тобто імунореактивність в епітелії була статистично значущо вище, ніж у стромі ($p < 0,01$). Розташування ERα у вагінальному епітелії обох груп: клітини базально-проміжного шару вздовж базальної мембрани та проміжний шар. Клітин, які експресують ERα, у поверхневому шарі не виявлено. У стромальних клітинах ERα містилися у фібробластах та гладенькоm'язових клітинах. ERβ виявлено у клітинах базально-парабазального шару, проміжного шару, зрідка і поверхневого шару епітелію вагіни, а також у фібробластах, ендотелії судин, де відзначено як ядерне, так і цитоплазматичне забарвлення. За результатами імуногістохімічного дослідження АР у вагіні частка АР-позитивних клітин у здорових жінок була мізерною (3,8 ± 2,2), що суттєво менше, ніж у пацієнток з андрогенним дефіцитом (18,8 ± 8,3), та у порівнянні з іншими рецепторами. Локалізувалися АР переважно в базальному шарі вздовж базальної мембрани. У стромі траплялися поодинокі АР-позитивні фібробласти. Висновки: рецептори естрогену α беруть участь у регуляції процесів проліферації та диференціювання вагінального епітелію під впливом естрогенів, про що свідчить збільшена у 1,8 разу щільність забарвлених рецепторів естрогену α у здорових жінок. Відсутність кореляційних зв'язків між рецепторами естрогену α та β ($r = 0,24$; $p < 0,05$) може свідчити про здатність змінюватися в одній і тій самій тканині залежно від сили впливу естрогенів на організм жінки. Топічна локалізація андрогенних рецепторів у базальному шарі свідчить на користь безпечності застосування місцевих форм андрогенів для подолання зниження лубрикації.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.676. Роль етіопатогенетичних факторів безплідності у морфофункціональних змінах в організмі жінок під час вагітності (огляд літератури) / О. В. Коломієць // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 42-54. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Вагітні, які мали безплідність ендокринного та трубно-перитонеального генезу в анамнезі, на сьогодні становлять значний сегмент у загальній кількості вагітних, і простежується чітка тенденція щодо зростання чисельності таких жінок. Беручи до уваги, що головними ускладненнями перебігу вагітності в жінок із безплідністю є невиношування, гіпертензивні та метаболічні розлади, з'ясовано ті патофізіологічні механізми, які з ранніх етапів гестаційного процесу і до пологів визначають характер перебігу вагітності. Аналіз сучасного стану проблеми перинатальних втрат і акушерських ускладнень при вагітності після лікування безплідності надає змогу їх попередити. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.677. Синдром полікістозних яєчників: підхід до корекції метаболічних порушень / Л. В. Калугіна, Т. Ф. Татарчук // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 54-60. - Бібліогр.: 44 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення достовірності робочої гіпотези щодо позитивного впливу рослинних адаптогенів з гепатопротекторною та протизапальною активністю на корекцію метаболічних ускладнень синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та можливостей включення до схеми лікування препарату схізандрина, вибір якого обгрунтований його властивостями покращувати чутливість тканин до інсуліну, гепатопротекторними, гіполіпідемічними, протизапальними та антиоксидантними ефектами. Проведено порівняльне проспективне дослідження 60 пацієнток віком 18—38 років із СПКЯ (фенотип А). Критеріями включення у дослідження були: підтверджений діагноз з наявністю збільшення яєчників та оліго-/ановуляцією, підвищеним рівнем яєчникових андрогенів, індексом маси тіла (ІМТ) від 25 до 30,1 кг/м^2. Усім жінкам проводилося загальноклінічне обстеження з оцінкою антропометричних параметрів та ІМТ, наявності клінічних проявів гіперандрогенії (гірсутизм і андрогенні дерматопатії) за шкалою Феррімана-Голлвея, УЗД статевих органів, оцінка рівня прогестерону та інсулінорезистентності на основі індексу HOMA на 22—24-й день менструального циклу. Пацієнтки були розподілені на 2 рівні групи залежно від терапії: жінкам основної групи призначили прийом препарату схізандрина по 1 таблетці (250 мг) тричі на добу тривалістю 12 тижнів. Отриманий курс терапії препаратом схізандрина показав відновлення регулярних менструальних циклів у 40 % пацієнток (проти 16,6 % на початку дослідження) за рахунок підвищення рівня прогестерону у 1,4 рази, покращення стану шкіри, нормалізації ІМТ. Було відмічено позитивний вплив лікування на метаболічний статус пацієнток: спостерігалося вірогідне зниження показників HOMA і очікувано нормалізувалися рівні трансаміназ. До комплексного обстеження пацієнток із СПКЯ, особливо з надмірною вагою та ожирінням, необхідно включити оцінку індекса HOMA, визначення функціональних проб печінки, УЗД гепатобіліарної системи з виконанням еластографії. Для профілактики метаболічних порушень у жінок із СПКЯ та надмірною вагою до схеми комплексної терапії доцільно включити препарат схізандрина.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.678. Чинники ризику та прогнозування метаболічного синдрому в жінок перименопаузального віку, хворих на гіпотиреоз / Н. В. Пасєчко, О. О. Чукур // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 28-34. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Мета роботи — розробити математичну модель оцінки прогностичної значущості чинників ризику для вивчення ймовірності розвитку і прогресування метаболічного синдрому в жінок перименопаузального віку, хворих на гіпотиреоз. Для прогнозування розвитку метаболічного синдрому (МС) обстежено 146 жінок перименопаузального віку з гіпотиреозомом (ГТ). За допомогою множинного регресійного аналізу побудовано прогностичну модель ризику розвитку МС. За допомогою логістичного регресійного аналізу визначено значущі мультиколінеарні чинники ризику МС: тригліцериди, тиреотропний гормон, вітамін D та обвід талії. Побудовано кореляційну матрицю з розрахунком коефіцієнтів регресії та детермінації, створено математичну модель для визначення коефіцієнта прогресування МС. Розроблена математична модель прогнозування розвитку МС має високу прогностичну точність. Розроблена математична модель прогнозування МС на тлі ГТ є високоінформативною і надає змогу визначити контингент жінок з високою ймовірністю розвитку МС для своєчасного проведення відповідних профілактичних заходів.

Шифр НБУВ: Ж24380

Див. також: 1.Р.556, 1.Р.686

Гігієна жінки

1.Р.679. Використання гормональних контрацептивів у жінок із супутніми медичними станами (Практичний вісник Американського коледжу акушерів-гінекологів No 206) // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 82-92. - укр.

Незважаючи на численні дослідження, що стосуються безпеки та ефективності гормональних контрацептивів у здорових жінок, дані щодо жінок, які мають основні медичні стани чи інші особливі обставини, обмежені. Критерії медичної придатності США (U.S. Medical Eligibility Criteria, USMEC) щодо використання контрацептивних засобів від 2016 року були схвалені Американським коледжем акушерів-гінекологів, а на основі найкращих наявних доказів та експертних висновків опубліковано відповідне керівництво, покликане допомогти медичним працівникам краще піклуватися про жінок з хронічними медичними станами, які потребують контрацепції. USMEC регулярно оновлюються та використовують 4 категорії для класифікації медичних станів, які впливають на застосування кожного методу контрацепції. Мета цього бюлетеня — роз'яснити використання системи оцінювання USMEC у клінічній практиці та конкретно обговорити різні медичні стани. Контрацепція для жінок з вірусом імунодефіциту людини, використання екстреної контрацепції в жінок із наявними медичними станами, включаючи ожиріння, а також вплив депо медроксипрогестерону ацетату на здоров'я кісток розглядаються в інших документах Американського коледжу акушерів-гінекологів. Артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет та інсульт — це стани, пов'язані з підвищеним ризиком несприятливих наслідків в результаті непередбачуваної вагітності. Ліки, які приймаються при певних хронічних станах, можуть бути тератогенними або змінювати ефективність гормональних контрацептивів. Тому планування вагітності є життєво важливим для таких пацієнток. Консультування жінок із супутніми медичними станами щодо контрацепції має співвідносити потенційні ризики використання методів контрацепції з можливими ризиками непередбачуваної вагітності. Це обов'язково передбачає оцінку характеру та тяжкості медичного стану пацієнтки; особистих вподобань жінки; її репродуктивних цілей; ефективності, прийнятності та доступності альтернативних методів контрацепції. Такі негормональні форми контрацепції, як мідна внутрішньоматкова система і стерилізація, залишаються безпечним вибором для багатьох жінок із супутніми захворюваннями.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.680. Формування попиту на контрацептиви з використанням методу ван Вестендорпа на підставі встановлення споживчої цінності / Т. В. Маганова // Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практ. - 2021. - **14**, № 3. - С. 343-353. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Цель работы — апробация метода ван Вестендорпа на примере контрацептивов, установление их потребительской ценности для дальнейшего принятия рациональных решений относительно совершенствования системы обеспечения противозачаточными средствами украинских потребителей-женщин. В исследовании использован маркетинговый метод ван Вестендорпа на основе анкетирования квотной выборки женщин репродуктивного возраста одного из регионов Украины. Основные расчуты проведены в среде программного обеспечения MS Excel 2010. Опрос 420 женщин позволил определить максимальные диапазоны готовности платить (точки граничной дешевизны и дороговизны) для всех существующих фармацевтических видов контрацепции (гормональной, негормональной, медицинских изделий) в возрастных и доходных квотах. Установлено, что ценовая чувствительность зависит от социально-экономических показателей. Установленные максимальные диапазоны готовности платить значительно ниже рыночных цен на контрацептивы. Исключение составляют дешевые и распространённые противозачаточные средства (аэрозоль и мужской презерватив), что подтверждает необходимость использования маркетинговых методов исследования для удовлетворения потребностей потребителей-женщин.

Шифр НБУВ: Ж69485

Жіночі хвороби

1.Р.681. Бактеріальний вагіноз та вульвовагінальний кандидоз у жінок репродуктивного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням (огляд літератури) / К. А. Гаспарян // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 70-76. - Бібліогр.: 44 назв. - укр.

В оглядовій статті літературних джерел, вітчизняних, зарубіжних авторів і власних досліджень висвітлено сучасні погляди (нерідко проблемні й дискусійні) на поширеність бактеріального вагінозу (БВ) і вульвовагінального кандидозу (ВВК) серед жінок репродук-

тивного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням. ВВК посідає 2-ге місце серед усіх інфекцій піхви і є однією з найпоширеніших психічних причин звернення жінок до гінеколога. Важливу негативну роль ожиріння та надлишкова вага відіграють у гінекологічній та акушерській практиці. Відзначається значне зростання Candida albicans non albicans у жінок репродуктивного віку із зайвою вагою, яке чинить негативний вплив на репродуктивне здоров'я жінок. Наведено результати порівняльного дослідження, присвяченого вивченню клінічної та лабораторної ефективності місцевої терапії БВ і ВВК у жінок із зайвою вагою. На тлі метаболічних розладів зростає частота інфекційної патології урогенітального тракту. Чисельні літературні дані свідчать, що гриби роду Candida входять до складу різних мікробних асоціацій, а важливим фактором їх активного росту є дефіцит лактобактерій, які продукують H_2O_2. Наведено дані про БВ і ВВК, розвиток і роль метаболічних порушень у патогенезі БВ і ВВК. Підвищення ефективності місцевого лікування порушень біоценозу піхви в жінок з надлишковою масою тіла та ожирінням шляхом залучення індивідуалізованого дієтичного харчування з коригуванням біоценозу кишечника і метаболічної терапії, а також комплексний підхід до терапії жінок репродуктивного віку є результативними. Установлено, що надлишкова вага та ожиріння негативно впливають і на репродуктивну систему жінок. Нерегулярні менструальні цикли, вторинна аменорея, неплідля, гіперпластичні процеси ендометрію часто є супутниками надлишкової ваги та ожиріння. У багатьох випадках БВ поєднується з дисбактеріозом кишечника. У такому разі вагіноз можна розглядати як прояв системного дисбіотичного процесу, що зачіпає не тільки мікробіоту сечостатевої системи, але й ендогенну мікрофлору в різних порожнинах макроорганізму за умови впливу на нього будь-яких екзогенних і ендогенних факторів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.682. Оцінка ефективності клініко-дерматоскопічного та вульвоскопічного дослідження при вульварній інтраепітеліальній неоплазії / В. В. Дунаєвська, Т. Ф. Татарчук // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 16-23. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність клініко-дерматоскопічного та вульвоскопічного дослідження при вульварній інтраепітеліальній неоплазії. Застосовано дерматоскопічний і вульвоскопічний методи дослідження, проведено їх порівняння з гістологічним результатом і визначено найефективніший із них за умови вищої ймовірності запідозрити передрак вульви. Залучено 170 пацієнток, які проходили обстеження в поліклінічному відділенні Національного інституту раку у 2017—2021 рр. У 100 (58,82 %) жінок діагностовано вульварну інтраепітеліальну дисплазію звичайного типу, у 70 (41,17 %) пацієнток — диференційованого типу. Вища ймовірність запідозрити передрак і більш точне взяття біопсії зафіксовані при дерматоскопії. У пацієнток, яким виконано дерматоскопію, виявлення HSIL становило 98 %, а при вульвоскопії — 75 % у порівнянні з гістологічним висновком. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.683. Сучасні підходи до вибору антибактеріальних препаратів при запальних процесах тазових органів: роль інноваційних мікробіологічних методів (огляд літератури) / О. А. Бурка, Т. М. Тутченко, Н. Ю. Педаченко, О. М. Кудлай // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 25-31. - Бібліогр.: 51 назв. - укр.

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) — узагальнююче поняття, яке включає інфекційно-запальні ураження ендометрія, маткових труб і яєчників. ЗЗОМТ є однією з основних причин звернень жінок репродуктивного віку до гінекологів, а за відсутності лікування — причиною порушення репродуктивної функції, синдрому хронічних тазових болів, ектопічної вагітності. Представлено огляд актуальних клінічних настанов щодо діагностики та загальних лікувальних підходів ЗЗОМТ. Проведено детальний аналіз даних сучасних наукових досліджень, присвячених зміні структури збудників ЗЗОМТ та особливостям їх перебігу в сучасних умовах. Незважаючи на провідну роль інфекцій, що передаються статевим шляхом, велике значення в патогенезі цієї патології належить умовно-патогенній флорі. До особливостей клінічного перебігу ЗЗОМТ належить зростання частоти рецидивних форм зі стертою симптоматикою. Зазначені особливості пов'язані зі зростаючим у всьому світі феноменом антибіотикорезистентності. Наведені дані звіту Європейської мережі нагляду за стійкістю до протимікробних препаратів при Європейському центрі з профілактики і контролю захворювань "Нагляд за антибіотикорезистентністю 2017" про розповсюдженість стійкості до найбільш застосовуваних протимікробних препаратів серед основних клінічно значущих умовно-патогенних бактерій. За даними звіту, неспецифічні бактеріальні збудники ЗЗОМТ в європейському регіоні показують досить високі темпи розвитку антибіотикорезистентності. Водночас досвід багатьох країн яскраво демонструє ефективність стратегії контролю протимікробної терапії, одним із основних принципів якої є застосовування мікробіологічних досліджень за будь-якої можливості при прийнятті рішення про антибактеріальну-терапію. Таким чином, незалежно від того, чи є представник умовно-патогенної флори безпосередньою причиною тяжкого перебігу ЗЗОМТ або вторинною на фоні попереднього ураження інфекціями, що передаються статевим шляхом, його ідентифікація і визначення антибіотикочутливості є критичним для ефективного лікування особливо важких форм ЗЗОМТ з огляду на поширеність антибіотикорезистентності.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.684. Хронічні аномальні маткові кровотечі та якість життя жінки. Як суттєво покращити результат? / Н. Ю. Педаченко, Т. М. Тутченко, Р. А. Тухтарян // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 14-22. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити вплив дотації заліза і вітаміну D на якість життя жінок, які отримують патогенетичну терапію аномальних маткових кровотеч (АМК), спричинених аденоміозом та/або поліпами ендометрія. Матеріали і методи. 114 пацієнток із хронічними АМК було рандомізовано на дві групи. Основна — 58 жінок, з них із хронічними АМК та аденоміозом (АМК-А) — 46 жінок, аденоміозом та поліпами ендометрія (АМК-А,П) — 12 жінок. Жінкам з АМК-А призначали дієногест по 2 мг щодня для терапії аденоміозу, аналогічно пацієнткам із АМК-А,П після проведеної гістерорезекції. Всі жінки основної групи також приймали вітамінний комплекс (залізо, фолат, йод, вітамін D3, докозагексаєнова кислота). До контрольної групи увійшло 56 пацієнток (АМК-А — 43 жінки, АМК-А,П — 13 жінок), яким було призначено етіопатогенетичне лікування (дієногест 2 мг на добу та/або гістерорезекція з приводу поліпів ендометрія) без дотації вітамінного комплексу. Оцінка якості життя проводилась за опитувальником SF-36. В усіх пацієнток було визначено сироваткові концентрації гемоглобіну, феритину та 25(OH)D до та через 3 місяці після лікування. Результати. Терапія дієногестом без прийому заліза приводить до підвищення рівня гемоглобіну крові вже через 3 місяці. За умови додавання вітамінного комплексу Прегна-5 через три місяці рівні гемоглобіну, феритину та 25(OH)D суттєво збільшуються. Це супроводжується поліпшенням загального показника фізичного ($r = 0,421$, $p < 0,05$) та психологічного здоров'я ($r = 0,385$, $p < 0,05$) за шкалою SF-36. Збільшення сироваткового рівня феритину має найсильніший вплив на покращення психологічного ($r = 0,660$, $p < 0,05$) і фізичного компонентів здоров'я жінки ($r = 0,522$, $p < 0,05$). Оптимізація сироваткового рівня вітаміну D покращує фізичне здоров'я ($r = 0,494$, $p < 0,05$). Для успішної терапії АМК та відновлення дефіцитних станів необхідно поєднувати етіопатогенетичну терапію із введенням додаткових джерел вітаміну D і заліза, що суттєво покращує якість життя жінок.

Шифр НБУВ: Ж101004

Див. також: 1.Р.670, 1.Р.671, 1.Р.672

Хвороби матки і шийки матки

1.Р.685. Аналіз факторів ризику розвитку гіперпроліферативних процесів ендометрія у жінок раннього репродуктивного віку / І. М. Нікітіна, К. В. Микитин, Ю. В. Дядюшка // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 27-31. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

На основі клініко-статистичного аналізу проведено дослідження провідних етіопатогенетичних факторів розвитку гіперпластичних процесів ендометрія у пацієнток раннього репродуктивного віку. Мета дослідження — вивчення факторів ризику розвитку гіперплазії та поліпів ендометрія у жінок раннього репродуктивного віку. Проведено клініко-статистичний аналіз 120 пацієнток раннього репродуктивного віку з верифікованою неатиповою гіперпроліфератив-

ною патологією ендометрія (гіперплазією та поліпами ендометрія), що увійшли до основної групи. Основну групу було розподілено на підгрупи: I підгрупа — 45 жінок з гіперплазією ендометрія, II підгрупа — 45 пацієнток із поліпами ендометрія, та III підгрупа — 30 пацієнток із поєднаною патологією ендометрія (гіперплазія та поліпи ендометрія). Встановлено провідні фактори ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія у жінок обстежуваних груп: обтяжена спадковість, висока частота медичних абортів, мимовільних викиднів та патологічних пологів у анамнезі. Спостерігається висока частота захворюваності в обстежуваного контингенту жінок на гінекологічні та екстрагенітальні хвороби, оперативні втручання на матці та придатках, що сприяє розвитку патології ендометрія. Встановлено, що найбільш частими клінічними проявами гіперпроліферативних процесів ендометрія є больовий та геморагічний синдроми. Факторами ризику розвитку гіперпроліферативної патології ендометрія у жінок репродуктивного віку є: обтяжена спадковість (60,8 %), супровідна екстрагенітальна патологія (57,4 %), порушення менструального циклу (86,7 %), порушення репродуктивної функції; обтяжений гінекологічний анамнез: хронічні запальні процеси матки і придатків (45,8 %), артифіціальні (74,2 %) та мимовільні (22,5 %) аборти; внутрішньоматкові оперативні втручання (26,7 %).

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.686. Вплив андрогенного дефіциту на структуру ендометрію у жінок репродуктивного віку / Л. В. Дем'яненко, Л. М. Семенюк, Т. Ю. Юзвенко // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 2. - С. 40-45. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — виявити взаємозв'язок між андрогенною недостатністю і розвитком гіпоплазії ендометрію у жінок репродуктивного віку, розробити алгоритм діагностики та лікування цієї категорії жінок. За обстеження пацієнток з дефіцитом андрогенів виявлено 48 осіб з гіпоплазією ендометрію за ультразвуковими маркерами. Після обстеження на СОЄ 38 і виявлення хронічного ендометриту з дослідження було вилучено 9 пацієнток. Проведено імуногістохімічне дослідження експресії рецепторів до естрогенів, прогестерону та андрогенів. За його результатами пацієнток було розподілено на дві групи: перша група (n = 24) — з високим рівнем експресії рецепторів до андрогенів, друга група (n = 15) — з низьким рівнем експресії андрогенових рецепторів. Експресія рецепторів до естрогенів та прогестерону в обох групах була середньою і порівнянною. Обом групам пацієнток проводили гормональну терапію протягом 3 міс: естрадіолу валерат у дозі 1 г/добу в безперервному режимі та 200 мг мікронізованого прогестерону з 16-го до 25-го дня менструального циклу. Додатково пацієнтки першої групи одержували дегідроепіандростендіол (ДГЕА) у дозі 25 мг/добу безперервно у вигляді сублінгвального спрею. За даними ультразвукового дослідження в першій групі пацієнток ендометрій відповідав нормальним показникам як під час лікування, так і через 1 та 3 міс після лікування. В другій групі відзначено збільшення товщини (> 7 мм) та структури ендометрію під час лікування і відсутність цих ефектів після припинення гормональної терапії. З урахуванням рекомендації Асоціації ендокринологів про переважне застосування нетаблетованих форм препаратів андрогенів за лікування недостатності андрогенів і власного досвіду щодо позитивного та тривалого ефекту у разі прийому сублінгвального ДГЕА, можна рекомендувати додавати до системної терапії гіпоплазії ендометрію на тлі недостатності андрогенів зазначену форму ДГЕА. Висновки: у жінок репродуктивного віку з недостатністю андрогенів існує велика ймовірність супутньої гіпоплазії ендометрію. Під час імуногістохімічного обстеження ендометрію жінок репродуктивного віку із недостатністю андрогенів у 24 пацієнток (61,5 %) було виявлено високий рівень експресії андрогенних рецепторів. Ефективність терапії гіпоплазії ендометрію у жінок з андрогенним дефіцитом у разі додавання до стандартних схем андрогенів є вищою, а ефект — тривалішим. Поєднання естрогенгестагенової терапії і андрогенів позитивно впливає на гестаційний потенціал ендометрію у жінок репродуктивного віку з недостатністю андрогенів.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.687. Застосування дієногесту при ендометріозі (огляд описової літератури та коментарі експертів) / A. Murji, K. Biberoglu, J. Leng // Репродуктив. ендокринол. - 2020. - № 2. - С. 73-81. - укр.

Ендометріоз вражає до 10 % жінок репродуктивного віку, і головна мета лікування — полегшити його симптоми. Прогестини є основними засобами для пригнічення проявів ендометріозу, важливим представником яких в багатьох країнах світу став дієногест. Дана стаття є експертним оглядом літератури з рекомендаціями щодо застосування дієногесту в лікуванні ендометріозу в контексті різних клінічних міркувань. Методи. У базі даних PubMed проведений пошук публікацій, присвячених застосуванню дієногесту при ендометріозі, які вийшли між 2007 та 2019 роками. Експерти розглянули їх та включили найбільш актуальні для клінічної практики, базуючись на власному клінічному досвіді. Результати. Наведені докази щодо тривалого (понад 15 місяців) застосування дієногесту для лікування ендометріозу, при цьому експерти роблять висновок, що ефективність дієногесту слід оцінювати насамперед на основі його впливу на біль та якість життя пацієнтки. Крім того, розглянуто можливість збереження фертильності, можливість уникнення або відтермінування хірургічного втручання, а також тактика ведення нерегулярних кровотеч, які можуть виникнути під час лікування. Може бути корисним консультування жінок перед початком лікування щодо ймовірних ризиків розвитку кровотечі. Як свідчать дані досліджень, мало жінок припиняють лікування з цієї причини, при цьому переваги лікування превалюють над будь-яким впливом нерегулярних кровотеч. Висновки: загалом наявні докази свідчать про те, що дієногест добре переноситься і є ефективною альтернативою хірургічному лікуванню або доповненням до хірургічного втручання, маючи багато переваг перед комбінованими гормональними контрацептивами в терапії ендометріозу. Важливо дотримуватися керівних принципів лікування та враховувати індивідуальні потреби і побажання жінки.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.688. Стан мікробіоценозу ендометрія в жінок із гіперпластичними процесами та хронічним ендометритом за даними ПЛР-тесту / В. Е. Абдуллаєв, А. М. Григоренко // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 4-8. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити стан мікробіоценозу ендометрія в жінок із гіперплазією ендометрія (ГЕ); оцінити вплив запального процесу в патогенезі гіперплазії. Досліджено 161 жінку, з яких групу N 1 становили 58 жінок із ГЕ без запального процесу, групу N 2 — 71 жінка з поєднанням ГЕ та хронічного ендометриту (ХЕ). Групу N 3 (контролю) становили 32 жінки, у яких при діагностичному вишкрябуванні патологічних змін не знайдено. У всіх жінок виявлення геному можливих збудників запального процесу проведено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). За даними ПЛР-тесту, рівні стафіло-, стрептокока та корінобактерій є найвищими в групі N 3 (68,8, 21,9 і 50,0 % відповідно), нижчими — у групі N 1 (46,6, 6,9 і 24,1 % відповідно), а ще нижчими — у групі N 2 (31,0, 9,9 і 12,7 % відповідно). Резидент мікробіоценозу товстої кишки — Enterococcus faecalis — виявлено в ендометрії представниць усіх досліджуваних груп. Вірус герпесу виявлено у 31,0 % жінок групи N 1, 26,8 % жінок групи N 2 проти 12,5 % респонденток групи N 3 ($p < 0,05$). Цитомегаловірус виявлено у 12,1, 11,3 проти 3,1 % відповідно ($p < 0,05$), а вірус папіломи — у 24,1 % і 26,8 % проти 6,3 %. Звертає на себе увагу високий рівень асоційованої патогенної мікрофлори, особливо в групі N 2, де він становить 66,2 %, що є значно вищим за показник групи N 1 (39,6 %, $p < 0,05$) та значно вищим за показник групи N 3 (9,4 %, $p < 0,001$). У групі N 3 переважають тести з невисоким титром ентеробактерій (10^3—10^4 КОЕ/мл) — 97,1 %, що достовірно більше, ніж у групах N 1 (10,3 %) і N 2 (0 %), $p < 0,001$. У групі N 3 (жінок із гіперпластичними процесами без запалення) найбільший середній титр — 10^4—10^5 КОЕ/мл (89,7 %), що достовірно більше, ніжу групі N 2 (2,9 %) та групі N 3 (9,4 %), $p < 0,001$. У групі N 2 найбільшим є показник високого титру за даними ПЛР (> 10^6 КОЕ/мл) — 97,1 %, що значно перевищує нульові показники в обох інших групах. Встановлено, що у групі жінок із поєднанням гіперпластичного та запального процесів спостерігається значне збільшення асоційованих інфекційних агентів, як мікроорганізмів, так і вірусів. Звертає на себе увагу стовідсоткова присутність ентеробактерій у респонденток усіх груп. Виявлення представників кишкової мікробіоти в ендометрії свідчить про ймовірну роль дисбіотичних порушень шлунково-кишкового тракту. Зазначено, що показник титру ентеробактерій за ПЛР-тестом може бути маркером запального процесу та діагностичним критерієм для обрання методу лікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в ро-

боті установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.689. Modern treatment of endometrial local hyperplastic processes from positions of the pathogenic approach / V. O. Benyuk, Y. V. Kravchenko, T. V. Kovaliuk, S. V. Beniuk, I. A. Usevych // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 28-32. - Бібліогр.: 25 назв. - англ.

Мета дослідження — підвищення ефективності лікування хворих з локальною гіперплазією ендометрія шляхом застосування ендоскопічних технологій та патогенетично обгрунтованої післяопераційної терапії. Матеріали і методи. У дослідження включили 66 жінок, алгоритм лікування яких складався з 4 етапів: гістероскопічне видалення поліпа і зміненого ендометрія з подальшим морфологічним дослідженням, гормональна терапія, спрямована на супресію ендометрія, оптимізація гормонального статусу, диспансерне спостереження протягом 5 років. Після комплексного обстеження і гістологічної верифікації діагнозу хворі з поліпозом ендометрія були розділені на дві групи: група А (n = 34), яка додатково отримувала імунокоригуючу терапію, і група В (n = 32). Алгоритм обстеження включав імуногістохімічне дослідження ендометрія з визначенням його імуногістохімічного профілю. Результати дослідження. Гістологічний скринінг стану ендометрія показав, що у 9 (26,5 %) хворих групи А спостерігалися ознаки хронічного ендометриту. У групі В цей показник склав 15 (46,9 %), що на 20,4 % більше, ніж у групі А. Рівень експресії естрогенових рецепторів на фоні лікування прогестинами показав зниження в 1,2 разу в обох групах. Проведення комплексного вірусно-бактеріального скринінгу показало різке зменшення кількості патогенів контамінації ендометрія. Дослідження рівня фактора некрозу пухлини в змивах з порожнини матки засвідчило односпрямовану тенденцію з динамікою показника CD 138. Повний ефект лікування в групі А визначено через рік у 29 (85,2 %) хворих, у 5 (14,8 %) жінок спостерігали рецидив поліпозу ендометрія. Висновки: визначаючи тактику диференційованого лікування патології ендометрія, необхідно враховувати вік жінки, наявність поєднаної генітальної і супутньої соматичної патології, дані імуногістохімічного профілю гіперплазованого ендометрія. Доповнення антибактеріального лікування імунокоригуючою терапією сприяє відновленню рецепторного фенотипу, нормалізації рівня фактору некрозу пухлин, збільшує на 22,7 % ефективність лікування локальної гіперплазії ендометрія (поліпів ендометрія).

Шифр НБУВ: Ж101004

Див. також: 1.Р.560

Акушерство

Фізіологічне акушерство

1.Р.690. Акушерство та гінекологія: навч. посіб.. **Т. 1. Фізіологічне акушерство** / І. Р. Ніцович; Буковинський державний медичний університет. - Чернівці, 2023. - 322 с.: табл., рис. - Бібліогр.: с. 319-320. - укр.

Наведено сучасні дані для опанування базових знань з акушерства, засновані на принципах доказової медицини, гайдлайнах, клінічних настановах, протоколах, практичних рекомендаціях. Представлено дані і уявлення з фізіологічного акушерства — фізіологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, акушерські підходи до анатомічних особливостей жіночого таза і плода, акушерської термінології, діагностики стану вагітної та внутрішньоутробного плода, транзиторні стани новонароджених, заповнення партограми, інтерпретація лабораторних досліджень. Описано етапи розвитку пологової діяльності, ведення фізіологічних пологів, перинатальної охорони плода, фізіології та патології періоду новонародженості. Незважаючи на значні досягнення медицини, частота проявів, утруднена діагностика та лікування акушерської й перинатальної патології залишаються високою і посідають головне місце в структурі материнської смертності. Зниження материнської і неонатальної захворюваності та смертності в значній мірі залежить від вірної тактики ведення вагітності, пологів та вчасного вибору методу розродження. Висвітлено сучасні позиції медицини в питаннях раціонального ведення вагітності у жінок з різними видами патології, питання використання інформативних методів дослідження, лікування і контролю під час ведення пологів. Проаналізовано фізіологію післяпологового періоду та періоду новонародженості. Видання широко ілюстровано кольоровими рисунками, фотографіями, таблицями, схемами.

Шифр НБУВ: С11919/1

1.Р.691. Вплив антифосфоліпідних антитіл на ризик невдалої імплантації після запліднення in vitro / В. О. Берестовий, А. М. Мартич, І. В. Сокол, О. О. Берестовий, Д. О. Говсєєв // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 14-18. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Безпліддя — це унікальна патологія, оскільки стосується пари, а не однієї людини і є причиною комплексу медичних, соціальних, демографічних та економічних проблем. З активним розвитком допоміжних репродуктивних технологій попит на вирішення проблеми безпліддя суттєво виріс, хоча поширеність безпліддя залишається сталою, а це вказує на безліч "білих" плям у питаннях діагностики та лікування цієї патології і обумовлює пошук нових факторів ризику, критеріїв діагностики та алгоритмів лікування. Мета роботи — проаналізувати фактори, що можуть впливати на імплантацію, зокрема, наявність вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл (АТ) у жінок із безпліддям, яким проведено запліднення in vitro. Обстежено 106 жінок зі встановленим діагнозом безпліддя, які проходили лікування із застосуванням додаткових репродуктивних технологій у період з вересня 2019 року по лютий 2021 року. Контрольну групу (групу 1) становили жінки, які отримували лікування безпліддя за стандартною схемою (контрольована овариальна стимуляція, забір гамет, інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда та ембріотрансфер); основну групу (групу 2) — пацієнтки, які до стандартної схеми лікування додатково отримували антиагреганти, антикоагулянти та внутрішньовенні імуноглобуліни (Ig) класу G. У цьому дослідженні в обох групах визначено рівні вовчакового антикоагулянту та АТ. За результатами дослідження не виявлено відмінностей між групами пацієнтів за показниками рівнів антитіл до фосфоліпідів (IgG), бета-2-глікопротеїну (IgG, IgM) та вовчакового коагулянту — скринінг, підтвердження ($p > 0,05$). Відрізнявся тільки рівень АТ до бета-2-глікопротеїну IgM, який у пацієнток групи 1 в середньому становив 9,42 од/мл (5,86 — 12,35 од/мл), а групи 2 — 7,23 од/мл (3,14 — 10,58 од/мл), $p = 0,015$. Для клінічного розуміння впливу факторів, пов'язаних із ризиком невдалої імплантації, застосовано метод побудови та аналізу однофакторних моделей логістичної регресії. Під час аналізу не виявлено зв'язку ризику недосягнення успішного лікування з показниками рівнів антитіл до фосфоліпідів (IgG, IgM), бета-2-глікопротеїну (IgG, IgM) та вовчакового коагулянту (скринінг, підтвердження) у двох групах пацієнток ($p > 0,05$ у всіх випадках). Висновок: наявність аутоантитіл (аАТ) і/або антифосфоліпідного синдрому під час встановлення факторів безпліддя є важливим компонентом алгоритму діагностичного пошуку причини безпліддя та звичного невиношування. Однак, за отриманими даними, наявність аАТ не впливає на процес імплантації, а також на лікування безпліддя. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.692. Ентеросорбція як терапія супроводу раннього токсикозу у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій на тлі закрепів / Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 42-46. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність призначення препарату "Атоксіл Плюс" у групі вагітних після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і з раннім токсикозом легкого ступеня тяжкості на тлі закрепів. Матеріали та методи. Досліджено ефективність застосування препарату "Атоксіл Плюс" (Орісіл Фарм) у 37 вагітних із раннім токсикозом легкого ступеня на тлі закрепів. Досліджувані вагітні не мали іншої коморбідності (патології шлунково кишкового тракту, серцевої недостатності тяжкого ступеня, інфекційних захворювань тощо). Враховуючи, що визначення показника якості життя є інтегральним показником ефективності лікування, досліджено

якість життя вагітних до та після комплексного лікування раннього токсикозу з використанням препарату “Атоксіл Плюс” за спеціальним опитувальником “Gastrointestinal Simptom Rating Scale” (GSRS). Цей опитувальник складається з 15 питань, які дають змогу оцінити такі параметри: наявність абдомінального болю, печії, закрепу, діареї, ознак диспепсії. Результати за досліджуваними параметрами тим кращі, чим вони нижчі. Усі вагітні отримували препарат “Атоксіл Плюс” (2 г 3 рази/добу) протягом 10 — 14 діб. Будь-які послаблювальні препарати загальної і місцевої дії вилучено зі схеми лікування. Результати. Лікування раннього токсикозу вагітних є важливим, враховуючи втрати електролітів, мікроелементів, рідини та суттєве погіршення якості життя. Велика сорбційна ємність Атоксілу Плюс відносно продуктів порушеного метаболізму, бактеріальних токсинів та нагромаджених у надлишковій кількості нормальних метаболітів, завдяки великій площі активної поверхні та підвищеній швидкості адсорбції, обумовлює швидкий терапевтичний ефект та можливість застосування помірних терапевтичних доз. На тлі застосування ентеросорбенту “Атоксіл Плюс” не збільшується частота закрепів, що дуже важливо в період вагітності, та нормалізується кількість випорожнень завдяки наявності лактулози у складі препарату, особливо враховуючи значну кількість гестагенів, яку отримує вагітна після ДРТ. Висновки: неінвазивний характер застосування Атоксілу Плюс, пероральний прийом, висока ефективність у вагітних із раннім токсикозом, яка проявляється в поліпшенні якості життя та загального самопочуття, високий профіль безпеки дають змогу рекомендувати цей препарат як терапію раннього токсикозу легкого ступеня тяжкості на тлі закрепів у вагітних після ДРТ. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.693. Маркери ангіогенезу та їх роль у прогнозуванні прееклампсії при багатоплідній вагітності / О. М. Суліменко, Т. Г. Романенко // Укр. журн. Здоров’я жінки. - 2022. - № 3. - С. 9-15. - Бібліогр.: 32 назв. - укр.

Мета роботи — виявити зміни біохімічних маркерів ендотеліальної дисфункції; визначити доклінічні прояви прееклампсії в багатоплідних вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Проведено проспективне дослідження вагітних із дихоріальною діамніотичною двійнею після ДРТ: 35 вагітних із двійнею, яким запропоновано розроблений алгоритм спостереження (основна (І) група (ОГ); 27 вагітних, яких спостерігали за загальноприйнятими методами ведення багатоплідної вагітності (БПВ) (контрольна (ІІ) група (КГ)). Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням стандартних програм “Microsoft Excel 5.0” і “Statistica 6.0”. У ході аналізу ОГ і КГ спостереження відмічено зростання проангіогенного біомаркера PIGF до 28 тиж. (І група — 604,9 (83,4 — 814,5) пг/мл проти 568,6 (68,1 — 765,3) пг/мл у ІІ групі). У терміні 26 — 28 тиж. в ОГ відзначено зниження рівня PIGF нижче 100 пг/мл у 4 (11,4 %) жінок, а в КГ — у 6 (22,2 %), однак клінічних проявів прееклампсії в пацієнток не виявлено. У терміні 32 — 34 тиж. отримано результати PIGF нижче 100 пг/мл у 6 (17,1 %) жінок І групи проти 7 (25,9 %) жінок ІІ групи. У І групі встановлено 2 випадки помірної прееклампсії в 32 і 33 тиж. вагітності. У ІІ групі встановлено 4 випадки прееклампсії, 2 випадки помірної прееклампсії, що клінічно проявилися в 30 тиж. Встановлено, що антиангіогенний фактор sFlt-1 і проангіогенний фактор PIGF, атакож їхнє співвідношення є перспективними маркерами в прогнозуванні та ранній діагностиці прееклампсії при БПВ після ДРТ. На підставі простеження динаміки росту співвідношення sFlt-1/PIGF можна спрогнозувати ранній розвиток прееклампсії навіть без клінічних симптомів і прийняти рішення про можливість пролонгування вагітності або потребу термінового розродження. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.694. Оптимізація прегравідарної підготовки та моніторингу вагітності у жінок з раннім гестозом в анамнезі / Г. С. Гвоздецька, Н. І. Геник // Лікар. справа. - 2021. - № 5/8. - С. 50-56. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета дослідження — з’ясувати ефективність застосування запропонованого комплексу лікувальних заходів при плануванні вагітності та у І триместрі вагітності у жінок з раннім гестозом в анамнезі для зниження частоти гестаційних ускладнень. Обстежено 150 жінок — 100 повторно вагітних з раннім гестозом в анамнезі (50 жінок отримували загальноприйняті лікувальні заходи, 50 — розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів на прегравідарному етапі і у І триместрі вагітності) та 50 із фізіологічним перебігом І триместру вагітності. У вагітних Іб підгрупи частота ускладнень була значно нижча порівняно з пацієнтками Іа підгрупи: блювання вагітних — 20 проти 62 %, загроза переривання вагітності — 14 проти 36 %, загроза передчасних пологів — 18 проти 26 %, анемія — 18 проти 24 %, плацентарна дисфункція — 24 проти 28 %. У жінок Іб підгрупи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, Іа підгрупи — блювання важкого ступеня. Висновки: застосування запропонованого комплексу лікувальних заходів при плануванні вагітності та у період гестації в подальшому позитивно впливає на перебіг вагітності, відзначається менша частота ускладнень гестаційного періоду та покращення перинатальних наслідків.

Шифр НБУВ: Жс20661

1.Р.695. Оцінка стану особистої та ситуативної тривожності, показників стрес-реалізуючої і стрес-лімітуючої систем організму як маркера ефективності допологової підготовки / Н. Я. Скрипченко, Ю. В. Невишна // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 17-22. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

У результаті досліджень на базі ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук’янової НАМН України” висвітлено питання щодо впровадження транскраніальної електростимуляції (ТЕС) у підготовці до партнерських пологів. Мета роботи — вивчити особливості змін стану особистої й ситуативної тривожності, стрес-реалізуючої і стрес-лімітуючої систем організму в здорових жінок залежно від способу проведення допологової підготовки. Матеріали та методи. Обстежено 120 соматично здорових жінок без тяжкої екстрагенітальної та акушерської патології з фізіологічним перебігом одноплідної вагітності. До І групи залучено 45 жінок, налаштованих на партнерські пологи, до ІІ групи — 45 пацієнток, яким у комплексній підготовці до партнерських пологів проводили курс ТЕС мезодієнцефальних структур головного мозку. До контрольної групи увійшло 30 жінок, які не проходили допологової підготовки, не мали індивідуальної підтримки в пологах та були налаштовані на традиційні методи знеболювання за потреби. За результатами визначення порогу болю в динаміці ТЕС зареєстровано прогресуюче зростання порогу терпимості болю з подальшою стабілізацією цієї величини після п’ятої процедури електростимуляції. Методи психофізичної підготовки до пологів із застосуванням ТЕС і партнерської підтримки дали змогу знизити потребу медикаментозного знеболення в пологах, що засвідчили отримані авторами цієї статті дані. Висновки: застосування ТЕС у комплексній допологовій підготовці до партнерських пологів дає змогу досягти та підтримувати стійку психоемоційну адаптацію вагітних і підвищити толерантність роділь до пологового болю без додаткового медикаментозного навантаження, а це сприяє фізіологічному перебігу пологів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.696. Стан імунної та гемокоагуляційної систем у динаміці вагітності після ДРТ у жінок з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі / О. І. Кротік // Укр. журн. Здоров’я жінки. - 2022. - № 3. - С. 24-30. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати динаміку лабораторних показників функціонування імунної та гемокоагуляційної систем у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, (ІПСШ) в анамнезі після прегравідарної підготовки перед циклами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Проаналізовано функціонування імунної та гемокоагуляційної систем у 200 вагітних з ІПСШ в анамнезі після ДРТ. І (основна) група (ОГ) — 100 вагітних із прегравідарною підготовкою перед циклом ДРТ, акушерським і перинатальним суп-

роводженням і розродженням відповідно до розроблених медико-організаційних алгоритмів, прогностичної методики та лікувально-профілактичних схем; ІІ ОГ — 100 вагітних, які одержували загальноприйняті прогностичні та лікувально-профілактичні заходи. Контрольна група — 100 практично здорових вагітних жінок із сприятливим репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом цієї вагітності. Жінкам проведено поглиблене імунологічне обстеження. Статистичну обробку результатів досліджень здійснено з використанням стандартних програм "Microsoft Excel 5.0" і "Statistica 8.0". Показано зниження рівнів лімфоцитів із властивостями природних кілерів (CD56+) протягом гестаційного періоду у вагітних І групи проти ІІ групи; рівень загальної гемолітичної активності класичного шляху активації комплементу (СН50) у І групі вагітних повільно зростав зі збільшенням гестаційного терміну; наприкінці ІІ триместру відбувалося зниження рівня СН50; у ІІІ триместр вагітності рівень СН50 у ІІ групі становив 123 ± 6,7 у.о., але в І групі цей показник залишався вищим. Протягом ІІ і ІІІ триместрів гестації в І групі вагітних спостерігалося зменшення імунорегуляторного коефіцієнта внаслідок адекватної корекції похідних імунологічних розладів у порівнянні з вагітними ІІ групи. У період остаточного формування плацентарного бар'єру у вагітних І групи повільно подовжувався активований частковий тромбопластиновий час зі збільшенням гестаційного терміну та відрізнявся від показників у ІІ групі; відбувалося повільне скорочення активованого часу рекальцифікації протягом ІІ і ІІІ триместрів гестації у вагітних І групи; поступове зменшення рівня продуктів деградації фібрину та фібриногену, на відміну від аналогічного показника в ІІ групі, у якій відмічалося поступове його збільшення. Рівень стабільного метаболіту тромбоксану ($ТхВ_2$) у ІІ триместрі зменшувався в 2 рази та був нижчим, ніжу ІІ групі; рівень стабільного метаболіту простацикліну (6-кето-$ПГЕ_а$) підвищувався і в ІІІ триместрі. Це призводило до зростання в І групі балансу $РаІ_2/ТхА_2$, що відповідало фізіологічним потребам системної й органної гемодинаміки під час вагітності. Встановлено, що розроблення та впровадження ефективної прегравідарної підготовки перед циклами ДРТ у жінок із ІПСШ в анамнезі, а також медикаментозне коригування протягом вагітності сприяють підвищенню адаптаційного компенсаторно-пристосувального потенціалу в імунному та гемокоагуляційному гомеостазі матері та перинатальній охороні плода. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж23282

Див. також: 1.Р.668

Патологічне акушерство

1.Р.697. Современные утеротоники: жизненно необходимые и опасные… (обзор литературы) / Е. Н. Носенко // Репродуктив. эндокринология. - 2020. - № 2. - С. 8-17. - Библиогр.: 31 назв. - рус.

Утеротоніки широко використовуються в акушерстві для преіндукції та індукції пологів, профілактики та лікування післяпологових кровотеч. Для профілактики післяпологових кровотеч як утеротонічні засоби використовують окситоцин, карбетоцин і мізопростол, а для лікування — окситоцин, ергометрин, синтометрин і мізопростол. При дотриманні принципу активного ведення третього періоду пологів профілактичне застосування утеротоніків на 60 % знижує ризик післяпологових гіпотонічних кровотеч. В огляді наведено сучасні дані щодо фармакокінетики, доз, режимів застосування та можливих ускладнень при використанні препаратів окситоцину, аналогів простагландинів Е1 і Е2, алкалоїдів ріжків в акушерській практиці. Представлені останні рекомендації Міжнародного консенсусу з використання утеротоніків під час кесаревого розтину 2019 року з урахуванням відмінностей між потребами в їх дозі при плановому й ургентному кесаревому розтині. Крім утеротонічної дії, окситоцин здійснює парасимпатичну нейромодуляцію, викликає вазодилатацію, негативні інотропний і хронотропний ефекти, знижує артеріальний тиск, у великих дозах і за швидкого введення може чинити негативний вплив на плід. Автор підкреслює, що коли введення окситоцину/карбетоцину не дає хорошого тонусу матки, утеротоніки другого ряду слід розглядати за можливості раніше, пам'ятаючи про те, що поєднане застосування окситоцину з ергометрином посилює ризики розвитку кардіальних ускладнень. Введення метилергометрину може призводити до підвищення центрального венозного і артеріального тиску, в деяких випадках може спровокувати ішемію та некроз серцевого м'яза. Мізопростол застосовується при преіндукції, індукції пологів і для профілактики та лікування післяпологових кровотеч поза офіційними показаннями. При застосуванні мізопростолу збільшується ризик гіперстимуляції матки і частота серцевих скорочень у плода, підвищується температура тіла матері. Тому запорукою ефективності та безпеки застосування утеротоніків є правильний спосіб, доза, шлях і швидкість введення, врахування показань і протипоказань, ретельний контроль за станом вагітної, плода, роділлі й породіллі, дотримання рекомендованих умов зберігання препаратів.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.698. Стан системного транспорту кисню залежно від показників гематокриту та гемоглобіну в умовах крововтрати в породіль / Д. С. Мітюрєв, О. А. Лоскутов, А. А. Жежер // Медицина невідклад. станів. - 2022. - **18**, № 2. - С. 66-72. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Масивні акушерські кровотечі (МАК) є найчастішою причиною материнської смертності у всьому світі. У даний час існує низка національних керівництв із ведення МАК, однак у них відсутні обгрунтовані вказівки на мінімально допустимий рівень гемоглобіну (Hb), при якому забезпечується мінімально допустима доставка кисню (ІДО2). Мета роботи — оцінка стану системного транспорту кисню залежно від показників гематокриту та Hb в умовах крововтрати та визначення мінімально допустимого рівня Hb, при якому забезпечується адекватне відношення між системним транспортом кисню та кисневими потребами організму при розвитку МАК. У дослідження ввійшли 113 породіль, у яких пологи ускладнилися крововтратою. Середній вік породіль становив 32,5 ± 6,4 року, середня маса тіла — 76,5 ± 12,4 кг, середній гестаційний термін — 39,5 ± 1,5 тижня. Домінуючими причинами розвитку МАК були: атонія матки (52,14 %), маткова інверсія (15,38 %) та емболія амніотичною рідиною (10,26 %). Рідше крововтрата спостерігалася внаслідок розриву матки (5,98 %), відшарування плаценти (5,98 %), передлежання плаценти (5,98 %) та затримки відділення плаценти (4,27 %). Післяпологова крововтрата становила в середньому 1830,5 ± 622,7 мл (від 1200 до 2500 мл). Усі кровотечі були зупинені згідно з чинним протоколом. При Ht 20,0—28,9 % та Hb 45,1—68,9 г/л і однакових показниках FiO_2 = 100 % показники ІДО2 були у 2 — 3 рази нижчими порівняно з нормальним станом газотранспортної функції крові, тільки у пацієнтів із Ht 29,0—30,0 % та Hb 70,1—79,9 г/л значення ІДО2 були наближені до фізіологічної норми. При Ht 20,0—22,9 % та Hb 45,1—50,4 г/л показники індексу системного споживання кисню були удвічі меншими порівняно із загальноприйнятими фізіологічними нормами, а в пацієнток із Ht 29,0 — 30,0 % та Hb 70,1 — 79,9 г/л цей показник був у межах норми. При Ht 20,0—25,9 % та Hb 45,1—60,2 г/л показники тканинної екстракції кисню були в 1,5 — 2 рази більшими порівняно із загальноприйнятими фізіологічними нормами, а в пацієнток із Ht 29,0—30,0 % та Hb 70,1—79,9 г/л його значення були у межах норми. При розрахунку мінімально допустимої величини Hb у породіль в умовах крововтрати за допомогою лінійної регресії з розрахунком коефіцієнтів методом найменших квадратів були отримані значення Hb 82,5365 г/л, які можна вважати мінімально допустимими в породіль в умовах МАК, при яких функціональний стан серця і кисневий обмін знаходяться на мінімальній межі фізіологічної норми.

Шифр НБУВ: Ж25344

1.Р.699. Що потрібно змінити для підвищення ефективності знеболювання після кесаревого розтину? Аналіз результатів опитування анестезіологів Вінницької області / Н. В. Титаренко, А. В. Вознюк, А. В. Костюченко, О. І. Дацюк, І. Л. Кукуруза, О. П. Засаднюк, Г. В. Бевз // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 26-32. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Післяопераційний контроль болю після кесаревого розтину (КР) є важливою проблемою для пацієнтів і медичних працівників. Частота неадекватного знеболювання після абдомінального розродження сягає 50 %. Це може бути наслідком необгрунтованих побоювань, що знеболювальні препарати або втручання можуть спричинити розвиток материнських і неонатальних побічних ефектів, а також тому, що інтенсивність болю після КР часто недооцінюється. Мета роботи — проаналізувати відповідність післяопераційного знеболю-

вання в акушерських стаціонарах та відділеннях м. Вінниці та Вінницької області чинним протоколам. Проведено багатоцентрове регіональне опитування, в якому взяли участь 69 лікарів-анестезіологів із 21 лікувального закладу м. Вінниця та Вінницької області, в яких надається допомога акушерським пацієнткам. Електронний опитувальник містив питання щодо оцінювання інтенсивності болю, вибору анальгетика(ів) і таймінгу їх введення для знеболювання жінок, які розроджуються шляхом КР. Отримані результати відображають практику 21/23 (91,3 %) акушерських стаціонарів і відділень у м. Вінниця та Вінницької області. Аналіз даних проведено за допомогою статистичного пакету "SPSS 20" (SPSS Inc.) версії 21.0.0 для "Windows". Установлено, що більшість (87 %) лікарів-анестезіологів Вінницької області оцінюють післяопераційний біль, використовуючи опис породіллю інтенсивності больових відчуттів або візуально-аналогову шкалу. Серед лікарів-анестезіологів, які надають допомогу акушерським пацієнтам, 81,1 % дотримуються принципів мультимодальної аналгезії. її базисом є призначення ацетамінофену та нестероїдного протизапального засобу з або без опіоїдів. Встановлено, що перспективою підвищення ефективності знеболювання після КР є розроблення та впровадження в м. Вінниця та Вінницькій області чіткої єдиної стратегії лікування післяопераційного болю. При цьому слід більшою мірою реалізувати концепцію попереджувальної аналгезії (preventive analgesia) та планового призначення неопіоїдних анальгетиків через фіксовані проміжки часу (кожні 6 год). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.700. Management of Stillbirth. The International Clinical Protocols, Recommendations // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 75-93. - Бібліогр.: 39 назв. - англ.

Шифр НБУВ: Ж16694

Патологія вагітності

1.Р.701. Диференційовані підходи до профілактики перинатальних ускладнень у вагітних із невиношуванням на ранніх термінах гестації / О. В. Кравченко // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 51-54. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета дослідження — розробити диференційовані підходи до профілактики перинатальних ускладнень у вагітних із невиношуванням на ранніх термінах гестації. Матеріали та методи. Обстежено 52 вагітні, в яких на ранніх термінах гестації була діагностована загроза переривання вагітності як з кровотечею, так і без неї. Критеріями виключення з дослідження були: багатоплідна вагітність, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, вагітність у жінок з важкою екстрагенітальною патологією, аномаліями статевих органів, а також вагітність із діагностованими аномаліями плода. Всім вагітним виконане комплексне клініко-лабораторне обстеження. При трансвагінальному УЗД в кінці I триместру вагітності за допомогою тривимірної програми VOCAL проводився підрахунок об'єму хоріона, оцінка його судинної системи. Результати дослідження. При тривимірному УЗД в 12—13 тижнів у 50 % пацієнток після проведеного лікування з приводу невиношування на ранніх термінах було виявлено зменшення об'єму хоріона на 10—15 %, а індексу васкуляризації — на 20—25 % (I група). У 23,1 % жінок об'єм хоріона був знижений на 16—25 %, а індекс васкуляризації — на 26—35 % (II група). Тільки у 26,9 % вагітних після лікування об'єм хоріона та показники кровотоку в ньому були в межах фізіологічної норми (контрольна група). Вагітним із діагностованою гіпоплазією хоріона (I та II група) з метою ефективного забезпечення другої хвилі інвазії цитотрофобласта та адекватного приросту матко-плацентарного кровотоку було продовжено в II та III триместрі гормональну терапію — мікронізований прогестерон, а також призначений комплекс медикаментозних засобів, який включав венотонік Нормовен, метаболічний засіб Артіхол та препарат Магнікум. Негормональну терапію проводили циклами протягом 15—18 тижня, 25—28 тижня, 32—35 тижня. Результати дослідження показали, що частота виникнення ускладнень гестаційного періоду у вагітних із порушеним формуванням хоріона та його васкуляризації на ранніх термінах гестації (I та II група) була вищою, ніж в контрольній групі, але суттєво нижчою в порівнянні з даними інших досліджень. Висновки: визначення об'єму хоріона та оцінка його судинної системи в кінці I триместру гестації може слугувати критерієм відбору пацієнток групи ризику щодо формування перинатальних ускладнень. Гіпоплазія хоріона та порушення його васкуляризації у вагітних із невиношуванням на ранніх термінах є показанням до подальшої медикаментозної терапії в II та III гестаційному періоді. Комплекс медичних засобів (мікронізований прогестерон, Нормовен, Артіхол, Магнікум) зарекомендував себе як ефективний метод профілактики перинатальних ускладнень у вагітних із невиношуванням в I триместрі.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.702. Комбінований пренатальний скринінг I триместру вагітності як прогностичний маркер розвитку "великих акушерських синдромів" / Н. Ю. Леміш // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 36-41. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати комбінований пренатальний скринінг I триместру вагітності в жінок, які мали ускладнення з групи "великих акушерських синдромів" ("ВАС"). Проведено ретроспективний статистичний аналіз комбінованого пренатального скринінгу I триместру. Із 239 вагітних жінок (I група — основна), які мали ускладнення з групи "ВАС", за даними обмінних карт спостереження за вагітністю, комбінований пренатальний скринінг I триместру проведено 65,3 % вагітних, що становило 156 вагітних, поділених на 3 підгрупи: Іа (n = 74) — вагітні з тяжкою прееклампсією, Іб (n = 40) — вагітні з плацентарною недостатністю, клінічно верифікованою затримкою росту плода; Ів (n = 42) — вагітні зі спонтанними передчасними пологами в терміні гестації 22 — 36 тиж. Контрольна група (КГ) — 56 практично здорових вагітних жінок зі сприятливим репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом цієї вагітності. Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням стандартних програм "Microsoft Excel 5.0" і "Statistica 6.0". У I групі середній термін проведення скринінгу I триместру становив 12 тиж. 3 ± 4 дні, у КГ — 12 тиж. 1 ± 3 дні, різниця в терміні проведення комбінованого пренатального скринінгу I триместру є статистично незначущою. Найнижчий рівень PAPP-A визначено в підгрупах Іа та Ів. У I групі він у середньому становив 2,16 (1,35 — 3,24) МО/л і 0,836 (0,571 — 1,14) МоМ, а в КГ — 2,62 (1,82 — 4,12) МО/л і 1,16 (0,786 — 1,7) МоМ. За відносною кількістю пацієнток із рівнем PAPP-A < 0,5 МоМ значущих відмінностей між I і КГ не виявлено, але в підгрупі Іб відсоток таких пацієнток виявився найвищим і суттєво вищим, ніж у КГ. Більш значущі відмінності виявлено при рівні PAPP-A < 0,3 МоМ: у I групі — 11 (7,05 %) пацієнток, у КГ — 1 (1,78 %). Кількість пацієнток із рівнем PAPP-A > 1,5 МоМ, навпаки, була найбільшою в КГ — 15 (26,8 %) жінок у порівнянні з 23 (14,7 %) жінками I групи та 9 (12,2 %) жінками підгрупи Іа. Рівень β-ХГЛ у досліджуваних групах був статистично не значущим. За величиною товщини комірцевого простору статистично достовірної різниці не отримано, але в I групі цей показник був дещо вищим у порівнянні з КГ. Найбільша величина товщини комірцевого простору була в підгрупі Іб. За частотою відсутності візуалізації носової кістки при УЗД-скринінгу статистично достовірних відмінностей не отримано. За частотою виявлення реверсного кровотоку у венозній протоці не вдалося виявити статистично достовірних відмінностей. Ця ознака була лише в 3 (1,92 %) пацієнток I групи (по 1-й пацієнтці в кожній підгрупі) та в 1 (1,78 %) пацієнтки КГ. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.703. Морфологічні особливості спроможності рубця на матці після попереднього кесаревого розтину / Н. Р. Ковида, Н. П. Гончарук, О. О. Дядик // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 42-46. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета дослідження — аналіз морфологічних особливостей спроможності рубця на матці після попереднього кесаревого розтину. Матеріали та методи. Наведені дані морфологічного дослідження 100 фрагментів рубцевої тканини матки, що були поділені на дві групи за клінічними ознаками. До I групи увійшло 50 фрагментів так званих "клінічно спроможних" рубців, до II групи — 50 фрагментів "клінічно неспроможних" рубців. Оцінку стану рубцевої тканини матки проводили за допомогою імуногістохімічного дослідження з

використанням моноклональних антитіл, а також фарбування за Ван Гізоном і Массоном. Результати. Використовуючи забарвлення гематоксилін-еозином рубцевих тканин матки, автори дослідження встановили більш виражені структурні зміни власне м'язових волокон і порушень мікроциркуляторного русла у вигляді змін архітектоніки та ділянок гомогенізації тканини міометрія в групі з "клінічно неспроможними" рубцями. При диференціюванні фіброзної сполучної тканини за допомогою методу фарбування за Ван Гізоном у групі "клінічно неспроможних" рубців спостерігалися виражені прояви заміщення м'язової тканини сполучною тканиною з утворенням окремо замурованих волокон м'язової тканини і виражені периваскулярні фіброзні зміни. За допомогою імуногістохімічного дослідження з моноклональними антитілами до α-SMA встановлено дегенеративно-ішемічні зміни рубцевої тканини матки у групі "клінічно неспроможних" рубців, що підтверджувалось їх нерівномірною експресією. При патоморфологічному дослідженні встановлено, що гіпоксично-дегенеративні зміни і нерівномірність дозрівання колагенової тканини, а також виражене заміщення м'язової тканини сполучною з утворенням окремо замурованих волокон м'язової тканини мали місце у групі "клінічно неспроможних" рубців. При проведенні імуногістохімічного дослідження з моноклональними антитілами до α-SMA і CD31 було доведено, що більш виражені дегенеративно-ішемічні зміни спостерігаються саме в групі "клінічно неспроможних" рубців. Висновки: виявлені зміни в структурі рубцевої тканини матки свідчать, що стан власне міометрія, судинного компоненту, регенераторних можливостей у групі "клінічно неспроможних" рубців на 43,4 % гірший, ніж у групі "клінічно спроможних" рубців, і може негативно проявитися при надмірному функціональному навантаженні стінки матки в період вагітності та пологів.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.704. Перинатальні висліди вагітності з рубцем на матці / Д. М. Железов, О. М. Платонова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 11-16. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити перинатальні висліди в жінок із рубцем на матці. Матеріали та методи. Обстежено 120 вагітних, які перенесли реконструктивні оперативні втручання в анамнезі. Загальна вибірка розподілена на такі клінічні групи: I (n = 70) — жінки, що перенесли консервативну міомектомію, у тому числі за 6 — 12 місяців до зачаття (IA група, n = 30) та більше ніж за 1 рік до зачаття (IB група, n = 40); II (n = 50) — жінки, що перенесли кесарів розтин. Усі пацієнтки обстежені відповідно до наказу МОЗ України No 676 від 31.12.2004 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" (зі змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України No 782 (v078228205) від 29.12.2005, No 624 (v062428208) від 03.11.2008, No 205 (v020528214) від 24.03.2014). Статистичну обробку виконано за допомогою методу ANOVA із застосуванням posthoc корекції за Бонферроні. Нульову гіпотезу прийнято при p > 0,05. Результати. З аналізу результатів вимірювання основних фетометричних показників встановлено, що в більшості випадків не виявлено відхилень від нормативних значень досліджуваних показників. Лише в 7 (5,8 %) вагітних очікували народження дітей з малою масою, у них констатовано масу плода, що не відповідала гестаційному віку (так звані SGA — small for gestational age). Випадків перинатальної смертності не виявлено. Зареєстровано 8 (6,5 %) випадків народження дітей з гіпотрофією. Дітей, народжених в асфіксії, було 2 (1,6 %). Із синдромом дихальних розладів було 5 (4,0 %), з проявами кон'югаційної жовтяниці — 6 (4,8 %). Зареєстровано 4 (3,2 %) випадки морфофункціональної незрілості. Перинатальне ураження центральної нервової системи гіпоксично ішемічного генезу виявлено у 3 (2,4 %) новонароджених. Висновки: за коректного вибору тактики ведення вагітності та пологів у жінок, які перенесли оперативні втручання на матці, кількість пери натальних ускладнень не перевищує загальнопопуляційних рівнів. Частота несприятливих перинатальних вислідів не перевищує 19,4 %. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.705. Показники деяких статевих гормонів та кортизолу в динаміці вагітності в жінок, які мали різні види безплідності в анамнезі / Л. Є. Туманова, О. В. Коломієць // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 9-13. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Зміни ендокринно-метаболічного балансу в жінок із різними видами безплідності (РВБ) в анамнезі є настільки вагомими, що визначають не тільки характер порушень менструальної та репродуктивної функцій, але в подальшому значно спотворюють перебіг гестаційного періоду. Мета роботи — вивчити деякі показники статевих гормонів і стресового гормона кортизолу в жінок у динаміці вагітності, які мали різні види безплідності в анамнезі. Вивчено деякі показники гормонального профілю: індекс вільного тестостерону (ІВТ), дигідротестостерон (ДГТ) і кортизол у жінок із РВБ в анамнезі в 11 — 12 тиж. і 36 — 38 тиж. вагітності. Обстежено 84 жінки віком від 20 до 49 років. Із цих жінок до I групи ввійшли 26 вагітні, які мали ендокринну безплідність в анамнезі; до II групи — 25 вагітних, які мали в анамнезі трубно-перитонеальну безплідність; до III групи — 13 вагітних, які мали в анамнезі поєднання ендокринного та трубно-перитонеального факторів; до IV (контрольної) групи — 20 пацієнток, які самостійно завагітніли без безплідності. Відмічалося підвищення концентрації кортизолу вже на початку вагітності у першому триместрі у I (80,8 %), II (80 %) та III (76,9 %) групах жінок, тоді як у контрольній групі цей показник був достовірно нижчим і знаходився у 90 % пацієнток на рівні фізіологічної норми. У третьому триместрі спостерігалося подальше підвищення кортизолу як у жінок із безплідністю в анамнезі (I — III групи), так і в тих, які не мали безплідності в минулому (IV група). ІВТ у вагітних I і III груп, як у першому (65,4 і 76,9 %), так і в третьому триместрах (69,2 і 84,6 %), був значно підвищеним у порівнянні з показниками жінок II і IV груп. ДГТ у вагітних I і III груп, як у першому (61,5 і 84,6 %), так і в третьому триместрах (65,4 і 92,3 %) перевищував норму у порівнянні з показниками жінок II і IV груп. Встановлено, що виявлені відхилення в концентрації стрес-асоційованого гормона кортизолу з великою долею вірогідності можуть свідчити про підвищене стресове навантаження, яке у вагітних після застосування лікувальних циклів і допоміжних репродуктивних технологій маніфестує вже від початку вагітності. ІВТ і ДГТ у вагітних I і III груп були значно підвищеними у порівнянні з показниками жінок II та IV груп. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.706. Профілактика та лікування бактеріального вагінозу у вагітних із істміко-цервікальною недостатністю / Т. Г. Романенко, О. М. Суліменко // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 32-36. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета дослідження — оцінка ефективності застосування кліндаміцину в поєднанні з метронідазолом та міконазолом у комплексній терапії вагітних, які страждають на дисбіоз піхви з істміко-цервікальною недостатністю із загрозою передчасних пологів і використовують розвантажувальний акушерський песарій. Матеріали та методи. Було обстежено 100 вагітних із бактеріальним вагінозом у III триместрі вагітності з істміко-цервікальною недостатністю і загрозою передчасних пологів, які застосовували акушерський песарій. 50 вагітних I групи (порівняння) отримували загальноприйняту терапію згідно з наказами МОЗ України, а 50 вагітних II групи (основна) застосовували запропоновані авторами дослідження лікувально-профілактичні заходи, які включали використання супозиторіїв Банбакт протягом 3 днів, потім комбінованого препарату Гайнекс Форте упродовж 7 днів, після чого на 7 днів призначався пробіотик. Результати дослідження. Клінічний ефект лікування в пацієнток основної групи був досягнутий у 100 % випадках. Амніотест був негативний у всіх випадках після лікування. Незначний зсув у лужний бік піхвового вмісту (pH 5,0 — 5,5) було відмічено в обох групах, проте в групі порівняння — у 2,5 разу частіше, ніж в основній. При обстеженні вагітних у терміні 37 — 38 тижнів після проведеної терапії у II групі відмічали вірогідне зниження рівня pH піхви, не виявлено підвищення pH > 5,5; у I групі зсув pH в лужний бік зустрічався в 3,5 разу частіше. Після лікування в більшості вагітних обох груп було досягнуто нормоценозу. Проте в жінок і групи у 2,4 разу частіше відмічали помірно виражену лейкоцитарну реакцію, перевагу лейкоцитів над епітеліальними клітинами, зменшення кількості нормальної флори піхви (p < 0,05). У 10,0 % вагітних I групи на фоні

помірної лейкоцитарної реакції виявлено поодинокі спори і псевдоміцелії грибів, кокову або змішану флору ($p < 0,05$). У 6 (12,0 %) вагітних ІІ групи у терміні гестації 37—38 тижнів зберігалася виражена лейкоцитарна реакція, що супроводжувалася затримкою розвитку плода. Змішана флора зберігалася у 3,7 разу частіше у вагітних І групи. В жінок І групи у ІІІ триместрі було ідентифіковано 22 види мікроорганізмів, тоді як у вагітних ІІ групи — 14 видів. Висновки: дослідження виявило високу ефективність комплексної терапії бактеріального вагінозу та нормалізації мікрофлори статевих шляхів у вагітних в ІІІ триместрі з істміко-цервікальною недостатністю. Лікування сприяло зниженню частоти загрози переривання вагітності, розвитку плацентарної недостатності, затримки розвитку плода. Клінічна ефективність Банбакт і Гайнекс Форте поєднувалася з їх хорошою переносимістю, тому ці препарати є безпечними при вагітності, що дозволяє застосовувати їх у практичному акушерстві.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.707. Skin during pregnancy: (a rev.) / C. Diehl // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 67-76. - Бібліогр.: 63 назв. - англ.

Під час вагітності може відбуватися багато системних змін, таких як гематологічні, серцеві, ниркові, респіраторні, шлунково-кишкові, ендокринні або метаболічні. Деякі інші модифікації можуть впливати на шари шкіри. Логічно, що під час вагітності гормональні або інші менш пояснені чинники можуть впливати на один або кілька типів клітин шкіри. Пігментні зміни, такі як меланодермія, а також судинні або структурні зміни можуть впливати на шкіру вагітних. Серед останніх найбільш поширені стрії. У цей період часто виникають проблеми, пов'язані з випадінням волосся. Ендокринні зміни часто впливають на шкірні залози, особливо сальні, що провокують появу вугрового висипу. Навпаки, деякі специфічні захворювання, що виникають у шкірі, також можуть виникати під час вагітності. Більшість із них мають симптоми свербежу і тому впливають на якість життя вагітних. Шкірні інфекції, такі як вірус вітряної віспи, генітальні бородавки, зараження Candida, хвороба Лайма або короста, можуть спостерігатися в період вагітності. Шкіра модифікується під час вагітності та / або після пологів. Ці зміни зазвичай є тільки фізіологічними, що виражається гормональними змінами або іншими факторами, що виділяються через плаценту, яєчники чи збільшену гіпофізарну залозу. Однак протягом цього періоду можуть розвиватися різні дерматози, які можуть вплинути на розвиток плода або, рідше, на здоров'я матері. Отже, можливість діагностувати і управляти змінами організму має велике значення. Крім того, зростаючий попит на косметичні процедури, навіть під час вагітності, зумовлює необхідність адаптації наших знань про їх безпеку в цей період. У цьому огляді шкірні зміни будуть класифікуватися як фізіологічні зміни, специфічні дерматози вагітності, шкірні інфекції, які можуть змінити прогноз вагітності, різні шкірні захворювання, на які може вплинути вагітність. Наприкінці буде розглянуто безпеку косметичних дерматологічних процедур під час вагітності, щоб запропонувати дерматологам оновлену інформацію, яка надасть їм можливість надавати якісну допомогу вагітним.

Шифр НБУВ: Ж23543

Див. також: 1.Р.666, 1.Р.667, 1.Р.676, 1.Р.694

1.Р.708. Гормональна функція фетоплацентарного комплексу у вагітних при низькому розміщенні хоріона / С. В. Печеряга, І. М. Маринчина // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 31-35. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати гормональну функцію фетоплацентарного комплексу у вагітних із нормальним і низьким розміщенням хоріона. До лабораторного обстеження залучено 50 вагітних із низьким розташуванням хоріона (основна група (ОГ)) 50 вагітних із розташуванням хоріона в тілі та дні матки (контрольна група (КГ)). Усіх обстежених жінок ОГ поділено на 2 підгрупи залежно від терміну гестації (25 жінок у терміні 5 — 8 тиж. гестації та 25 жінок у терміні 9—12 тиж. гестації). Відповідно до цих термінів поділено і КГ (25 жінок у терміні 5 — 8 тиж. гестації та 25 жінок у терміні 9 — 12 тиж. гестації). Під час вагітності в І триместрі гестації в сироватці крові (СК) визначено вміст гормонів — естрадіолу, хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену, прогестерону. Проведені дослідження рівня гормонів у СК вагітних показали, що концентрація естрадіолу в ОГ була зниженою протягом усього І триместру гестації. Зокрема, вміст цього гормону був нижчим у порівнянні з контролем на 7,2 % у 5 — 8 тиж. гестації ($p < 0,05$) і на 23,9 % — у 9—12 тиж. ($p < 0,05$). Вміст прогестерону у вагітних із низьким розміщенням хоріона в середньому був нижчим у порівнянні з КГ на 10,9 % у терміні 5—8 тиж. вагітності ($p < 0,05$) і на 21,0 % у термін 9 — 12 тиж. ($p < 0,05$). Встановлено, що рівень плацентарного лактогену в плазмі крові вагітних у 9—12 тиж. гестації в ОГ був вірогідно нижчим у порівнянні з контролем ($p < 0,05$). Аналізуючи вміст хоріонічного гонадотропіну, виявлено його достовірне зниження протягом усього раннього періоду гестації в ОГ у порівнянні з контролем, відповідно: у 5—8 тиж. гестації — 36990,0 ± 210,0 мг/л і 43270,0 ± 226,0 мл/л ($p < 0,05$); у 9—12 тиж. — 37194,0 ± 395,0 мг/л і 54700,55 ± 525,0 мл/л ($p < 0,05$). Встановлено, що, у вагітних із низьким розміщенням хоріона в ранні терміни гестації спостерігається значно повільніше підвищення рівнів гормонів і відставання кількісних показників у порівнянні з вагітними, у яких хоріон розміщений у тілі та дні матки. Це є свідченням гормональної дисфункції плаценти, а отже, маркером розвитку плацентарної дисфункції. Зниження рівнів гормонів фетоплацентарного комплексу у вагітних із низькою плацентацією виявляється клінічними ознаками ранньої плацентарної дисфункції у вигляді загрози переривання вагітності, часткового відшарування хоріона в малому терміні, самовільного викидня та призводить до подальшого прогресування плацентарної дисфункції. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом Буковинського державного медичного університету. Отримано письмові інформовані згоди пацієнтів на проведення досліджень. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.709. Доплерівське дослідження матково-плацентарної гемодинаміки у вагітних з обтяженим анамнезом коронавірусною хворобою (COVID-19) / В. М. Рижик, А. В. Вдовенко // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. - 2021/2022. - № 16/17. - С. 24-30. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Останнє вірусне захворювання, що продовжує поширюватись і зараз, викликане новим коронавірусом і серйозно загрожує громадській охороні здоров'я у всьому світі. До цього часу вплив COVID-19 на вагітних жінок і немовлят до кінця не вивчено та є ключовим полем інтересів. Мета дослідження — оцінити матково-плацентарний кровообіг вагітних жінок, із обтяженим анамнезом коронавірусною хворобою COVID-19 за допомогою доплерівського ультразвукового дослідження. Проведено скринінгове доплерометричне дослідження матково- плацентарного кровотоку у 156 вагітних у терміні 18 — 22 тиж., з яких 75 вагітних, що перенесли гостру респіраторну хворобу COVID-19 в І триместрі вагітності. В досліджуваній групі патологічний кровотік зареєстровано у 14 вагітних (18,6 %). У ході аналізу спектрограм у 5 вагітних (6,6 %) визначається нерівномірність діастолічного компоненту з формуванням дикротичної виїмки в ранній діастолічній фазі. В порівнянні з контрольною групою, у вагітних, які мали в анамнезі COVID-19, удвічі частіше визначається порушення кровотоку в маткових артеріях. Вимірювання маткової артерії є важливим для прогнозування несприятливих результатів вагітності та перинатальних втрат. Індекси доплерографії маткового кровотоку мають клінічну цінність у вагітних жінок, які одужали від COVID-19.

Шифр НБУВ: Ж73616

1.Р.710. Клініко-діагностичні паралелі між станом плаценти та несприятливими наслідками глибоко недоношених дітей / Н. М. Бедрій // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 18-24. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Недоношені новонароджені є особливою категорією дітей із властивою їм морфофункціональною незрілістю та специфічними патологічними станами, що зумовлюють значні відмінності у виживанні, захворюваності. Проблеми передчасно народжених дітей виходять на перший план у галузі неонатологічних досліджень і перинатальної допомоги. Мета роботи — встановити зв'язок між формуванням несприятливих наслідків у дітей дошкільного віку, які народилися передчасно з масою тіла < 1500 г, і станом плаценти. До дослідження залучено 220 дітей дошкільного віку, які народилися передчасно. Проаналізовано результати патоморфологічного дослідження плацент матерів 220 дітей і сформовано 5 груп матерів за класифікацією змін у плаценті. У ході дослідження діти перебували під наглядом лікарів кабінету катамнестичного спостереження з метою

систематичної оцінки стану здоров'я. Проаналізовано клінічні показники, такі як маса тіла, зріст, обвід голови, неврологічний та інтелектуальний розвиток, наявність соматичної патології, у тому числі захворювання органів дихання, опорно-рухового апарату та гематологічні проблеми. Для оцінки зору та слуху динамічно проведено офтальмологічні та сурдологічні огляди. Залежно від ступеня вираженості інвалідизуючої патології виокремлено дітей із тяжкими інвалідизуючими наслідками (n = 54) — 24,5 %. Подальший аналіз стосувався стану здоров'я саме цих дітей, розподілених на 5 груп відповідно до виявлених змін у плацентах їхніх матерів. Усі діти, залучені до дослідження, у неонатальному періоді мали поєднання патологій, що зумовлювали тяжкість стану. Стан плаценти суттєво вплинув на перебіг неонатального періоду. Так, новонароджені з ознаками запальних змін і незрілості в 10 разів частіше страждали від генералізованих внутрішньоутробних інфекцій і неонатального сепсису, достовірно частіше в цих групах відмічалися внутрішньошлуночкові крововиливи, перивентрикулярна лейкомаляція та бронхолегенева дисплазія. Перебіг неонатального періоду в групах дітей з ознаками передчасного старіння плаценти та порушеннями кровоплину характеризувався низькою частотою реалізації інфекцій, проте в 5 разів частіше діагностувалася перивентрикулярна лейкомаляція. Трансплацентарне інфікування та патологічна незрілість плаценти негативно впливали на стан здоров'я дітей III і IV груп, зумовлюючи народження на 3 тижні раніше, на відміну від дітей V групи (порівняння). Новонароджені III і IV груп потребували частіше реанімаційної допомоги в пологовій залі в 9 разів, а респіраторної підтримки — у 10 разів у порівнянні з дітьми V групи (порівняння), що визначало достовірно довшу тривалість перебування в стаціонарі дітей III і IV груп — у середньому на 30 — 45 діб довше у порівнянні з новонародженими V групи (порівняння). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.711. Оптимізація тактики ведення вагітності при синдромі плацентарної дисфункції після грипу / А. Д. Деркач, О. І. Жданович // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 4-8. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета роботи — оптимізувати тактику ведення вагітності при синдромі плацентарної дисфункції після перенесеного грипу. Обстежено 80 вагітних жінок після грипу, перенесеного на ранніх термінах вагітності: 40 жінок, вагітність у яких вели за оптимізованою тактикою (основна група), і 40 жінок (група порівняння), ведення вагітності в яких здійснювали відповідно до клінічних протоколів МОЗ України. Оптимізація тактики ведення вагітності в таких пацієнток полягає в застосуванні патогенетично обгрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів для профілактики плацентарної недостатності та зниження негативного впливу гіперімунної відповіді (аспірин, дипіридамол, прогестагени, внутрішньовенний імуноглобулін, вітамін D). Застосування запропонованого комплексу заходів позитивно впливає на гормональну функцію плаценти (нормалізація рівня прогестерону та естрадіолу), стан імунітету (зниження NK-цитотоксичності, збалансування цитокінового профілю), усунення дефіциту вітаміну D і зниження прокоагуляційного потенціалу системи гемостазу. Встановлено, що створення сприятливих умов для розвитку гестаційного процесу надає змогу знизити частоту виникнення плацентарної недостатності майже вдвічі до 35,0 % проти 62,5 % інших ускладнень вагітності та пологів, порушень стану плода та новонародженого. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.712. Оцінка ризику внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з хронічним гепатитом В / М. В. Матвісів // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 12-16. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — розробити спосіб прогнозування внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних з хронічним гепатитом В (ХГВ), інфікованих і не інфікованих ВІЛ, власне спосіб, що забезпечує високу точність прогнозу, є простим і доступним у практичному застосуванні та досягається шляхом аналізу множинних факторів ризику передачі інфекції від матері до плода. Матеріали та методи. Проаналізовано перебіг і наслідки вагітності у 211 жінок з ХГВ, не інфікованих ВІЛ, та у 18 жінок з ХГВ, інфікованих ВІЛ. Оцінено показники реплікативної активності вірусу та активність запального процесу в печінці. Вивчено динаміку показників залежно від триместру вагітності, ступеня імуносупресії, обумовленої ВІЛ. Визначено частоту факторів ризику дослідженням типу "випадок-контроль", розраховано частоту виявлених факторів ризику у групах матерів, у яких відбулася передача вірусу гепатиту В (ВГВ) дитині, і в тих, у яких вона не відбулася. Ступінь впливу окремих факторів ризику визначено за величиною відносного ризику (RR), встановлено їх 95 % довірчий інтервал (95 % CI), достовірність результатів (p) за t-критерієм Стьюдента. Вірогідними прийнято відмінності при $p < 0,05$. Установлено, що факторами ризику внутрішньоутробного інфікування плода є: материнські — вірусне навантаження ВГВ $< 10^5$ коп/мл у III триместрі, порушення застосування схеми високоактивної антиретровірусної терапії, ВІЛ-інфекція, рівень CD4+ Т-лімфоцитів < 500 клітин/мкл, шкідливі звички матері; плодові — затримка внутрішньоутробного розвитку, дистрес плода; акушерські — передчасне відшарування плаценти, передчасні пологи, плацентарна дисфункція, безводний проміжок понад 6 год, передчасне відходження навколоплідних вод. У вагітних жінок з ХГВ кожний фактор ризику оцінено в балах залежно від показника RR: ті фактори, показник відносного ризику яких був найвищим, — у 5 балів, ті, показник яких був нижчим, — у 4 і 3 бали відповідно, а ті, показник яких був найнижчим, — у 2 бали. З метою прогнозування ризику інфікування плода розроблено робочу прогностичну карту з бальною оцінкою від 2 до 5. Установлено, що ризик інфікування плода ВГВ у жінок з ВІЛ-негативним статусом високий при сумі балів 19 — 34, помірний — 18 — 11, низький — < 10; у жінок з ВІЛ-позитивним статусом — відповідно при сумі балів 24 — 46, 13 — 23 і < 12. Висновки: застосування в практичній роботі лікувальних закладів запропонованої прогностичної карти з бальною оцінкою сумарних факторів ризику для кожної вагітної сприятиме ранньому прогнозуванню внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних жінок з ХГВ з урахуванням їх ВІЛ-статусу, що дасть змогу своєчасно діагностувати вроджену інфекцію та забезпечити диспансерне спостереження за такими дітьми. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.713. Патогенетичне обгрунтування персоніфікованої корекції порушень фолатного циклу за допомогою комплексу з метафоліном для профілактики вроджених вад розвитку / І. В. Руденко, В. П. Міщенко // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 67-72. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Вроджені вади розвитку — це патологія з мультифакторною етіологією. Серед їх численних ендо- та екзогенних чинників важливе значення має спадкова схильність, зокрема зниження активності ферментів фолатного циклу MTHFR, MTR, MTRR на генетичному рівні, а також дефіцит вітамінів та вітаміноподібних сполук групи В. Мета дослідження полягала у патогенетичному обгрунтуванні персоніфікованої корекції порушень фолатного циклу в організмі біологічних батьків, які готуються до вагітності, для профілактики вроджених вад розвитку в їхніх дітей шляхом застосування фолатів, що містять метафолін (5-MTHF). Матеріали та методи. Обстежено 75 жінок і 75 чоловіків (біологічних батьків), які мали дітей/плоди з вродженими вадами розвитку у попередніх вагітностях, і 75 новонароджених дітей цих пар. Усі вони застосовували запропоновану преконцепційну підготовку. Визначено алелі генів ферментів фолатного циклу (MTHFR, MTR, MTRR) методом полімеразної ланцюгової реакції у крові, слині обстежених. Результати. Серед обстежених (батько, мати, дитина) найвища частота зустрічальності поліморфізму генів ферментів фолатного циклу була в чоловіків. Показник становив 77,7 % порівняно з результатом 68,7 % у матерів і 60,7 % у їхніх дітей. Частота гомозиготних алелів була найвищою у чоловіків — 19,6 %, нижчою у матерів — 13,1 %, і найнижчою в дітей — 12,7 %. Результат гетерозиготних алелів знижувався від показника обстеже-

них дітей (87,3 %) до показників матерів (86,7 %) і батьків (80 %). Висновки: отримані результати підкреслюють практичне значення визначення алелів генів ферментів фолатного циклу (MTHFR, MTR, MTRR) на етапі преконцепційної підготовки до вагітності в біологічних батьків та потім у їхніх новонароджених дітей з позицій профілактичної медицини. Наявність зниженої активності відповідних ферментів патогенетично пояснює доцільність застосування фолатних комплексів, що містять активний фолат метафолін (5-MTHF), з метою запобігання вроджених вад розвитку.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.714. Стан провізорних органів у плодів при вітальних та летальних аномаліях (огляд літератури) / Г. О. Гребініченко, І. Ю. Гордієнко, І. С. Лук'янова, О. М. Дзюба, Г. Ф. Медведенко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 44-51. - Бібліогр.: 48 назв. - укр.

Провізорні органи (плацента, пуповина, амніотичні мембрани, навколоплідні води) відіграють значну роль під час вагітності. Їх нормальний морфофункціональний стан є важливою умовою нормального розвитку і задовільного стану плода, неускладненого перебігу вагітності. Вроджені вади розвитку і хромосомні аномалії є одними з основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Для плодів із вадами розвитку порушення функції провізорних органів (ПО) можуть стати критичними і вплинути на виживання. Експертна коректна оцінка ПО під час комплексного пренатального обстеження може стати діагностичним і прогностичним інструментом у системі заходів спеціалізованої допомоги плодам як пацієнтам та новонародженим для оптимізації системи пренатальної диспансеризації. За результатами проведеного аналітичного огляду праць визначено, що існують певні закономірності стану ПО при патології в плода, а це потребує змін тактики пренатального спостереження та розродження. Варіативність морфологічних/ультразвукових проявів і клінічних наслідків ускладнює встановлення діагнозу й прийняття рішень щодо ведення пацієнтів у конкретних випадках. Необхідні подальші дослідження, що дадуть змогу оптимізувати протоколи ультразвукових оглядів та прогнозувати перинатальні ускладнення при патології ПО у плодів із нормальним розвитком і вродженими вадами розвитку. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.715. Труднощі добору специфічної терапії при тяжких формах вродженої цитомегаловірусної інфекції: погляд крізь час / О. В. Усачова, Є. А. Сіліна, Т. М. Пахольчук, О. В. Конакова, О. А. Дралова, Т. І. Курочкіна, І. Г. Денисенко, Р. Л. Шевченко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 82-89. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — показати доцільність застосування ганцикловіру при внутрішньоутробній цитомегаловірусній інфекції (ВЦМВІ), навівши 2 клінічні випадки. Клінічні випадки. З часом змінювалися підходи до лікування ВЦМВІ з застосуванням ацикловіру до призначення ганцикловіру. У 2011 р. у недоношеної дитини на основі наявності поліорганності ураження (легенів, печінки, селезінки, підшлункової залози, очей, центральної нервової системи) та позитивних результатів полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на ЦМВ у крові, сечі та ліквор діагностовано ВЦМВІ. Як етіотропний препарат використано лише ацикловір у зв'язку з відсутністю на той час доказової бази щодо безпечності застосування специфічного препарату ганцикловіру. Лікування виявилося неповністю ефективним: у катамнезі у 2-річному віці дитина має грубе порушення слуху та зору і глибоку інвалідизацію за рахунок резидуальних явищ із боку центральної нервової системи. У 2019 р. у новонародженої дитини з тяжким геморагічним синдромом, респіраторними порушеннями та неврологічною симптоматикою за результатами позитивної ПЛР крові на ЦМВ діагностовано ВЦМВІ та призначено ганцикловір із розрахунку 6 мг/кг кожні 12 год внутрішньовенно під контролем показника гемограми та кліренсу креатиніну. З другого тижня лікування відмічено позитивну динаміку клінічно, з 6-го тиж — негативну ПЛР крові на ЦМВ. Дитину виписано на 70-ту добу лікування без резидуальних явищ із боку центральної нервової системи. В 9 міс засвідчено туговухість II — III ступеня та вчасно проведено протезування з повним відновленням слуху. В однорічному віці: дитина сидить, перевертається, повзає; адекватно реагує на оточуючих; фіксує погляд і стежить за предметами. Висновки. Два клінічні випадки через описання змін підходів до специфічної терапії вродженої ЦМВІ з ацикловіру до ганцикловіру та наочну демонстрацію різниці виходів захворювання від тяжкої інвалідності при відмові від ганцикловіру до повної реабілітації в разі його застосування показують доцільність призначення саме ганцикловіру. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.716. Management of gestational trophoblastic disease // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 83-98. - англ.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.717. Management of gestational trophoblastic disease / J. Tidy, M. Seckl, B. W. Hancock // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 47-62. - Бібліогр.: 69 назв. - англ.

This is the fourth edition of this guideline. The third edition was published in 2010 under the same title. The second edition was published in 2004 titled The Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia, which replaced The Management of Gestational Trophoblastic Disease, published in April 1999. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists produces guidelines as an educational aid to good clinical practice. They present recognised methods and techniques of clinical practice, based on published evidence, for consideration by obstetricians and gynaecologists and other relevant health professionals. The ultimate judgement regarding a particular clinical procedure or treatment plan must be made by the doctor or other attendant in the light of clinical data presented by the patient and the diagnostic and treatment options available. This means that RCOG Guidelines are unlike protocols or guidelines issued by employers, as they are not intended to be prescriptive directions defining a single course of management. Departure from the local prescriptive protocols or guidelines should be fully documented in the patient's case notes at the time the relevant decision is taken.

Шифр НБУВ: Ж23282

Див. також: 1.Р.663, 1.Р.731

Токсикози вагітності (токсемії, гестози)

1.Р.718. Альтернативні методи у веденні прееклампсії. Аналітичний огляд / Г. І. Іщенко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 56-63. - Бібліогр.: 45 назв. - укр.

Зростає обсяг досліджень щодо виявлення нових терапевтичних засобів для профілактики та лікування прееклампсії — препаратів, які можуть впливати на основну патофізіологію захворювання. Ці препарати діють на окислювальний стрес, антиангіогенні фактори, а також ангіотензин, оксид азоту й різноманітні ланки запального процесу. Запропоновані методи лікування наразі проходять доклінічні та клінічні випробування. Серед них найбільший інтерес викликав правастатин. Існують доклінічні дослідження, які свідчать про його плейотропну дію — вплив на множинні молекулярні мішені, завдяки чому доведено на тваринних моделях його ефективність щодо прееклампсії. Інгібітори протонної помпи, метформін та сульфасалазин — це інші препарати, що мають доклінічні докази множинних молекулярних дій, які можуть вирішити патофізіологію прееклампсії. Нещодавно проведено багато доклінічних досліджень, що виявляють потенціал численних природних сполук для лікування прееклампсії, таких як рослинні екстракти та мікроелементи, що мають потужну протизапальну або антиоксидантну активність. Іншим напрямом стали нові молекулярно-орієнтовані стратегії — моноклональні антитіла, спрямовані на фактор некрозу пухлини альфа, фактор росту плаценти і технологію коротких інтерференційних РНК, щоб загальмувати експресію генів розчинної fms-подібної тирозинкінази-1 або ангіотензиногену. Інші підходи до лікування, які перейшли на випробування на людях (починаючи від досліджень з однією групою до випробувань фази III, які завершені або тривають), включають фолієву кислоту, донори оксиду азоту (такі як L-аргінін), рекомбінантний антитромбін III, імуногенний антиген дигоксину і мелатонін. Були серії випадків, які показують, що видалення розчинної fms-подібної тирозинкінази-1 може допомогти стабілізувати захворювання та продовжити вагітність. Є повідомлення про випадки, які вказують на те, що моноклональні антитіла, такі як екулізумаб (ін-

гібітор комплементу) можуть мати терапевтичний потенціал. Виявлені альтернативні препарати у лікуванні та профілактиці прееклампсії створюють потенціал для поліпшення здоров'я матері та перебігу вагітності. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.719. Характеристика клінічно-лабораторних показників вмісту магнію у сироватці крови вагітних із раннім гестозом різного ступеня тяжкости / Г. С. Гвоздецька, І. В. Левицький, Н. М. Кінаш // Львів. клініч. вісн. - 2022. - № 1/2. - С. 53-59. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Ранній гестоз — патологічний стан вагітности, що асоційований із розвитком плідного яйця чи його складників і характеризується різноманітністю симптомів. Одним із ключових аспектів за наявности блювання у вагітних є виражений дисбаланс мікроелементів, зокрема магнію (Mg), який бере участь у обміні вітаміну D, нормалізує його метаболізм, підвищує чутливість "органів-мішеней" до нього, відіграє значну роль у імунній відповіді як кофактор для синтезу імуноглобулінів та інших процесів, асоційованих із функцією Т- і В-клітин, служить природним антистресовим чинником, гальмує збудження у центральній нервовій системі. Вплив недостатности Mg на прояви тяжкости раннього гестозу вивчений недостатньо, що й стало обгрунтуванням проведення цього дослідження. Мета роботи — охарактеризувати клінічно-лабораторні показники вмісту магнію у сироватці крови вагітних із раннім гестозом різного ступеня тяжкости. Обстежено 150 жінок: 100 — із проявами раннього гестозу, 50 — контрольна група. Усім жінкам проводили клінічну оцінку дефіциту Mg за допомогою стандартизованого клінічного бального опитувальника та його вмісту в сироватці крови. У жінок із проявами раннього гестозу спостерігаються недостатність і дефіцит Mg. Із наростанням тяжкости раннього гестозу збільшується дефіцит Mg. Висновок: у більшости жінок віком 18—40 років за наявности маткової одноплідної вагітности терміном 4—12 тижнів і ознаками раннього гестозу спостерігаються недостатність і дефіцит Mg, частота яких із наростанням тяжкости раннього гестозу збільшується.

Шифр НБУВ: Ж100996

Див. також: 1.Р.692, 1.Р.693, 1.Р.731

Вагітність у разі захворювань організму матері

1.Р.720. Зміни прокоагулянтної ланки під час вагітності в жінок із наркозалежністю / Л. В. Суслікова, І. В. Малишева, В. В. Камінський, К. В. Чайка, А. В. Камінський, А. В. Сербенюк // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 49-53. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета дослідження — дослідити гемостатичні особливості прокоагулянтної ланки у вагітних жінок із наркозалежністю. Матеріали та методи. Були обстежені 156 вагітних жінок, з них 96 жінок із наркозалежністю (основна група) і 60 вагітних без залежности (група контролю). Всім пацієнткам проводили оцінку системи гемостазу за кількістю загального фібриногену, протромбіну за Квіком, активованого часткового тромбопластинового часу, а також стану системи "мати-плацента-плід". Для оцінки стану фетоплацентарного комплексу проводилось УЗД із допплерометрією. Результати. Під час дослідження відмічались зрушення коагуляційної системи в бік стану гіперкоагуляції в жінок основної групи, що проявлялось підвищенням рівня фібриногену, протромбіну за Квіком та вкороченням активованого часткового тромбопластинового часу. У наркозалежних вагітних була виявлена достовірна різниця даних показників порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Також спостерігались зміни системи "мати-плацента-плід" за даними УЗД з допплерометрією, що проявлялося клінічно значущим погіршенням показників кровоплину в маткових артеріях ($p < 0,05$). Висновки: перебіг вагітності в жінок із наркозалежністю характеризується розвитком гіперкоагуляційного стану. Досліджувані стани викликають тромбози, діапедезні крововиливи, які без корекції в подальшому призводять до кровотеч, внаслідок чого спостерігається затримка внутрішньоутробного росту плода, в гіршому випадку — його антенатальна загибель. Для вагітних із наркозалежністю в III триместрі характерний гіперкоагуляційний стан, на що вказують підвищення рівня фібриногену, протромбіну за Квіком та вкорочення активованого часткового тромбопластинового часу в порівнянні з вагітними контрольної групи. У цих жінок також виявлена висока частка гестаційних і перинатальних ускладнень (структурні зміни плаценти, гемодинамічні порушення II та III ступеня в системі "мати-плацента-плід" та затримка росту плода).

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.721. Клінічний випадок гострої кишкової непрохідності під час вагітності в пацієнтки з ектракорпоральним запліднення та великим інтергенетичним інтервалом / В. Л. Дронова, О. І. Дронов, О. М. Мокрик, П. П. Бакунець, Ю. П. Бакунець // Укр. журн. перинатолог. і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 77-82. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Велике значення в розвитку гострої кишкової непрохідности (ГКН) має зміна кінетики кишечника в період вагітности. У вагітних сповільнюється ритмічна функція кишечника внаслідок підвищення порогу збудливості його рецепторів до біологічно активних речовин. Наведено огляд сучасних літературних джерел з проблеми ГКН у вагітних. За даними вітчизняних наукових джерел, частота, з якою кишкова непрохідність зустрічається у вагітних, дорівнює 1:40 000—1:50 000 пологів, летальність досягає 35—50 %, мертвонароджуваність — 60—75 %. Розвиток захворювання спричиняють фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки. Зі збільшенням терміну вагітности відбуваються зміни анатомічних взаєморозташувань органів черевної порожнини. Починаючи з II триместру вагітности, матка виходить за межі малого тазу та поступово займає всю черевну порожнину. Збільшення розміру матки, обумовлене гіпертрофією та гіперплазією м'язових волокон, навколоплодовими водами, ростом плода, призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, зміщення тонкого кишечника та поперечково-ободової кишки доверху, тим самим створюючи умови для здавлювання петель кишечника, вузлоутворення, розвитку закрепів. Представлено сучасну класифікацію, клініку, діагностику та методи лікування цієї хірургічної патології. Описано клінічний випадок ГКН у 51-річної вагітної з шостою бажаною вагітністю, яка настала в результаті допоміжних репродуктивних технологій та великим інтергенетичним інтервалом. Лікування кишкової непрохідности у вагітних здійснюють і хірург, і акушер-гінеколог. Консервативні лікувальні заходи проводяться одночасно з діагностичними процедурами. Відсутність ефекту від консервативної терапії протягом 2 год є показанням для оперативного втручання. Основна мета хірургічного втручання — усунути причини кишкової непрохідности та відновити функцію кишечника. Обсяг оперативного втручання визначається в кожному конкретному випадку індивідуально та залежить від виду ГКН й давности захворювання. Обрана тактика ведення передопераційного періоду, обсяг виконаного оперативного втручання, анестезіологічне забезпечення та адекватне ведення післяопераційного періоду дають змогу вилікувати гостру хірургічну патологію, зберегти бажану вагітність, уникнути розвитку акушерських і хірургічних гнійно-септичних ускладнень. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінки. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.722. Поліпшення ефективности лікування інфекції сечовивідних шляхів у вагітних / Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 7-11. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність застосування препарату Фітолізин Актив як терапії супроводу інфекції сечовивідних шляхів у вагітних. Матеріали та методи. Досліджено ефективність препарату Фітолізин Актив (по 1 капсулі на добу впродовж 21 доби) у комплексному лікуванні інфекції сечовивідних шляхів порівняно з групою вагітних, які застосовували традиційну антимікробну терапію. Першу групу становили 27 вагітних, які отримували комплексне лікування (антибіотикотерапія + препарат Фітолізин Актив), другу — 25 жінок, які застосовували лише антибіотикотерапію. Серед вагітних першої групи симптомний гестаційний цистит мали 9 (33,3 %) жінок, а другої групи — 8 (32 %) осіб. Результати. Ефективність комбінованої терапії із застосуванням препарату Фітолізин Актив доведена суттєвим поліпшенням загального самопочуття і зникненням симптомів циститу у 8 (88,9 %) жінок порівняно із 5 (62,5 %) особами групи лікування лише антимікробними препаратами. Після лікування з додаванням до антибіотикотерапії препарату Фітолізин Актив збудник Escherichia coli, який найчастіше діагностується при цій патології, спостерігався в 1 (3,7 %) жінки порівняно з вагітними другої групи — 5 (20 %) випадків. Також у 25 (92,6 %) жінок першої гру-

пи не відмічалося рецидивів інфекцій сечовивідних шляхів упродовж 3 місяців. Комплексне лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних із застосуванням препарату Фітолізин Актив є ефективнішим за використання лише антибіотикотерапії, що доведено високим показником елімінації збудника і відсутністю рецидивів інфікування впродовж 3 місяців. Синергічна дія двох активних компонентів препарату Фітолізин Актив (Polpharma) — проантиціанідинів журавлини та Lactobacillus acidophilus — сприяє поліпшенню ефективності лікування й профілактики рецидивів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.696, 1.Р.734, 1.Р.758

Вагітність у разі внутрішніх хвороб

1.Р.723. Диференційна діагностика тромбоцитопенії під час вагітності: клінічні і діагностичні алгоритми / О. М. Наумчик, Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 28-40. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — створити алгоритм ранньої та диференціальної діагностики станів, що супроводжуються тромбоцитопенією (ТП) під час вагітності, а також алгоритм лікування імунної ТП при вагітності на основі аналізу клінічних, лабораторних даних, а також акушерських і перинатальних результатів ведення таких вагітних. Матеріали та методи. Проаналізовано 155 історій вагітності і пологів жінок із ТП, які проходили стаціонарне лікування і/або розродилися в акушерській клініці ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України" з січня 2008 року по серпень 2018 року. Згідно з критеріями залучення відібрано 111 історій вагітності і пологів для подальшого аналізу. Вагітних розподілено за етіологічним принципом ТП на три групи: з гестаційною ТП, імунною ТП, вторинною ТП. До першої групи увійшли 32 (28,8 %) жінки, до другої — 65 (55,6 %), до третьої — 14 (12,6 %). За обраний період часу відбулося 99 пологів, народилося 100 немовлят, 1 пологи двійнею. Результати та Висновки: кількість тромбоцитів прогресивно зменшується протягом вагітності з досягненням мінімуму в терміні пологів. Алгоритм обстеження, вирішення питання щодо ініціювання або посилення лікування, обрання тактики спостереження при ТП під час вагітності, прорахунок акушерських і перинатальних ризиків, підготовка до розродження та обрання методу залежать від причини ТП і суттєво різняться. Розроблені Алгоритм діагностики та диференціальної діагностики при виявленні тромбоцитопенії під час вагітності та Алгоритм лікування імунної тромбоцитопенії при вагітності мають на меті профілактику акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних з ТП. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.724. Клінічний випадок SARS-CoV-2-асоційованого міокардиту у вагітної / В. М. Гусєв, Д. С. Хапченкова, С. Є. Мальцева // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 33-36. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Відносно нова та маловивчена інфекція COVID-19, або SARS-CoV-2, є глобальною надзвичайною проблемою для громадського здоров'я. Спочатку вважали, що коронавірусна інфекція переважно уражує органи дихальної системи, але сучасні дослідження по всьому світу підтверджують тропність вірусу до органів серцево-судинної системи (ССС). Як відомо, для SARS-CoV-2 властиве поліорганне ураження, не є винятком і кардіоваскулярні пошкодження. Згідно з дослідженням, проблеми із ССС виникають у близько 20 % госпіталізованих хворих на COVID-19, також описують тяжкі наслідки з боку ССС в постковідному періоді. Вагітні жінки не мають більше шансів захворіти на COVID-19, але якщо захворіли, то потребують догляду в реанімаційному відділенні, кисневої підтримки. У таких вагітних підвищується ризик виникнення ускладнень унаслідок коронавірусної хвороби. Мета роботи — навести клінічний випадок жінки, у якої після перенесеної COVID-19-інфекції розвинувся постінфекційний міокардит із легеневою гіпертензією, що був діагностований під час вагітності та розглядався як показання до її переривання. Клінічний випадок. Вагітна в терміні 20 тиж. звернулася зі скаргами на задишку під час незначних фізичних навантажень, немотивовану стомлюваність, відчуття дискомфорту в грудній клітці, блідість шкіри. З анамнезу відомо, що за 2 міс. до запланованої вагітності жінка перенесла COVID-19-інфекцію. Під час обстеження у відділенні лабораторні та інструментальні дані надали змогу встановити діагноз постінфекційного міокардиту з легеневою гіпертензією. Встановлено, що пацієнти, що перехворіли на коронавірусну інфекцію, мають протягом значного періоду знаходитися під спостереженням лікаря для своєчасної діагностики ймовірних ускладнень у постковідному періоді. Це стосується жінок, що планують вагітність. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтки. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.725. Клінічний випадок вагітності, ускладненої гепарининдукованою тромбоцитопенією, у жінки з синдромом Еванса / О. М. Наумчик // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 91-99. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Симультанний розвиток аутоімунної гемолітичної анемії та імунної тромбоцитопенії об'єднані в синдром Еванса. Ця патологія під час вагітності зустрічається вкрай рідко, потребує ретельної диференційної діагностики, супроводжується геморагічними та тромботичними ризиками. Лікувальні підходи для аутоімунної гемолітичної анемії та імунної тромбоцитопенії подібні, але в разі аутоімунної гемолітичної анемії обов'язковою є тромбопрофілактика. Проведення профілактики тромбоемболії пов'язане з рідкісним ускладненням — гепарининдукованою тромбоцитопенією, яка на тлі зменшення числа тромбоцитів парадоксально є станом підвищеного тромбогенного ризику, що потребує обов'язкової зміни антикоагулянту на негепаринвмісний. Клінічний випадок. Описано випадок вагітності, ускладненої гепарининдукованою тромбоцитопенією у 28 тиж, у першовагітної із синдромом Еванса. Лікування основного захворювання було ефективним у разі застосування І лінії терапії. У лікуванні гепарининдукованої тромбоцитопенії застосовано фондапаринукс та антогоніст вітаміну К (варфарин). Моніторинг внутрішньоутробного стану плода проведено з ретельним контролем допплерометричних показників у середньомозковій артерії. Завдяки успішній зміні антикоагулянту, ретельному моніторингу і підібраній терапії досягнуто сприятливого завершення вагітності терміновими неускладненими пологами в 38-тижневою доношеною дівчинкою масою 2450 г, 8 — 8 балів за Апгар без тромбоцитопенії або анемії в новонародженої. Протягом року після пологів стан жінки — без погіршень, дитина розвивається відповідно до віку. Проаналізовано подібні випадки ведення вагітності, наведені в літературних джерелах. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінки. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.726. Контраверсійні питання менеджменту вагітності при імунній тромбоцитопенії: (огляд) / О. М. Наумчик, Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 52-59. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Серед аутоімунних цитопеній під час вагітності імунна тромбоцитопенія (ІТП) виникає найчастіше. Тромбоцитопенія (ТП), зниження числа тромбоцитів менше за 150 х 10^9/л, зустрічається у 5 — 12 % вагітностей. Імунна тромбоцитопенія є діагнозом виключення та потребує диференційної діагностики передусім із гестаційною ТП (ГТП). Преконцепційне консультування вкрай важливе при ІТП для вироблення індивідуального плану ведення вагітності. Прогнозування та прорахунок анте-, перинатальних та акушерських ризиків для плода та вагітної повинні бути проведені неодноразово протягом вагітності. Питання вибору часу початку терапії та виду медикаментозного супроводу не є однозначним з огляду на специфічність препаратів і можливий вплив на плід. Питання неонатальної тяжкої тромбоцитопенії та геморагічних ускладнень, які можуть виникнути ще на антенатальному етапі, в ряді випадків пояснюється не материнською імунною тромбоцитопенією, а фетально-неонатальною алоімунною тромбоцитопенією (ФНАТ). Однозначного керівництва з профілактики та ведення випадків з ФНАТ ще не розроблено. Висвітлено сучасні світові тенденції щодо цього питання. Вагітні з тяжкими ТП є групою високого перинатального ризику, ведення вагітності й розродження яких має відбуватися в родопомічному закладі ІІІ рівня із залученням мультидисциплінарної команди та індивідуальним планом менеджменту вагітності, розроблення тактики

розродження й ведення післяпологового та неонатального періодів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.727. Особливості діагностики патології серця та магістральних судин у вагітних. Досвід національної мультидисциплінарної команди / С. О. Сіромаха, Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська, Н. В. Поворозник, В. В. Лазоришинець // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 17-23. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Особливості діагностики серцево-судинної системи у вагітної або породіллі впливають на правильне обрання стратегії її медичного супроводу. Обстеження жінки з патологією серця та магістральних судин на гравідарному етапі потребує саме комплексного супроводу команди з акушерської кардіології з обов'язковим залученням вузькопрофільних фахівців із певної патології. Наведено бачення національної команди з акушерської кардіології та кардіохірургії на діагностичні алгоритми при різних видах кардіальної патології у вагітних. Обговорено переваги певних методів обстеження вагітних із патологією серця та магістральних судин, а також обмеження та застороги у виконанні певних інструментальних візуалізувальних методик під час вагітності. Специфіку діагностики під час вагітності, викладену в цій роботі, засновано на сучасних рекомендаціях Європейського товариства кардіологів, нечисленних дослідженнях окремих авторів та власному досвіді членів мультидисциплінарної команди фахівців, що функціонує на базі двох академічних закладів — Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова та Інституту педіатрії, акушерства та гінекології ім. О. М. Лук'янової. Наведено 7,5-річний досвід такої співпраці. За період з грудня 2013 р. по квітень 2021 р. експертне скринінгове обстеження стану серцево-судинної системи проведено 2818 пацієнткам (4448 відвідувань), 162 з яких потребували додаткових методів обстеження та лікування на базі клініки Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України. Завдяки розробленій та впровадженій в практику діагностичній програмі як на амбулаторному, так і на стаціонарному етапі медичного супроводу вагітних та породіль із тяжкою кардіальною патологією, а також злагодженій та професійній роботі членів мультидисциплінарного колективу вдалося зберегти життя 97,5 % пацієнток та 93,3 % немовлят. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.728. Сучасні підходи до перинатального менеджменту при тромбоцитопенії під час вагітності: (огляд) / О. М. Наумчик, Ю. В. Давидова, А. Ю. Лиманська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 64-69. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Найчастішими захворюваннями системи крові у вагітних є анемія та тромбоцитопенія (ТП). Виявлено загальну тенденцію до суттєвого зниження кількості тромбоцитів під час вагітності, починаючи з першого триместру з мінімальною їх кількістю в терміні пологів. Мета роботи — визначити особливості перебігу вагітності, діагностичних та лікувальних тактик при ТП під час вагітності. Причинами ТП під час вагітності є три групи станів — ті, для яких ТП характерна поза вагітністю, та стани, асоційовані з вагітністю: гестаційна тромбоцитопенія (ГТП), специфічні для вагітності ускладнення, прояв захворювань, для яких характерна ТП, серед яких за частотою перше місце посідає імунна тромбоцитопенія (ІТП). Найчастіша причина ТП під час вагітності — ГТП, що, як ІТП, є діагнозом виключення і потребує диференційної діагностики. Мета лікування ТП під час вагітності полягає в досягненні безпечного рівня тромбоцитів (який є різним для кожного триместру), а не цільових значень. У разі необхідності лікування при ІТП послідовно застосовуються лінії терапії з контролем ефективності. Вагітні з ТП середнього і тяжкого ступеня становлять групу високого перинатального ризику, яка потребує ретельної диференційної діагностики щодо причин ТП, розрахунку материнських та фетальних ризиків, обрання тактики ведення вагітності, методу та часу розродження, формування плану постнатального спостереження.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.729. Care of women with obesity in pregnancy / F. C. Denison, N. R. Aedla, O. Keag, K. Hor, R. M. Reynolds, A. Milne, A. Diamond // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 3. - С. 60-85. - Бібліогр.: 202 назв. - англ.

This is the second edition of this guideline. The first edition was published in 2010 as a joint guideline with the Centre of Maternal and Child Enquiries under the title "Management of Women with Obesity in Pregnancy". The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists produces guidelines as an educational aid to good clinical practice. They present recognised methods and techniques of clinical practice, based on published evidence, for consideration by obstetricians and gynaecologists and other relevant health professionals. The ultimate judgement regarding a particular clinical procedure or treatment plan must be made by the doctor or other attendant in the light of clinical data presented by the patient and the diagnostic and treatment options available. This means that RCOG Guidelines are unlike protocols or guidelines issued by employers, as they are not intended to be prescriptive directions defining a single course of management. Departure from the local prescriptive protocols or guidelines should be fully documented in the patient's case notes at the time the relevant decision is taken.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.730. Communication from the ISTH SSC Subcommittee on Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis: a survey on anticoagulation for mechanical heart valves in pregnancy / I. Malhame, M. Othman, P. Casais, R. D'Souza, R. M. Wald, C. K. Silversides, M. Sermer, N. Shehata // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 83-91. - Бібліогр.: 23 назв. - англ.

Patients with mechanical heart valves (MHV)s require life long anticoagulation to prevent throm boembolic complications (TECs). Women with MHVs in pregnancy experience an increased risk of severe maternal morbidity and mortality from both thrombotic and bleeding complications. A large international registry of pregnancies with MHVs revealed that valve thrombosis and maternal mortali ty occurred in 4,7 % and 1,4 % of women, respectively, and hemorrhage complicated 23 % of pregnancies [1]. Of importance, only 58 % of women with MHVs were free from serious adverse events during preg nancy compared with 79 % of women with bioprosthetic valves and 78 % of women with cardiac disease and no prosthetic valves [1].

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.731. Role of the hormonal system "Vitamin D/Vitamin D receptors" in the formation of some pregnancy complications / G. S. Manasova, A. G. Andrievsky, N. V. Didenkul, I. V. Shpak, M. I. Turchyn, N. V. Kuzmin // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 65-68. - Бібліогр.: 24 назв. - англ.

Мета дослідження — визначення статусу вітаміну D і його впливу на перебіг гестаційного процесу в жінок південного регіону України. Обстежено 459 жінок, з яких 318 (69,3 %) склали основну групу, 141 (30,7 %) — групу порівняння. Методом імуноферментного аналізу на аналізаторі COBAS Integra 400 Plus (Roche Diagnostics, Швейцарія) в крові визначали рівень вітаміну D. В основній групі у 49,9 % з 459 вагітних рівень вітаміну D був недостатнім (25,45 ± 4,63 нг/мл), у 19,4 % відповідав дефіциту (15,28 ± 4,78 нг/мл). У групі порівняння концентрація вітаміну D склала 43,38 ± 9,67 нг/мл, ($p < 0,01$). Достовірно частішими ускладненнями вагітності в основній групі були загроза переривання (45,6 % проти 9,9 %; $F = 0, 00001$; $p < 0,01$), прееклампсія (13,5 % проти 2,8 %; $F = 0,0093$; $p < 0,05$), плацентарна дисфункція (32 % проти 7 %; $F = 0,00001$; $p < 0,01$), вагінальний дисбіоз (64,4 % проти 18,4 %; $F = 0,00001$; $p < 0,01$), анемія вагітних (43,7 % проти 20,6 %; $F = 0,0008$; $p < 0,01$) й ознаки запалення навколоплідних оболонок (38,3 % проти 13,4 %). Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку діагностовано у 9 % жінок з основної групи, в групі порівняння не відзначалося жодного випадку. У 70 % вагітних в Одеському регіоні є недостатність або дефіцит вітаміну D. Перебіг вагітності характеризується достовірно більшою частотою прееклампсії (в 4,8 разу частіше), плацентарної дисфункції (в 4,5 разу частіше), загрози невиношування (в 4,6 разу частіше), внутрішньоутробним інфікуванням, гестаційної анемії (в 2,5 разу частіше). Подальші дослідження можливостей профілактики ускладнень гестаційного процесу шляхом корекції статусу вітаміну D дозволяють говорити про перспективність даного напрямку.

Шифр НБУВ: Ж101004

Див. також: 1.Р.732

Вагітність у разі інфекційних і паразитарних хвороб

1.Р.732. Летальний випадок коронавірусної хвороби у вагітної з гестаційним цукровим діабетом (клінічний випадок) / К. Узел, І. В. Лахно // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 2. - С. 33-36. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Ми повідомляємо про смертельний випадок коронавірусної хвороби (COVID-19), який був пов'язаний з двобічною пневмонією і синдромом системної запальної відповіді у вагітної з гестаційним цукровим діабетом. Пацієнтка поступила до лікарні у 31 тижнів вагітності з приводу обумовленої COVID-19 двобічної пневмонії. Було розпочато протизапальну, противірусну, антибактеріальну та імунотропну терапію. Вона отримала перорально фавіпіравір 200 мг, азитроміцин 500 мг, енфлувір 75 мг, плаквеніл 200 мг, а також цефтріаксон 1 г внутрішньовенно, піперациллін 4,5 г внутрішньовенно, метилпреднізолон 40 мг внутрішньом'язово, еноксапарин 0,6 підшкірно. Дозу інсуліна було скореговано. Стан жінки швидко погіршувався. Сатурація кисню впала до 80 %. Вагітна була інтубована, підключена до апарату штучної вентиляції легенів і розроджена шляхом кесаревого розтину. Неодоношена новонароджена з раннім неонатальним сепсисом померла наступного дня. Лікування не змогло протидіяти запальному шторму і, не дивлячись на інтенсивну терапію, жінка померла. Фатальний випадок COVID-19 був обумовлений поєднанням гестаційного цукрового діабету і запізнілої госпіталізації. Пацієнтки з COVID-19 і гестаційним діабетом мають вищий ризик тяжкої пневмонії, синдрому системної запальної відповіді і декомпенсації карбогідратного обміну. Оксидативний стрес, викликаний двобічною пневмонією, призвів до каскаду реакцій, які спричинили ураження тканин організму. Жирова тканина була додатковим джерелом вільних радикалів і прозапальних цитокінів. Прогресування запального сценарію посилювало поліорганну недостатність. У пацієнтки спостерігалися ознаки гострої легеневої, печінкової та ниркової недостатності. Відсутність ефекту від лікування сприяла розвитку синдрому системної запальної відповіді і погіршенню стану вагітної. Необхідно проведення подальших досліджень для покращення наслідків COVID-19 під час вагітності.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.733. Особливості перебігу коронавірусної хвороби у вагітних та частота виникнення перинатальних ускладнень залежно від ступеня тяжкості захворювання / А. В. Балан // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 20-25. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати клініко-лабораторні зміни у вагітних із коронавірусною хворобою (КВХ) легкого та середнього ступеня тяжкості; встановити частоту виникнення гестаційних ускладнень залежно від перебігу цього захворювання. До клініко-лабораторного обстеження залучено 120 вагітних основної групи з КВХ. Контрольну групу становили 40 жінок із терміном гестації від 22 до 41 тиж., перебіг вагітності у яких не був ускладнений КВХ. Перебіг коронавірусної інфекції та її вплив на вагітність оцінено за результатами загальноклінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Обстежені жінки проходили лікування в період 2021 -2022 рр. у КНП "Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини". Легкий перебіг КВХ діагностували у 48 (40 %) вагітних, а середнього ступеня тяжкості — у 72 (60 %) жінок. Симптоми КВХ, що відмічали вагітні: гіпертермія — t тіла 337,0 °С (85 (70,8 %) вагітних), загальна слабкість (103 (85,8 %) вагітних), втрата відчуттів запаху та смаку (27 (22,5 %) вагітних), катаральні явища (69 (57,5 %) вагітних). Зниження сатурації до 92 — 94 % відмічали у 18 (15 %) вагітних. Виявлено такі ускладнення перебігу вагітності: загрозу передчасних пологів, багатоводдя, затримку росту плода, структурні зміни плаценти за даними ультразвукового дослідження плода, порушення плодово-плацентарного кровотоку I — II ст. За даними аналізу встановлено певні особливості клінічних і лабораторних проявів КВХ. Найпоширенішими клінічними проявами були гіпертермія та загальна слабкість. Особливості змін лабораторних показників крові такі: лейкопенія, лімфоцитопенія, підвищення показників С-реактивного білка та D-димера, зниження активованого часткового тромбопластинового часу, збільшення протромбінового часу та підвищення загального фібриногену. Найпоширенішими ускладненнями у вагітних із легким середнім перебігом КВХ були загроза передчасних пологів, структурні зміни плаценти та маловоддя. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.734. Перебіг вагітності та рецидиву туберкульозу після перенесеного COVID-19 / О. М. Разнатовська, О. С. Шальмін, В. Г. Сюсюка, Ю. В. Мирончук, А. В. Федорець, О. А. Світлицька // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 29-35. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Представлено власне спостереження перебігу вагітності та туберкульозу після перенесеного COVID-19 у пацієнтки, яка перебувала на лікуванні у відділенні легеневого туберкульозу N 2 Запорізького регіонального фтизіопульмонологічного клінічного лікувально-діагностичного центру. Жінка, яка 9 років тому хворіла на туберкульоз легень, на 20-му тиж. вагітності перенесла COVID-19 з легким перебігом. Жодного лікування не одержувала. Пацієнтка відповідально ставилася до диспансерного спостереження у фтизіатра і регулярно проходила профілактичний огляд. На 32-му тиж. вагітності пацієнтку госпіталізовано до відділення реанімації та інтенсивної терапії обласного перинатального центру з прееклампсією середньої тяжкості, ознаками внутрішньоутробної гіпоксії плода. Мати потребувала медичної допомоги. Через 3 дні після госпіталізації з огляду на дистрес плоду та прееклампсію було прийнято рішення про проведення оперативного розродження шляхом кесаревого розтину. Дитина народилася живою, вертикальної передачі COVID-19 не діагностовано. Через наявність в анамнезі туберкульозу жінці було проведено рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини. Виявлено реактивацію специфічного процесу на тлі метатуберкульозних змін. За результатами дообстеження діагностовано мультирезистентний туберкульоз з деструктивним процесом у легені. Хвору переведено у Запорізький регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр для подальшого лікування. Призначено курс антимікобактеріальної терапії за схемою модифікованого стислострокового режиму лікування. Відзначено швидку позитивну динаміку: стійке припинення бактеріовиділення через 1 міс терапії, загоєння деструкції з формуванням залишкових посттуберкульозних змін через 2 міс. Представлений клінічний випадок демонструє негативний вплив COVID-19 як на перебіг вагітності, так і на реактивацію туберкульозного процесу з перебігом у вигляді мультирезистентного туберкульозу.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.735. Стан фібринолітичної системи у ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль із факторами ризику розвитку тромбогеморагічних ускладнень / С. Є. Савченко, О. І. Гервазюк, Л. М. Онищик, Ю. С. Мудра, Г. Б. Бойко // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 47-50. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Мета дослідження — простежити стан фібринолітичної системи у ВІЛ-інфікованих вагітних і породіль. Матеріали та методи. Обстежено 120 ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль із факторами ризику розвитку тромбогеморагічних ускладнень. Основна група включала: ІА-О підгрупу — 10 пацієнток з і клінічною стадією інфекції, які отримували високоактивну антиретровірусну терапію до даної вагітності, ІБ-О підгрупу — 20 обстежуваних з і клінічною стадією, які розпочали застосування високоактивної антиретровірусної терапії під час даної вагітності, ІІ-О підгрупу — 21 вагітну з ІІ клінічною стадією, ІІІ-О підгрупу — 24 жінки з ІІІ клінічною стадією ВІЛ-інфекції. Групу порівняння склали 45 пацієнток з ВІЛ-інфекцією без тромбогеморагічних ускладнень, групу контролю — 40 вагітних та породіль, не інфіковані ВІЛ. проводилось дослідження Д-димеру, розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК), антитромбіну ІІІ (АТ ІІІ) та часу ХІІ-залежного фібринолізу. Результати. Аналіз стану фібринолітичної системи в 18 — 22 тижнів вагітності виявив зміни саме у жінок ІІ-О та ІІІ-О підгруп — підвищення рівнів Д-димеру, РФМК, подовження часу ХІІа-залежного фібринолізу та зниження рівня АТ ІІІ. З прогресуванням вагітності в обстежуваних основної групи з ІІІ клінічною стадією ВіЛ відбувалося достовірне підвищення рівня РФМК та Д-димеру на фоні тенденції до вкорочення часу ХІІа-залежного фібринолізу і зниження рівня АТ ІІІ. В пологах зберігалися ознаки тромбоутворення в усіх обстежених основної групи, а в породіль ІІІ-О підгрупи — лабораторні ознаки активації фібринолізу (вкорочення часу ХІІа-залежного фібринолізу) та тенденція до зниження значення АТ ІІІ. У породіль, які розпоча-

ли високоактивну антиретровірусну терапію під час даної вагітності, спостерігалося уповільнення процесів фібринолізу (вкорочення XIIa-залежного фібринолізу) і тенденція до зниження антикоагуляційного показника AT III. У пацієнток ІБ-О підгрупи виявилась подальша супресія процесів фібринолізу (подовження часу XIIa-залежного фібринолізу). У ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль із факторами ризику розвитку тромбогеморагічних ускладнень наявні зміни фібринолітичної системи у вигляді супресії процесу фібринолізу під час вагітності що значно виражено саме у пацієнток із III клінічною стадією ВІЛ-інфекції.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.736. COVID-19 під час вагітності. Аналітичний огляд / Г. І. Іщенко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 74-80. - Бібліогр.: 48 назв. - укр.

Причиною нинішньої пандемії стало швидке поширення коронавірусу SARS-CoV-2 та розвиток респіраторного синдрому зі значним рівнем захворюваності й смертності. Вагітні жінки мають вищий ризик захворюваності та смертності порівняно з невагітними. Враховуючи видозміну фізіології під час гестації, вагітність являє собою вразливий стан, який може сприяє сприяти ризику розвитку інфекції. Фізіологічні, метаболічні та судинні зміни під час вагітності можуть призводити до розвитку тяжкого респіраторного синдрому при інфекції SARS-CoV-2. Патогенез COVID-19 під час вагітності пояснює функціонування ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. SARS-CoV-2 використовує для потрапляння в клітини мішені саме рецептори ангіотензинперетворювального ферменту-2. Його регуляція під час вагітності зумовлювати підвищення підвищенню ризику респіраторного синдрому при COVID-19. Вірус, зв'язуючись із рецепторами, спричиняє зниження його регуляції та може призводити до зростання ангіотензину II, відносно ангіотензину 1, 7, що проявляється вазоконстрикцією та порушенням судинної дисфункції при прееклампсії. Коронавірусна хвороба та прееклампсія мають частково однаковий патофізіологічний механізм, який включає ендотеліальну дисфункцію й порушення коагуляції. Відбувається системне запалення або порушення мікроциркуляції, яке характеризується вазоконстрикцією та ішемією, гіперкоагуляцією. Таким чином, аномалії, які властиві інфікуванню COVID-19, подібні до тих, що виникають при прееклампсії під час вагітності. Крім того, відомий патологічний механізм COVID-19 — надмірна протизапальна відповідь, яка називається цитокіновим штормом. Імунна відповідь є достатньо зміненою у стані вагітності, що суттєво може змінювати лабораторні та клінічні прояви COVID-19 під час вагітності. Тому поєднання цих станів може потенційно призводити до ураження судин. Наразі досить обмежені дані щодо перебігу, клініки та наслідків інфекції під час вагітності. Наведений огляд літератури об'єднав різні дослідження високого рівня доказовості, які свідчать про вищі показники гестозу та інші ускладнення, пов'язані з вагітністю та інфекцією SARS-CoV-2. Вчені повідомляють про вищий рівень ускладнень вагітності, включаючи передчасні пологи, гестоз, а також народження шляхом кесаревого розтину. Для плода зафіксовано одиничні випадки мертвонародження, що становило < 1 %. Відповідно, це слугує сигналом до підвищеної уваги щодо перебігу інфекції під час вагітності та оптимального лікування COVID-19, а також профілактичних стратегій під час вагітності. У лікуванні перевага надається безпечним препаратам. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.737. Hepatitis B vertical transfer and its risk factors in pregnant women in the Eastern part of Iran / M. N. Moghadam, S. Amirian, M. Afshari, F. Parooie, K. R. Keikhaie, I. Shahramian, A. Bazi, P. Ostadrahimi, M. Sheikh, H. Mirzaie, A. Aminisefat // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 123-131. - Бібліогр.: 26 назв. - англ.

Однією з основних причин хронічного гепатиту є передача його від матері до дитини, яка також відома як вертикальна передача (ВП). Хоча є кілька досліджень, що стосуються механізму ВП та її факторів ризику, жодному з цих досліджень не вдалося повністю пояснити цей процес. Це дослідження було описово-аналітичним міжсекторальним дослідженням вагітних жінок з позитивним результатом HBS Ag, яке проводилося з березня 2018 р. до березеня 2020 р. в лікарні Амір-Аль-Моменін у Заболі, провінція Сістан-і-Белуджистан, Іран. У цьому дослідженні всі зразки були перевірені на наявність маркерів вірусу гепатиту В (HBV) (HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc, і HBV-DNA) та anti-HCV за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Усі статистичні аналізи проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS версії 22. Усього було досліджено 43 немовляти матерів з позитивним антигеном HBS. Антитіло до HBe та антиген HBe виявлено у 25 (62,5 %) та 2 (5 %) матерів відповідно. Не було достовірної різниці між новонародженими з інфекцією гепатиту В та без нього відносно віку матері (p = 0,216), тривалості інфекції в матері (p = 0,892), AST (0,779), AL (0,449) та ALP (0,065). Матері з позитивним вірусним навантаженням під час вагітності народжували новонароджених з позитивним антигеном HBS набагато частіше, ніж матері з негативним антигеном HBS. Однак ця різниця не була статистично значущою (p = 0,642). Хоча позитивне вірусне навантаження було більш поширеним у новонароджених, народжених від матерів з позитивним вірусним навантаженням, спостережувана різниця також залишалася незначущою (p = 0,978). Дослідження надало докази того, що демографічні, імунологічні та клінічні характеристики матерів з інфекцією гепатиту В не відігравали значної ролі у вертикальній передачі інфекції новонародженим. Потрібне подальше лонгітудинальне дослідження з більшими розмірами вибірки, щоб показати точні предиктори передачі інфекції від інфікованих матерів їх дітям.

Шифр НБУВ: Ж15785

Див. також: 1.Р.709, 1.Р.711, 1.Р.712, 1.Р.724

Недоношування та переношування вагітності

1.Р.738. Особливості обміну сполучної тканини та деяких мікроелементів у вагітних із ризиком переношування / І. А. Жабченко, І. С. Ліщенко, В. В. Буран // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 37-41. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчення вмісту деяких мікроелементів та маркерів синтезу і резорбції колагену в сироватці крові вагітних жінок групи ризику з переношування та їх ролі у виникненні даної патології. Матеріали та методи. До основної групи увійшли 80 вагітних із ризиком переношування. Контрольну групу склали 34 вагітні без ризику переношування із вчасним дозріванням шийки матки. Для дослідження вмісту маркерів синтезу (Total P1NP — аміно-термінальний пропептид проколагену I типу) і резорбції сполучної тканини (β-CrossLaps), а також концентрації мікроелементів — Na, K, Mg, P, загального та іонізованого Ca використовували метод імуноферментного аналізу. Результати дослідження. У вагітних із ризиком переношування було відзначено достовірне зниження концентрації Total P1NP порівняно з показниками групи контролю (50,90 ± 4,27 нг/мл; p < 0,05). Середнє значення маркеру резорбції сполучної тканини β-CrossLaps у вагітних основної групи був достовірно підвищений у порівнянні з жінками групи контролю (0,420 ± 0,02 нг/мл і 0,300 ± 0,02 нг/мл відповідно). Вміст Ca загального становив 1,98 ± 0,03 ммоль/л, що менше на 7,9 % за нижню межу фізіологічної норми і менше на 10,4 % порівняно з аналогічним показником у вагітних контрольної групи (2,21 ± 0,04 ммоль/л; p < 0,05). Середній показник Mg в основній групі становив 0,68 ± 0,02 ммоль/л і знаходився на нижній межі норми, будучи на 20,9 % менше за аналогічний показник у вагітних контрольної групи (0,86 ± 0,03 ммоль/л; p < 0,05). Загальний вітамін D у сироватці крові вагітних основної групи був нижчий на 25,4 % від аналогічного показника у вагітних контрольної групи (23,62 ± 1,61 нг/мл; p < 0,05). Дисбаланс найбільш значущих для нормального функціонування сполучної тканини та процесів передачі нервового збудження мікроелементів у поєднанні з дефіцитом вітаміну D сприяє каскаду реакцій, що гальмують своєчасну перебудову структури шийки матки перед пологами. Вагітним із ризиком переношування притаманне переважання процесів резорбції колагену I типу над процесами його синтезу, що, ймовірно, є однією з причин недостатнього дозрівання шийки матки напередодні пологів.

Шифр НБУВ: Ж101004

1.Р.739. The safest method of inducing labour with misoprostol / L. F. Kasungu // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 73-79. - Бібліогр.: 10 назв. - англ.

Мета роботи — оцінити дію мізопростолу для перорального прийому і його вплив на індукцію пологів у разі переношування вагітності та у пацієнток із передчасним розривом навколоплідних оболонок за нормальної тривалості вагітності. Проведено аналіз 2399 історій пологів у Пологовому будинку Ківуліні за 2020 р, 67 жінок

одержали мізопростол для перорального прийому через переношування вагітності. Вік 61 учасниці коливався у межах 17 — 34 років, а 6 учасницям було понад 35 років. Висновки: у 44 (65,7 %) із досліджуваних активна фаза пологів розпочалася протягом 24 год. і вони народили здорових дітей. 16 (23,9 %) жінок народили через 24 год. після перорального прийому мізопростолу. 7 (10,4 %) успішно народили пізніше, ніж через 48 год. 57 (85 %) із тих, хто одержали мізопростол перорально, народили природнім шляхом, 10-м (15 %) було проведено екстрений кесарів розтин для запобігання ускладненням від мізопростолу, а також через те, що препарат міг викликати дистрес плода, аспірацію меконію та інші ускладнення. 66 (98,5 %) новонароджених на першій хвилині життя одержали оцінку > 7 за шкалою Апгар, в той час як один новонароджений (1,5 %) мав оцінку < 7 за шкалою Апгар. Із усіх пологів лише 1 (1,5 %) відбулися шляхом кесарева розтину через загрозливий стан для плода. Серед породіль, 14 (20 %) мали розриви м'яких тканин пологових шляхів I і II ступеня, а 14 (20 %) жінкам було проведено епізіотомію. Вага дітей, народжених після перорального прийому мізопростолу, коливалась від 2,5 до 3,5 кг у 54 випадках, та від 3,6 до 4,5 кг у 13 випадках. Жодна дитина не народилася з вагою понад 4,5 кг. Серед них народилося 33 (49 %) хлопчики і 34 (51 %) дівчинки. Таким чином, мізопростол для перорального прийому є ефективний для індукції самостійних пологів. Він є більш ефективним, ніж інші методи індукції пологів, особливо у країнах, що розвиваються, та в установах з обмеженою кількістю персоналу. Можна сказати, що мізопростол для перорального прийому є оптимальним методом з невисоким ризиком за застосування у рекомендованій дозі.

Шифр НБУВ: Ж101336

Патологія пологів. Патологія післяпологового періоду

1.Р.740. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes (PPROM) from 24 + 0 weeks of gestation / A. J. Thomson // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2022. - № 2. - С. 37-46. - Бібліогр.: 46 назв. - англ.

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists produces guidelines as an educational aid to good clinical practice. They present recognised methods and techniques of clinical practice, based on published evidence, for consideration by obstetricians and gynaecologists and other relevant health professionals. The ultimate judgement regarding a particular clinical procedure or treatment plan must be made by the doctor or other attendant in the light of clinical data presented by the patient and the diagnostic and treatment options available. This means that RCOG Guidelines are unlike protocols or guidelines issued by employers, as they are not intended to be prescriptive directions defining a single course of management. Departure from the local prescriptive protocols or guidelines should be fully documented in the patient's case notes at the time the relevant decision is taken.

Шифр НБУВ: Ж23282

1.Р.741. Modern possibilities of preterm birth prediction / N. M. Hychka, V. O. Benyuk, V. M. Goncharenko, O. A. Dyndar, V. F. Oleshko // Репродуктив. ендокринологія. - 2020. - № 1. - С. 56-59. - Бібліогр.: 25 назв. - англ.

Мета дослідження — вдосконалення методики прогнозування настання передчасних пологів у вагітних в терміні 24 — 34 тижні. Матеріали і методи. Комплексно обстежено 49 вагітних у терміні гестації 24 — 34 тижні з діагнозом при госпіталізації "загроза передчасних пологів". З метою діагностики стану шийки матки всім вагітним проводилося комплексне трансвагінальне ультразвукове дослідження. Вагітним з укороченням шийки матки < 25 мм проводилося якісне визначення фетального фібронектину у вагінальному секреті. Середній вік обстежених становив 26 — 34 роки і склав у середньому 31,2 ± 0,6 року. Результати дослідження. Наявність клінічно значущих структурних змін в шийці матки виявлено тільки в 21 (42,9 %) вагітної. Середнє значення довжини шийки матки коливалося в межах 16 — 24 мм і в середньому склало 18,2 ± 0,4 мм. Визначення фетального фібронектину виявило позитивний результат у 7 (33,3 %) з 21 вагітної з клінічно значущими структурними змінами шийки матки, яким в подальшому був запропонований максимальний обсяг терапії, спрямованої на пролонгування вагітності. Протягом 10 днів передчасні пологи відбулись у 3 (42,9 %) із 7 вагітних з клінічно значущим укороченням шийки матки і позитивним тестом на фетальний фібронектин в терміні гестації 32 і 34 тижні. У 28 (57,1 %) випадках госпіталізація в акушерський стаціонар виявилася необгрунтованою. Поєднання комплексної оцінки стану шийки матки та визначення фетального фібронектину у вагінальних виділеннях у вагітних групи ризику передчасних пологів на амбулаторному етапі дозволяє прогнозувати маніфестацію передчасних пологів в критичні терміни, визначити обсяг і спрямованість терапії в умовах акушерського стаціонару.

Шифр НБУВ: Ж101004

Див. також: 1.Р.704, 1.Р.735

Педіатрія

1.Р.742. Взаємозв'язок показників фізичного розвитку та рівня артеріального тиску в дітей шкільного віку / Д. Ю. Нечитайло, Ю. М. Нечитайло, Т. М. Міхєєва, О. Ю. Нечитайло // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 66-72. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Обстежено 848 дітей шкільного віку, яких було розподілено на групи: першу склали 182 дитини з артеріальною гіпертензією (АГ), другу — 78 із передгіпертензією (ПГ) та контрольну групу — 588 із нормальним рівнем артеріального тиску. Фізичний розвиток дітей оцінювали за соматометричними величинами за загальноприйнятою уніфікованою методикою. Вимірювання рівня артеріального тиску проводилось автоматичними тонометрами тричі з обрахуванням середньої величини. Результати оцінювалися за перцентильними таблицями відносно віку, статі та зросту. Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів оцінки з використанням програм Microsoft Office Excel та Statistica 10.0. Аналізуючи антропометричні показники, виявлено, що Z-оцінка показника індексу маси тіла у дітей першої групи була вірогідно вищою у порівнянні з дітьми з нормальним рівнем артеріального тиску. У них відмічалась різниця обводів талії і стегон у порівнянні з дітьми з другої та контрольної груп. На основі одержаних результатів дослідження проведено епідеміологічний аналіз за чотирьохпольною таблицею та виявлено, що надлишкова вага є вагомим фактором ризику розвитку АГ в цій віковій групі (OR = 3,36; RR = 2,50; специфічність — 0,81 ; чутливість — 0,43). За результатами проведеного корелятивного та кластерного аналізу відмічено взаємозв'язок між показниками фізичного розвитку та рівнем артеріального тиску в школярів. Наявність надлишком ваги та ожиріння у дітей виступає фактором ризику по розвитку АГ. За даними епідеміологічного аналізу у дітей із ожирінням шанси розвитку АГ у 3,4 разу вище, ніж у дітей з нормальною масою тіла.

Шифр НБУВ: Ж101336

1.Р.743. Педіатрія. Модуль 2: навч.-метод. посіб. для опанування тем позааудитор. вивч. студентами 5-го р. навчання другого (магістер.) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спец. 222 Медицина / Т. П. Борисова, Л. П. Бадогіна, Л. І. Вакуленко, О. О. Власов, А. В. Різник, С. В. Самсоненко, О. Ю. Оболонська, З. С. Аллахвердієва, Н. Г. Порохня; Дніпровський державний медичний університет. - Дніпро: Ліра, 2022. - 189 с. - Бібліогр.: с. 184-189. - укр.

Наведено сучасні дані щодо етіології, патогенезу, клініко-лабораторних ознак і принципів лікування захворювань в неонатології, дитячій гематології та дитячій нефрології. Визначено мету заняття, зміст теми, завдання для самоконтролю (контрольні питання, тестові завдання, ситуаційні клінічні завдання).

Шифр НБУВ: ВА865285

1.Р.744. Структурно-функціональний стан кісткової тканини в дітей у період другого ростового спурту / Т. В. Фролова, Н. С. Осман // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 31-35. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — встановити особливості стану кісткової тканини (КТ) у дітей у період ростового спурту залежно від статусу вітаміну D і показників мінерального обміну. Обстежено 205 дітей віком 9 — 17 років, які були розподілені на групи залежно від наявності ростового спурту та його інтенсивності. Обстеження включало аналіз даних анамнезу, оцінку рівнів фізичного та статевого розвитку, ультразвукову та рентгенівську (DXA) денситометрію, визначення рівнів загального та іонізованого кальцію, фосфору, магнію та вітаміну D.

Під час ультразвукової денситометрії встановлено зниження мінеральної щільності КТ (МЩКТ) у 24 (48,0 %) дітей (Z-score — 1,8 ± 0,56) I групи, у 28 (60,87 %) дітей (Z-score — 1,96 ± 0,27) II групи та в 43 (39,45 %) дітей (Z-score — 1,68 ± 0,72) III групи. За допомогою DXA обстежено 32 дитини, з них у 18 (56,25 %) дітей підтверджено зниження МЩКТ. У дітей I групи, які мали знижену МЩКТ, середній рівень вітаміну 25-(OH)-D становив 39,04 ± 11,84 нмоль/л, тоді як у дітей із нормальною МЩКТ — 42,43 ± 6,3 нмоль/л. У дітей II групи, у яких МЩКТ була зниженою, середній рівень 25-(OH)-D становив 45,68 ± 5,48 нмоль/л; за нормальної МЩКТ — 45,47 ± 4,69 нмоль/л. Діти III групи зі зниженою МЩКТ мали середній рівень 25-(OH)-D — 36,73 ± 8,94 нмоль/л; із нормальною МЩКТ — 42,91 ± 9,1 нмоль/л. Середні показники забезпеченості кальцієм такі: у дітей I групи рівень загального кальцію становив 2,22 ± 0,15 ммоль/л, іонізованого кальцію — 1,12 ± 0,28 ммоль/л; у дітей II групи — відповідно 2,13 ± 0,11 ммоль/л і 0,99 ± 0,10 ммоль/л; у дітей III групи — 2,26 ± 0,18 ммоль/л і 1,12 ± 0,10 ммоль/л. Середні рівні магнію такі: I група — 0,96 ± 0,44 ммоль/л; II група — 0,89 ± 0,11 ммоль/л; III група — 0,85 ± 0,19 ммоль/л. Середні рівні фосфору такі: I група — 1,47 ± 0,22 ммоль/л; II група — 1,5 ± 0,23 ммоль/л; III група — 1,49 ± 0,23 ммоль/л. Встановлено, що зниження МЩКТ у дітей у період ростового спурту обумовлене недостатністю або дефіцитом вітаміну D і низькою забезпеченістю мікроелементами — кальцієм, фосфором і магнієм. Проте найбільш суттєвим чинником зниження МЩКТ є саме відставання процесів накопичення кісткової маси на тлі інтенсивного лінійного росту скелету. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.P.745. Modern approaches to assessing physical development of children and adolescents / Zh. V. Sotnikova-Meleshkina, O. H. Zinchuk, O. Ya. Mikhalchuk // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 33-39. - Бібліогр.: 30 назв. - англ.

At present in Ukraine negative tendencies in terms of the physical development of the younger generation population have been revealed with the overweight issue getting increasingly urgent that is a predictor of obesity development in adulthood, an increase in levels of chronic somatic prevalence and mortality. The purpose of the research is to assess the level of the physical development of schoolchildren and to determine the most informative approach to determining risk groups in terms of nutritional status impairment. We have conducted a cross-sectional examination of 277 schoolchildren aged 10—14 years (125 boys and 152 girls) based on the corresponding anthropometric parameters, Quetelet weight-to-height index, Vervek — Vorontsov index, the results of caliperometry and bio-impedancemetry with their further assessment according to the international and national standards. The data are statistically processed in the licensed package IBM SPSS Statistics v. 22, using the t-test and generalized linear models. The analysis of sex and age peculiarities of the physical development has demonstrated a probable decrease in body mass index at the age of 11 and its increase at the age of 12 in both sex groups, the risk of obesity development in boys of 10 and 12 years, and harmonious development in girls observed. Based on the Vervek — Vorontsov index, elongation growth processes are noticed in eleven-year-old girls, and growth retardation processes are observed in ten-year-old schoolchildren of both sexes. A highly disharmonious physical development by the national regression scales is found at the age of 12, and harmonious development is revealed in ten-year-old boys and thirteen-year-old girls. The amount of adipose tissue content does not differ significantly across different age groups, and muscle content is considerably higher in boys of 14. Such data, in comparison with the body mass index, allow us to make an assumption that higher Quetelet indices are determined due to the developed muscle system and are not the proof of obesity development in boys. It is also confirmed by the results of caliperometry. According to the results of the anthropocentric research, two generalized integrative linear models have been developed to determine adipose and muscle tissue content. The comparison of the models obtained with the results of bio-impedancemetry has shown a high precision of the models developed, which has been proved by the results of the t-test. Conclusions: the study has proved the high informative value of the methods which have been used to assess the physical development and the relevance of their application as a component of the algorithm of the comprehensive assessment of schoolchildren's physical development, which is potential for further monitoring and analyzing morphofunctional changes.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.P.746. The present conception of neonatal microbiome formation: (a lit. rev.) / S. V. Popov, O. I. Smiian, A. O. Profatylo // Eastern Ukr. Med. J. - 2021. - **9**, № 1. - С. 18-28. - Бібліогр.: 65 назв. - англ.

Період новонародженості є критичним у процесі розвитку мікробіому та шлунково-кишкового тракту у немовлят загалом. Тобто, мікробіом регулює не тільки процеси, які пов'язані з основними функціями шлунково-кишкового тракту, а має зв'язок з вмістом вітамінів, деяких мікронутрієнтів, впливає на розвиток нервової та ендокринної системи новонароджених. Постнатальна мікробна колонізація є важливою ранньою подією в мутуалізмі господар — мікроб. Дуже добре, що материнські мікробіом та імунітет готують новонародженого малюка до його майбутніх проблем. Хоча передчасні пологи вже багато років пов'язані з мікробною колонізацією амніотичної порожнини та плодових оболонок, догма про стерильне внутрішньоутробне середовище під час нормальної вагітності виникла досить нещодавно. За допомогою метагеномного секвенування було виявлено великий плацентарний мікробіом, наявність мікроорганізмів у амніотичній порожнині у жінок в нормальних термінах вагітності. Також було виявлено у малюків, що були народжені шляхом кесарського розтину, наявність мікроорганізмів у тканинах кишечника, що одержані з операційної під час резекції аномалій кишечника одразу після народження та до початку годування. В даному літературному огляді досліджено сучасне розуміння мікробної колонізації кишечника дітей та становлення функції шлунково-кишкового тракту. Обговорено, як генітальна та екстрагенітальна патології матері, її харчування, спосіб життя, прийом лікарських препаратів під час вагітності формують мікробіом плода і його подальший розвиток у періоді новонародженості. Порівняння флори дитини, яка народилась доношеною, у вагінальних пологах та дитини, яка була недоношеною, народженою за допомогою кесарського розтину, є клінічно значимим для лікарів різних галузей. Дослідження змін у мікробному складі кишечника є важливим кроком у діагностиці патологічних станів у даному періоді та в розвитку дитини протягом всього життя.

Шифр НБУВ: Ж101336

Хвороби дітей

1.P.747. Випадок сиреномелії в однієї дитини із двійні / Л. Ю. Гижа, Р. В. Стеник, А. А. Переяслов, Б. Я. Мальований, Т. О. Черевань, О. Є. Борова-Галай, А. Р. Поцюрко, І. Я. Гримак, В. Й. Кітов // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 58-62. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Сиреномелія — надзвичайно рідкісна вроджена вада, що характеризується повним або частковим злиттям нижніх кінцівок, і поєднується із численними аномаліями внутрішніх органів, зокрема сечовидільної системи, що і визначають несприятливий прогноз у цих дітей, які помирають внутрішньоутробно або у ранньому неонатальному періоді. Пренатальна ультрасонографічна діагностика, особливо протягом першого-другого триместру, дозволяє встановити наявність сиреномелії. У зв'язку із надзвичайної рідкістю вади, представлено перший випадок сиреномелії в однієї дитини із двійні, народжених в Україні. Діагноз сиреномелії встановлено при плановому пренатальному ультрасонографічному обстеженні вагітної з багатоплідною вагітністю. Після пологів новонароджений із сиреномелією переведений у реанімаційне відділення КНП ЛОР Львівської обласної дитячої лікарні "ОХМАТДИТ". При обстеженні виявлено повне злиття нижніх кінцівок на всьому протязі, відсутність однієї нирки, сечового міхура та зовнішніх статевих органів. Через 9 днів після народження, при наростаючих явищах ниркової та дихальної недостатності, дитина померла. Сиреномелія — надзвичайно рідкісна вроджена вада, що характеризується повним або частковим злиттям нижніх кінцівок, і поєднується із численними аномаліями внутрішніх органів, зокрема сечовидільної системи, що і визначають несприятливий прогноз у цих дітей, які помирають внутрішньоутробно або у ранньому неонатальному періоді. Пренатальна ультра-

сонографічна діагностика, особливо протягом першого-другого триместру, дозволяє встановити наявність сиреномелії. У зв'язку із надзвичайної рідкістю вади, представлено перший випадок сиреномелії в однієї дитини із двійні, народжених в Україні. Діагноз сиреномелії встановлено при плановому пренатальному ультрасонографічному обстеженні вагітної з багатоплідною вагітністю. Після пологів новонароджений із сиреномелією переведений у реанімаційне відділення КНП ЛОР Львівської обласної дитячої лікарні "ОХМАТДИТ". При обстеженні виявлено повне злиття нижніх кінцівок на всьому протязі, відсутність однієї нирки, сечового міхура та зовнішніх статевих органів. Через 9 днів після народження, при наростаючих явищах ниркової та дихальної недостатності, дитина померла. Висновки: сиреномелія — рідкісна вроджена вада розвитку, яка супроводжується високою летальністю у ранньому неонатальному періоді внаслідок наявності асоційованих вад розвитку, зокрема вад сечовидільної системи. Ультрасонографія у пренатальному періоді є скринінговим методом діагностики цієї вади.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.748. Ібупрофен як жарознижувальний та знеболювальний препарат у педіатричній практиці (літературний огляд) / М. Є. Маменко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 91-103. - Бібліогр.: 138 назв. - укр.

Ібупрофен, поряд із парацетамолом, є препаратом вибору для зниження температури та знеболювання в дітей і відноситься до ліків, які в більшості країн світу, зокрема в Україні, продаються без рецепта та можуть застосовуватися пацієнтами вдома без огляду лікаря. Таке застосування передбачає наявність значних переваг над потенційними ризиками. Зокрема, важливою умовою "домашнього" використання медичних препаратів є швидкість дії, відсутність тяжких побічних ефектів, низька токсичність, добра сумісність з іншими ліками та широкий терапевтичний коридор. Ібупрофен відповідає цим основним вимогам, тому і належить до найчастіше застосовуваних молекул у педіатричній практиці. Дискутабельним залишається питання самостійного застосування препаратів на основі даної молекули батьками для зниження температури в дітей за гострих респіраторних захворювань, адже існує думка щодо негативного впливу зниження температури на імунний захист хворого. На початку пандемії COVID-19 взагалі піднімалося питання про негативний вплив зниження температури ібупрофеном на прогноз захворювання, що викликає вірус Sars-Cov-2. Питанням оцінки співвідношення "користь — ризик" для молекули ібупрофену присвячений цей літературний огляд. Тривалий досвід широкого застосування, чисельні дослідження, систематичні огляди та метааналізи доводять безпечність, ефективність і добру переносимість ібупрофену у порівнянні з іншими, у тому числі безрецептурними анальгетиками. Поточні дослідження показують, що його застосування може виходити далеко за межі звичного купірування болю та лихоманки при поширених клінічних ситуаціях у дітей. Ібупрофен не тільки безпечний для дітей у стандартних дозуваннях, але також є набагато безпечнішим під час випадкового або навмисного передозування у порівнянні з іншими анальгетиками, які можуть виявитися смертельними в разі неправильного застосування. Таким чином, загальне співвідношення "користь — ризик" у разі застосування ібупрофену для контролю болю та лихоманки в дітей залишається позитивним. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.749. Насильницька травма голови в немовлят, або Синдром струшеної дитини: педіатричні аспекти: (огляд) / Т. К. Мавропуло, С. О. Мокія-Сербіна, Т. В. Литвинова, Н. І. Заболотня, Л. М. Чергінець // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 55-62. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Розглянуто проблему малознайому як медичним працівникам, так і юристам, і судовим медикам — "синдром струшеної дитини". На сьогодні цей стан називається "насильницька травма голови" (НТГ). НТГ в немовлят є варіантом прояву синдрому жорстокого поводження з дитиною та асоціюється з високою летальністю та порушенням розвитку дитини не тільки в ранньому віці, але й у подальшому житті, що позначається на якості життя дітей та їхніх сімей. Описано соціальні та психологічні причини насильства над немовлятами, механізми травми, отримані в рамках імовірності жорстокого поводження з дитиною. Запропоновано інтегроване ведення за встановленим ступенем імовірності жорстокого поводження з дітьми. Увагу приділено сучасним методам діагностики. При НТГ у немовлят зазвичай відсутні сліди зовнішньої травми, а клінічні симптоми вирізняються широкою варіабельністю. Саме тому основними методами діагностики є нейровізуалізація (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, нейросонографія), R-дослідження скелета, огляд офтальмолога. Діагноз встановлюють за наявності класичних симптомів тряски немовлят: субдуральні та субарахноїдальні крововиливи, двобічний крововилив у сітківку ока, дифузне ушкодження мозку. Оцінено ймовірність насильницької травми голови як причини гострої внутрішньочерепної травми немовлят.

Шифр НБУВ: Ж24603<

1.Р.750. Перша науково-практична конференція з міжнародною участю "Охматдитівські читання" // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 10-11. - укр.

23 — 24 вересня 2021 р. у м. Київ відбулася Перша науково-практична конференція з міжнародною участю "Охматдитівські читання" на базі високоспеціалізованої та високотехнологічної Національної дитячої спеціалізованої лікарні "Охматдит", за підтримки Міністерства охорони здоров'я України. Співорганізаторами конференції виступили: ГО "Асоціація анестезіологів України", Асоціація дитячих отоларингологів України. Захід проходив у змішаному форматі (онлайн та офлайн).

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.751. Тактика лечения ребенка с черепно-мозговой травмой и укушенной скальпированной раной волосистой части головы (клиническое наблюдение) / Е. В. Захарчук, И. А. Захарчук, С. С-Х. Гаибов, А. А. Утукина, М. А. Аксельров, А. С. Кофанова, Е. Г. Скрябин // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 84-89. - Библиогр.: 21 назв. - рус.

Тотальный отрыв кожи головы — серьезная травма в клинической практике. Часто встречается у взрослых женщин, редко — у детей. Среди детей наиболее частой причиной таких травм являются укусы животных, в том числе собак. Представлен опыт лечения ребенка двух лет, поступившего в Областную клиническую больницу N 2 г. Тюмень (Россия) с обширной укушенной скальпированной раной волосистой части головы в сочетании с черепно-мозговой травмой, травматическим шоком, множественными укушенными ранами мягких тканей головы с нарушением целостности верхнего слезного канальца. Сразу с момента транспортировки ребенка бригадой скорой медицинской помощи начата противошоковая, антибактериальная, противоотечная, симптоматическая терапия, выполнена первичная хирургическая обработка ран с восстановлением целостности верхнего слезного канальца правого глаза. Показаний к нейрохирургическому вмешательству в ребенка не было. Стандартным лечением отрыва кожи головы является, по возможности, микрохирургическая реплантация, но в связи с невозможностью проведения в данном случае микрохирургической реплантации (инфицированная рана, кожный лоскут междисциплинарным консилиумом признан нежизнеспособным) закрытие дефекта проведено отсрочено полнослойным кожным лоскутом с учетом кровоснабжения и анатомических особенностей воспринимающего ложа. В данном наблюдении в период выполнения пластики кожи головы не было послеоперационных осложнений, приживление аутодермальных трансплантатов удовлетворительное. Ребенок выписан на амбулаторный этап наблюдения через три месяца стационарного лечения. Основными причинами достижения хорошего клинического результата стали междисциплинарный подход к лечению, сочетание правильно выполненной первичной хирургической обработки раны и последующего своевременного комплексного лечения в профильном отделении, а также высокий регенераторный потенциал ребенка. Выбор способа реконструктивного вмешательства у пациентов с мягкотканными и мягкотканно-костными дефектами волосистой части головы требует дифференцированного подхода с учетом этиологии дефекта, его анатомических особенностей и возможности компенсации эстетических нарушений. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.752. Colonic stoma creation as the first stage of surgical correction of total colonic aganglionosis in children / О. О. Kurtash // Архів клініч. медиц. - 2020. - № 2. - С. 4-8. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчити й оцінити необхідність формування кишкової стоми як першого етапу хірургічної корекції тотального

аганглiозу кишечника в дітей. Проведено аналіз хірургічного лікування в 41 дитини з тотальною формою аганглiозу за період від 1980 до початку 2020 рр. Захисні кишкові стоми було сформовано в усіх пацієнтів: за ізольованого ураження аганглiозом товстої кишки (n = 36) та у випадку ураження всієї товстої та фрагмента тонкої кишок (n = 5). У клініці дитячої хірургії Національної спеціалізованої дитячої лікарні "ОХМАТДИТ" встановлено діагноз та виконано перший етап лікування в 24 (58,54 %) пацієнтів. З інших лікувальних закладів після встановлення діагнозу та формування кишкових стом було переведено 17 (41,46 %) дітей. Під час етапного лікування дітей з тотальним аганглiозом було виведено кінцеві одностовбурові (n = 10 (24,40 %)), кінцеві двостовбурові (n = 5 (12,19 %)) або петлеві (n = 26 (63,41 %)) кишкові ілеостоми. Період між накладанням захисної кишкової стоми та радикальною операцією коливався від 4-х до 14-ти міс. Закриття кишкових стом виконували через 24 міс після радикальної операції. Третій етап хірургічної корекції тотального аганглiозу в дітей проводили після оцінки стану готовності сформованого "неоректуму" та ілеоанального анастомозу для включення в пасаж. У післяопераційному періоді після закриття кишкових стом жодних ускладнень не будр. Перші 3 міс частота стільця становила 10—15 разів, а після 1 року — 24 рази на добу. Усі діти вижили. Функціональні результати лікування в них добрі. Функція кишечника була задовільна. За рентгенограм — було сформовано пряму кишку з достатнім резервуарним об'ємом і вираженою колонізацією. Висновки: хірургічна корекція тотального аганглiозу кишечника в дітей передбачає трьохетапний підхід: накладання захисної тонкокишкової стоми (1-й етап); радикальна операція — колектомія з реконструктивно-пластичним формуванням функціонально вигідного резервуарного варіанта "неоректуму" (2-й етап) та закриття ілеостоми після адаптації сформованого тонкокишкового резервуару (3-й етап). Формування захисної тонкокишкової стоми як першого етапу хірургічної корекції тотального аганглiозу кишечника в дітей відбувається в ургентному порядку. Петлева тонкокишкова стома на висоті до 12 см від рівня аганглiозу у разі тотального ураження товстої кишки є найбільш раціональним видом першого етапу хірургічної корекції цієї патології в дітей.

Шифр НБУВ: Ж24388

Див. також: 1.Р.713, 1.Р.778

Патологія новонароджених дітей

1.Р.753. Вибір методу лікування новонароджених із гіпертрофічним пілоростенозом / А. А. Переяслов, Б. Я. Мальований, Р. В. Стеник, А. О. Дворакевич, М. М. Микита // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 53-58. - Бібліогр.: 47 назв. - укр.

Гіпертрофічний пілоростеноз (ГПС) є одним із найчастіших чинників блювання в новонароджених. Відкрита пілороміотомія протягом багатьох десятиліть залишалась основним методом лікування дітей із ГПС завдяки відмінним результатам і незначній кількості ускладнень. Після впровадження в клінічну практику лапароскопічної пілороміотомії цей метод поступово набуває поширеності серед дитячих хірургів. Щодо переваг і недоліків лапароскопічної пілороміотомії порівняно з традиційною пілороміотомією дані літератури носять суперечливий характер. Мета роботи — проаналізувати власний досвід лікування дітей із ГПС із застосуванням традиційної мініінвазивної техніки. Робота грунтується на результатах лікування 98 дітей, яких оперували з приводу гіпертрофічного пілоростенозу упродовж 2009—2020 рр. Діагноз встановлювали на основі клінічних даних, даних лабораторного обстеження і результатів ультрасонографії. Хірургічне втручання проводили після корекції електролітних розладів, а метод корекції (відкриту чи лапароскопічну пілороміотомію) обирав хірург. З метою оцінки результатів застосовували методи варіаційної статистики, параметричної та непараметричної оцінки результатів. Висновки: пілороміотомія залишається основним методом лікування новонароджених із пілоростенозом, а метод втручання визначається хірургом. Відкрита та лапароскопічна пілороміотомія однаково ефективні і безпечні для лікування дітей із гіпертрофічним пілоростенозом. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.754. Досвід лікування раннього неонатального паразитарного сепсису в умовах пологового будинку / Г. С. Ханес, Л. В. Кузьмін, Л. І. Денисенко, Г. П. Тарасенко, Т. В. Пехньо, С. І. Жук // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 90-93. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Ранній неонатальний сепсис здебільшого має бактеріальну природу (у 84 % випадків), у 12 % — грибкову, а в 4 % — вірусну та паразитарну. За даними Європейського центру контролю захворювань та профілактики (CDC), виникнення сепсису в новонароджених тісно пов'язане з масою тіла при народженні, гестаційним віком, а також із кольором шкіри. Встановлено, що найтяжчий стан спостерігається в дітей з масою тіла 400—1500 г і гестаційним віком менше 30 тижнів. Паразитарний сепсис у новонароджених належить до тяжких форм дитячого сепсису з високим рівнем летальності. Наведено досвід успішного лікування 2 дітей з тяжким паразитарним сепсисом в умовах пологового будинку, коли пацієнти були нетранспортабельними. На початку лікування детально вивчено анамнез кожної вагітності. Обом пацієнтам, починаючи з першої доби, проведено комплексне інструментальне дослідження (ультразвукове і рентгенологічне), а також лабораторні дослідження крові (полімеразна ланцюгова реакція, імуноферментний аналіз, коагулограма, С-реактивний білок, прокальцитонін, загальні біохімічні тести). Першу дитину, передчасно народжену на 30-му тижні вагітності з вагою 1070 г, лікували від внутрішньоутробного хламідіозного сепсису. Другу, народжену в строк, яка страждала на внутрішньоутробний токсоплазменний сепсис і резус-конфлікт, почали лікувати внутрішньоутробно — на 30-му тижні вагітності. Обох дітей лікувала багатопрофільна команда, діти одужали. Позитивний результат лікування демонструє ефективність патогенетичного підходу до лікування тяжких форм сепсису в новонароджених. Комплексна спеціалізована протизапальна терапія і стимуляція захисних механізмів дає змогу вилікувати новонароджених і завчасно народжених дітей. Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.755. Достовірні і сумнівні діагностичні критерії раннього неонатального сепсису: (огляд) / М. М. Кісельова, О. В. Поцюрко, А. В. Комар, Н. В. Камуть // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 68-74. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Неонатальний сепсис є вагомою причиною смертності серед новонароджених, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем економічного розвитку. Важливо як найшвидше розпочати відповідне лікування, оскільки це дає змогу запобігти більшості летальним випадкам сепсису та зменшити частоту залишкових неврологічних уражень унаслідок септичного менінгіту. Наведено огляд сучасних даних літератури щодо принципів діагностики раннього неонатального сепсису; згадано основні етіологічні фактори та шляхи інфікування потенційними збудниками. Проаналізовано та віднесено до сумнівних або достовірних діагностичні критерії раннього неонатального сепсису. Відведено важливу роль оцінці потенційних факторів ризику розвитку септичного процесу, у тому числі даних анамнезу вагітності та пологів, клініко-лабораторних показників дитини після народження. Зауважено неспецифічність більшості клінічних ознак сепсису, проведено їх порівняння з клінічними проявами при менінгіті. Проаналізовано важливість бактеріологічного методу виявлення збудника у крові, сечі та спинномозковій рідині, що залишається "золотим" стандартом діагностики неонатального сепсису, та методу мультиплексної полімеразної ланцюгової реакції. Відмічено необхідність при виявленні сепсису проведення візуальних досліджень, таких як рентгенографії органів грудної клітки, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та ультрасонографії голови. Описано діагностичне значення показників розгорнутого аналізу крові, зокрема, окремих його компонентів, та маркерів запального процесу, особливо лейкоцитарного індексу, С-реактивного протеїну, прокальцитоніну. Згадано метод визначення концентрації імуноглобуліну М у сироватці крові, підвищений рівень якого свідчить про внутрішньоутробну інфекцію. Розглянуто діагностичну цінність глутатіону, що є маркером функціонування імунної системи. Зроблено акцент на доцільності застосування Kaiser Permanente калькулятора для виявлення ознак сепсису в перші дні життя новонародженого та обрання оптимальної тактики менеджменту в таких пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.756. Инфекции мочевых путей у новорожденных детей: микробный пейзаж и проблемы антибиотикорезистентности / И. М. Вешкурцева, М. А. Аксельров, В. А. Емельянова, С. Н. Супрунец, А. В. Столяр, С. Н. Гордийчук, К. А. Лебедева, Е. П. Ашихмина, А. Л. Баринов // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 56-62. - Библиогр.: 30 назв. - рус.

Инфекция мочевых путей — одна из самых распространенных бактериальных инфекций у детей, которая в 30 % случаев может быть первым проявлением у ребенка врожденных аномалий развития мочевых путей и нарушений уродинамики. Несвоевременные диагностика, начало терапии, выбор неадекватного противомикробного препарата увеличивает риски прогрессирования заболевания, развития нефросклероза и инвалидизации пациента. Цель работы — изучить микробный пейзаж при инфекции мочевых путей, его антибиотикорезистентность у новорожденных детей с аномалиями развития мочевыделительной системы. Проанализированы результаты микробиологического исследования мочи у новорожденных детей с инфекциями мочевых путей на фоне аномалий развития мочевых путей. Эти дети находились на лечении в отделениях реанимации и патологии новорожденных в период 2016—2020 гг. Выводы: основными возбудителями инфекций мочевых путей у новорожденных детей с аномалиями развития мочевыделительной системы являются представители порядка Enterobacterales, Enterococcus spp. и неферментирующие грамнегативные бактерии, которые характеризовались высокой резистентностью, в том числе и к антибиотикам резерва. Высокие показатели устойчивости выделенной микрофлоры затрудняют выбор эффективной антибактериальной терапии у данной категории пациентов и требуют в большинстве случаев комбинированной антибиотикотерапии. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом всех участвующих учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.757. Особливості ренального кровотоку при гострому пошкодженні нирок у недоношених новонароджених дітей з гемодинамічно значущою відкритою артеріальною протокою / Т. П. Борисова, О. Ю. Оболонська, Т. К. Мавропуло, Л. П. Бадогіна, Д. Г. Волков // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 14-18. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока (ГЗВАП) у недоношених новонароджених призводить до гіпоперфузії нирок у зв'язку з феноменом "обкрадання" великого кола кровообігу, що може спричинити розвиток гострого пошкодження нирок (ГПН). Застосування ультразвукової доплерографії судин нирок може надати ефективну допомогу в оцінці ренального кровотоку та ранній діагностиці ГПН. Мета роботи — оцінити прогностичну значущість стану ренального кровотоку на першу добу життя в недоношених новонароджених із ГЗВАП у ранній діагностиці ГПН. Обстежено 40 недоношених новонароджених (гестаційний вік — 29—36 тиж) із ГЗВАП. Розподіл обстежених: група з ГПН — 23 дитини, група без ГПН — 17 дітей. Період спостереження — 10 діб. Пацієнтам проведено ехокардіографію з доплерометрією за допомогою широкосмугового мікроконвексного датчика з частотою 5—8 МГц ("TOSHIBA" Nemso XG) на 5 — 11-ту годину життя. Кольорове ультразвукове доплерівське сканування судин нирок виконано на 1, 3 і 10-ту добу життя. Вивчено параметри кровотоку на магістральній та інтерлобарній ниркових артеріях: пікова систолічна швидкість (PSV) і кінцева діастолічна швидкість (EDV) кровотоку, індекс резистентності (RI). Діагностика та стратифікація ступеня тяжкості ГПН відповідали критеріям неонатальної модифікації KDIGO. На 3—5-ту добу життя ГПН діагностовано у 23 (57,5 %) дітей, але вже на 1-шу добу в них у порівнянні з пацієнтами без ГПН відмічено суттєве зниження показників PSV кровотоку на магістральній ренальній артерії (20,6 ± 5,87 см/с проти 25,4 ± 6,17 см/с у дітей без ГПН, $p > 0,02$). Крім того, основні зміни на 1-шу добу життя пацієнтів із ГПН виявлено на рівні інтерлобарної ренальної артерії: зниження PSV кровотоку (11,10 ± 3,329 см/с проти 18,48 ± 3,014 см/с у дітей без ГПН, $p < 0,001$) та EDV кровотоку (2,83 ± 2,063 см/с проти 6,16 ± 2,447 см/с у дітей без ГПН, $p < 0,001$), підвищення RI (0,758 ± 0,137 проти 0,666 ± 0,1216 у дітей без ГПН, $p < 0,02$). На 3-тю добу життя при ГПН зберігалися порушення параметрів кровотоку в інтерлобарній ренальній артерії, які на 10-ту добу життя не відрізнялися від показників дітей без ГПН. Висновки. У недоношених новонароджених з ГЗВАП, яким на 3—5-ту добу життя діагностовано ГПН, на 1-шу добу виявлено зниження показників PSV кровотоку на магістральній ренальній артерії, зміни кровотоку на інтерлобарній ренальній артерії: зниження PSV та EDV кровотоку, підвищення RI. Отже, оцінка стану кровотоку в інтерлобарній ренальній артерії на 1-шу добу життя в недоношених новонароджених із ГЗВАП має діагностичне значення для своєчасного визначення групи ризику розвитку ГПН. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.758. Патологічні стани у новонароджених дітей на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини в їхніх матерів / О. Ю. Чумак, А. П. Волоха // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 25-31. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) у вагітних жінок знижує адаптивні можливості їхніх новонароджених дітей та є несприятливим фоном розвитку окремих патологічних станів перинатального періоду. Водночас інформація щодо спектра захворювань у дітей, народжених від матерів із клінічними проявами НДСТ, є вельми суперечливою. Мета роботи — вивчити характер і спрямованість взаємозв'язку між окремими патологічними станами в новонароджених дітей і клінічними проявами НДСТ в їхніх матерів. Протягом 2018—2020 рр. обстежено 75 породіль віком від 16 до 44 років та їхніх 75 новонароджених дітей (38 хлопчиків і 37 дівчаток). Кількість дівчаток і хлопчиків була приблизно однаковою, статева відмінність між дітьми на результат дослідження не впливала. Гестаційний вік (ГВ) дітей становив 28—42 тиж, а маса тіла (МТ) при народженні — 1500—4070 г. Серед них доношених було 51 (68 %), передчасно народжених — 24 (32 %). У матерів та їхніх дітей розраховано антропометричні індекси (АІ), які використовувалися для підтвердження доліхостеномелії як маркера НДСТ. Шляхом сумації стандартизованих значень цих коефіцієнтів для кожної матері та дитини визначено інтегральний показник доліхостеномелії (ІПД). У дітей оцінено наявність неонатальної енцефалопатії, вродженої пневмонії, дефекту міжшлуночкової перетинки (ДМШП), затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), дихальних розладів, асфіксії в пологах, інтравентрикулярних крововиливів (ІВК) I — II ступеня, неонатальної жовтяниці, некротичного ентероколіту. У матерів враховано наявність асоційованих з НДСТ ускладнень вагітності та пологів, а також оцінено гіпермобільність суглобів за шкалою Бейтона. Породіль розподілено на дві групи: I групу (n = 45) становили жінки з наявністю ≥ 1 антропометричного маркера НДСТ, II групу (n = 30) — матері, у яких не виявлено жодного з таких маркерів. Новонароджених дітей розподілено на дві групи відповідно: I група — народжені від матерів із проявами НДСТ, II група — народжені від матерів без ознак НДСТ. Установлено, що в матерів із маркерами НДСТ достовірно частіше народжувалися діти з МТ меншою за 2500 г ($\varphi c = 0,251$; $p = 0,029$). За результатами аналізу захворюваності з'ясовано, що в дітей, народжених від матерів із проявами НДСТ, частіше реєструвалися вроджена пневмонія ($\varphi c = 0,218$; $p = 0,049$), ДМШП ($\varphi c = 0,241$; $p = 0,037$) і ЗВУР ($\varphi c = 0,310$; $p = 0,029$). За результатами рангового кореляційного аналізу встановлено пряму помірну кореляцію між прогресуванням варикозної хвороби в жінок під час вагітності та ІПД як у них ($\rho = 0,463$; $p < 0,001$), так і в їхніх дітей ($\rho = 0,369$>; $p = 0,001$); також виявлено аналогічний за ступенем і спрямованістю зв'язок поєднання ≥ 3 асоційованих з НДСТ акушерських ускладнень з ІПД матерів ($\rho = 0,305$; $p = 0,008$) та їхніх дітей ($\rho = 0,326$; $p = 0,004$). Водночас позитивну слабку кореляцію встановлено між ІПД матерів і реєстрацією в них плацентарної дисфункції ($\rho = 0,231$; $p = 0,046$), багатоводдя ($\rho = 0,234$; $p = 0,043$). Щодо новонароджених дітей, то ІПД у них мав прямий помірний зв'язок з ІПД їхніх матерів ($\rho = 0,364$; $p = 0,001$), а слабкіший зв'язок — із гіпермобільністю суглобів в їхніх матерів (ρ =~0,258; $p = 0,025$) та акушерськими розривами ($\rho = 0,230$; $p = 0,047$). Водночас не виявлено статистично достовірних відмінностей між групами за статтю дітей, їхнім ГВ, віком матерів і способом розродження. Встановлено, що діти, народжені від матерів із клінічними маркерами

НДСТ, частіше мають низьку МТ (p = 0,029); у них протягом неонатального періоду частіше реєструються ЗВУР (p = 0,029), вроджена пневмонія (p = 0,049) і ДМШП (p = 0,037). Слід зауважити, що інтегральні антропометричні маркери НДСТ у новонароджених дітей мають найбільш значущу кореляцію з аналогічними маркерами в їхніх матерів (p = 0,001), з одного боку, та з прогресуванням варикозної хвороби в жінок під час вагітності (p = 0,001) і комбінацією ≥ 3 асоційованих із НДСТ акушерських ускладнень (p = 0,004), з іншого боку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.759. Функціональний стан гепатобіліарної системи в новонароджених дітей з проявами гіпербілірубінемії при перинатальній патології / Ю. М. Волосівська, Ю. Д. Годованець // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 13-20. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Неонатальна жовтяниця здебільшого є доброякісним станом новонародженої дитини і не потребує додаткових втручань, окрім спостереження. Проте прояви гіпербілірубінемії за певних умов можуть стати однією з перших клінічних ознак порушень функціонального стану гепатобіліарної системи (ГБС), у такому разі цей процес вважається нефізіологічним і потребує відповідного клінічного спостереження та додаткового обстеження. Факторами розвитку дисфункції ГБС у новонароджених можуть бути: супутня перинатальна патологія, ізоімунізація, вроджені дефекти метаболізму ферментів, що беруть участь у трансформації та виведенні білірубіну тощо. Мета роботи — на підставі комплексного аналізу специфічних клініко-лабораторних показників визначити найхарактерніші патогенетичні синдроми, які є основою формування порушень функціонального стану ГБС за наявності клінічних проявів жовтяниці в новонародженого. До дослідження залучено 164 доношених немовлят. Основна І група дослідження (92 дитини з клінічними проявами жовтяниці на тлі перинатальної патології) розділена на 2 підгрупи залежно від тяжкості стану новонароджених у ранньому неонатальному періоді: ІА підгрупа — 46 дітей у стані середньої тяжкості; ІБ підгрупа — 46 дітей у тяжкому стані. До ІІ групи (контрольної) залучено 72 здорових доношених новонароджених дітей. Біохімічні дослідження сироватки крові новонароджених виконано з використанням аналізатора "ULTRA" фірми "Коле" (Фінляндія, реактиви фірми) та апарату для електрофорезу "PARAGON" фірми "Вектап" (Австрія, реактиви фірми) в умовах біохімічної лабораторії родопомічного закладу. Для достовірного аналізу статистичних даних здійснено оцінку з використанням програмного забезпечення Spss Statistica, 2010; Excel, 2016. Процедури, логіка та інтерпретація одержаних результатів аналізу базувалися на основних положеннях медичної та біологічної статистики. Порівняння кількісних показників із нормальним розподілом проведено з використанням t-критерію Стьюдента. Аналіз функціонального стану ГБС у новонароджених дітей із проявами гіпербілірубінемії при перинатальній патології показав, що клінічними ознаками дисфункції були: жовтяниця, гепатоспленомегалія, порушення функції кишечника, прояви гіпоглікемії, анемічного та геморагічного синдрому. Порушення обміну білірубіну підтверджено підвищенням рівня загального білірубіну сироватки (ЗБС) за рахунок непрямої фракції. Показники активності аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ) мали тенденцію до зростання з урахуванням тяжкості перебігу перинатальної патології. Значення лактатдегідрогенази (ЛДГ) також корелювало зі ступенем тяжкості стану та було найвищим у дітей ІБ підгрупи. Активність лужної фосфатази (ЛФ) мала тенденцію до підвищення в дітей ІА підгрупи, тоді як у дітей ІБ підгрупи її активність була нижчою у порівнянні з контролем. Активність гамма-глутамілтрансферази (ГГТ) у новонароджених із підгруп спостереження показала тенденцію до зниження у порівнянні з контролем. Аналіз білового спектра крові виявив зниження рівня як загального білка, так і рівня альбумінів у дітей ІА та ІБ підгруп у порівнянні з контролем, при цьому більш виражені зміни відзначалися в новонароджених у разі тяжкого перебігу перинатальної патології. Виявлено, що основними патогенетичними синдромами формування дисфункції ГБС за наявності клінічних ознак гіпербілірубінемії при перинатальній патології були: синдром цитолізу, холестазута білково-синтетичної недостатності, ступінь виразності та превалювання яких відповідає особливостям клінічної симптоматики та тяжкості перебігу захворювань. Встановлено, що основними клінічними проявами порушень функціонального стану ГБС за наявності клінічних ознак гіпербілірубінемії при перинатальній патології в новонароджених дітей є: жовтяниця, гепатоспленомегалія, порушення функції кишечника, у більш тяжких випадках — гіпоглікемія, анемія та геморагічні розлади. Поглиблений аналіз біохімічних показників крові новонароджених показав, що основними синдромами патогенезу дисфункції ГБС є: синдром цитолізу, який характеризується підвищенням активності АСТ, АЛТ і ЛДГ; синдром холестазу, що проявляється підвищенням рівня ЗБС крові, холестерину, зростанням активності ферментів ЛФ, ГГТ, і синдром білково-синтетичної недостатності, який підтверджується зниженням рівня загального білка, альбуміну, холінестерази, сечовини та глюкози. Виявлені значні порушення функціонального стану ГБС за наявності жовтяниці при тяжкій перинатальній патології в новонароджених свідчать про необхідність їх своєчасної діагностики для проведення відповідної терапевтичної корекції. Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. Протокол дослідження схвалено ЛЕК БДМУ для всіх учасників. Обстеження дітей проведено за інформаційною згодою батьків після попереднього пояснення мети

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.760. Характеристика экзокринной функции поджелудочной железы у недоношенных новорожденных / А. Ш. Фазылова, Д. И. Ахмедова, А. Т. Камилова, С. С. Хасанова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 21-25. - Библиогр.: 14 назв. - рус.

Недоношенные дети в раннем постнатальном онтогенезе характеризуются незрелостью многих функциональных систем, в том числе пищеварительной. Несовершенство моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у них сочетается с недостаточной активностью ферментных систем, особенностями становления микробного пейзажа толстой кишки, что приводит к развитию дисфункции пищеварения и затрудняет энтеральное вскармливание, особенно у глубоко недоношенных детей. С целью определения показателей панкреатической эластазы (ПЭ) у недоношенных детей в зависимости от срока гестации и характера кормления обследованы 135 новорожденных (108 недоношенных новорожденных со сроком гестации 22—32 недели и 27 доношенных). Всем детям проведено общеклиническое обследование, а также исследование на ПЭ на 13 — 14-е сутки жизни, при достижении объема энтерального питания > 70 %. При анализе результатов исследования выявлена отчетливая взаимосвязь между степенью недоношенности и выраженностью панкреатической недостаточности. Определена четкая взаимосвязь показателей ПЭ от вида вскармливания. Наиболее благоприятная ситуация прослежена у детей на исключительно грудном вскармливании, у которых зарегистрированы наиболее высокие значения ПЭ, практически не отличающиеся от контрольных значений. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанных в работе учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.761. Щодо окремих клініко-параклінічних маркерів сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції в новонароджених / О. К. Колоскова, Н. М. Крецу, Т. М. Білоус // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 41-48. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Проблема неонатального сепсису посідає одне з провідних місць у неонатальній практиці. Актуальним залишається питання ранньої діагностики кардіоваскулярних розладів у новонароджених із сепсисом із застосуванням сучасних методів дослідження, що можуть бути використані як скринінгові методи з метою верифікації можливого розвитку міокардіальної дисфункції. Мета роботи — вивчити роль окремих клінічних і параклінічних маркерів міокардіальної дисфункції в новонароджених із сепсисом. Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети під спостереженням перебували 69 новонароджених із проявами генералізованого інфекційно-запального процесу. До І групи увійшли 32 (46,4 %) новонароджені з терміном гестації 37 — 42 тижні, до ІІ групи — 37 (53,6 %) передчасно народжених немовлят із терміном гестації до 36 тижнів включно. Результати. Установлено, що в матерів, які народили передчасно, порівняно з матерями новонароджених І групи частіше спостерігається передчасний

розрив плодових оболонок, проте в 1,5 раза рідше вказується на інфекційні захворювання сечостатевої системи вагітної. Генералізований інфекційно-запальний процес у неонатальному періоді в доношених новонароджених дітей супроводжується електрокардіографічними ознаками перевантаження міокарда лівого шлуночка, що також асоціюється з жіночою статтю (r = 0,30), пологорозрішенням шляхом кесаревого розтину (r = 0,27) та оцінкою стану новонародженого за шкалою Апгар на п'ятій хвилині (r = 0,33). Висновки: підвищення сироваткової активності лактатдегідрогенази можна розглядати як маркер кардіоваскулярної дисфункції, спричиненої неонатальним сепсисом, особливо в субпопуляції доношених новонароджених. Виявлені зміни електрофізіологічної активності серця обумовлюють необхідність рутинного застосування електрокардіографії в новонароджених із проявами септичного процесу. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.710, 1.Р.749, 1.Р.797, 1.Р.923

Внутрішні хвороби

1.Р.762. Клініко-імунологічна характеристика дітей з вторинними гіпогаммаглобулінеміями / Т. А. Марунчин, А. П. Волоха // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 66-73. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити клініко-імунологічні показники в дітей з вторинними гіпогаммаглобулінеміями для визначення тактики ведення і лікування. Матеріали та методи. Обстежено 52 дітей з вторинними гіпогаммаглобулінеміями. Дітей поділено на 4 групи відповідно до основного діагнозу (гострий мієлобластний, лімфобластний лейкоз і лейкоз зі змішаним фенотипом, гломерулонефрит, нефротичний синдром). У дітей зібрано детальний клінічний анамнез і проведено оцінку даних імунологічного (рівень сироваткових імуноглобулінів IgA, IgM, IgG, субпопуляції лімфоцитів) обстеження до початку регулярної замісної терапії препаратами імуноглобулінів. Результати. Інфекційні захворювання спостерігались у 22 (42,3 %) дітей. Алергічна патологія виявлена в 11 (21 %) дітей. Рівень IgG був найнижчим у групі дітей з гломерулонефритом, нефротичним синдромом (2,6 ± 1,54 г/л). Рівень CD3+ Т-лімфоцитів (0,89 ± 0,93 х 10^9/л) та CD8+ цитотоксичних Т-лімфоцитів (0,33 ± 0,38 х 10^9/л) був найнижчим у групі дітей з гострим лімфобластним лейкозом, а рівень Т-хелперів (CD3+CD4+) був низьким у групі дітей з гострим лімфобластним лейкозом (0,39 ± 0,4 х 10^9/л). Низький рівень В-лімфоцитів спостерігався у групі дітей з гострим лімфобластним (0,23 ± 0,23 х 10^9/л) та мієлобластним лейкозом (0), а також у групі дітей з нефротичним синдромом (0,18 ± 0,13 х 10^9/л). Висновки: інфекційні захворювання зустрічаються часто в дітей з вторинними гіпогаммаглобулінеміями. У групі дітей з гострими лейкозами бактеріальні та грибкові захворювання виникали частіше та мали тяжчий перебіг, ніж у групі дітей з нефротичним синдромом. Враховуючи ризик розвитку дефіциту антитіл, діти з онкогематологічними захворюваннями потребують контролю рівня сироваткових імуноглобулінів до початку імуносупресивної терапії, трансплантації кісткового мозку та після її завершення для своєчасного початку замісної терапії препаратами імуноглобулінів, профілактики розвитку інфекційних захворювань та їх ускладнень. У дітей з нефротичним синдромом є необхідним моніторинг рівня сироваткових антитіл. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.763. Медикаментозна алергія у дітей: що потрібно знати? / С. Л. Няньковський, О. С. Няньковська, М. С. Яцула, М. І. Городиловська // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 52-59. - Бібліогр.: 65 назв. - укр.

Реакції на лікарський засіб є причиною близько 6,5 % усіх госпіталізацій. Вони розвиваються в 15 % пацієнтів. Можливість їх розвитку слід враховувати під час диференціальної діагностики, коли будь-яка медична проблема виникає в людини, яка вживає ліки. У дітей основною складністю в діагностиці медикаментозної алергії є диференціація макулопапульозних висипань як реакції на лікарський засіб від вірусної екзантеми, що спостерігається доволі часто в цій віковій групі. Під час лікування алергічних реакцій першим кроком є негайне припинення дії причинного препарату. Уникнення застосування безрецептурних препаратів і вживання ліків всередину, якщо це можливо, важливе щодо профілактики медикаментозної алергії. Під час вибору альтернативного препарату слід враховувати перехресну реактивність між препаратами з подібною структурою. На амбулаторному етапі для профілактики й лікування реакцій на лікарський засіб можуть бути використані антигістамінні середники, зокрема диметиндену малеат — едермік.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.764. Первинний імунодефіцит: IPEX-синдром. Огляд літератури та клінічний випадок / О. Г. Шадрін, Т. Л. Марушко, А. П. Волоха, Р. В. Марушко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 63-71. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

IPEX-синдром (immune dysregulation, polyendocrinopathy, enteropathy, X-linked syndrome) — тяжке спадкове Х-зчеплене захворювання з групи первинних імунодефіцитів, асоційоване з мутаціями в гені FOXP3, який кодує ключовий фактор транскрипції для Т-регуляторних лімфоцитів. У патогенезі захворювання основну роль відіграє порушення дозрівання CD25+ CD4+ — Т-регуляторних лімфоцитів (TR), які здійснюють від'ємну селекцію аутореактивних клонів Т- і В-лімфоцитів, унаслідок чого відбувається втрата організмом аутотолерантності та ранній розвиток поліорганної аутоімунної патології в поєднанні та вираженим порушенням противірусного та антибактеріального імунітету. Типовою клінічною картиною IPEX-синдрому є тріада: аутоімунна ентеропатія, ендокринопатія (цукровий діабет 1 -го типу, аутоімунний тиреоїдит), ураження шкіри і/або слизових оболонок, але можливою є будь-яка комбінація аутоімунної патології або ізольоване ураження окремих органів. При цьому ураження кишечника (аутоімунна ентеропатія) виявляється практично в 100 % пацієнтів. Лабораторні імунологічні маркери IPEX-синдрому відсутні, що поряд із варіабельністю клінічних проявів створює значні діагностичні труднощі. Наведено клінічний випадок IPEX-синдрому, клінічними особливостями якого були ізольована ентеропатія без клініко-лабораторних ознак аутоімунного ураження інших органів, а також тяжкий ступінь ураження слизової оболонки тонкої кишки (тотальна атрофія ворсин) і стрімке прогресування захворювання, незважаючи на пізній дебют клінічних проявів (на 2-му році життя дитини), який асоціюють із "м'якими" мутаціями гена, більш легким перебігом і більш сприятливим прогнозом. Лабораторними особливостями такого випадку були: негативні серологічні маркери аутоімунного ураження кишечника та підвищений рівень Т-регуляторних лімфоцитів CD4+ CD25+ CD 127 low+, хоча для IPEX-синдрому характерні зниження або відсутність Т-регуляторних клітин. IPEX-синдром у цього пацієнта підтверджено генетичним дослідженням — при секвенуванні гена FOXP3 виявлена патогенна мутація C.736-2ATT (Splice acceptor). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.765. Складнощі діагностики рідкісної вродженої мітохондріальної патології — комбінованого дефіциту окисного фосфорилювання 26-го типу в дитини раннього віку: клінічний випадок / О. К. Колоскова, Л. В. Колюбакіна, Н. К. Богуцька, Р. В. Ткачук // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 62-69. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Спадкові мітохондріальні захворювання є наслідком вроджених помилок енергетичного метаболізму з дуже варіабельними та здебільшого мультисистемними проявами, потребують диференційної діагностики з широким спектром фенотипово подібних нозологій, а їх верифікація є складною проблемою та потребує мультидисциплінарного підходу. Описано рідкісний клінічний випадок діагностованої в дівчинки раннього віку вродженої мітохондріальної патології з аутосомно-рецесивним успадкуванням — комбінований дефіцит окисного фосфорилювання 26-го типу (COXPD-26) унаслідок двох мутацій у гетерозиготному стані гена TRMT5 (тРНК ме-

тилтрансфераза 5) на хромосомі 14q23. Хвороба пацієнтки супроводжувалася дебютом від народження з недостатнім набуванням ваги, проявами кардіоміопатії, повторними інтеркурентними інфекційними захворюваннями з підвищенням активності трансаміназ, креатинкінази-МВ крові, гепатопатією з гіпоальбумінемією, судомним синдромом, непереносимістю вальпроєвої кислоти, прогресуючим відставанням статокінетичного та психомовленнєвого розвитку, тобто симптоматика характеризувалася прогредієнтністю, мультисистемністю з переважним ушкодженням серця, печінки та нервової системи. Діагностичний алгоритм мітохондріальних хвороб є одним із найскладніших у медичній практиці. Підозрілими щодо ймовірної мітохондріальної патології в дітей раннього віку можуть бути персистувальний або прогресуючий мультисистемний розлад невідомої етіології, невідомі множинні складні неврологічні прояви або неврологічний моносимптом із залученням інших систем, рідше — специфічні клінічні симптоми; персистувальний лактат-ацидоз, інші позитивні або сумнівні дані лабораторного скринінгу. Про ймовірну мітохондріальну патологію можуть свідчити численні госпіталізації, повторні консультації різних спеціалістів, багаторазові додаткові тести та множинні суперечливі діагнози. Лише повне екзомне секвенування зразка крові з аналізом варіацій числа копій генів і геномним секвенуванням нового покоління з таргетним генетичним тестуванням надало змогу діагностувати в дитини спадкове порушення обміну речовин із групи дефектів мітохондріального дихального ланцюга — комбінований дефіцит окиснювального фосфорилювання 26-го типу, раніше описаний лише в кількох пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.766. Цетиризин — ефективний і безпечний антигістамінний препарат (огляд літератури, результати клінічних досліджень) / Ю. В. Марушко, О. Д. Московенко, Б. Л. Галушко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 55-61. - Бібліогр.: 28 назв. - укр.

Зростання кількості алергічних захворювань серед дітей і дорослих обумовлює пошук безпечних та ефективних засобів лікування алергії. На сьогодні цетиризин — один із найбільш вивчених антигістамінних препаратів другого покоління, який є "золотим стандартом" симптоматичного лікування алергії. Він швидко полегшує симптоми алергії, вступаючи в конкурентну блокаду з гістаміном, вже за 20 хв. після застосування за рахунок високої селективності до H_1-рецепторів. Найефективнішим є використання препарату при алергічних проявах: чхання, ринорея, сльозотеча, висипання на шкірі. Однією з основних переваг цетиризину є високий рівень безпечності, що надає змогу застосовувати препарат у педіатричній практиці, починаючи з 6-місячного віку, а численні дослідження підтверджують це. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.787, 1.Р.795, 1.Р.813, 1.Р.869, 1.Р.913, 1.Р.945

Хвороби системи кровообігу та лімфообігу

1.Р.767. Поздние потенциалы желудочков у детей школьного возраста с сахарным диабетом I типа / Л. Б. Султанова, В. А. Мирзазаде, И. И. Исаев, И. Г. Новрузов // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 42-46. - Библиогр.: 12 назв. - рус.

Цель работы — изучить показатели, характеризующие поздние потенциалы желудочков (ППЖ) у детей школьного возраста с сахарным диабетом (СД) I типа. Обследованы 120 детей в возрасте 6—17 лет (56 — младшего школьного возраста — 6—11 лет; 64 — старшего школьного возраста 12 — 17 лет). Среди детей в возрасте 6 — 11 лет было 36 детей с СД I типа (I основная группа (ОГ)) и 20 здоровых детей (I контрольная группа (КГ)). Среди пациентов в возрасте 12—17 лет было 44 ребенка с СД I типа (II ОГ) и 20 здоровых детей (II КГ). В каждой ОГ пациенты разделены на 2 подгруппы в зависимости от продолжительности заболевания: подгруппа А — 39 больных (22 — младшего школьного возраста, 17 — старшего школьного возраста) с продолжительностью СД 1 — 3 года, подгруппа В — 41 больной (соответственно 14 и 27) с продолжительностью СД 4 года и более. Всем детям проведена регистрация ППЖ методом электрокардиографии высокого разрешения. Рассчитаны следующие показатели: продолжительность фильтрованного комплекса QRS (TotORS, мс), продолжительность низкоамплитудной (до 40 мкВ) части сигнала в конце комплекса QRS (LAS40, мс), среднеквадратичная амплитуда колебаний в последние 40 мс комплекса ORS (RMS40, мкВ), а также соотношение TotQRS/RMS40. Статистическая обработка полученных результатов проведена на основе электронных таблиц "Microsoft Office Excel 2007" с использованием пакета "Statistica 7.0" для "Windows". При анализе показателей установлено, что у детей с СД по сравнению со здоровыми детьми выявлены различия, которые можно трактовать как признаки ППЖ (повышение TotORS, LAS40 и соотношения TotQRS/RMS40, снижение значений RMS40). Такие изменения с различной степенью достоверности зарегистрированы во всех возрастных группах, причем более выраженными были в подгруппе В, как у детей в возрасте 6—11 лет, так и у больных в возрасте 12—17 лет. Это свидетельствует об усугублении нарушения электрической стабильности миокарда по мере увеличения продолжительности заболевания. По полученным данным, у детей с СД I типа имеют место очаги задержанной фрагментированной активности, обусловленные электрофизиологической неоднородностью миокарда. Наличие подобных очагов является независимым прогностическим фактором риска фатальных аритмий, что ставит перед специалистами, занимающимися ведением данных пациентов, задачи по раннему выявлению ППЖ для предотвращения жизнеугрожающих состояний. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом всех участвующих учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей, детей. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.768. Рівень функціонування адаптаційних механізмів серцево-судинної системи в дітей із синкопе різного генезу / Т. А. Ковальчук, Н. Ю. Лучишин // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 16-26. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Мета роботи — визначити рівень функціонування адаптаційних механізмів серцево-судинної системи (ССС) у дітей із синкопе; оцінити зв'язок цих параметрів із деякими клініко-анамнестичними та інструментальними параметрами. Проведено комплексне обстеження 125 дітей віком 8— 17 років із синкопе. Залежно від типу синкопе дітей поділено на 3 групи спостереження: 81 дитина з вазовагальними синкопе, 25 — із синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії, 19 — із кардіогенними синкопе. До групи контролю залучено 41 здорову дитину. Всім пацієнтам проведено клініко-функціональне обстеження ССС для визначення рівня функціонування її адаптаційних механізмів. У порівнянні з контрольною групою, у дітей із вазовагальним синкопе та синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії достовірно більшими були розрахункові значення об'єму серця та систолічного об'єму крові ($p < 0,05$), що вказувало на напруженість насосної функції серця. Визначалися достовірно низькі значення потужності роботи лівого шлуночка серця, коефіцієнта економічності кровообігу та серцевого індексу ($p < 0,05$), а також тенденція до економізації гемодинамічних реакцій, на що вказувала достовірно значуща різниця значень індексу Робінсона, зниження систолічного показника та індексу функціональних змін ($p < 0,05$). У групі дітей із кардіогенними синкопе достовірно частіше спостерігалося зниження коефіцієнта економічності кровообігу ($p < 0,05$). Виявлено кореляційні зв'язки між параметрами низки інтегральних показників адаптаційних механізмів ССС і клініко-анамнестичними та результатами інструментальних досліджень у дітей із синкопе. Встановлено, що незважаючи на те, що більшість показників діяльності ССС у стані спокою в дітей із синкопе різного генезу були в межах середньовікових нормальних значень, у дітей груп дослідження визначалася напруженість насосної функції серця, зниження ефективності роботи серцевого м'яза та кровообігу, що є ознакою зниження компенсаторних механізмів. Результати проведеного дослідження підтвердили тісне поєднання патогенетичних механізмів розвитку синкопе зі зниженням адаптаційних механізмів ССС цієї категорії пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.769. Синдром подовженого інтервалу QT в педіатричній практиці: дані літератури та опис клінічного випадку / О. Б. Синоверська, Ю. І. Алексеєва, Н. М. Фоменко, М. Й. Рейтмаєр, С. Б. Шкандрій // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 55-61. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Наведено основні відомості про синдром подовженого інтервалу QT, який є рідкісною патологією серцево-судинної системи та може спричинити раптову смерть дитини. У патогенезі цього захворювання зазвичай лежать мутації в генах, що відповідають за порушення функцій іонних каналів. Описано синдроми Джервелла та Ланге — Нільсена, Романо — Ворда, Андерсена — Тавіла та Тімоті, як основні спадкові варіанти такого синдрому. Наведено приклад власного спостереження захворювання в пацієнта, який перебував на обстеженні та лікуванні у КНП "Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради". Увагу зосереджено на гострому, атиповому початку захворювання, яке дебютувало з судомного синдрому та раптової серцевої смерті. Описано клінічну картину цього випадку, особливості перебігу, наведено показники основних методів дослідження. Висвітлено відомості щодо лікування зазначеного клінічного випадку на місцевому рівні та у відділенні хірургічного лікування порушень ритму, де пацієнту виконано імплантацію ендокардіального двокамерного кардіовертера-дефібрилятора. Наведено дані щодо подальшого спостереження та лікування дитини за місцем проживання. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.770. Функціональні можливості серцевого ритму залежно від особливостей вегетативного гомеостазу в дітей молодшого шкільного віку / Т. Б. Ігнатова, І. С. Майдан // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 30-37. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Серед захворювань серцево-судинної системи, яке часто зустрічається, є порушення ритму серця. Мета роботи — вивчити особливості серцевого ритму та стану вегетативної нервової систем (ВНС) у дітей молодшого шкільного віку з синусовою брадикардією. Матеріали та методи. Обстежено 210 дітей молодшого шкільного віку з синусовою брадикардією. Усім дітям проведено: клінічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ) у стані спокою та після фізичного навантаження, добове моніторування ЕКГ і частота серцевих скорочень (ЧСС), ехокардіографію, кардіоінтервалографію зі спектральним аналізом серцевого ритму. Оцінка стану серцево-судинної системи в дітей з брадикардією виявила особливості: відсутність скарг — у 80,0 % дітей, помірну брадикардію — у 68,0 % дітей віком 6—7 років та в 55,0 % дітей віком 8 — 10 років, значну брадикардію — у 32,0 % і 45,0 % дітей відповідного віку. Після проведення проби з фізичним навантаженням у 71,0 % дітей зберігалася брадикардія, що характерно для дітей віком 9 — 10 років, у 29,0 % дітей спостерігалося прискорення ЧСС понад вікової норми. При Холтерівському моніторуванні реєструвалися порушення ритму серця: міграція водія синусового ритму, ектопічний ритм, синоатріальна блокада, атріовентрикулярна блокада 2-го ступеня, екстрасистолія передсердна, шлуночкова. Відмічалася різна тривалість синоатріальних пауз: у діапазоні від 1300—1400 мс у більшості дітей (78,0 %) до 1700—1800 мс у 1,8 % дітей. Дані спектрального аналізу синусового ритму показали переважання тонусу парасимпатичної нервової системи у 84,0 % дітей, асимпатикотонічну (40,5 %) та нормальну (44,9 %) вегетативну реактивність. Висновки: обстеження дітей молодшого шкільного віку виявило синусову брадикардію та брадиаритмію у 80,7 % дітей. Брадиаритмія характерна для дітей віком 6 — 7 років, брадикардія — для дітей віком 9—10 років. Спектральний аналіз ВНС показав дисбаланс регуляції синусового ритму: переважання парасимпатичної ланки незалежно від вихідного стану ВНС та порушення адаптаційно-пристосувальних механізмів. За даними Холтерівського моніторування, тривалість пауз понад норму для цього віку (> 1300 мс) свідчить про дисфункцію синусового вузла та потребує пильнішого спостереження у зв'язку з ризиком розвитку синдрому слабкості синусового вузла та інших загрозливих станів у подальшому. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.742, 1.Р.757, 1.Р.805

Хвороби системи кровотворення та крові

1.Р.771. Гематологічні та біохімічні особливості при туберкульозному та бактеріальному лімфаденітах у дітей / Л. П. Омельян, Н. А. Мацегора // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2021. - № 3. - С. 15-21. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — удосконалити підходи до диференційної діагностики бактеріальних та специфічних туберкульозних лімфаденітів у дітей шляхом виявлення особливостей гематологічних та біохімічних показників крові. Під наглядом перебували 45 дітей віком від 1 до 5 років зі збільшенням лімфатичних вузлів (ЛВ), що проходили лікування в хірургічному відділенні Одеської обласної дитячої клінічної лікарні з 2017 до 2018 р. Оцінювали загальний стан пацієнтів, а також було здійснено в них забір крові для загального та біохімічного досліджень. Додатково розраховували інтегральні гематологічні індекси імунологічної толерантності організму, а саме індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів та еозинофілів (ІСЛЕ). Для порівняння з нормою використовували дані цих показників, встановлені у здорових дітей. Усіх хворих було розподілено на 2 клінічні групи. До 1-ї групи (КГ-1) увійшли 25 дітей з лімфаденітом, що виник унаслідок вакцинації БЦЖ, до 2-ї (КГ-2) — 20 пацієнтів з гострим гнійним лімфаденітом. У ході дослідження було встановлено, що стан 75 % дітей КГ-2 був тяжчим, ніж у КГ-1, що клінічно виявлялося вираженими симптомами інтоксикації та місцевими явищами ураження ЛВ. Оцінювання загального аналізу крові показало, що середня кількість лейкоцитів за специфічного лімфаденіту в більшості (80,8 %) пацієнтів була в межах норми, за гнійного у 71,4 % дітей загальна кількість лейкоцитів мала тенденцію до зростання. Обчислення гематологічних індексів виявили зменшення ІСНЛ, причому при БЦЖ-лімфаденіті він знизився удвічі (до 0,96) у порівнянні з бактеріальним лімфаденітом (до 1,88), що вказувало на підвищення специфічної імунологічної реактивності в дітей КГ-1. ІСНМ у більшості хворих залишався низьким протягом усього захворювання. Це свідчить про своєчасну активацію макрофагальної системи захисту організму. ІСЛМ у разі туберкульозного лімфаденіту зростав, за бактеріального, навпаки, зменшувався вдвічі, що спричинено більш ранньою мобілізацією лімфоцитів як ефекторної ланки імунітету в дітей із БЦЖ-лімфаденітом. ІСЛЕ за всіх форм захворювання мав тенденцію до зростання, що свідчило про переважання реакції гіперчутливості уповільненого типу в дітей обох груп. За специфічного ураження ЛВ, на відміну від неспецифічного, відмічено клініко-лабораторну картину з відсутністю вираженої лейкоцитарної реакції. Визначення індексів співвідношення лейкоцитів крові надає можливість глибше оцінити рівень імунологічної реактивності та загальний стан дитини, що підвищує інформативну цінність клінічного аналізу крові. Аналіз біохімічних показників крові у хворих на специфічний та неспецифічний лімфаденіт хоч і не має специфічної диференційно-діагностичної цінності, проте є важливим компонентом оцінювання якості лікування та стану пацієнта в цілому.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.772. Нейтропенії в дітей: набуті нейтропенії: (огляд) / А. П. Волоха // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 66-76. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Нейтропенія визначається як зменшення абсолютної кількості нейтрофілів (АКН) менше 1500 клітин/мкл у периферичній крові. Нейтропенія — часта лабораторна знахідка в дітей. Важливо відрізняти транзиторні та доброякісні нейтропенії від тяжких вроджених нейтропеній. За ступенем тяжкості виділяють безсимптомну (легку), помірну та тяжку форму нейтропенії, схильність до інфекцій корелює з кількістю нейтрофілів. Нейтропенія може бути як набутою, так і вродженою. Найпоширенішими є набуті постінфекційні, медикаментозно-індуковані та імунні нейтропенії, вроджені нейтропенії зутрічаються рідко, маніфестують переважно в немовлят і дітей. Транзиторна нейтропенія часто супроводжує вірусні інфекції в дітей, проявляється в періоді гострої вірусемії. Загроза для пацієнта залежить від етіології нейтропенії, абсолютної кількості нейтрофілів та їх запасу в кісткового мозку. Ризик інфекцій суттєво зростає у пацієнтів з АКН менше 500 клітин/мкл. Найчастіші локуси інфекцій включають слизову оболонку ротової порожнини, шкіру, перирек-

тальну зону, ділянку промежини. Виразки ротової порожнини та гінгівіт — характерні ознаки клінічно значущої нейтропенії, потребують виключення її вроджених причин. Тяжкі інфекції в пацієнтів із нейтропенією зумовлені піогенними або кишковими бактеріями та різновидами грибів Candida. Дітям раннього віку притаманна аутоімунна нейтропенія (АІН), яка має доброякісний перебіг і сприятливий прогноз. АІН характеризується зниженням кількості нейтрофілів як результат деструкції нейтрофілів в периферичній крові антинейтрофільними антитілами. Тривалість АІН зазвичай 3—5 років. Це самолімітоване захворювання, яке в більшості випадків не потребує лікування. Попри доброякісний перебіг АІН, можуть виникати загрозливі інфекції. Лікування колоніестимулюючими факторами слід розпочинати після попередньої біопсії кісткового мозку у дітей із тяжкими інфекціями або такими, що потребують хірургічного втручання. Високі дози внутрішньовенного імуноглобуліну та кортикостероїдів можуть бути ефективними при лікуванні АІН у пацієнтів із небезпечними для життя інфекціями. Важливо розрізняти транзиторні та доброякісні форми нейтропенії від тяжкої вродженої нейтропенії, нейтропенії, асоційованої з гематологічними або системними захворюваннями. Уточнення причини нейтропенії є важливим для визначення тактики ведення пацієнта та прогнозу. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.773. Сучасні підходи до лікування вроджених нейтропеній: (огляд) / О. Р. Боярчук // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 80-84. - Бібліогр.: 38 назв. - укр.

Нейтропенії часто зустрічаються в практиці як лікарів первинної ланки, так і лікарів-спеціалістів. Вроджені нейтропенії є рідкісними захворюваннями, вони можуть бути як ізольованими самостійними захворюваннями, так і супроводжувати низку інших вроджених помилок імунітету. Клінічний перебіг нейтропеній може коливатися від безсимптомного у випадку легкої форми до життєзагрозливих інфекцій у випадку тяжкої форми. Лікування вроджених нейтропеній до сьогодні залишається проблематичним. Найбільш поширеним і доступним методом лікування тяжких вроджених нейтропеній є гранулоцитарний колоніестимулюючий фактор (ГЦКСФ), хоча він кардинально не лікує захворювання та не попереджає розвитку злоякісного перетворення. З іншого боку, застосування ГЦКСФ у правильно підібраних дозах надає змогу поліпшити клінічний перебіг хвороби, якість життя пацієнтів, уникати тяжких септичних ускладнень. Трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин є ефективним методом лікування тяжких вроджених нейтропеній, які не відповідають на терапію гранулоцитарним фактором. Сучасні методи генетичної корекції відкривають нові перспективи в лікуванн пацієнтів із тяжкими вродженими нейтропеніями. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.774. Clinical and therapeutic aspects of sickle cell disease in three clinical cases / S. Aggoune // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 66-71. - Бібліогр.: 40 назв. - англ.

Однією з хвороб, що призводить до високої смертності серед дітей у країнах, що розвиваються, є серпоподібноклітинна анемія, яка поступово набирає поширення і стає однією з проблем громадської охорони здоров'я в багатьох країнах. В Алжирі захворюваність становить 2,7 %. Ведення пацієнтів з серпоподібноклітинною анемією тепер набагато краще систематизоване завдяки більш глибокому розумінню цього стану. Воно бере до уваги прийняті нині універсальні принципи, а також реалії, характерні для нашої країни. Мета роботи — поділитися з медичними працівниками терапевтичною позицією під час основних гострих ускладнень, а також під час міжкритичної фази серпоподібноклітинної анемії серед алжирських дітей. Наведено три клінічні випадки у двох підлітків та дворічної дитини, що страждають на серпоподібноклітинний синдром, і госпіталізовані з приводу тяжких форм захворювання. Висновки: надання належного догляду за дітьми з серпоподібноклітинною анемією може допомогти запобігти або полегшити перебіг багатьох ускладнень, пов'язаних з цим захворюванням, та може дозволити їм вести здоровіше та продуктивніше життя. Пацієнти, описані в статті, були госпіталізовані пізно. Ці випадки виявили проблеми ранньої діагностики, диспансерного спостереження та раннього виявлення ускладнень у хворих на серпоподібноклітинну анемію, особливо у випадку безсимптомного остеонекрозу головки стегнової кістки. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, пацієнтів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.762, 1.Р.893

Хвороби системи дихання

1.Р.775. Досвід у лікуванні та профілактиці рецидивних респіраторних захворювань у дітей із застосуванням фітотерапевтичного комплексу "Альпікол": feedback лікарів України / О. К. Колоскова, А. Л. Косаковський, Т. М. Білоус, І. Б. Горбатюк, Л. І. Романчук // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 12-22. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити оцінку лікарями профілактичної та терапевтичної ефективності препарату альпікол на підставі анкетування, а також клінічного обстеження пацієнтів перед застосуванням препарату та після завершення курсу лікування. Переваги альпіколу вивчено шляхом анкетування дітей лікарями першого контакту для отримання зворотного зв'язку щодо оцінки профілактичної та лікувальної ефективності цього препарату. Залучено спеціалістів із 9 областей України, проаналізовано 6093 анкети дітей різного віку. Частота реєстрації вираженого хворобливого стану дитини (3 бали) під впливом препарату альпікол статистично значуще зменшилася у 23,7 разу, середньотяжкого прояву хвороби (2 бали) — у 17 разів, водночас легкі прояви хворобливого стану дітей залишилися на попередньому рівні. Пацієнти з коморбідним перебігом патології респіраторної системи у вигляді рецидивного ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів під час 2-го візиту отримували оцінку 0 балів (відсутність симптому) вірогідно рідше, ніж діти з патологією виключно верхніх дихальних шляхів, що відповідно становило 62,6 % випадків проти 72,2 % спостережень. Під впливом застосування курсом препарату альпікол досягнуто статистично значущого зменшення вираженості катарального симптомокомплексу, оскільки частка перебігу, оціненого максимальною кількістю балів, зменшилася у 29,6 разу, середньотяжкого (оцінка 2 бали) — у 13,3 разу, а оцінку 0 балів лікарі виставляли у 5,7 разу частіше. У цьому випадку частка хворих із легким перебігом катару практично не змінилася. Встановлено, що врепарат альпікол має багатовекторну ефективність щодо симптомокомплексів, які супроводжують інфекційно-запальні загострення рецидивних захворювань респіраторних органів. Це проявляється зменшенням тяжкості клінічних проявів захворювання, а також зростанням випадків клінічної стабілізації стану пацієнтів, що показує лікувально-профілактичний вплив препарату альпікол на перебіг рецидивних респіраторних захворювань у дітей. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.776. Оптимізація комплексної терапії пневмоній у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / І. І. Пилюк // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 38-43. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність патогенетичного лікування хворих на пневмонію дітей з рекурентними гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ) шляхом поєднання протокольної терапії з препаратом, що володіє антиоксидантним, антигіпоксичним та органопротекторним ефектами. Проаналізовано результати клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження дітей з пневмонією віком 3—8 років, які часто хворіють на ГРЗ. Діти отримували протокольне лікування пневмонії і його поєднання з препаратом з антиоксидантним, антигіпоксичним та органопротекторним ефектами. Результати. Оптимізація протокольного лікування дітей з пневмонією, які часто хворіють на ГРЗ, шляхом доповнення патогенетичної терапії цим препаратом дає змогу підвищити ефективність лікування, яка підтверджується швидшим регресом клінічних проявів пневмонії (інтоксикації — через 1,9 ± 0,04 доби, кашлю — через 2,1 ± 0,08 доби, дихальної недостатності — через 1,7 ± 0,08 доби, зокрема, задишки — через 1,3 ± 0,04 доби, розладів мікроциркуляції та гемодинаміки — відповідно через 2,1 ± 0,05 та 1,8 ± 0,09 доби), змен-

шенням відсотка дітей з пневмонічною інфільтрацією за даними контрольної рентгенографії органів грудної клітки — на 30,0 %, гіпоксією міокарда за результатами ЕКГ — на 20,0 %, що дає змогу зменшити тривалість курсу антибіотикотерапії на 2,0 ± 0,04 доби, стаціонарного лікування — на 2,2 ± 0,08 ліжко-дня. Позитивна динаміка показників клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження таких дітей відбувалася за рахунок підвищення рівнів глутатіонредуктази і глутатіонтрансферази в сироватці крові відповідно в 4 та 3 рази та зниження вмісту глутатіонпероксидази і гамма-глутамілтранспептидази в 2,6 та 1,6 раза. Висновки: доповнення протокольної терапії пневмонії в дітей, які часто хворіють на ГРЗ, препаратом з антиоксидантним, антигіпоксичним та органопротекторним ефектами сприяло швидшому регресу клінічних проявів за рахунок відновлення функціональної активності редокс-системи глутатіону, що дало змогу зменшити тривалість курсу антибіотикотерапії і стаціонарного лікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.777. Порушення функції печінки в дітей раннього віку з позагоспітальною пневмонією: роль маркерів інфекційно-запального процесу / В. М. Дудник, В. Ю. Пасік // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 32-38. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Мета роботи — визначити порушення функції печінки в дітей раннього віку з позагоспітальною пневмонією на основі вивчення маркерів інфекційно-запального процесу (ІЗП). Проаналізовано результати клініко-лабораторного обстеження 338 дітей віком від 1 міс. до 3 років, хворих на позалікарняну пневмонію. Діти перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні для дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Верифікацію діагнозу проведено з використанням рекомендацій Британського торакального товариства. Всі пацієнти мали пневмонію різного ступеня тяжкості, залежно від чого їх розподілено на дві групи: I група — 129 дітей із позалікарняною пневмонією середнього ступеня тяжкості; II група — 209 пацієнтів із тяжкою пневмонією. Група порівняння — 40 здорових дітей. Досліджено маркери ІЗП за визначенням рівнів прозапальних цитокінів — інтерлейкіну (IL-1, IL-6) і протеїнів гострої фази запалення — С-реактивного білка (СРВ) фібриногену в сироватці крові дітей раннього віку, хворих на позалікарняну пневмонію. Гіперферментемія амінотрансфераз тісно корелює з активністю ІЗП, на що вказує позитивний кореляційний зв'язок між рівнем IL-1 та АЛТ (r_{xy} = +0,047) і FCN (r_{xy} = +0,111). Водночас спостерігається негативний кореляційний зв'язок між рівнями IL-1, СРВ та активністю амінотрансфераз у плазмі крові. Встановлено, що перебіг позалікарняної пневмонії супроводжується підвищенням у сироватці крові дітей концентрації IL-1 і IL-6 паралельно зі ступенем тяжкості захворювання. Синтез прозапальних цитокінів стимулює вироблення гострофазового СРВ, проте знижується концентрація фібриногену в крові хворих дітей. Виявлені зв'язки між вмістом досліджуваних цитокінів на системному рівні та різноспрямованими змінами показників гострої фази запалення свідчать про порушення стану печінки, де синтезуються досліджувані білки. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.778. Ураження легень при вісцеральній формі токсокарозу в дітей у фтизіатричній практиці (клінічний випадок) / О. М. Разнатовська, Ю. В. Мирончук // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 245-250. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Мета роботи — на прикладі власного клінічного спостереження продемонструвати складність диференціальної діагностики між ураженням легень при вісцеральній формі токсокарозу і туберкульозом у дітей. Результати. У дитини визначався інфільтрат у III сегменті лівої легені з ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, що характерно для первинного туберкульозного комплексу. Летючості інфільтрату не визначалося. У жодному загальному аналізі крові не було підвищення рівня еозинофілів та лейкоцитів. За даними літератури, поява стійкої та тривалої еозинофілії з розвитком еозинофільно-лейкемоїдних реакцій крові, збільшення рівня лейкоцитів є провідними та одними з постійних проявів токсокарозу. У дитини діагностована помірна гепатомегалія, що характерна для обох захворювань. Дитина перебувала на диспансерному обліку в дитячого фтизіатра з приводу "віражу" туберкулінових проб. На момент госпіталізації не було жодних зачіпок для підозри вісцерального токсокарозу. Ураховуючи дані дообстеження дитини, насамперед відсутність бактеріовиділення та негативні туберкулінові проби, а також наявність у помешканні дитини собаки та котів, лікарі прийняли рішення проконсультувати дитину в інфекціоніста з приводу виключення наявності паразитарного захворювання. У результаті цього дитині був своєчасно встановлений правильний діагноз та призначене необхідне лікування. Висновки: наведено клінічний випадок демонструє складнощі диференціальної діагностики вісцеральної форми токсокарозу з ураженням легень та туберкульозу. Насамперед це обумовлено малосимптомним перебігом самого токсокарозу, діагноз якого в даному випадку встановлений за даними рентгену, дослідження крові на антитіла IgG до токсокар та епідеміологічного анамнезу. З огляду на те, що токсокароз включає великий спектр "масок" різних захворювань, а інфіковані токсокарами діти не мають специфічних клінічних симптомів, при виявленні наявності в помешканні дитини домашніх тварин необхідно не забувати додатково призначати дообстеження на наявність паразитарних захворювань, у тому числі й токсокарозу.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.779. Экспресс-метод определения вероятности развития врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных с низкой массой тела / А. Н. Горячко, А. В. Сукало // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 233-238. - Библиогр.: 18 назв. - рус.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире более 2 миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно умирают от пневмонии, что составляет почти 1 из 5 случаев смерти. Цель исследованият — разработка математической модели для определения вероятности развития врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных с низкой массой тела экспресс-методом. Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 171 новорожденного, находившегося в родильном физиологическом отделении, отделении анестезиологии и реанимации (с палатами для новорожденных детей) и педиатрическом отделении для недоношенных новорожденных ГУ "РНПЦ "Мать и дитя". Результаты. Проведен сравнительный анализ более 200 данных анамнеза жизни, исходов предыдущих беременностей, осложнений настоящей беременности у матерей, клинических и лабораторных методов исследования у новорожденных в первые трое суток жизни. В последующем определены наиболее значимые факторы, ассоциированные с развитием врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных с низкой массой тела. Проведен математический анализ более 380 млн связей переменных. В результате проведенного обследования в сопоставлении с группой сравнения и контрольной группой установлены наиболее значимые факторы: из акушерско-гинекологического и соматического анамнеза жизни матери — неразвивающаяся беременность (OR = 13,46 (10,11—17,91); OR = 32,72 (24,76—43,22)) и самопроизвольный выкидыш (OR = 3,79 (2,69—5,35); OR = 19,19 (14,57—25,26)); из осложнений настоящей беременности — хроническая фетоплацентарная недостаточность (OR = 3,47 (2,48—4,87); OR = 38,29 (28,78—50,91)), синдром задержки развития плода (OR = 11,56 (8,70—15,35)) и угроза прерывания беременности (OR = 2,73 (1,76—4,23); OR = 3,96 (2,51—6,25)); по результатам клинических проявлений у младенца в первые трое суток жизни — дыхательная недостаточность тяжелой степени (OR = 6,90 (5,01—9,49)). На основании полученных данных разработана математическая модель с чувствительностью, равной 76,4 %, специфичностью — 83,0 % и площадью под ROC-кривой AUC = 0,840 ± 0,056 (0,76—0,91), p < 0,001. Выводы: с помощью модели рассчитаны пороговые значения: для неразвивающейся беременности — 0,769, самопроизвольного выкидыша — 0,493, хронической фетоплацентарной недостаточности — 0,366, синдрома задержки развития плода — 0,334, угрозы прерывания беременности — 0,283, дыхательной недостаточности III степени — 0,703, что при пороговых значениях > 0,49 позволяет выделить группу высокого риска по развитию врожденной пневмонии среди недоношенных новорожденных с низкой массой тела.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.780. Affective and somatoform disorders in children in clinical settings of pulmonary department, their prevalence and impact on patient's life quality / M. V. Nevoia, L. V. Pyra, Yu. N. Lysytsia, R. V. Svistilnik, V. I. Ruda // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 34-41. - Бібліогр.: 25 назв. - англ.

Хронічні респіраторні захворювання впливають на особистість та емоційний стан хворих. Мета роботи — виявити поширеність гіпервентиляційного синдрому (ГІС) і депресивного розладу в дітей з органічними та функціональними патологіями легень в умовах пульмонологічного відділення: оцінити їхній вплив на якість життя пацієнтів. Обстежено 131 пацієнта віком 6 — 17 років. Хлопчиків було 54,9 % (n = 72), а дівчаток — 45,1 % (n = 59). Пацієнтів поділено на 3 групи: із соматоформними розладами (СР) дихальної системи — 33,6 % (n = 44), із бронхіальною астмою (БА) — 34,3 % (n = 45), із пневмонією — 32,1 % (n = 42). Для діагностики депресії використано опитувальник дитячої депресії M. Kovacs (1992) для діагностики ГВС застосовано Наймігенський опитувальник. Для визначення якості життя пацієнтів використано педіатричний опитувальник задоволеністю якості життя — PQ-LES-Q. Основну структуру ГВС становили 17 (68 %) дітей із СР, 5 (20 %) дітей із БА і 3 (12 %) пацієнти з пневмонією. Легкий ступінь депресії визначався у 56 (81,1 %) дітей, середній — у 13 (19,9 %) пацієнтів. Виразність депресії була значно вищою в пацієнтів із СР у порівнянні з пацієнтами з БА (95 % ДІ: 6,5 ± 15,5 $p < 0,0001$) та з хворими на пневмонію (95 % ДІ: 3,2 — 12,0 $p < 0,0009$) У дітей з СР була найнижча якість життя за шкалою PQ-LES-Q у порівнянні з дітьми з БА (95 % ДІ: 5,4 — 14,6 $p < 0,0001$ (із пневмонією (95 % ДІ: 6,2 — 12,6 $p < 0,0001$). Встановлено, що ГВС зустрічався у 25 (19,1 %) пацієнтів із легеневою патологією дитячого віку. Загалом у 69 (52,6 %) дітей спостерігалася депресивна симптоматика. Найімовірніше, в основі низької задоволеності якістю життя в пацієнтів із легеневою патологією можуть бути депресивні порушення, про що свідчить зворотний і сильний кореляційний зв'язок між даними шкал за депресією та якістю життя, де $r = -0,773$ ($p < 0,0001$). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.782, 1.Р.855, 1.Р.877

Хвороби бронхів

1.Р.781. Бронхоектатична хвороба в дітей та дефіцит вітаміну D: що первинно? / С. І. Ільченко, А. О. Фіалковська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 73-78. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Бронхоектатична хвороба (БЕХ) у дітей є хронічною поліетіологічною патологією, до патогенезу якої залучена складна взаємодія між організмом, респіраторними патогенами та факторами навколишнього середовища. Потенційний внесок дефіциту вітаміну D у процес розвитку бронхоектазів у дітей має особливе клінічне значення, зважаючи на зростаючий рівень поширеності дефіциту вітаміну D у світі та значну захворюваність БЕХ, особливо серед дітей. Клінічний випадок. Наведено клінічний випадок, який ілюструє розвиток БЕХ у дитини з порушенням вітамін D-контрольованих патоморфологічних процесів, що, імовірно, є причиною дизморфічних порушень не тільки в кістково-м'язовій системі, але й у бронхах Проведений молекулярно-генетичний аналіз надав змогу підтвердити первинність дефіциту вітаміну D у розвитку БЕХ у дівчинки. Призначене лікування терапевтичними дозами вітаміну D надало позитивний ефект. Проте, на жаль, у цьому випадку вже виникли частково непоправні морфологічні зміни. Встановлено, що діти з повторними або хронічними бронхолегеневими захворюваннями на тлі порушення метаболізму вітаміну D мають вищий ризик формування бронхоектазів. Визначення рівня білка, що зв'язує вітамін D (VDBP), і генетичний аналіз поліморфізму гена VDBP можуть бути корисними як для верифікації діагнозу, так і для персоніфікації лікування таких хворих. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано сформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.782. Інформативність загальноприйнятих запальних маркерів крові у верифікації гострих інфекційно-запальних процесів нижніх дихальних шляхів у дітей / Є. П. Ортеменка, Т. В. Краснова, І. Б. Січкар // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 36-41. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити діагностичну цінність окремих показників запальної відповіді крові у верифікації позалікарняної неускладненої пневмонії та гострого обструктивного бронхіту (ГОБ) для оптимізації менеджменту інфекційно-запальних захворювань нижніх дихальних шляхів (НДШ) у дітей. На базі пульмонологічного відділення Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 75 дітей, серед яких першу (І) клінічну групу сформував 51 пацієнт із діагнозом "Позалікарняна пневмонія", а другу (ІІ) групу — 24 дитини із ГОБ. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зіставленими. Одержані результати дослідження проаналізовано за допомогою параметричних ("Р", за критерієм Стьюдента) та непараметричних ("Р", методом кутового перетворення Фішера) методів обчислення, а оцінку діагностичної цінності тестів проведено з позиції клінічної епідеміології з урахуванням їх чутливості (ЧТ) та специфічності (СТ), а також відношення шансів (ВШ) реалізації події з урахуванням їх 95 % довірчих інтервалів (95 % ДІ). Аналіз отриманих даних показав, що в дітей, хворих на позалікарняну пневмонію, такі загальноприйняті показники запальної відповіді крові (лейкоцитоз, відносний нейтрофільоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч, прискорення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) або високий рівень С-реактивного протеїну (СРП) у крові характеризуються низькою чутливістю тестів (у межах від 11 до 63 %), що вказує на недоцільність їх використання як скринінгових тестів для верифікації пневмонії. Водночас показано, що зазначені запальні маркери крові характеризуються достатньою специфічністю (у межах від 75 до 93 %) у верифікації пневмонії лише за їх значущого підвищення (кількість лейкоцитів крові > 15,0 х 10^9, ШОЕ > 10 мм/год і рівень СРП у крові > 6 мг/мл), що свідчить про доцільність їхнього застосування лише для підтвердження запалення паренхіми легень. Установлено, що нормальний рівень лейкоцитів (< 10,0 х 10^9) у гемограмі не володів достатньою діагностичною (кількість хибнонегативних і хибнопозитивних результатів становила 46 і 45 % відповідно) або вірогідною предикторною роллю (ВШ = 1,44; 95 % ДІ: 0,54 — 3,81) у діагностиці ГОБ, а отже, не могли впливати на склад етіотропного лікування, зокрема на відміну антибіотикотерапії. Проте кількість паличкоядерних нейтрофілів ≤ 5 % у загальному аналізі крові вирізнялася незначною кількістю (16 %) хибнопозитивних результатів, що надає змогу використовувати цей маркер у підтвердженні діагнозу ГОБ і для скасування антибіотикотерапії, проте не як його предиктор (ВШ = 2,21; 95 % ДІ: 0,69 — 7,06) або скринінговий показник (ЧТ = 29 %). Аналіз отриманих даних показав, що в дітей, хворих на позалікарняну пневмонію, такі загальноприйняті показники запальної відповіді характеризуються великою часткою хибнонегативних результатів, що вказує на недоцільність їх використання як скринінгових методів для верифікації пневмонії. Водночас показано, що зазначені запальні маркери крові характеризуються достатньою специфічністю у верифікації пневмонії за їх значущого підвищення (кількість лейкоцитів крові > 15,0 х 10^9, ШОЕ ≥ 10 мм/год і рівень СРП у крові > 6 мг/мл), що вказує на можливість їх використання для підтвердження запалення паренхіми легень. При цьому кількість у гемограмі паличкоядерних нейтрофілів ≤ 5 % вирізняється високим рівнем специфічності (СТ = 84 %), що надає змогу використовувати цей маркер у підтвердженні діагнозу ГОБ і для скасування антибіотикотерапії. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.783. Клінічні особливості та характер перебігу гострого бронхіту в дітей дошкільного віку у поєднанні із синдромом еутиреоїдної патології та без нього / А. О. Гавриленко, О. І. Сміян, О. П. Мощич, Ю. Г. Резніченко, О. Г. Васильєва, К. О. Сміян, О. К. Романюк, Ю. А. Манько, Ю. О. Сядриста // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 47-54. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Гострий бронхіт (ГБ) є надзвичайно поширеним захворюванням у дітей. Під час запалення, у тому числі респіраторного тракту, до

процесу залучаються гіпофіз і щитоподібна залоза, від відповіді яких залежить захисна та адаптаційна стійкість організму. Тому від адекватності функціонування цих органів залежить характер перебігу гострих інфекційних хвороб, зокрема ГБ. Так, у дітей із цим захворюванням нерідко розвивається синдром еутиреоїдної патології (СЕП), що проявляється найчастіше у формі "синдрому низького Т3". Мета роботи — вивчити клінічні особливості перебігу ГБ у дітей дошкільного віку в поєднанні з СЕП і без нього. Обстежено 135 дітей дошкільного віку (від 3 до 6 років), хворих на ГБ (основна група (ОГ)), і 28 здорових дітей (контрольна група (КГ)). Усіх пацієнтів ОГ поділено на дві: І групу становили хворі на ГБ (92 дитини), а ІІ групу — хворі на ГБ, поєднаний із СЕП (43 дитини). Застосовано клініко-анамнестичні (збір скарг, анамнезу захворювання та життя, фізикальне обстеження) методи дослідження. З'ясовано, що в пацієнтів із ГБ із ознаками СЕП виявлено більшу кількість випадків пролонгованої неонатальної жовтяниці, перинатального ураження центральної нервової системи та народження з масою тіла менше 2800 г. Установлено, що для захворюваності дітей дошкільного віку на ГБ характерний зимово-весняний підйом. Провідними клінічними синдромами у хворих на ГБ були інтоксикаційний, катаральний і гіпертермічний. Загальна слабкість була основним симптомом інтоксикаційного синдрому у хворих на ГБ без ознак СЕП, тоді як занепокоєння частіше відзначалися в дітей ІІ групи. Основним симптомом катарального синдрому був денний сухий кашель. Гіпертермічний синдром достовірно частіше проявлявся фебрильною температурою. Гектична температура тіла виявлялася в більшості хворих на ГБ, поєднаний із СЕП, ніж без нього. Діти з ознаками СЕП хворіли довше. Встановлено, що пацієнти з ГБ, поєднаним із СЕП, загалом мають більш обтяжений анамнез життя та захворювання, тяжчий перебіг ГБ, ніж пацієнти без відхилень у гормональному статусі. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Бронхіальна астма

1.Р.784. Анамнестичні чинники прогнозу формування бронхіальної астми в дітей / В. М. Малахова, С. М. Цвіренко, О. О. Калюжка, Г. О. Соловйова, Л. А. Жук // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 36-41. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Алергійні захворювання є однією з основних проблем сьогодення. Майже 15 % дитячого населення страждають на алергійні захворювання. Серед них захворювання респіраторної системи займають значну частку, а поширеність бронхіальної астми (БА) у світі коливається в межах 5 — 10 %. Мета роботи — виявити анамнестичні чинники ризику розвитку БА в дітей із повторними епізодами бронхообструктивного синдрому. Оцінено клінічні дані 96 дітей віком від 1 року 6 міс до 6 років 11 міс із повторними епізодами бронхообструкції, які проходили обстеження та лікування у КНП "Міська клінічна дитяча лікарня N 16" Харківської міської ради. Пацієнтів долучено до дослідження за умов відповідності критеріям залучення. Проведено спостереження дітей до досягнення 6-річного віку для верифікації діагнозу БА, у результаті чого їх поділено на групи: до І групи ввійшло 15 пацієнтів, яким за період дослідження встановлено діагноз БА, до ІІ групи — 81 пацієнт із повторними епізодами бронхообструкції транзиторного характеру. Виявлено серед анамнестичних даних, що досліджувалися, статистично значущі чинники формування БА. З прогностичного аналізу встановлено характер і силу зв'язків між цими чинниками та формуванням захворювання. Встановлені дані можуть бути допоміжними показниками в алгоритмі обстеження пацієнтів з бронхообструктивним синдромом для виділення груп ризику дітей щодо формування БА. Ретельний збір анамнезу та виявлення цих чинників ризику можна використовувати у прогнозуванні формування БА в дітей віком до 6 років. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.785. Особливості відповіді на базисну протизапальну терапію школярів з альтернативними запальними фенотипами бронхіальної астми / О. К. Колоскова, Н. К. Богуцька, С. І. Тарнавська, Х. П. Буринюк-Глов'як // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 40-45. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити ефективність тривалої протизапальної терапії інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС) у дітей за альтернативних запальних фенотипів бронхіальної астми (БА) для розроблення індивідуалізованого контролю лікування. Проведено комплексне обстеження 94 дітей шкільного віку з БА. За результатами цитологічного дослідження мокротиння сформовано 2 клінічні групи спостереження: І група — 38 пацієнтів із нееозинофільним (нейтрофільним) характером запального процесу бронхів (середній вік — 11,1 ± 2,9 року, частка хлопчиків — 52,6 ± 8,1 %); ІІ група — 56 дітей з еозинофільним запаленням дихальних шляхів (≥ 3 % еозинофільних гранулоцитів у мокротинні), тобто еозинофільним астма/фенотипом (середній вік — 12,2 ± 3,2 року, частка хлопчиків — 67,9 ± 6,2 %; $p > 0,05$). За основними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Усім пацієнтам проведено комплексне клініко/параклінічне, спірографічне дослідження. Бальну оцінку контролю симптомів БА здійснено за допомогою анкети на початку та наприкінці курсу протизапальної базисної терапії. До опитувального листа ввійшли відображені в балах клінічні ознаки БА, оцінені пацієнтами та їхніми батьки, а також шкала інструментальних досліджень за даними спірографічного обстеження хворих. Показано, що вища ефективність тривалих курсів базисної терапії ІГКС відмічалася в пацієнтів з еозинофільним характером запалення дихальних шляхів. Так, частка хворих з умовно задовільним рівнем клінічного контролю захворювання та близькими до норми Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол також при нейтрофільному фенотипі захворювання. показниками спірографії становила у ІІ групі: до лікування ІГКС — 25,0 і 31,9 %, а після лікування — 81,3 % ($p < 0,01$) і 69,0 % ($p < 0,01$) відповідно. Отже, зростання на 69,3 % відносного ризику (ЗВР) і на 56,3 % абсолютного ризику (ЗАР) контролю БА показало виразний контролюючий ефект ІГКС за еозинофільного характеру запалення дихальних шляхів. Мінімальна кількість хворих (МКХ), яких слід пролікувати для отримання хоча б одного позитивного результату, становила 2 особи. Водночас у хворих із нейтрофільним характером запального процесу частка пацієнтів з умовно задовільним рівнем клінічного та паракінічного (за показниками спірографії) контролю захворювання становила: до лікування ІКГС — 30,8 і 30,8 %, а після лікування — 50 % ($P_{ТМФ} > 0,05$) і 76,9 % ($P_{ТМФ} > 0,01$) відповідно. Таке персистування клінічних проявів захворювання свідчило про недостатній рівень контролю нееозинофільної БА при лікуванні ІГКС і ставило під сумнів доцільність монотерапії цією групою нейтрофільного запалення бронхів. Про недостатній ефект протизапальної терапії ІГКС свідчило і те, що ЗВР задовільного рівня клінічного контролю становило 38,4 %, ЗАР — 19,2 %, а МКХ — 6 хворих. Встановлено, що у пацієнтів з еозинофільним фенотипом БА застосування тривалих курсів ІГКС підвищувало шанси досягнення контролю над захворюванням, водночас шанси поліпшення вентиляційної функції легень відзначалися дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.786. Стан функції зовнішнього дихання та особливості запального процесу дихальних шляхів у дітей з бронхіальною астмою, поєднаною з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою / А. А. Буратинська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 62-65. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Поширеність гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дітей з бронхіальною астмою (БА) коливається від 32 % до 80 %. Інтенсивність респіраторних симптомів, порушення бронхіальної прохідності більш виражені в дітей з БА, поєднаною з ГЕРХ, ніж у дітей з ізольованою БА. Існують лише поодинокі та суперечливі дані щодо різниці між клітинним складом індукованого мокротиння в дітей з БА, поєднаною з ГЕРХ, та з ізольованою БА. Мета роботи — вивчити стан функції зовнішнього дихання та особливості запального процесу дихальних шляхів у дітей з БА, поєднаною з ГЕРХ. Матеріали та методи. Обстежено 67 дітей з БА середньотяжкого конт-

рольованого перебігу, яких методом рандомізації поділено на дві групи: 1-ша група — 32 дитини з ізольованою БА, 2-га група — 35 дітей з БА, поєднаною з ГЕРХ. Групу контролю (3-тя група) становили 30 практично здорових дітей. Усім дітям проведено загальний огляд, спірометрію з тестом на зворотність обструкції, цитоморфологічний аналіз індукованого мокротиння. Фіброезофагогастродуоденоскопію проведено групам пацієнтів з БА. Вентиляційна недостатність обструктивного характеру I ступеня спостерігалася у 10 (28,57 %) дітей 2-ї групи, а в 1-й групі не реєструвалася. Вентиляційна недостатність рестриктивного характеру I ступеня вірогідно частіше відмічалася в 1-й групі — 10 (31,25 %) дітей, на відміну від 2-ї групи — 2 (5,71 %) дитини (OR, CI 95 % 7,50 (1,50 — 37,57). У дітей 2-ї групи індуковане мокротиння мало вірогідно вищу кількість нейтрофілів, лімфоцитів і макрофагів порівняно з 3-ю групою ($p < 0,05$), різниця між цими параметрами була більш значущою порівняно з 2-ю групою. Кількість епітеліальних клітин індукованого мокротиння в дітей 2-ї групи була значно нижчою, ніж у дітей 1-ї групи. ГЕРХ негативно впливає на функціональні показники зовнішнього дихання в дітей з БА. Запалення дихальних шляхів більш виражене в дітей з БА, поєднаною з ГЕРХ, ніж у дітей з ізольованою БА. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

Див. також: 1.Р.907, 1.Р.913, 1.Р.935

Хвороби системи травлення та печінки

1.Р.787. Гастроінтестинальні форми алергічних захворювань, що супроводжуються гемоколітичним синдромом, у дітей раннього віку / О. Ю. Бєлоусова // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 40-46. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Обговорено проблему поширення алергічних захворювань серед дітей раннього та молодшого віку. Гастроінтестинальні порушення дитячого віку, викликані низкою алергенів, але частіше за все контактом із білками коров'ячого молока, є однією з найбільш частих і найскладніших клінічних проблем для лікаря-педіатра. Увагу в даній роботі приділено так званим не-IgE-опосередкованим формам алергії до білків коров'ячого молока, тобто таким формам алергії, за яких відбувається ураження епітелію травного тракту дитини за відсутності будь-яких шкірних і/або респіраторних проявів. Частина цих форм алергії супроводжуються гемоколітичним синдромом, що є тривожним сигналом, або так званим "червоним прапорцем", для педіатрів та сімейних лікарів і вимагає уваги, диференціальної діагностики та грамотної адекватної терапії. Суттєвим (а в низці випадків і єдиним) компонентом такої терапії є елімінація алергену з раціону дитини або матері-годувальниці і/або призначення замінника грудного молока, що не містить причинно-значущого алергену. З цією метою відповідно до рекомендацій Європейської академії алергології та клінічної імунології для дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні, запропоновано використовувати або суміші з глибоким гідролізом білка як суміші першого вибору, або амінокислотні формули, але тільки у разі непереносимості сумішей на основі глибокого гідролізу білкової молекули.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.788. Гепаторенальний синдром у дитини з муковісцидозом: аналіз клінічного випадку / І. Ф. Лазаренко, Т. В. Куріліна, Н. П. Глядєлова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 84-90. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Гепаторенальний синдром (ГРС) є рідкісним ускладненням, який може супроводжувати муковісцидоз-асоційований цироз печінки в термінальній стадії в пацієнтів із муковісцидозом. На цей час не існує уніфікованого протоколу з діагностики та лікування ГРС при муковісцидозі, зокрема, у педіатричних пацієнтів. Основними підходами до діагностики стану є виявлення ознак гострої ниркової недостатності в пацієнта з тяжким ураженням печінки за відсутності шоку та ознак органічного ураження нирок чи застосування нефротоксичних препаратів. Лікування базується на призначенні судинозвужувальних засобів у поєднанні з інфузією альбуміну та виключенням факторів, що спонукають розвиток ГРС, але методом остаточної терапії лишається трансплантація печінки. Своєчасне виявлення цирозу печінки в пацієнтів із муковісцидозом, виключення факторів ризику (масивні та затяжні оперативні втручання, значний об'єм видаленої асцитичної рідини, обмеження призначення нефротоксичних препаратів і петльових діуретиків у високих дозах) — шлях до попередження розвитку тяжкого ускладнення цирозу печінки. Своєчасне розпізнання та правильне ведення ГРС — спосіб врятувати та подовжити життя до трансплантації печінки, а також зберегти якість життя пацієнтів із муковісцидозом. Наведено аналіз клінічного випадку ГРС і його терапію в дитини з муковісцидозом. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану з году батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.789. Динаміка експресії генів факторів транскрипції Т-клітин та інтерлейкінів на тлі пробіотичної терапії хронічних гастродуоденітів у дітей / О. Є. Абатуров, Н. М. Токарева, А. Е. Ликова, О. Л. Кривуша // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 15-20. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) у дітей є одне з найпоширеніших захворювань травного тракту, а його терапія потребує вдосконалення. Мета роботи — вивчити ефективність застосування Lactobacillus rhamnosus GG ATCC 53103 (LGG) у комплексній терапії дітей із ХГД і впливу лікування на експресію генів про- та протизапальних цитокін і в, факторів транскрипції Т-лімфоцитів у слизовій оболонці букального епітелію. Обстежено 39 дітей, хворих на ХГД, віком 10 — 14 років, з яких сформовано 2 групи порівняння. До основної групи ($n = 21$) увійшли пацієнти, для лікування яких, поруч із традиційною терапією, застосовано пробіотичний препарат, що містив 5×10^9 ліофілізованих життєздатних бактерій LGG. Контрольну групу ($n = 18$) склали хворі, які отримували лише традиційну терапію. Тривалість застосування пробіотичного препарату LGG становила 14 діб. Для встановлення ефективності застосування LGG у терапії визначено рівень експресії мРНК-факторів транскрипції (Tbet, RORyt, FOXP3) Т-клітин та інтерлейкінів (IL-1β, IL-17α, IL-10) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією. Загострення ХГД характеризувалося підвищенням у букальній слизовій оболонці рівня експресії мРНК-фактора транскрипції RORyt Th_{17}-клітин і мРНК IL-1β, IL-17α. Після стандартної терапії в дітей з ХГД виявлено достовірне підвищення активності експресії мРНК-фактора транскрипції Tbet Th_1-клітин і зниження активності експресії мРНК-фактора транскрипції RORyt Th_{17}-клітин. У дітей після лікування комбінованою терапією з застосуванням пробіотичного препарату, що містить LGG, спостерігалося зниження активності експресії мРНК-фактора транскрипції RORyt Th_{17}-клітин, і, на відміну від дітей, що отримали стандартну терапію, ще відзначався низький рівень мРНК-фактора транскрипції Tbet Th_1-клітин і мРНК IL-17α; у поєднанні з підвищеним рівнем мРНК-фактора транскрипції РОХ-РЗ Treg-клітин. Встановлено, що призначення комбінованої терапії з застосуванням пробіотичного препарату, що містить Lactobacillus rhamnosus GG у дітей із ХГД, сприяє найшвидшому регресу клінічних проявів: больового, диспептичного синдромів. Призначення LGG призводить до швидшого зниження рівня експресії генів IL-17α за рахунок збільшення активності експресії мРНК-фактора транскрипції FOXP3 Treg-клітин. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.790. Ендогенні поліпептидні фактори росту в дітей, хворих на виразку дванадцятипалої кишки / Т. В. Сорокман, П. М. Молдован, Д. І. Колєснік, І. С. Сокольник, О. В. Макарова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 27-31. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

У цей час увага багатьох дослідників привертається до визначення особливостей регенерації слизової оболонки шлунково-кишкового тракту при виразкових ураженнях як одного з найважливіших захисних факторів за цієї патології. Мета роботи — дослідити показники ендогенних поліпептидів (epidermal growth factor — EGF and transforming growth factor α — TGF-α) у сироватці крові дітей, хворих на виразку дванадцятипалої кишки (ДПК). Під спостереженням перебували 56 дітей віком від 7 до 18 років (36 дітей, хворих на ви-

разку ДПК, — основна група, 20 практично здорових дітей — група порівняння). Вміст ендогенних поліпептидів у сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA) з використанням наборів "Human EGF ELISA Kit" (Invitrogen, США) для EGF та "R&D system" (США) для TGF-α відповідно до інструкції фірм-виробників. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з застосуванням параметричних непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Виявлено дещо вищі рівні EGF і TGF-α у хлопчиків обох підгруп основної групи (EGF: 561,45 [391,81 — 699,34] пг/мл і 544,67 [411,23 — 569,77] пг/мл, $p > 0,05$; TGF-α: 47,91 [21,41 — 29,69] і 42,56 [35,45 — 49,21] пг/мл, $p > 0,05$). Концентрації ендогенних факторів у разі загострення виразкового процесу були вищими, ніж у випадку ремісії ($p < 0,001$), та у випадку ремісії не досягають таких у здорових дітей, $p < 0,01$. У пацієнтів із тяжким перебігом виразки ДПК концентрації EGF і TGF-α були вищими ($p < 0,01$), що може зумовлюватися максимальним ступенем запально-деструктивного процесу. Встановлено, що перебіг виразки ДПК призводять до порушень у системі регуляції проліферативних процесів у слизовій оболонці, що проявляється підвищенням рівнів EGF і TGF-α у сироватці крові хворих дітей, при цьому чим тяжчий перебіг, тим вищі показники вказаних факторів, що можна використати для прогнозування перебігу патологічного процесу. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.791. Клінічний випадок тромбозу вен печінки в дитини з COVID-19 / О. Р. Боярчук, С. О. Никитюк, З. Я. Борис, С. С. Левенець, О. Р. Шило // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 94-99. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Схильність до венозної тромбоемболії характерна для SARS-CoV-2-інфекції, оскільки саме тромбозапалення є однією з провідних ланок патогенезу COVID-19 і причиною життєзагрозливих станів і смерті. Наведено клінічний випадок тромбозу вен печінки в дівчинки віком 1 рік 9 міс. із COVID-19, який відповідав критеріям MIS-C. Дівчинку госпіталізовано до лікарні в першу добу хвороби зі скаргами на повторне блювання, підвищення температури тіла до 38,5 — 39 °С, виражену слабкість, відмову від їжі та пиття, незначне покашлювання. Тяжкість зумовлена гіпертермічним та інтоксикаційним синдромами. Відмічено прояви гострого фарингіту у перші доби виявлено лейкоцитоз із нейтрофільозом, помірну лімфопенію, підвищений рівень С-реактивного протеїну, гіпоальбумінемію, прискорення швидкості осідання еритроцитів. На момент госпіталізації встановлено, що швидкий антигенний тест і полімеразна ланцюгова реакція на SARS-CoV-2 є негативними. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) виявлено мікротромбоз вен печінки із запальними змінами судин, незначну кількість вільної рідини в ділянці органів малого таза. За даними ехокардіографії встановлено наявність рідини в порожнині перикарда. Рівень D-димера був підвищеним до 943 нг/мл. У подальшому COVID-19 підтверджено серологічним методом. Встановлено, що тромбози вен внутрішніх органів, незважаючи на їх рідкість у дитячому віці, можуть зустрічатися за COVID-19 MIS-C і вказують на тромбозапалення, що потребує настороженості щодо можливого їх розвитку та проведення правильного діагностичного алгоритму. Визначення рівня D-димера та планове УЗД ОЧП надає змогу своєчасно діагностувати тромботичні події в судинах внутрішніх органів у пацієнтів із COVID-19 і проводити адекватне лікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.792. Мікробіологічний спектр зубного нальоту при захворюваннях шлунково-кишкового тракту в дітей / В. І. Рожко, М. А. Лучинський, В. Б. Петрунів, Л. В. Пясецька, О. В. Рожко // Вісн. стоматол. - 2021. - **40**, № 2. - С. 74-77. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета дослідження — визначення мікробіологічного спектру та видового складу зубного нальоту у дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) з урахуванням множинного ураження карієсом зубів. Для клініко-лабораторних досліджень було відібрано 120 дітей, з яких сформували основну групу — 80 дітей з множинним карієсом на тлі захворювань ШКТ, та порівняльну групу — 40 дітей з інтактними зубами з аналогічними соматичними ураженнями ШКТ. Матеріалом для мікробіологічного дослідження був зубний наліт. Частота виділення та ступінь обсіменіння зубного нальоту у дітей з множинним карієсом була вищою, ніж у осіб з інтактними зубами та характеризувалася наявністю видоспецифічних мікроорганізмів. Насамперед варто зазначити, що за наявності уражень ШКТ специфічними мікроорганізмами в зубному нальоті дітей основної групи були Helicobacter pylori. Максимальна частота виділення припадала на Lactobacterium 68,5 % за щільності колонізації 4,11 ± 0,12 lgKYO/мл, ($p < 0,001$) у дітей з множинним карієсом. Були ідентифіковані грампозитивні факультативні палички Nocardia у дітей з множинним карієсом на фоні захворювань ШКТ, а грамнегативні факультативні палички Proteus виявлялись у 2,2 рази частіше, ніж у дітей порівняльної групи. Висновки: розширення спектра мікробних асоціацій, значне превалювання карієсогенних мікроорганізмів (Str. mutans, Str. sanguis, Lactobacterium) сприяло прогресуванню патологічного процесу та переконливо доводить їх патогенетичну дію в розвитку множинного карієсу. Слід зауважити, що наявність у зубному нальоті Helicobacter pylori варто розцінювати як додатковий патогенетичний механізм інтенсифікації уражень органів та тканин ротової порожнини.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.793. Особливості функціональної активності імунної системи, вуглеводний і ліпідний обмін у дітей із біліарною дисфункцією на тлі надмірної маси тіла та ожиріння / О. І. Грабовська, О. М. Татарчук, Н. Ю. Завгородня // Сучас. гастроентерологія. - 2021. - № 5/6. - С. 37-45. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити функціональну активність імунної системи, вуглеводний і ліпідний обмін у дітей із біліарною дисфункцією на тлі надмірної маси тіла (НМТ) та ожиріння. В Інституті гастроентерології НАМН України під спостереженням перебували 108 дітей (середній вік — (12,15 ± 2,51) року). За результатами дослідження моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (ЖМ) і величиною індексу маси тіла пацієнтів розподілили на 3 групи: I — 52 дитини з гіпофункцією ЖМ, НМТ та ожирінням, II — 42 дитини з нормальною функцією ЖМ, НМТ та ожирінням, III (група порівняння) — 14 дітей із нормальною масою тіла і нормокінезією ЖМ. Проведено антропометричні вимірювання, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. У сироватці крові імуноферментним методом визначали рівень інсуліну, інтерлейкіну (ІЛ)-6, ІЛ-10, фактора некрозу пухлини α (ФНП-α). Встановлено збільшення медіани рівня ІЛ-6 в 2,2 разу ($p < 0,05$), ФНП-α — у 4,5 разу ($p < 0,05$) у хворих групи I, у 2,3 разу ($p < 0,05$) і 4,3 разу ($p < 0,05$) — у хворих групи II щодо показників групи III, зниження вмісту ІЛ-10 у хворих I групи в 2,5 разу ($p < 0,05$) у порівнянні з групою II і в 4,4 разу ($p < 0,05$) — у порівнянні з групою III. Рівень інсуліну в сироватці крові у дітей груп I і II у 2,2 разу ($p < 0,05$) і 1,5 разу ($p < 0,05$) був нижчим, ніж у групі III, індекс HOMA-IR — відповідно у 2,3 разу ($p < 0,05$) і 1,8 разу ($p < 0,05$). У сироватці крові у порівнянні з групою III підвищувався вміст тригліцеридів у 1,4 разу ($p < 0,001$) у групі I, в 1,5 разу ($p < 0,001$) — у групі II, ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) у 1,2 разу ($p < 0,01$), ліпопротеїнів дуже низької густини (ЛПДНГ) у 1,5 разу ($p < 0,001$) — у групах I і II, коефіцієнт атерогенності у 1,6 разу ($p < 0,001$) — у групі I, у 1,5 разу ($p < 0,05$) — групі II, тоді як рівень ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ) у групах I і II зменшувався в 1,2 разу ($p < 0,01$). Зроблено висновки, що незалежно від функціонального стану ЖМ у дітей з ожирінням і НМТ виявлено порушення показників імунної системи і як наслідок — порушення вуглеводного обміну (підвищення рівня інсуліну та індексу HOMA-IR). Установлено порушення показників ліпідного обміну в сироватці крові дітей із гіпофункцією ЖМ, ожирінням і НМТ (статистично значуще збільшення вмісту тригліцеридів, ЛПНГ, ЛПДНГ, коефіцієнта атерогенності та зниження рівня ЛПВГ). Кореляційний аналіз у групах дітей із гіпофункцією ЖМ з ожирінням та НМТ виявив наявність статистично значущих зв'язків між біліарним сладжем і концентрацією ІЛ-6, ФНП-α, об'ємом ЖМ, рівнем інсуліну та глюкози, гіпофункцією ЖМ і вмістом загального холестерину, ЛПВГ, ЛПНГ і між розмірами ЖМ і коефіцієнта атерогенності.

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.794. Оцінювання фіброзу печінки в дітей з хронічною HBV-інфекцією неінвазивними методами / В. С. Березенко,

О. М. Ткалик, М. Б. Диба, В. В. Крат, Х. З. Михайлюк // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 19-24. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити фіброз печінки в дітей із хронічною HBV-інфекцією неінвазивними методами: інструментальним (еластографія зсувної хвилі) та серологічним (розрахунковий індекс APRI). Обстежено 70 дітей, хворих на хронічний гепатит В, віком від 2 до 18 років. Стадію фіброзу печінки визначено за показником індексу APRI та методом еластографії зсувної хвилі. У більшості (82,8 %; n = 58) хворих дітей діагностовано HBeAg-позитивну HBV-інфекцію: HBeAg-позитивний хронічний гепатит — у 54,3 % (n = 38) дітей, HBeAg-позитивну хронічну інфекцію — у 28,6 % (n = 20). HBeAg-негативну хронічну інфекцію встановлено в 15,7 % (n = 11) дітей, HBeAg-негативний хронічний гепатит — лише в 1 (1,4 %) хворого. За результатами еластографії зсувної хвилі, стадію фіброзу печінки F0-1 діагностовано у 64,3 % (n = 45); стадію фіброзу ≥ F2 — у 35,7 % (n = 25). За індексом APRI, у 63,0 % (n = 44) виявлено фіброз печінки F0-1, стадію фіброзу печінки ≥ F2 — у 37,2 % (n = 26). За даними еластографії печінки, у 42,0 % хворих із HBeAg-позитивним хронічним гепатитом діагностовано стадію фіброзу печінки ≥ F2. За даними індексу APRI, майже в 66 % (n = 46) дітей із HBeAg-позитивним хронічним гепатитом встановлено прогресуючий фіброз печінки ≥ F2. За результатами кореляційного аналізу виявлено прямий зв'язок між індексом APRI та концентрацією трансаміназ — АЛТ (τ = 0,67; $p < 0,05$), АСТ (τ = 0,72; $p < 0,05$) і ГГТ (τ = 0,26; $p < 0,05$). За показниками еластографії печінки такої залежності не виявлено. Встановлено, що у більшості дітей із хронічною HBV-інфекцією діагностовано стадію фіброзу печінки F0-1, як за даними еластографії, так і за показником індексу APRI (64,0 і 63,0 % відповідно). Стадію фіброзу ≥ F2 за даними еластографії виявлено в 42 % із HBeAg-позитивним хронічним гепатитом, тоді як стадію фіброзу ≥ F2 за індексом APRI — у 66,0 % хворих із HBeAg-позитивним хронічним гепатитом. Результати оцінювання фіброзу печінки за даними еластографії печінки та розрахункового індексу APRI у дітей із хронічною HBV-інфекцією є подібними та можуть бути використані в клінічній практиці для відбору пацієнтів, які потребують противірусної терапії. Показник індексу APRI залежить від активності гепатиту, і його використання в дітей із HBeAg-позитивним хронічним гепатитом має певні обмеження. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.795. Показники цитокінового статусу дітей раннього віку з алергічним ураженням шлунково-кишкового тракту залежно від забезпеченості вітаміном D / О. Г. Шадрін, Г. А. Гайдучик, М. Г. Горянська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 42-47. - Бібліогр.: 30 назв. - укр.

Швидке зростання рівня поширеності алергічних захворювань серед дітей у сучасному світі диктує необхідність детального вивчення патогенетичних механізмів, пошуку новітніх методів діагностики, лікування та профілактики цієї патології. Останні дослідження вагомих імунологічних впливів вітаміну D при алергічній патології робить важливим дослідження його впливу на перебіг гастроінтестинальної харчової алергії (ГІХА) удітей раннього віку. Мета роботи — визначити концентрації IL-10 і IL-17 у сироватці крові дітей раннього віку з ГІХА залежно від забезпеченості вітаміном D. Обстежено 34 дитини віком від 2 міс. до 3-х років з ізольованими гастроінтестинальними або поєднанням гастроінтестинальних і шкірного симптомів, пов'язаних із вживанням їжі. Групу порівняння становили 22 дитини аналогічного віку з необтяженим індивідуальним і сімейним алергологічним анамнезом. Усім обстеженим дітям проведено кількісне визначення концентрацій цитокінів (IL-10, IL-17A) у сироватці крові імуноферментним методом і кількісне визначення концентрації гідроксикальциферолу (25(OH)D) у сироватці крові. Дефіцит вітаміну D в обстежених розглядали за концентрації 25(OH)D у сироватці крові < 20 нг/мл (або < 50 нмоль/л), концентрацію від 21 до 29 нг/мл (тобто від 50,1 до 74,9 нмоль/л) оцінювали як недостатність вітаміну D. Оптимальною концентрацією вітаміну D вважали показник 25(OH)D у сироватці крові > 30 нг/мл. Дані клінічних і лабораторних досліджень оброблено методами математичної статистики, прийнятої в біології та медицині. Встановлено вірогідне підвищення середніх концентрацій IL-17A (180,4 ± 23,0 пг/мл) і IL-10 (113,8 ± 15,0 пг/мл) у дітей із ГІХА та в групі порівняння — 45,7 ± 18,1 пг/мл і 32,1 ± 11,4 пг/мл відповідно, ($p < 0,05$) що відображає інтенсивність алергічного запального процесу в шлунково-кишковому тракті (ШКТ). У дітей з алергічним запаленням ШКТ, що мали недостатню забезпеченістю вітаміном D, середня концентрація прозапального цитокіну Il-17A та регуляторного цитокіну IL-10 була вірогідно вищою, ніж удітей із ГІХА та оптимальною забезпеченістю вітаміном D — 244,9 ± 19,7 і 49,45 ± 2,14 нг/мл відповідно проти 135,2 ± 33,3 нг/мл і 26,41 ± 1,81 нг/мл відповідно, ($p < 0,05$) що засвідчує більш нтенсивну активність запального процесу в кишечнику у разі недостатньої забезпеченості вітаміном D. Встановлено, що алергічне запалення ШКТ у дітей раннього віку характеризується підвищенням концентрацій сироваткових прозапального та регуляторного цитокінів — IL-10 і IL-17A, що є захисною реакцією імунної системи та які можуть бути використані як маркери алергічного запалення при ГІХА. Дослідження регуляторного впливу вітаміну D на експресію цитокінів (IL-10 і IL-17A) при алергічному запаленні ШКТ удітей раннього віку надасть змогу оптимізувати патогенетичне лікування ГІХА. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.796. Результати добового моніторингу рівня пепсину в секреті ротової порожнини дітей раннього віку із синдромом регургітації / С. І. Ільченко, Т. В. Можейко, А. О. Фіалковська, Н. В. Мишина // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 19-24. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Синдром регургітації в дітей раннього віку є одним із проявів гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР), що може бути як віковим фізіологічним станом, так і патологічним із ризиком розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Диференційна діагностика ГЕРХ у немовлят і дітей раннього віку ускладнюється через інвазивність і малодоступність рекомендованих діагностичних методів, зокрема, стравохідної pH-метрії. Мета роботи — визначити динамічні закономірності рівня пепсину в секреті ротової порожнини дітей раннього віку в межах добового моніторингу та залежно від клінічних проявів регургітації. Обстежено 55 дітей віком від 33 до 18 міс., серед яких основну групу становили 38 дітей із видимим синдромом регургітації, а групу порівняння — 17 здорових дітей без клінічних проявів цього синдрому. Інтенсивність зригувань оцінено за п'ятибальною шкалою, рекомендованою міжнародними експертами "ESPGHAN". Для скринінгової діагностики патологічного ГЕР у дітей застосовано рефлюкс-анкету. Рівень пепсину визначено в секреті ротової порожнини тричі на добу методом імуноферментного аналізу ("ELISA pepsin"). Статистичну обробку результатів дослідження проведено із застосуванням пакету програм "Statistica v.6.1". За поточними скаргами синдром регургітації зафіксовано в усіх дітей основної групи. За результатами рефлюкс-анкети серед обстежених дітей отримано такі дані: половина (52,6 %) дітей не мали ознак ГЕР, можливий рефлюкс був у 31,6 % дітей, імовірний — у 15,8 % дітей. Результати добового моніторингу пепсину в слині дітей раннього віку показали, що його рівень був достовірно вищим у дітей із регургітацією, ніж у групі порівняння, як за середньодобовими значеннями, так і за проміжними показниками. Установлено, що максимальна активність пепсину в дітей основної групи була відразу після зригування та становила 446,8 (267,9 — 534,7) пг/мл. Вірогідних відмінностей між трьома зразками слини та середньодобовим показником пепсину в дітей основної групи не виявлено, що може свідчити про приховані епізоди рефлюксу. У дітей з високим ризиком ГЕРХ, за даними рефлюкс-анкетування, достовірно вищим було значення пепсину натщесерце та його середньодобовий рівень, що має достатню специфічність і прогностичну цінність за результатами ROC-аналізу. Визначення рівня пепсину в дітей раннього віку може бути включене до скринінгових неінвазивних тестів для диференційної діагностики ГЕР. Застосування цих тестів для прогнозування ризику позастравохідних ушкоджень потребує подальшого вивчення. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано

інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.759, 1.Р.760, 1.Р.777, 1.Р.786

Хвороби кишечнику

1.Р.797. Інтенсивність мезентеріального кровотоку і ступінь зрілості кишечника в новонароджених групи ризику розвитку некротизуючого ентероколіту / Т. К. Знаменська, О. В. Воробйова, О. О. Власов // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 27-32. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Останніми роками поширюється використання ультразвукового дослідження черевної порожнини для діагностики некротизуючого ентероколіту (НЕК) у новонароджених. На початкових стадіях захворювання товщина стінки кишки, ехогенність і перфузія збільшуються внаслідок запалення кишечника та набряку слизової оболонки. У разі прогресування НЕК потоншення стінки кишечника, відсутність перфузії та перистальтики превалюють і запобігають можливості перфорації кишечника. Це є доказом діагностичної переваги УЗД щодо оцінки прогресування НЕК. Наведено результати власного досвіду використання УЗД черевної порожнини для діагностики НЕК у передчасно народжених дітей. Мета роботи — оцінити ступінь зрілості кишечника і зв'язок між допплерівськими індексами кишкової перфузії та судинним опором у басейні верхньої брижової артерії в недоношених новонароджених на 1 — 5-ту добу життя з ризиком розвитку НЕК. Проведено обстеження випадково обраних 34 передчасно народжених дітей з малою та дуже малою масою тіла та з терміном гестації 28 — 36 тиж від матерів з обтяженим перебігом вагітності. Було оцінено максимальну систолічну швидкість, кінцеву діастолічну швидкість і середню швидкість кровотоку за ≥ 5 послідовних циклів серцевих скорочень. На підставі цих показників було розраховано пульсовий індекс. Після проведеного дослідження на 1 — 5-ту добу життя ретроспективно новонароджених було розподілено за групами залежно від клінічних діагнозів наприкінці раннього неонатального періоду. Новонароджені групи ризику, що народилися в асфіксії тяжкого ступеня, з високими показниками судинного опору у верхній брижовій артерії на 1 — 5-ту добу життя, а також за товщини стінки кишки менше ніж 1,6 мм мають підвищений ризик розвитку НЕК. Висновки: виявлено високі показники судинного опору у верхній брижовій артерії на 1 — 5-ту добу життя у передчасно народжених дітей із дуже малою масою тіла та високим ризиком розвитку НЕК допоможуть приймати правильні клінічні рішення щодо тактики ведення й лікування, зокрема про початок ентерального харчування і розширення його обсягу.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.798. Особливості диференційної діагностики запального захворювання кишечника з харчовою алергією в дитини грудного віку / А. А. Романчук, О. М. Охотнікова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 79-83. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Запальне захворювання кишечника (ЗЗК) — це хронічне запальне захворювання, яке охоплює шлунково-кишковий тракт і включає виразковий коліт і хворобу Крона. Алергічний проктоколіт, спричинений харчовими білками (Food Protein-Induced Allergic Proctocolitis, FPIAP), — це стан, що характеризується запальними змінами в дистальних відділах товстої кишки у відповідь на один або кілька чужорідних харчових білків через імуноопосередковані реакції. Клінічно схожий на ЗЗК. Затримка в діагностиці ЗЗК, особливо хвороби Крона, залишається поширеною в дітей, і потенційні ускладнення через ці затримки вимагають ефективної диференційної діагностики Мета роботи — на прикладі клінічного випадку показати особливості диференційної діагностики ЗЗК і FPIAR. Клінічний випадок. Дівчинка А., 2 міс., на виключно грудному вигодовуванні, має випорожнення зеленого кольору рідкої консистенції, іноді з домішками слизу, біль у животі. За даними лабораторного обстеження виявлено високі рівні фекального кальпротектину та еозинофільного катіонного протеїну. Використано дієтодіагностику у вигляді елімінаційної дієти матері та провокаційних проб із харчовими продуктами. Завдяки цьому визначено значущі алергени та виключено їх із раціону матері. Встановлено, що визначення рівня фекального кальпротектину, аналізу калу на приховану кров і сироваткового IgE є важливими в диференційній діагностиці ЗЗК і FPIAP. Вчасна діагностика та раціональна терапія попереджає розвиток тяжких наслідків і поліпшує стан хворих. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано сформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.799. Оцінка ефективності застосування інуліну при функціональному запорі у дітей / О. С. Няньковська, С. Л. Няньковський, М. С. Яцула, М. І. Городиловська, Г. З. Вівчарівська, В. Д. Шайдич, О. М. Горайська, Л. В. Заставна, Я. В. Томків, З. В. Томків, Н. В. Камуть, Г. М. Троцький, А. В. Возняк // Сучас. гастроентерологія. - 2022. - № 1/2. - С. 30-36. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Функціональний запор є поширеною педіатричною проблемою, на яку припадає близько 3 % відвідувань педіатра, а близько 25 % відвідувань дитячого гастроентеролога. Наявність функціонального запору значною мірою впливає на якість життя дитини, її сім'ї та витрати на систему охорони здоров'я. Настанови Північноамериканського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (NASPGHAN) рекомендують підтримувальне лікування проносними, навчання, збільшити споживання клітковини та рідини та фізичної активності при запорі у дітей. Сучасні фармакологічні методи лікування можуть бути неефективними у деяких пацієнтів через неоптимальне дозування, поганий комплаєнс або використання препаратів із механізмами дії, які не впливають на основні патофізіологічні чинники. Багато пацієнтів із запорами повідомляють про незадоволення традиційними методами лікування через недостатню ефективність. Мета роботи — вивчити ефективність пребіотичного препарату "Інулін-Нео" для дітей віком від 3 до 18 років із функціональним запором. Під нашим спостереженням перебували 48 дітей віком від 3 до 18 років із діагнозом "функціональний запор". Пацієнтів розподілили на дві групи: основну (ОГ) — 29 дітей, які отримували пребіотичий препарат "Інулін-Нео", та контрольну (КГ) — 19 дітей, які не отримували пребіотичного препарату. У дітей ОГ через 30 днів лікування спостерігали статистично значущо кращу позитивну динаміку у порівнянні з пацієнтами КГ, а саме: зменшення болю в животі та під час дефекації, кольок і здуття живота, нормалізацію частоти дефекацій і консистенції випорожнень, збільшення кількості біфідофлори, нормалізацію копрологічних показників, що свідчить про ефективність препарату та доцільність його використання у схемах лікування функціонального запору у дітей. Встановлено, що симптоми функціонального запору значно зменшилися або зникли у дітей, які отримували препарат "Інулін-Нео", а більшість показників мікробіоценозу та копрологічного дослідження значно поліпшилися, тоді як у дітей КГ відзначено лише тенденцію до їхнього поліпшення. Не виявлено ознак непереносності чи побічних дій пребіотичного препарату "Інулін-Нео".

Шифр НБУВ: Ж23117

1.Р.800. Патоморфологічні особливості клінічних форм виразкового коліту в дітей / М. Ф. Денисова, Т. Д. Задорожна, Н. Ю. Букулова, Т. М. Арчакова // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 1-7. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Виразковий коліт (ВК) — хронічне запальне захворювання нез'ясованого походження, що характеризується клінічно рецидивуючим перебігом з періодами кривавої діареї і патоморфологічно — дифузним запальним процесом у товстій кишці. Проблема виразкового коліту потребує подальшого вивчення клінічних особливостей захворювання з урахуванням локалізації, ступеня активності запального процесу, змін структури слизової оболонки, що буде сприяти підвищенню ефективності діагностики виразкового коліту в дитячому віці. На основі клініко-статистичного аналізу 116 історій хвороби дітей із ВК віком 4 — 18 років у періоді загострення хвороби вивчено особливості клінічних форм ВК — тотального, сегментарного й дистального. Гістологічно було досліджено 445 біоптатів, одержаних під час колоноскопії. Після забору матеріалу біоптати фіксували в 10 % формаліні й опрацьовували за загальноприйнятою гістологічною методикою із забарвленням зрізів гематоксилін-еозином — за Ван Гізоном. У механізмах розвитку загострення ВК суттєве значення мають зміни архітектоніки слизової оболонки товстої кишки, що сприяють зниженню резистентності слизового бар'єра, а також порушення кровопостачання — чинник розвитку гемічної гіпоксії.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.801. Стан епітеліального бар'єру товстої кишки в дітей із різними клінічними формами виразкового коліту / М. Ф. Денисова,

Т. Д. Задорожна, Н. Ю. Букулова, Т. М. Арчакова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 53-61. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати стан епітеліального бар'єру товстої кишки в дітей з різними клінічними формами виразкового коліту (ВК). Матеріали та методи. Обстежено 42 дітей з хронічним колітом у стадії загострення, з них 28 дітей з ВК (14 хворих з активною тотальною формою, 14 пацієнтів із сегментарною помірно активною); 14 дітей з хронічним неспецифічним невиразковим колітом становили групу порівняння. Усім хворим проведено загальні лабораторні методи — гемограму, протеїнограму, біохімію крові, визначення концентрації фекального кальпротектину; ендоскопічне дослідження з біопсією всіх відділів товстої кишки та гістологічним дослідженням біоптатів. Результати. Клінічні прояви ВК у періоді загострення оцінені педіатричним індексом активності (PUCAI) і залежали від локалізації та ступеня активності запального процесу. Середній показник PUCAI при активному коліті становив 50,2 ± 1,8 балу, при помірному — 35,3 ± 1,7 балу, при мінімальному — 24,1 ± 1,2 балу, але серед дітей з тотальним активним запальним процесом 19 % пацієнтів мали найвищі показники — 65 балів, що відповідало клінічним ознакам маніфестації ВК, які супроводжуються односпрямованими змінами поверхневих (дистрофічні зміни епітелію, деформація крипт, зменшення кількості келихоподібних клітин) і глибинних (дифузна запальна інфільтрація власної пластинки, наявність крипт абсцесів, криптитів, дилатація судин) структур слизової оболонки товстої кишки, більш виражених при активних тотальних формах ВК. Період загострення ВК характеризується порушенням епітеліального бар'єру слизової оболонки товстої кишки внаслідок зниження синтезу слизу й змін його біохімічних властивостей, низькою експресією секреторного (MUC2) і мембраноасоційованого (MUC4) муцинів, переважно при активних тотальних формах ВК, втратою регуляторного впливу трефоїлового пептиду на регенерацію та захист слизової оболонки кишечника. Висновки: проведені дослідження на основі патогенетичного підходу до визначення чинників загострення хвороби дали змогу отримати докази на користь вагомої ролі порушень епітеліального бар'єру слизової оболонки товстої кишки, що суттєво доповнює існуючі уявлення про патогенез ВК у дитячому віці. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.802. Сучасні підходи до лікування запальних захворювань кишечника в дітей відповідно до останніх рекомендацій Європейської організації з вивчення хвороби Крона і коліту, Європейського товариства дитячих гастроентерологів, гепатологів та нутриціологів: (огляд) / О. М. Охотнікова, Т. М. Ткачева, А. А. Романчук, О. М. Грищенко, Л. В. Семененко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 40-57. - Бібліогр.: 107 назв. - укр.

Сучасне амбулаторне ведення виразкового коліту (ВК) залишається складним завданням, оскільки 20 % дітей досі потребують проведення колектомії. Тому Європейська організація з вивчення хвороби Крона і коліту (ECCO) та Європейське товариство дитячих гастроентерологів, гепатологів і нутриціологів (ESPGHAN), прагнучи стандартизувати щоденне лікування запального захворювання кишечника (ЗЗК), розробили протокол ведення та лікування дітей, хворих на ВК. На підставі проведеного аналізу медичного наукового пошуку з подальшою доказовою оцінкою кожного положення були оновлені рекомендації 2012 р. Мета роботи — висвітлити положення оновленого протоколу щодо терапевтичного ведення дітей із ВК і закріпити матеріал на клінічному прикладі. Викладено оновлені рекомендації ECCO та ESPGHAN (2018) щодо лікування ЗЗК у дітей, алгоритму індукції та підтримки ремісії ВК і ЗЗК не класифікованого. Наведено клінічний випадок для прикладу застосування алгоритму індукції та підтримки ремісії ЗЗК у дітей, оцінки тяжкості, надано схему подальшого ведення пацієнтів із цією патологією. Поновлені рекомендації ECCO та ESPGHAN полегшують проведення лікування ВК і ЗЗК некласифікованих, надають чітку схему спостереження за дітьми з цією патологією, що поліпшує результати лікування та якість життя маленьких пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.803. Хвороба Крона у дітей: актуальні аспекти діагностики та лікування згідно з сучасними міжнародними рекомендаціями / О. А. Пода // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 75-83. - Бібліогр.: 36 назв. - укр.

Узагальнено відомості щодо епідеміологічних показників, особливостей клінічного перебігу, сучасних принципів діагностики та лікування хвороби Крона у дітей на підставі аналізу літературних джерел із використанням паперових носіїв та електронних баз даних PubMed, CyberLeninka, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library. Огляд літературних джерел з вивчення даної патології демонструє, що на сучасному етапі діагностика запальних захворювань кишечника, особливо в дітей раннього віку, все ще залишається складним питанням. Окреслено проблему труднощів діагностичного пошуку внаслідок не завжди типового перебігу захворювання в дитячому віці. Наведено дані щодо особливостей клінічного перебігу захворювання залежно від місця локалізації патологічного процесу. Зроблено акцент на важливість ранньої діагностики хвороби Крона з метою проведення своєчасного протокольного лікування та необхідність розпізнавання даної патології вже на рівні первинної медичної допомоги. Наведено дані Європейського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та харчування і Європейської організації з вивчення хвороби Крона і коліту щодо необхідного обсягу методів діагностики хвороби Крона у дітей згідно з сучасними міжнародними рекомендаціями. Огляд висвітлює сучасні принципи лікування хвороби Крона в дітей, описано основні фармакологічні групи лікарських засобів, що мають доказову базу ефективності в педіатричній практиці. Увагу приділено ролі повного ентерального харчування як найбільш безпечного та досить ефективного напрямку стартової терапії даної патології в дітей. Як висновок, висвітлено проблему диференціальної діагностики запальних захворювань кишечника в педіатричній практиці.

Шифр НБУВ: Ж25721

Див. також: 1.Р.915

Хвороби ендокринної системи та обміну речовин

1.Р.804. Антропометрична характеристика підлітків з ознаками метаболічного синдрому / Л. А. Страшок, О. В. Бузницька // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 35-40. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати та узагальнити антропометричні показники в підлітків з ознаками метаболічного синдрому (МС) для вдосконалення менеджменту цієї категорії хворих. В умовах клініки ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України" обстежено 200 підлітків з ожирінням (віком 16 років: 100 юнаків і 100 дівчат). Контрольну групу склали 30 здорових дітей такої ж вікової категорії. Використано критерії діагностики МС у дітей, запропоновані Міжнародною діабетичною федерацією [IDF, 2007], які надали змогу розподілити хворих на дві підгрупи: 1 — з ознаками МС (50,0 %) і 2 — без ознак МС (50,0 %), до кожної з яких увійшли по 100 хворих. Пацієнтам проведено антропометричне обстеження з розрахунком таких показників: індекс маси тіла (ІМТ), співвідношення обхвату талії до зросту (ОТ/зріст) та обхвату талії до обхвату стегон (ОТ/ОС). Досліджено ліпідний профіль крові, як маркер атерогенезу, вуглеводний обмін (глюкоза сироватки крові натще, рівень імунореактивного інсуліну з розрахунком показника інсулінорезистентності HOMA). Проведений антропометричний аналіз показав, що в підлітків із МС основні показники (ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, ОТ/зріст, ІМТ), ступінь абдомінального ожиріння були статистично значуще вищими. При порівнянні результатів за статтю виявлено вірогідні відмінності між юнаками та дівчатами: показники маси тіла, ОТ, ОТ/ОС, які були статистично значуще вищими в юнаків. Характеристика ліпідного обміну в обстежених мала ознаки атерогенної дисліпідемії, що проявлялися у вигляді підвищення рівнів холестерину ліпопротеїнів низької та дуже низької щільності, коефіцієнта атерогенності, вмісту тригліцеридів і тенденції до зниження рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності, з достовірним переважанням серед обстежених із МС. Також рівні beta-ліпопротеїнів у підлітків були вищими за норму з достовірним переважанням в осіб із

МС. Встановлено, що перспективний ретельний антропометричний моніторинг підлітків зі встановленим ожирінням надасть змогу виявляти та прогнозувати тенденції розвитку захворювання, ризики ускладнень, що сприятиме підвищенню ефективності профілактичних заходів щодо МС. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.805. Біологічна роль хрому і вплив змін його вмісту на перебіг ожиріння та артеріальної гіпертензії в дітей (огляд літератури, власні дослідження) / Ю. В. Марушко, Н. Г. Костинська, Т. В. Гищак, Т. В. Марушко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 73-79. - Бібліогр.: 50 назв. - укр.

Вивчення ролі дефіциту деяких мікроелементів в організмі людини не втрачає своєї актуальності протягом десятиріч. Одним із таких мікроелементів є хром. У зв'язку з його здатністю знижувати оксидативний стрес і хронічне запалення в організмі людини значну увагу приділяють вивченню ролі хрому в лікуванні ожиріння та артеріальної гіпертензії (АГ). Ряд вчених у дослідженнях показали позитивний ефект від саплементації хрому при цих захворюваннях. Однак залишається велика кількість не вивчених питань. Зокрема, більшість досліджень присвячена вивченню ізольованих захворювань, тоді яку багатьох пацієнтів зазвичай наявна коморбідність декількох захворювань. Також поза увагою науковців залишається вивчення ролі цього мікроелемента в дітей. Більшість вчених наголошують на необхідності подальших досліджень у цьому напрямку. Мета роботи — узагальнити дані літератури та результати власних досліджень щодо біологічної ролі хрому та впливу змін його вмісту на перебіг ожиріння та АГ у дітей. Сьогодні роль хрому в лікуванні та профілактиці ожиріння та АГ продовжують вивчати. За даними літературних джерел, у разі зниження рівня хрому в плазмі крові пацієнтів статистично достовірно частіше реєструють ожиріння та АГ. За даними систематичних оглядів, саплементація хрому сприяє зниженню маси тіла, а також систолічного та діастолічного артеріального тиску в пацієнтів з ожирінням та АГ. У результаті проведеного дослідження виявлено, що рівень хрому у волоссі дітей шкільного віку за наявності АГ у поєднанні з ожирінням статистично достовірно ($p < 0,01$) нижчий, ніж у здорових однолітків. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.806. Вроджений гіпоталамічний гіпогонадизм — синдром Каллмана у хлопчиків. Клінічні випадки / Є. В. Глоба, Н. Б. Зелінська, В. А. Єнговатова, О. А. Хорошая, Н. Л. Погадаєва, І. О. Перетятько // Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery. - 2021. - № 4. - С. 53-65. - Бібліогр.: 33 назв. - укр.

Центральний гіпогонадизм (ЦГ) — рідкісне захворювання. Трапляється з частотою 1:8000 у жінок та 1:4000 у чоловіків. У 60 % випадків ЦГ спричинений синдромом Каллмана (СК), що характеризується поєднанням гіпогонадотропного гіпогонадизму з порушенням нюху (гіпосмія або аносмія). Мета роботи — вивчити клінічні особливості та принципи діагностики СК/ЦГ, оцінити ефективність різних методів лікування. Описано 4 випадки ЦГ/СК із трьох сімей. Для підтвердження СК використано лабораторне та інструментальне обстеження. Генетичну діагностику проведено за допомогою таргетного секвенування наступного покоління (tNGS hypogonadotropic panel). У пацієнтів з ЦГ/СК спостерігали широкий спектр клінічних симптомів ураження статевої системи (мікропенія, крипторхізм, мікроорхідизм), які з'явилися в різному віці. У трьох пацієнтів виявлено екстрагенітальну патологію — ураження нирок, очей, дихальної системи, гіпопаратиреоз, гіпотиреоз та епілепсію. Всі пацієнти мали порушення нюху, яке діагностували у двох з них лише під час детального опитування після одержання результату генетичного аналізу. В усіх пацієнтів за результатами проби з трипторелін у дозі 0,1 мг підтверджено діагноз ЦГ. У пацієнтів, яким провели денситометрію, виявлено значний остеопороз. У трьох пацієнтів генетичне дослідження підтвердило наявність гемізиготних патогенних мутацій у гені ANOS1, в одного — гетерозиготної мутації в гені FGFR1. Після лікування препаратами хоріонічного гонадотропіну (лХГ) у двох пацієнтів спостерігали позитивну відповідь (опущення яєчок у калитку, збільшення рівня тестостерону та об'єму яєчок). У решти пацієнтів лікування препаратами (лХГ) було неефективним, тому доцільним методом терапії може бути застосування рекомбінантного людського ФСГ (р-лФСГ) у вигляді праймінгу, надалі — в комбінації з лХГ під контролем лікування. Наявність вираженого мікроорхідизму, крипторхізму, низький рівень антимюллерового гормона та інгібіну В і незадовільна відповідь на попереднє лікування лХГ свідчить про вкрай несприятливий прогноз щодо перебігу захворювання. Для досягнення фертильності у деяких пацієнтів із ЦГ/СК можливе застосування допоміжних репродуктивних технологій. Основною проблемою у лікуванні пацієнтів із СК є різна відповідь на гормональну терапію, зокрема за різних виявів захворювання.

Шифр НБУВ: Ж24380

1.Р.807. Ефекти вітамінів А, Е, D, порушення їх обміну та оцінка рівня вітамінної забезпеченості в дітей (огляд літератури) / О. М. Мочульська, О. Р. Боярчук, М. І. Кінаш, Т. О. Воронцова, Л. А. Волянська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 58-66. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Вітаміни — це група біологічно високоактивних, низькомолекулярних органічних сполук різної хімічної природи, які практично не синтезуються в організмі людини або синтезуються в недостатніх для повного забезпечення кількостях, переважно надходять з їжею і є життєво необхідними для забезпечення перебігу, регуляції метаболічних процесів в організмі. Вітаміни є мікронутрієнтами, які належать до числа есенціальних факторів харчування, їх вміст у продуктах харчування невеликий, як правило, у межах від 10 до 100 мг на 100 г. Вітаміни мають виняткову властивість — здатність до високої біологічної активності в малих дозах, при цьому не є джерелом енергії або пластичного матеріалу, біологічні каталізатори життєвоважливих функцій організму. За фізико-хімічними властивостями та розчинністю вітаміни А, Е, D належать до жиророзчинних, характеризуються термостабільністю, стійкі до дії кислот і лугів, їх основна характеристика полягає в здатності сприяти засвоєнню макро- та мікроелементів. Вітаміни А, Е, D необхідні на всіх етапах росту та розвитку дитячого організму, процесах адаптації. Основними видами порушення обміну вітамінів є авітаміноз, гіпо-, гіпер- та дисвітаміноз, полігіповітаміноз. Важливим є постійний контроль за достатнім вмістом кожного з вітамінів у повсякденному харчовому раціоні дітей. Відомі такі методи оцінки вітамінної забезпеченості: клінічний, біохімічний, розрахунку вмісту вітамінів. Мета роботи — підвищити поінформованість про ефекти вітамінів А, Е, D, їх значення в метаболізмі, проаналізувати основні види порушення їх обміну, навести можливі методи оцінки забезпеченості вітамінами в дітей. Встановлено, що організм дитини потребує постійного надходження вітамінів для підтримки їх кількості на необхідному рівні. Всі життєво важливі процеси перебігають в організмі за безпосередньою участю вітамінів. Майбутні дослідження в галузі вивчення ефектів вітамінів А, Е, D сприятимуть кращому розумінню їх ролі в забезпеченні оптимальної життєдіяльності організму людини. Скринінг і ліквідація дефіциту вітамінів А, Е, D у дітей зможуть не тільки поліпшити стан здоров'я, але й підвищити якість життя.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.808. Окиснювальний стрес як фактор ризику розвитку діабетичної міопатії у дітей / О. Є. Пашкова, Н. І. Чудова // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 13-19. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Мета роботи — визначення патогенетичної ролі окиснювального стресу у розвитку діабетичної міопатії у дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД). Під спостереженням знаходилось 60 дітей, хворих на ЦД 1-го типу (ЦД1), віком від 11 до 17 років. До 1-ї групи ввійшло 20 пацієнтів із тривалістю захворювання до 1 року; до 2-ї групи — 20 пацієнтів з перебігом захворювання від 1 до 5 років; до 3-ї групи було включено 20 пацієнтів з перебігом захворювання 5 років і більше. Групу контролю становили 20 умовно здорових дітей. Усім дітям проводилось вимірювання індексу скелетної мускулатури, ультразвукове дослідження скелетних м'язів і визначення рівня креатинфосфокінази, гомоцистеїну та нітротирозину в сироватці крові. За даними проведеної ультразвукової діагностики встановлено, що у дітей, хворих на ЦД1, у динаміці захворювання відбувалося зниження маси скелетної мускулатури за рахунок зменшення товщини м'язів. Доведено, що гіперглікемія у дітей, хворих на ЦД1, призводила до значного окиснювального стресу, про що свідчило збільшення вмісту гомоцистеїну та нітротирозину в сироватці крові, та ураження скелетних м'язів, що підтверджувалося високими рівнями креатин-

фосфокінази в сироватці крові починаючи з 1-го року захворювання. Найсуттєвіші зміни було встановлено в 3-й групі дітей, у яких визначались найвищі значення гомоцистеїну та нітротирозину у порівнянні як з контрольною, так і 1-ю групою дослідження ($p < 0,05$). Встановлено зворотний кореляційний зв'язок між рівнями гомоцистеїну, нітротирозину та індексом скелетної мускулатури (відповідно $r = -0,39$ ($p < 0,05$); $r = -0,35$ ($p < 0,05$)) та залежність даних показників від стану глікемічного контролю. Висновки: у дітей, хворих на ЦД1, відмічалось прогресивне підвищення активності креатинфосфокінази з 1-го року захворювання, що свідчить про раннє ураження м'язової тканини. Однією з причин ураження скелетних м'язів і формування діабетичної міопатії у дітей, хворих на ЦД, виступав окиснювальний стрес, що посилювався за незадовільного глікемічного контролю.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.809. Тирозинемія типу І у дитини: з досвіду гематолога / О. І. Дорош, М. І. Душар, Ю. С. Масинник, М. В. Стегніцька // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 85-93. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Тирозинемія є рідкісним метаболічним захворюванням, яке виникає внаслідок порушення метаболізму амінокислот і може перебігати під "масками" різних захворювань, дебютуючи в дітей різного віку геморагічним синдромом, гепатолієнальним синдромом, гіпоглікемією, рахітоподібним захворюванням, периферичною нейропатією, змінами в гемограмі тощо. Клінічний випадок. Описано захворювання в дівчинки віком 1 рік 7 міс., що супроводжувалося рецидивними носовими кровотечами, які стали причиною звернення до гематолога. Під час огляду виявлено гепатомегалію з порушенням функції печінки (гіпопротеїнемія, тривала резистентна гіпоглікемія, коагулопатія) із розвитком хронічної печінкової недостатності, асцитом і спленомегалією з ознаками гіперспленізму, асцит, нефромегалію. Проведено диференційну діагностику між онкогематологічним процесом, мієлодиспластичним синдромом і метаболічним захворюванням. Верифіковано тирозинемію типу 1 (hereditary infantile tyrosinemia — (HT-1)) за сукупністю клінічних і біохімічних, молекулярно-генетичних досліджень. Верифікацію захворювання виконано на підставі спектрометрії амінокислот, ацилкарнітинів, сукцинілацетатів і молекулярно-генетичного дослідження. Молекулярно-генетичними дослідженнями, проведеними в лабораторії "INVITAE" (США), виявлено 2 патогенні варіанти, ідентифіковані в FAH-гені c.1069G > T (p.Glu357*) та c.554-1 G > T, які асоціюються з аутосомно-рецесивною тирозинемією. Звернено увагу на важливість диференційної діагностики цього орфанного захворювання. Описано спосіб патогенетичної терапії HT-1 із застосуванням зареєстрованого в Україні лікарського препарату нітизинону (орфадину), спеціальної дієти з низьким вмістом фенілаланіну/тирозину, що мають виражену позитивну клінічну дію та запобігають формуванню непоправних інвалідизуючих розладів. Наголошено на необхідності ранньої діагностики HT-1 і підтримано ініціативу МОЗ України щодо планового неонатального скринінгу орфанних захворювань, до переліку яких входить HT-1, оскільки вчасно розпочате лікування поліпшує якість життя пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.810. Характер харчування та вміст окремих мікроелементів у крові підлітків з ознаками метаболічного синдрому / О. В. Бузницька, Л. А. Страшок // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 38-43. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити характер харчування та рівні цинку і магнію в крові підлітків з ознаками метаболічного синдрому (МС). У клініці ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН" обстежено 200 осіб віком від 14 до 18 років з ожирінням (100 юнаків і 100 дівчат). Усім пацієнтам виконано комплексне клініко-лабораторне обстеження. Дослідження харчової поведінки (ХП) проведено методом анкетування за допомогою Голландського опитувальника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). До контрольної групи залучено 30 здорових однолітків. Застосовано критерії діагностики МС у дітей, запропоновані Міжнародною діабетичною федерацією (IDF, 2007), які надали змогу розподілити хворих на дві підгрупи: 1-ша — з ознаками МС (50,0 %), 2-га — без ознак МС (50,0 %), до кожної з яких увійшли по 100 хворих. За даними анамнезу в підлітків відмічався незбалансований і нераціональний характер харчування, про що також свідчили скарги на больовий і диспепсичний синдром. Аналіз даних DEBQ показав, що в більшості підлітків зустрічався обмежувальний тип ХП — 73,9 ± 3,2 %, також досить поширеними варіантами були екстернальний (у 43,8 ± 3,1 %) та емоціогенний тип ХП (32,3 ± 3,1 %). Результати досліджень показали достовірний дефіцит цинку та магнію в підлітків з ожирінням, на відміну від обстежених групи контролю ($\psi < 0,05$), зокрема, найбільш вагомий ($\psi < 0,05$) спостерігався в групі обстежених з обмежувальним типом ХП. Встановлено, що незбалансоване харчування закономірно призводить як до розладів із боку органів травлення, так і до формування коморбідної патології, зокрема ожиріння та МС. За результатами аналізу результатів опитування DEBQ, у хворих з ознаками МС удвічі частіше відзначалися порушення ХП (71,8 ± 3,7 %), ніж у хворих без них (39,4 ± 4,1 %; $\psi < 0,05$). Серед порушень ХП найпоширенішим був обмежувальний тип (73,9 %). У підлітків відмічався достовірний дефіцит цинку та магнію в організмі ($\psi < 0,05$), зокрема найбільш виражений ($\psi < 0,05$) у групі обстежених з обмежувальним типом ХП. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.811. Характеристика захворювань у дітей при спадковому дефіциті альфа 1-антитрипсину: / О. Л. Цимбаліста // Сучас. педіат. Україна. - 2021. - № 5. - С. 55-65. - Бібліогр.: 38 назв. - укр.

Висвітлено сучасні погляди на генетику, особливості порушень метаболізму, перебіг різних клінічних варіантів маніфестації, критерії діагностики та принцип лікування моногенної ензимопатії — спадкового дефіциту α-антитрипсину (ААТ). Спадковий дефіцит ААТ маніфестує чотирма клінічними синдромами: ураженням дихальної системи (емфіземою легень, хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), бронхіальною астмою (БА), спонтанним пневмотораксом і бронхоектазами); ураженням печінки, судин. Клініка ураження дихальної системи проявляється у віці 20—40 років. Хронічна емфізема легень є характерною для гомозиготних носіїв PIZZ. Найбільш несприятливим варіантом перебігу є фенотип PISZ: постійний кашель, розвивається ХОЗЛ, БА, пневмонії, поєднання різних респіраторних захворювань зі складними порушеннями в системі зовнішнього дихання. БА має тяжкий перебіг із торпідним гнійним ендобронхітом, часто неконтрольована базовою терапією. У хворих із ХОЗЛ загострення є частими, перебігають тяжко та тривало. У зв'язку з редукцією судин малого кола кровообігу наростає гіпертензія в ньому, правошлуночкова недостатність. При дефіциті ААТ спостерігається висока частота бронхоектазів, злоякісних новоутворів у легенях. Ураження печінки маніфестує неонатальним гепатитом, атрезією жовчовивідних шляхів, розвитком цирозу печінки, інфекційних ускладнень. Хронічна форма захворювання характеризується субклінічними змінами біохімічних показників функцій печінки, які в більшості з них (до 70 %) нормалізуються до 18 років. У частини пацієнтів захворювання повільно прогресує та призводить до розвитку цирозу печінки до 20 років — 30 %, у старших — 30—50 %. Доброякісний перебіг ураження печінки може бути у вигляді гепатомегалії. Геморагічний синдром зумовлений тим, що продукт гена інгібітора протеїнази набуває властивостей антитромбіну. Ураження судин маніфестує некротичним панікулітом, тяжким перебігом геморагічного васкуліту з антинейтрофільними цитоплазматичними антитілами до протеїназ (C-ANCA) у сироватці крові. Дефіцит ААТ може поєднуватися з системними васкулітами, аневризмами судин, багатьма захворюваннями, а також із розвитком непластичних процесів різної локалізації. Діагностика спадкового дефіциту ААТ поєднує, крім клінічних проявів, скринінгові програми, інструментальні (рентгенологічні, спірометрію, елекрокардіографію, ультразвукові), лабораторні (функція печінки, коагулограма, імунограма, вміст ААТ у сироватці крові), генетичні дослідження, виключення муковісцидозу, вірусних гепатитів та інших захворювань. Лікування пацієнтів зі спадковою недостатністю ААТ поєднує: адекватне харчування та фізичні навантаження, лікування фонових захворювань, профілактику та своєчасну терапію інфекцій дихальних шляхів, патогенетичну терапію. Патогенетична терапія — заміс-

на (аугментаційна) екзогенним α-антитрипсином. Замісна терапія є показаною тільки пацієнтам у віці понад 18 років із фенотипом PIZZ або іншими рідкими фенотипами ААТ. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.812. Характеристика ліпідного обміну в підлітків з ожирінням та ознаками метаболічного синдрому / О. В. Бузницька // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 49-54. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Одним із найважливіших питань сучасної медичної науки є метаболічний синдром (МС), витоки якого сягають дитячого та підліткового віку. Діагностичні критерії МС для дитячого контингенту розроблені Міжнародною діабетичною федерацією (IDF, 2007). Відомо, що атерогенна дисліпідемія є одним із основних і ранніх критеріїв МС, що відіграє важливу роль у патогенезі атеросклеротичного процесу та пов'язаних із ним серцево-судинних захворювань. У зв'язку з недостатньою кількістю інформації щодо характеру дисліпідемії в підлітків і можливостей її корекції та профілактики є актуальним вивчення цієї проблеми. Мета роботи — вивчити особливості ліпідограми в підлітків з ожирінням та ознаками МС. Обстежено 200 підлітків (віком 14—18 років), хворих на ожиріння, яких розподілено на дві групи: з МС і без нього згідно з чинними рекомендаціями. Контрольна група складалася з 30 підлітків із нормальною масою тіла аналогічного віку. Для досягнення мети усім підліткам проведено комплексне обстеження з акцентом на ліпідний профіль крові уніфікованими методами відповідно до рекомендацій IFCC на напівавтоматичному фотометрі "Cormay Multi". Рівень β-ліпопротеїнів у сироватці крові визначено турбідиметричним методом М. Бурштейна і Ф. Самайла. У підлітків із МС виявлено ознаки атерогенної дисліпідемії, що проявлялися у вигляді підвищених рівнів тригліцеридів, холестерину ліпопротеїнів низької та дуже низької щільності, β-ліпопротеїнів, тенденції до зниження холестерину ліпопротеїнів високої щільності. Встановлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками атерогенної дисліпідемії та антропометричними вимірами, що вказує на підвищений ризик формування порушень ліпідного обміну в осіб саме з абдомінальним ожирінням. Отримані результати допоможуть загострити увагу практикуючих лікарів щодо атерогенної дисліпідемії в підлітків з ожирінням та ознаками МС, а також сприятимуть ранньому терапевтичному втручанню та профілактиці наслідків. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.767, 1.Р.781, 1.Р.783, 1.Р.793, 1.Р.795, 1.Р.872, 1.Р.877

Хвороби опорно-рухової системи

1.Р.813. Важливість визначення ренального тубулярного біомаркера КІМ-1 у дітей з ювенільним ідіопатичним артритом / Т. П. Борисова, С. В. Самсоненко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 27-32. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Ураження ниркових канальців відіграють важливу роль у розвитку та прогресуванні хронічної хвороби нирок (ХХН). Проведено лише одне когортне ретроспективне дослідження поширеності ХХН у дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА). Тому важливою є рання діагностика ураження нирок за допомогою ренальних біомаркерів. Мета роботи — визначити частоту та фактори ризику розвитку структурних тубулярних уражень шляхом вивчення рівня молекули пошкодження нирок-1 (kidney injury molecule-1 -(КІМ-1)) у сечі дітей, хворих на ЮІА, залежно від особливостей клінічного перебігу захворювання, застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Обстежено 80 дітей із ЮІА. Для вимірювання маркера КІМ-1 у зразках сечі застосовано твердофазний імуноферментний аналіз. Показник сечового маркера КІМ-1 в обстежених дітей дорівнював 0,997 ± 0,1662 (0,98; 0,90 — 1,12) нг/мл. Висока активність ЮІА впливала на рівень сечового КІМ-1: серед дітей із високою активністю захворювання у 20 % відмічався високий рівень КІМ-1. Ураження ≥ 6 суглобів майже в 3 рази збільшувало частоту підвищеного рівня КІМ-1 у сечі (OR = 5,00; 95 % CI: 1,65 — 15,15; p < 0,006). Виявлено такі фактори ризику структурних тубулярних уражень нирок у дітей із ЮІА: високу активність ЮІА (OR = 7,25; 95 % CI: 1,22 — 43,22; p < 0,04); артрит ≥ 6 суглобів (OR = 5,00; 95% CI: 1,65 — 15,15; p < 0,006); артрит дрібних суглобів рук (OR = 4,85; 95 % CI: 1,39 — 16,87; p < 0,02); артрит променево-зап'ясткових суглобів (OR = 3,78; 95 % CI: 1,21 — 11,83; p < 0,03); артрит кульшових суглобів (OR = 10,41; 95 % CI: 1,02 — 106,7; p < 0,05). На рівень сечового біомаркера КІМ-1 негативно впливало тривале застосування НПЗП (p = 0,60, p < 0,004). Підвищений рівень КІМ-1 у сечі асоціювався з артеріальною гіпертензією (OR = 12,43; 95 % CI: 2,26 — 68,27; p < 0,003) і зниженою розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ) за формулою Hoek (OR = 15,58; 95 % CI: 4,02 — 60,36; p < 0,001). Встановлено, що структурне ураження ниркових канальців, встановлене шляхом дослідження біомаркера КІМ-1 у сечі, взаємозв'язок зі зниженою рШКФ за формулою Hoek надають підставу припустити наявність ХХН у дітей из ЮІА як наслідок тубулярного ураження. Дослідження рівня КІМ-1 у сечі має входити до плану обстеження хворих на ЮІА дітей для ранньої діагностики ниркового ураження. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.814. Вплив медикаментозної терапії ювенільного ідіопатичного артриту на стан швидкості клубочкової фільтрації в дітей / С. В. Самсоненко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 30-35. - Бібліогр.: 23 назв. - укр.

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) є хронічним захворюванням, що потребує лікування протягом багатьох років із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), імунодепресантів, цитостатиків, імунобіологічних засобів. Вищезазначені лікарські препарати, зокрема, НПЗП і цитостатики, є потенційно нефротоксичними. Мета роботи — виявити вплив медикаментозної терапії в дітей із ЮІА на стан розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) шляхом використання формули Cystatin C — based equation і формули Hoek на підставі визначення сироваткового цистатину С. У дослідженні взяли участь 80 дітей із ЮІА. Вік обстежуваних становив 10,4 ± 4,41 (10,6 — 15,0) року. Всі діти отримували базовий препарат — метотрексат. На момент обстеження НПЗП отримували 22 дитини, імунобіологічні препарати — 25 дітей. Вміст сироваткового цистатину С визначали за допомогою твердофазного імуноферментного аналізу. Для встановлення рШКФ за рівнем цистатину С сироватки крові використовували формули Cystatin C — based equation 2012 і Hoek. НПЗП призводили до зниження рШКФ, виявленого як за формулою Cystatin C — based equation 2012, так і за формулою Hoek. Частота зниження рШКФ у хворих, які отримували НПЗП, за формулою Cystatin C — based equation 2012, становила 100 %, за формулою Hoek — 81,8 %. Застосування НПЗП у дітей із ЮІА є фактором ризику розвитку зниження рШКФ, розрахованого за формулою Hoek. Частота зниженої рШКФ у дітей на тлі застосування НПЗП, становила 54,5 %, що в 6,7 разу частіше у порівнянні з дітьми, які не отримували НПЗП (OR = 12,9; CI: 3,76 — 44,25; p < 0,001). Низький шанс зниження рШКФ за формулою Hoek у дітей із ЮІА, які отримували імунобіологічну терапію, — 9,1 % проти 46,8 % (OR = 0,11; CI: 0,03 — 0,42; p < 0,001). Встановлено, що Застосування НПЗП у дітей ЮІА найчастіше асоціюється зі зниженням рШКФ: за формулою Cystatin C — based equation 2012, — 100 % випадків, p < 0,01, за формулою Hoek — 81,8 %, p < 0,001. Середнє значення рШКФ у дітей, які отримували НПЗП, було значно нижчим, ніж у дітей без НПЗП. Імунобіологічна терапія позитивно впливала на значення рШКФ. Частота зниження рШКФ у дітей, які отримували імунобіологічну терапію, була значно нижчою, ніж у пацієнтів без імунобіологічної терапії, — 9,1 % проти 46,8 % (OR = 0,11; CI: 0,03 — 0,42; p < 0,001). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.815. До проблеми диференційної діагностики міопатичного синдрому при критичних станах та можливості медикаментозної терапії в дітей / В. О. Свистільник, С. Ю. Школьний // Сучас. пе-

діатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 72-78. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Діагностика міопатичного синдрому (МС) у випадку критичних станів (КС) нерідко має складнощі у виявленні його етіології, а це впливає на своєчасність підтвердження діагнозу та вибір лікувальної тактики. МС за КС є однією з частих причин, що призводить до порушення самостійного дихання, необхідності вентиляційної підтримки, тривалої залежності пацієнта від апаратної вентиляції у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ), а також обумовлює складнощі при від'єднанні таких хворих від апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ) у разі спроб переведення на самостійне дихання. Мета роботи — проаналізувати клінічні симптоми МС за КС у дітей; визначити можливості їх медикаментозної терапії. Проведено дослідження серед дітей віком від 3 міс. до 15 років. Пацієнтів дослідженої групи госпіталізовано до ВАІТ у зв'язку з розгортанням у них КС. Застосовано клініко-анамнестичний, запальноклінічний, клініко-невролопчний, клініко-інструментальний і клініко-лабораторний методи обстеження. Проведена диференційна діапностика показала причини розвитку МС при КС у хворих наведеної серії клінічних випадків. Синдром м'язової слабкості був основою клінічного симптомокомплексу в дітей із підтвердженим діагнозом патолопї з групи нервово-м'язових захворювань. МС у пацієнтів із Х-зчепленою мютубулярною міопатією та спінальною м'язовою атрофією (СМА) І типу з наступним розвитком пневмонії та сепсису впливав на розпортання КС. Комбінована антибактеріальна терапія в поєднанні з симптоматичними методами лікування виявилися ефективними у хворопо з міотубулярною міопатією: досяпнута компенсація життєво важливих функцій пацієнта. Етіотропна (комбінована антибактеріальна) терапія пневмонії та сепсису в поєднанні з патопенетичною (хворобомодифікуючою терапією) та дихальною підтримкою в пацієнтки зі СМА надали змогу стабілізувати вітальні функції та від'єднати дитину від апарату ШВЛ. Встановлено, що основними клінічними ознаками МС за КС у пацієнта з міотубулярною міопатією, як і у хворої зі СМА І типу, були гіпотонія м'язів, гіпорефлексія сухожилкових і періостальних рефлексів, м'язова слабкість, що проявилися з періоду новонародженості. Хворобомодифікуюча терапія в поєднанні з комбінованою антибактеріальною терапією та дихальною підтримкою в пацієнтки зі СМА показали ефективність лікування при КС, а це надало змогу перевести дитину на самостійне дихання. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.808, 1.Р.863, 1.Р.917

Інші внутрішні хвороби

1.Р.816. До питання про харчування дітей з ревматичними хворобами: (огляд) / О. А. Ошлянська, О. М. Охотнікова, Л. В. Квашніна // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 66-72. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Наведено дані останніх досліджень щодо впливу активних компонентів продуктів харчування та різновидів дієти на перебіг ревматичних захворювань. Обговорено основні актуальні рекомендації з харчування пацієнтів. Показано, що харчування не чинить доведеного безпосереднього впливу на перебіг ревматичних захворювань у дітей, саме тому без стандартизованої медикаментозної терапії не можна призначати будь-яку дієту, але завдяки збільшенню різноманіття продуктів харчування та їх загальній гармонізації рекомендована лікарем дієта здатна суттєво поліпшити якість життя дитини, зменшити прояви коморбідних станів або небажаних ефектів лікування. У дітей із ревматичною патологією, які мають ураження вісцеральних органів (серця, печінки, нирок), слід застосовувати дієту згідно з гайдлайнами лікування відповідних патологічних станів. Аналогічно, лише пацієнтам, у яких доведений дефіцит вітамінів (у тому числ вітаміну D), потрібно призначати необхідні препарати з урахуванням відповідних настанов. У разі поєднання таких порушень доцільна індивізуалізація харчування з залученням професійного дієтолога. Пацієнти дитячого віку з ревматичними захворюваннями та їхні батьки мають отримати від лікаря інформацію стосовно важливості здорового харчування, яке відповідає віковим потребам і включає різноманітні страви з великою кількістю зернових продуктів, овочів, низьким вмістом насичених жирів, помірним вмістом цукру, однак повне вилучення будь-яких продуктів із раціону є недоцільним. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.817. Оцінка трофологічного статусу дітей з ревматичними хворобами / Л. І. Омельченко, О. М. Муквіч, О. А. Бельська, І. В. Дудка, Т. А. Людвік // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 239-244. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити нутритивний статус дітей з різними нозологічними формами ревматичних хвороб (РХ). Матеріали та методи. Досліджено нутритивний статус 35 дітей з РХ, із них: 5 — із системним варіантом ювенільного ідіопатичного артриту (ЮіА), 13 хворих на суглобову форму ЮіА, 4 пацієнти з системним червоним вовчаком, 3 — зі змішаним захворюванням сполучної тканини (синдром Шарпа), 6 — з ювенільною системною склеродермією, 4 хворі на ювенільний дерматоміозит. Усім хворим проведено загальноприйняте комплексне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Для оцінки трофологічного статусу визначали індекс маси тіла, рівень лептину у сироватці крові імуноферментним методом і розраховували коефіцієнт трофологічного статусу. Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що трофологічна недостатність різного ступеня виявляється у 78,5 % дітей з РХ; клінічно проявляється зниженням маси тіла, виснаженням м'язової маси, жирової тканини, змінами шкіри та її придатків, слизових оболонок, органів зору, ротової порожнини, серцево-судинної системи.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.818. Сучасні погляди на харчування дітей з муковісцидозом: (огляд) / Т. В. Куріліна, Т. В. Марушко, А. О. Писарєв, Н. П. Глядєлова, Т. В. Тараненко, І. Ф. Лазаренко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 38-46. - Бібліогр.: 34 назв. - укр.

Муковісцидоз (МВ) є аутосомно-рецесивним захворюванням, що скорочує тривалість життя. При цьому захворюванні відбувається генералізоване ураження екзокринних залоз із розвитком переважно недостатності підшлункової залози, обструкції дихальних шляхів із прогресуванням ураження легень. Унаслідок недостатності підшлункової залози в пацієнтів наявні мальабсорбція та мальнутриція. Тісний атрибутивний зв'язок МВ із нутритивним станом і несприятливими клінічними наслідками обумовлює необхідність ретельного оцінювання нутритивного стану, індивідуального ведення та моніторингу всіх дітей із МВ. Досягнення оптимального фізичного розвитку та адекватного харчування пацієнтів із МВ натепер є можливим завдяки ранній діагностиці та агресивній нутритивній медичній терапії. Медичні дієтичні втручання спрямовані на забезпечення нормального росту та превенцію мальнутриції, що поліпшить прогноз та якість життя педіатричних пацієнтів із МВ. Висвітлено причини розвитку мальнутриції за МВ, специфічні скринінгові інструменти для моніторингу зростання хворих дітей, критерії стратифікації дітей на групи нутритивного ризику. Наведено порядок обчислення енергетичних потреб з урахуванням активності, ступеня тяжкості захворювання та панкреатичної недостатності. Обговорено призначення медичної нутритивної терапії з уведенням спеціальних продуктів для медичних цілей (клінічного харчування) для забезпечення підвищених потреб в енергії та уникнення вживання енергетично щільних, але бідних на нутрієнти продуктів. Доцільним є залучення до мультидисциплінарної команди психолога, який на регулярній основі може коригувати харчову поведінку та сприяти дотриманню харчових рекомендаціц для досягнення оптимального фізичного розвитку пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.788

Хірургія дитячого віку

1.Р.819. Актуальні питання дитячої хірургії: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Львів, 18—20 листоп. 2021 р.) // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 84-103. - укр.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.820. Використання шкірно-підшкірно-фасціальних ротаційних клаптів на живильній ніжці для закриття поверхневих дефектів у дітей / О. Б. Боднар, С. О. Сокольник, Л. І. Ватаманеску, Р. Ю. Рандюк, А. О. Боднар // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 51-56. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

До захворювань, які супроводжуються значними шкірно-підшкірно-фасціальними дефектами під час оперативного втручання у дітей, відносять: пілонідальну кісту (ПК), спинномозкову грижу (СМГ), гангрену Фурньє та рани. Різноманітні методи хірургічного лікування ПК складаються з етапів: видалення кісти та укриття ранової поверхні з накладанням швів або залишення ранової поверхні відкритою. Існуючі способи укриття дефекту при СМГ у дітей не можуть задовільнити хірургів, оскільки супроводжуються значним натягом тканин, що викликає подальші ускладнення. Гангрена Фурньє у дітей досить рідкісне захворювання з великою площею ураження м'яких тканин. Первинна хірургічна обробка ран у дитячому віці потребує індивідуального підходу з обранням вірного способу закриття дефекту. Мета роботи — вивчити можливості використання ротації васкуляризованих шкірно-підшкірно-фасціальних клаптів (ШПФК) для хірургічного лікування поверхневих дефектів у дітей. Проведено аналіз хірургічного лікування поверхневих дефектів у 73 дітей в умовах Міської дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) з ПК (29 дітей); СМГ (20 дітей); ранами обличчя, кінцівок та тулуба (23 дитини); гангреною Фурньє (1 дитина). Проведено порівняння використання традиційних методів лікування та ротаційних способів використання ШПФК. Проаналізовано строки загоєння та післяопераційні ускладнення. Висновок: застосування шкірно-підшкірно-фасціальної ротаційної пластики клаптями з перфорантними судинами дозволяє зменшити кількість ускладнень після операцій з приводу ПК, СМГ, первинній хірургічній обробці ран, гангрені Фурньє. Дослідження було виконане відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження погоджений Локальним етичним комітетом установи. На проведення дослідження було отримано інформовану згоду батьків та дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.821. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю "Актуальні питання дитячої хірургії", м. Львів, 18 — 20 листопада 2021 року / А. Й. Наконечний, А. С. Кузик // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 9-12. - укр.

Організаторами конференції були Всеукраїнська асоціація дитячих хірургів, кафедра дитячої хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр. Захід відбувався у змішаному форматі (офлайн та онлайн). Оргкомітет конференції під головуванням проректора з наукової роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професора Наконечного А. Й. забезпечив дотримання усіх необхідних протиепідемічних заходів. Вхід у зал був виключно за наявності сертифіката про вакцинацію від COVID-19 (пред'явлення паперового чи електронного сертифіката на вході) або негативного тесту, зробленого не більше ніж за 48 год перед початком конференції. Учасникам, які не мали тесту, була надана можливість проведення експрес-тесту поруч із залом конференції. Усю інформацію стосовно Форуму організатори подавали в онлайн-режимі на електронній сторінці конференції www.pedsurgery.in.ua. У роботі конференції взяли участь понад 180 дитячих хірургів, урологів, травматологів, анестезіологів з України, а також колеги з Туреччини, Ізраїлю, США, Польщі.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.822. Гострий гематогенний остеомієліт у дітей: питання діагностики та лікування / П. С. Русак, О. К. Толстанов, С. О. Русак, О. В. Зінкевич, Ю. Л. Волошин, О. М. Конторович // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 24-37. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати результати лікування та удосконалити алгоритм діагностики, лікування і реабілітації дітей з гострим гематогенним остеомієлітом (ГГО). Проведено дослідження 884 дітей з ГГО, яких лікували в хірургічному відділенні КНП "Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня", КНП "Житомирська обласна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського" (дитяче хірургічне відділення до 1986 р. знаходилося в обласній дорослій лікарні) у період 1978 — 2019 рр. Хлопчики становили 60,5 %; більшість (488, або 55,1 %) хворих були жителями села; діти шкільного віку (від 7 до 15 років) складали 353 (39,9 %) особи, діти першого року — 228 (25,8 %) осіб. Дослідження дії ліпосомальних препаратів (ЛП) в комплексному лікуванні та антибіотиків на фізіологічному розчині проведено на двох групах: дослідна — 50 дітей та контрольна — 49 дітей. Для контролю за перебігом захворювання й ефективністю лікування проведено загальне клініко-лабораторне обстеження, рентгенологічне, ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну (КТ) і магнітно-резонансну томографію (МРТ), мікробіологічне й імунологічне обстеження. Висновки: діагностика ГГО на сьогодні потребує комплексного обстеження: анамнез, локальні зміни та генералізація процесу, МРТ, УЗД, рентгенографія на пізніших термінах. Вирішальним у лікуванні дітей з ГГО є своєчасна і повноцінна санація вогнища зони ураження, тому провідними фахівцями в лікуванні цього захворювання мають бути дитячі хірурги, а консультація суміжних спеціалістів — за потреби. Емпіричну стартову антибіотикотерапію слід планувати з урахуванням переважання висіяних мікроорганізмів у хворих із різними формами ГГО та чутливості до антибіотиків. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.823. Перша науково-практична конференція з міжнародною участю "Охматдитівські читання": Секції дитячої хірургії та ортопедії, м. Київ, 23—24 вересня 2021 року / А. Ф. Левицький, В. П. Притула, П. С. Русак, С. С. Чернишук // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 6-8. - укр.

23—24 вересня 2021 р. відбулася Перша науково-практична конференція з міжнародною участю "Охматдитівські читання". Організатором конференції була Національна дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ" МОЗ України за ініціативи її генерального директора, доктора медичних наук Жовніра В. А.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 1.Р.859

Хірургічна патологія окремих ділянок, систем і органів

1.Р.824. Актуальні проблеми класифікації аноректальних вад розвитку в дітей у сучасних умовах (огляд літератури) / О. П. Джам, О. К. Слєпов // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 41-48. - Бібліогр.: 31 назв. - укр.

Враховуючи багатогранність анатомо-функціональних проявів природжених аноректальних вад розвитку, одне з перших місць, за актуальністю, займає розробка класифікації цієї патології з метою однакового розуміння клініцистами проявів цієї вади й розробки оптимальних єдиних критеріїв тактики та стратегії лікування. Представлено історичні та узагальнено сучасні відомості про класифікацію аноректальних вад розвитку в дітей. Визначено, основні суперечливі питання існуючих класифікацій. Висвітлено питання актуальності використання Krickenbeck класифікації при лікуванні цих вад. Під впливом різних колоректальних шкіл, історично, склалися відмінні освітні та методичні підходи до лікування аноректальних мальформацій. Перший міжнародний конгрес дитячих хірургів був проведений в місті Мельбурн, Австралія, у 1970 р. На Мельбурнській зустрічі було створено міжнародну класифікацію аноректальних вад розвитку. У її основі лежав розвиток вад на етапах ембріогенезу та розділення їх за статтю. Виділено низькі, проміжні та високі аноректальні вади розвитку. Друга всесвітня зустріч дитячих хірургів була організована в місті Wingspread, штат Вісконсін, США, у 1984 р. На ній F. D. Stephens і E. Smith з групою фахівців із різних країн світу запропонували розгорнуту класифікацію ПАВР. Перевага класифікації Wingspread полягала в тому, що її можна використовувати для прогнозування найоптимальнішого хірургічного методу лікування за різних варіантів аноректальних вад. Третя міжнародна конференція з розробки стандартів лікування природжених аноректальних вад розвитку відбулася в місті Krickenbeck, Німеччина, у 2005 р. Ця конференція кардинально змінила останню класифікацію, вилучивши терміни "низький", "проміжний" та "високий" і відмінності між аномаліями жіночої та чоловічої статі. Оцінка залежала від наявності та типу нориці. Причиною прийняття такої класифікації була велика складність у порівнянні результатів різних операцій за старою класифікацією Wingspread. Особливістю даної класифікації

є великий внесок колег з Індійського та Азіатського субконтиненту щодо оперативного лікування декількох аномалій, зокрема: Pouch colon, які рідко зустрічаються в інших країнах. На сьогодні дитячі хірурги в Україні здебільшого не застосовують класифікацію Krickenbeck, хоча остання є загальноприйнятою у більшості країн світу. Це призводить до застосування різних підходів до хірургічного лікування природжених аноректальних вад розвитку, що підкреслює актуальність подальшого вивчення цього питання.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.825. Вроджена діафрагмальна кила: клінічні випадки в дітей позанеонатального віку / А. Г. Бабінцева, Ю. Ю. Ходзинська, М. В. Хома, С. І. Басістий, О. В. Макарова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 100-104. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Вроджена діафрагмальна кила (ВДК) — дефект розвитку діафрагми, який здебільшого супроводжується проникненням органів черевної порожнини в грудну клітку. Мета роботи — акцентувати увагу лікарів педіатрів, лікарів загальної практики — сімейної медицини, дитячих хірургів на проблемі своєчасної діагностики ВДК, клінічні прояви якої маніфестують у пацієнтів позанеонатального віку. Клінічні випадки. Наведено два клінічні випадки. Перший — правобічна хибна ВДК в дитини 6-місячного віку з гострим початком захворювання у вигляді поєднання дихальних розладів та патологічної кишкової симптоматики, візуалізацією петель кишечника у правій половині грудної клітки; другий — лівобічна хибна ВДК в дитини 10-місячного віку з підгострим початком захворювання, переважанням патологічної дихальної симптоматики та візуалізацією шлунка в лівій половині грудної клітки. Завдяки своєчасному діагностичному пошуку та оперативному втручанню, обидва пацієнти виписані додому в задовільному стані. Висновки: незважаючи на сприятливіший перебіг ВДК в дітей віком від 1 місяця, він може набувати блискавичного характеру та асоціюватися з небезпекою для їхнього життя. Це зумовлює необхідність виконання відповідного диференційно-діагностичного комплексу усім дітям із гострими або хронічними дихальними розладами та кишковою патологічною симптоматикою, у тому числі проведення грамотної інтерпретації результатів оглядової та контрастної рентгенографії органів грудної клітки та черевної порожнини. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.826. Досвід успішного хірургічного лікування хронічної блювоти рідкісної етіології в дитини / В. Б. Давиденко, Н. В. Рой, К. Ю. Пащенко, А. В. Александрова, І. В. Калмикова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 59-62. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Блювота в дітей — часта скарга в будь-якому медичному закладі, що обслуговує дітей. Зазвичай блювання має органічне шлунково-кишкове або інфекційне походження, під час обстеження такого пацієнта можна встановити етіологію блювоти та призначити етіотропне лікування для одужання. Але в рідкісних випадках блювота може бути викликана рідкісною дисфункцією органів і систем органів, що не можна виявити під час всебічного обстеження, а результати якої можуть варіюватися аж до небезпечних для життя. Клінічний випадок. Наведено клінічне спостереження успішного хірургічного лікування дитини з синдромом хронічного блювання, ускладненого гіпотрофією III ст., білково-енергетичною недостатністю тяжкого ступеня внаслідок наркотичної фетопатії, абстинентного синдрому. Показано значення міждисциплінарної співпраці, ефект хірургічного лікування у хворого на неврологічну патологію. Ефективність хірургічного втручання підтверджено безпосередніми результатами раннього післяопераційного періоду та катамнестично, шляхом спостереження дитини протягом 2 років. Встановлено, що позитивний результат лікування вказує на ефективність міждисциплінарної роботи та патогенетичного підходу до лікування рідкісної форми блювоти, зважаючи на неможливість призначення етіотропного лікування в цьому випадку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду опікунів дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.827. Особенности течения и сравнительная характеристика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов детского возраста с атрезией пищевода после первичной пластики / М. Г. Аксенчик, К. Ю. Мараховский, В. И. Аверин // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 24-29. - Библиогр.: 13 назв. - рус.

Цель работы — оценить клинические данные и данные суточной внутрипищеводной pH-импедансометрии у пациентов детского возраста с корригированной атрезией пищевода. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 43 пациентов детского возраста с корригированной атрезией пищевода (КАП) в возрасте от 1 года до 14 лет, обследованных в ГУ “РНПЦ Детской хирургии” с ноября 2017 г. по март 2020 г. Средний возраст группы: 5,09 ± 1,2 лет, из них мальчиков — 23 (53,5 %), девочек — 20 (46,5 %). Всем пациентам с КАП выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и суточная внутрипищеводная pH-импедансометрия вне кислотосупрессивной терапии. Выводы: распространенность ГЭРБ у пациентов с КАП в этом исследовании составила 54,06 %. Внепищеводная симптоматика (в частности, кашель) является превалирующей у пациентов с КАП (70,3 %). ГЭРБ может протекать у пациентов с КАП бессимптомно. В данном исследовании у 15 % пациентов с КАП с подтверждённым ГЭРБ отсутствовали симптомы (бессимптомные пациенты). Пациенты с КАП в группах исследования редко имели типичные симптомы ГЭРБ (изжога, срыгивание, загрудинная боль и отрыжка). 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.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.828. Особливості лікування дітей з епітеліальним куприковим ходом, які дають змогу отримати задовільний результат / Г. В. Корнієнко, В. О. Дмитряков, О. Д. Кокоркін, І. А. Маловічко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 55-58. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

За 10 років (2010—2020 рр.) проліковано 46 дітей з епітеліальним куприковим ходом. У 40 (87 %) дітей були куприкові кісти з куприковою норицею, у 6 (13 %) хворих нориці не було. Превалювала кількість хлопчиків — 32 (67 %), дівчат — 14 (33 %), що відповідає даним літератури. За віком хворі розподілені так: до 10 років — 6 (13 %) хворих, 10 — 14 років — 8 (17 %), від 14 років — 32 (70 %) хворі. Кількість гнійних ускладнень за цей період зменшилася вдвічі (з 12 до 6 %). Оскільки характер застосованих оперативних втручань за цей час суттєво не змінився, то позитивний результат, на думку авторів, отримано внаслідок удосконалення старих і впровадження нових методів ведення перед- і післяопераційного періодів (ПОП). Проведено аналіз передопераційної підготовки, відображено деякі етапи оперативного втручання, деталізовано правила ведення ПОП. Зроблено акцент на важливості таких методів лікування дітей з епітеліальним куприковим ходом. До операції: проведення фістулографії як вкрай важливого методу діагностики; застосування гіпоалергенних депіляторних кремів із метою підготовки операційного поля. Операція: проведення та завершення операції без лігатур в операційній рані завдяки ретельному гемостазу, що унеможливлює виникнення лігатурних фістул у ПОП. Після операції: заборона сидіти протягом двох тижнів і виконання правил асептики в ділянці операційної рани забезпечує зазвичай первинне загоєння. Виконання вказаних особливостей у лікуванні дітей з епітеліальним куприковим ходом надає змогу отримати задовільний кінцевий результат.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.829. Перший в Україні досвід застосування лінійних степлерів при накладанні ентероанастомозу у дітей / О. К. Слєпов, М. Ю. Мигур, О. П. Пономаренко, О. П. Гладишко, Г. В. Голопапа // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 15-20. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Проведення об’ємного оперативного втручання у дітей, особливо, з низькою масою тіла, асоційоване з подовженням часу операції та погіршенням перебігу післяопераційного періоду. Тому, для скорочення часу операції, хірургічні клініки розвинутих країн світу застосовують лінійні зшиваючі апарати для накладання анастомозів у дітей, особливо раннього віку. У недоношеної новонародженої дитини, з масою при народженні 1420 г, діагностовано некротичний ентероколіт, із перфорацією здухвинної кишки та розлитим перитонітом. За життєвими показами, проведено операцію: лапаротомію, санацію черевної порожнини, виведення ентеростом за Мікулічем. Після повної стабілізації загального стану дитини, при досягненні 2550 г маси тіла, у віці 2 місяців, проведено закриття ентеростом із накла-

данням степлерного ілео-ілеоанастомозу лінійними степлерами. Через 14 діб після операції дитиною досягнуто повної ентеральної автономії. Післяопераційні хірургічні ускладнення відсутні. У віддаленому післяопераційному періоді дитина добре набирає масу тіла, росте і розвивається відповідно віку. Висновки: застосування лінійних степлерів при створенні ентероанастомозів дозволяє значно скоротити тривалість операції у дітей, зокрема, недоношених із низькою масою тіла. Рівень V. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.830. Порівняльна характеристика способів хірургічного лікування пілонідального синусу в дітей / О. Б. Боднар, Р. Ю. Рандюк, Б. М. Боднар, Л. І. Ватаманеску, С. О. Сокольник, М. В. Хома // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 72-76. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Пілонідальний синус (ПС) — поширена патологія куприкової зони, що зустрічається з частотою 26 на 100 тис. осіб. Відомі методи оперативного втручання, які застосовуються для лікування ПС, супроводжуються високою кількістю ускладнень і рецидивів. Питання пошуку способів лікування ПС у дітей для зменшення кількості ускладнень і скорочення тривалості загоєння післяопераційної рани залишається актуальним. Мета роботи — провести порівняльний аналіз лікування ПС у дітей із застосуванням шкірно-фасціальної пластики, підшивання до дна рани та ушиття рани наглухо. Проаналізовано 90 випадків ПС у дітей, оперованих у КНП "Міська дитяча клінічна лікарня". Проведено порівняння застосування методів: шкірно-фасціальної пластики у власній модифікації, видалення синусу з наступним підшиванням країв рани до фасції та ушиття рани наглухо. Проаналізовано тривалість оперативних втручань, терміни загоєння післяопераційних ран, інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді, тривалість госпіталізації та наявність ускладнень. Показник інтенсивності болю після шкірно-фасціальної пластики був на 60 % нижчим на першу добу та на 70 % на другу й третю добу порівняно з показниками інтенсивності болю після підшивання до фасції та після ушиття рани наглухо. Терміни загоєння були найкоротшими після шкірно-фасціальної пластики. Кількість післяопераційних ускладнень була втричі нижчою в оперованих методом шкірно-фасціальної пластики порівняно з іншими методами. Висновки: шкірно-фасціальна пластика надає змогу зменшити інтенсивність болю на понад 60 % порівняно з іншими методами та скоротити терміни загоєння рани більше ніж на 26 та 65 % порівняно з групами підшивання до фасції та ушивання наглухо відповідно. У разі застосування методу видалення ПС із наступною шкірно-фасціальною пластикою в дітей кількість ускладнень зменшується втричі. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.831. Правобічні природжені діафрагмальні грижі — досвід лікування центру неонатальної хірургії / О. К. Слєпов, О. П. Пономаренко, М. Ю. Мигур, Л. Ф. Слєпова, О. П. Гладишко, Г. В. Голопапа // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 13-23. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Пироджені правобічні діафрагмальні грижі (ПДГ) відносяться до особливої форми діафрагмальних гриж. Характеризуються відносно невеликою частотою та особливостями анатомії, діагностики, клінічного перебігу, виживання. Мета дослідження — проаналізувати результати лікування правобічних діафрагмальних гриж у новонароджених дітей. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби та протоколів аутопсії 22 новонароджених дітей з правобічним дефектом діафргагми, які знаходились у клініках ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О. М. Лук'янової НАМН України", протягом останніх 37 років. У 3 випадках констатовано мертвонароджуваність, в усіх живонароджених дітей (n = 19) з правобічною ПДГ вада була симптоматичною. Причому, 84,2 % (n = 16) з них симптоми захворювання виникли відразу після народження, 10,5 % (n = 2) — з першої по 6 годину життя, 5,3 % (n = 1) — після 24 годин від народження. Ознаки легеневої гіпертензії визначали на підставі різниці пре/постдуктальної сатурації периферичної крові. Так, у 62,5 % (n = 5) оперованих дітей та у 63,6 % (n = 7), які померли на етапах стабілізації, різниця пре- і постдуктальної сатурації складала більше 10 %, що свідчило про наявність 100 % легеневої гіпертензії та шунтування крові справа наліво, через фетальні комунікації. Час доопераційної стабілізації складав від 1 до 23 діб, в середньому 7,25 діб. Оперовано 8 дітей. Хірургічним доступом була правобічна субкостальна лапаротомія (n = 5) або правобічна торакотомія (n = 2). В одному випадку був комбіновний доступ: правобічна лапаротомія + правобічна торакотомія. Вижило 5 дітей, померло — 3. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.832. Результати діяльності центру дитячої фтизіохірургії Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, С. М. Шалагай, Л. І. Леванда, Т. В. Кирилова // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 21-27. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Дитячі хірурги часто зустрічаються з різними показаннями щодо діагностики та лікування патології органів грудної порожнини (ОГП). Часто лише інвазивні методи, такі як біопсія, у тому числі відеоасистована (VATS), можуть допомогти встановити діагноз і визначити тактику подальшого лікування. Однією з причин виконання торакальних операцій у дітей в Україні є туберкульоз (ТБ). Мета роботи — оцінити результати хірургічного лікування дітей та підлітків з патологією ОГП. 01.01.2019 на базі відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ було створено центр дитячої фтизіохірургії. Проаналізовані результати хірургічного лікування 34 дітей із патологією ОГП за період з 2019 по 2020 рр. Серед прооперованих пацієнтів переважали особи чоловічої статі — 18 (52,9 %), середній вік хворих склав 12,9 років (від 4 до 17 років). Більшість хворих — 20 (58,8 %) були прооперовані з приводу туберкульозу легень, плеври, внутрішньо грудних лімфатичних вузлів. Проведено VATS операцій — 16 (34,0 %); 1 пульмонектомія з медіастінальною лімфодисекцією дівчинці 10 років, у якої була діагностована міофібробластична пухлина верхньої частки лівої легені з розповсюдженням на корінь легені; 1 (2,1 %) однопортова VATS біопсія новоутворення грудної стінки 13 річному хлопчику, якому в результаті паталогоморфологічного дослідження встановлено діагноз злоякісної фіброзної гістіоцитоми. Післяопераційної летальності не було. Післяопераційні ускладнення спостерігались у 3 (8,8 %) хворих. Висновки: хірургічне лікування надає можливість підвищити ефективність лікування дітей хворих на ТБ легень в умовах епідеміологічної ситуації в Україні. Застосування VATS біопсії легені є ефективним методом діагностики, який дозволяє суттєво прискорити час встановлення основного діагнозу. При необхідності резекційного хірургічного лікування патології легень у дітей, перевагу слід віддавати анатомічним резекціям. VATS мініінвазивні резекції легень мають переваги над традиційними хірургічними втручаннями з використанням торакотомії, за рахунок меншого травматизму операції і скорочення терміну післяопераційного стаціонарного лікування. Імплантація внутрішньо венних порт-систем для тривалих інфузій є важливим елементом терапії резистентних форм ТБ, що дозволяє покращити прихильність до лікування і зменшити фізичний і психологічний дискомфорт дитини, та підготувати її до подальшого оперативного втручання за необхідності. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом зазначеної у роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.833. Чи безпечний емпіричний підхід до виконання доступу при хірургії пілонідальної хвороби у дітей? / В. С. Конопліцький, Р. В. Шавлюк // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 43-50. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Мета дослідження — визначити топічну локалізацію структурних складових анального сфінктеру та сформулювати основні постулати формування безпечного анатомічного доступу при хірургії пілонідальної хвороби у дітей. Дослідження було проведено на 10 тілах померлих дітей, що за життя не мали патології крижово-куприкової ділянки та тазу, віком від 12 до 17 років, серед яких 5 дівчаток та 5 хлопчиків. Препаровано стовпчики м'яких тканин шириною в 1

см й довжиною до 5 см на відстані 1 см від ануса на 12 год., 3 год., 6 год. та 9 год. відповідно до циферблату, в положенні на спині. Після підготовки та фіксації препаратів виконано їх фарбування та виготовлено поперечні зрізи анальних сфінктерів товщиною 5—7 мкм. Проведено аналіз отриманих морфометричних даних. Висновки: наявні анатомічні описи анальних сфінктерів потребують у сучасному світі більш грунтовного дослідження задля попередження їх травмування під час виконання оперативних втручань. Зовнішній анальний сфінктер має просторову форму триповерхової овальної структури, витягнутої у передньо-задньому напрямку із переважанням каудальної м'язової порції. При виконанні радикальних оперативних втручань з приводу пілонідальної хвороби у дітей за cleft-lift методикою необхідно завершувати край оперативного доступу на відстані не ближче, ніж за 3,0 см до краю анального сфінктеру. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом зазначеної у роботі установи. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.834. VATS-резекція нижньої долі лівої легені як результат лікування віддаленого наслідку перенесеної аспірації стороннього тіла в дихальні шляхи дитини: клінічний випадок / М. С. Опанасенко, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, І. В. Ліскіна, Б. М. Конік, Л. М. Загаба, М. Ю. Шамрай, С. М. Білоконь // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 90-96. - Бібліогр.: 6 назв. - укр.

Сторонні тіла у дихальних шляхах (СТ у ДШ) — досить актуальна проблема, яка зустрічається в будь-якому віці й вимагає термінової, а іноді екстреної оцінки ситуації, обстеження, прийняття правильного рішення. За статистикою, найчастіше СТ у ДШ зустрічаються в дитячому віці. Приблизно в 95 — 98 % випадків ця патологія виявляється у дітей віком 1,5—3 роки. Пов'язано це з особливостями поведінки малюків, їх анатомо-фізіологічними особливостями і недорозвиненням захисних рефлексів. Серед усіх випадків СТ у ДШ, чужорідні тіла гортані зустрічаються в 12 %, трахеї — у 18 %, бронха — у 70 % спостережень. У 80 % випадків СТ потрапляють у правий бронх, оскільки він є більш широким і прямим продовженням трахеї. Правильний діагноз встановлюється в ранній термін після аспірації СТ у 40—57 % пацієнтів. Показник летальності коливається, за даними різних авторів, від 2 до 15 %. Хлопчик В., 2008 р.н., госпіталізований 30.05.2019 р. у відділення дитячої пульмонології зі скаргами на частий малопродуктивний кашель, переважно денний, що посилюється при фізичному навантаженні, іноді субфебрильну температуру тіла, слабкість, в'ялість, зниження апетиту. Ці скарги спостерігаються втретє за останні пів року. Діагноз: Стороннє тіло В10 лівої легені. Висновок: аспірація стороннього тіла в дихальні шляхи найчастіше відбувається у ранньому дитячому віці (1—3 роки). Клінічна картина на ранніх етапах протікає безсимптомно, а з часом призводить до розвитку запальних змін в легенях, що лікуються консервативно. Враховуючи складність діагностики, аспірація стороннього тіла може призводити до частих повторних пневмоній, формування бронхоектазів у нижніх відділах легень, що може потребувати оперативного лікування. Золотим стандартом діагностики є фібробронхоскопія та спіральна комп'ютерна томографія органів грудної порожнини (СКТ ОГК), за допомогою яких у ранній термін після аспірації можна виявити і в подальшому вилучити стороннє тіло з дихальних шляхів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 1.Р.769, 1.Р.857, 1.Р.860, 1.Р.867

Хірургічна патологія ділянки живота

1.Р.835. Етапне хірургічне лікування аноректальної атрезії, асоційованої з атрезією товстої кишки II типу та аномаліями сечовивідної системи, у новонародженого хлопчика (клінічне спостереження та огляд літератури) / О. П. Джам, О. К. Слєпов, В. П. Сорока, М. В. Пономаренко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 54-62. - Бібліогр.: 21 назв. - укр.

Аноректальна вада розвитку є природженою аномалією і може бути як ізольованою, так і асоційованою. Ця мальформація часто поєднується з іншими природженими вадами, зокрема VACTERL-асоціацією (аномалії хребта, анальної ділянки, серця, трахеї, стравоходу, нирок і кінцівок), що потребує комплексної діагностики в цих пацієнтів. Природжені вади розвитку шлунково-кишкового тракту, інші, ніж атрезія стравоходу, зустрічаються рідко. Наведено клінічний випадок асоційованих природжених аномалій шлунково-кишкового тракту і сечовивідної системи в новонародженого хлопчика: безнорицевої форми природженої аноректальної вади розвитку, атрезії сигмоподібної кишки, II типу, з незавершеним поворотом кишечника, міхурово-сечовідного рефлюкса, пієлоектазії, праворуч, та вінцевої гіпоспадії. Проведення комплексної діагностики перед кожним етапом оперативного лікування дозволило визначити певний спосіб і техніку хірургічної корекції. Це дало змогу зберегти частину кишечника, що була у вигляді ентерокісти, і сформувати неоректум, а також діагностувати функціональну неспроможність преатретичного сегмента ободової кишки та провести його видалення. Атрезія сигмоподібної кишки не є поширеною поєднаною вадою розвитку при природженій аноректальній ваді розвитку, але має враховуватися при диференційній діагностиці в новонароджених із прогресуючим здуттям живота, при безнорицевих формах аноректальних мальформацій. Запропоновану етапність хірургічного лікування зазначених асоційованих вад розвитку слід розцінювати як органозберігаючу, що дала змогу відновити нормальну функцію шлунково-кишкового тракту та сечовивідних шляхів, з хорошим функціональним результатом. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.836. Значення комплексної оцінки інтегрального показника ендогенної інтоксикації організму та ультразвукової візуалізації апендиксу в діагностиці гострого апендициту у дитячому віці / Ю. Є. Коробко, В. С. Конопліцький, О. О. Ольхомяк // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 59-65. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета роботи — на основі конкретного клінічного спостереження в динаміці перебігу абдомінального больового синдрому визначити комплексну діагностичну значущість інтегрального показника ендотоксикозу організму та ультразвукове дослідження (УЗД). За інтегральний показник ендогенної інтоксикації обрано запропонований інтегральний показник, який обчислювали з урахуванням показників загального аналізу периферійної крові: кількості лейкоцитів, швидкості осідання еритроцитів і показників лейкограми за формулою. Для полегшення обчислення величини сумарного індексу ендогенної інтоксикації розроблено калькулятор на базі програми для роботи з електронними таблицями Excel, у середовище якої інтегрували запропоновану формулу індексу. УЗД виконували з допплерівським скануванням на УЗ-апаратах "SAMSUNG H60" (виробник Південна Корея) та "SAMSUNG" LS22EMU1HS (Seoul. Korea, 2016). Одночасне зіставлення динаміки місцевих змін у клінічній картині, гемограмі, величині ендогенної інтоксикації та візуальних знахідок при УЗД органів черевної порожнини дає змогу уникнути невиправданого оперативного втручання в пацієнтів з абдомінальним болем. Правильно зібраний анамнез, оцінювання фізикальних, клініко-лабораторних показників і даних лабораторних методів обстеження, залучення необхідних вузьких спеціалістів дають змогу уникнути помилок у діагностиці гострого апендициту в дітей. Доцільним і виправданим у діагностичному оцінюванні клінічної картини в разі підозри на гострий апендицит є зіставлення показників інтегрованого індексу ендогенної інтоксикації, зокрема, сумарного індексу ендогенної інтоксикації з ультразвуковою візуалізацією апендикса в динаміці перебігу патологічного процесу. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.837. Кишкова непрохідність, викликана дивертикулом Меккеля, в дітей / І. В. Ксьонз, Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко, О. В. Овчар, Є. В. Пилипюк // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 72-76. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Дивертикул Меккеля (ДМ) — найпоширеніший варіант аномалій неповної облітерації жовткової протоки. Серед різноманітних вад розвитку травного каналу, які можуть спричинити кишкову непрохідність, ДМ посідає перше місце і становить 1,7 %. Мета робо-

ти — узагальнити результати лікування дітей з кишковою непрохідністю, викликаною ДМ. Узагальнено досвід лікування 183 дітей з ДМ та пов'язаною з ним патологією. Основними ускладненнями ДМ були кишкова непрохідність, кровотеча з пептичної виразки, дивертикуліт. У 100 дітей дивертикул був безсимптомним і виявився випадковою знахідкою під час хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини з приводу іншої патології. Кишкова непрохідність, викликана ДМ, становила 20,8 % усіх випадків і 45,7 % усіх ускладнень, пов'язаних із дивертикулом. Странгуляційну кишкову непрохідність діагностовано у 18 пацієнтів: у 16 ДМ викликав внутрішнє защемлення, в 1 — заворот петель тонкої кишки навколо фіксованого дивертикулу, в 1 — вузлоутворення. У 5 спостереженнях ДМ викликав явища часткової кишкової непрохідності. У 15 дітей виявлено інвагінацію (тонкокишкову — у 6 випадках, ілеоцекальну — у 9). Наведено клінічні випадки, що показують складнощі діагностики кишкової інвагінації, викликаної ДМ, у дітей старшого віку та при защемленні тонкої кишки в мезодивертикулярній зв'язці. Запропоновано спосіб субсерозної дивертикулектомії та одномоментної декомпресії тонкої кишки. ДМ слід розглядати як імовірну причину гострої кишкової непрохідності в дітей віком від 2 років та яким раніше не виконували оперативні втручання на органах черевної порожнини. У хірургічному лікуванні патології, викликаної ДМ, можливим є одномоментна декомпресія тонкої кишки шляхом дивертикулотомії та субсерозне видалення дивертикулу. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.838. Клінічний випадок множинних перфорацій кишечника магнітами / О. В. Риженко, О. В. Передерій // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 80-83. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Сторонні тіла травного тракту в дітей — часта причина звернення по невідкладну хірургічну допомогу. Поміж сторонніх тіл травного тракту особливої уваги потребують неодимові магніти, відомі своєю потужністю до притягання і високою стійкістю до розмагнічування. Звичний вік госпіталізованих дітей зі сторонніми магнітними тілами кишечника — 2—4 роки. Проковтування неодимових кульок може супроводжуватися тяжкими ускладненнями, такими як перфорація, фістула, заворот кишечника, перитоніт, синдром короткої кишки; трапляються септичні стани з летальними наслідками. Наведено клінічний випадок проковтування 17 окремих магнітів дворічним хлопчиком протягом тривалого часу, що призвело до множинних перфорацій кишечника. Дитину госпіталізовано без анамнестичних даних щодо сторонніх тіл до травного тракту. Магніти в кишечнику діагностовано рентгенологічно. Застосовано раннє оперативне втручання зі щадною хірургічною тактикою. Дитину виписано зі стаціонару з одужанням. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.839. Консервативне (неінвазивне) ведення пацієнтів дитячого віку з кістами селезінки / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, А. С. Кузик, С. Ф. Хуссейні, Т. Г. Гутор // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 26-31. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Погляди хірургів щодо лікувальної тактики при кістах селезінки (КС) у дітей широко дискутуються в літературі. Окремими питаннями є показання та методика консервативного (неінвазивного) ведення (спостереження) пацієнтів з КС. Мета роботи — розробити раціональні тактичні підходи консервативного (неінвазивного) ведення пацієнтів дитячого віку з КС. Проведено ретроспективний аналіз консервативного (неінвазивного) ведення 90 (33,96 %) із 265 пацієнтів дитячого віку з КС. Не оперували дітей за наявності в селезінці кістозного утворення діаметром менше 20 мм (n = 61). Їм проведено УЗД спочатку 2 рази на 6 місяців, після цього — 2 рази на рік, до досягнення пубертатного віку. Прогресування росту кіст у цих дітей не спостережено. Також не оперували тих дітей, у яких розміри кіст в селезінці були від 20 до 62 мм, мали безсимптомний перебіг і батьки не давали згоди на хірургічне лікування (n = 29). Це найскладніша група пацієнтів для аналізу, оскільки у більшості із них відсутня інформація щодо динаміки. За результатами динамічного спостереження у 19 із 29 обстежених пацієнтів регресу кіст у селезінці не відмічено, що в наступному слугувало показанням до хірургічного лікування. За наявності кіст у селезінці можливий вибір хірургічного лікування або консервативного (неінвазивного) ведення. Лікувальна тактика при КС у пацієнтів дитячого віку — строго індивідуальна і залежить від розмірів і локалізації ураження паренхіми. При КС діаметром до 20 мм раціональним є консервативне (неінвазивне) ведення, що підтверджено відсутністю прогресування росту кіст у цих дітей. Динамічне спостереження пацієнтів з КС діаметром більше 20 мм підтверджує відсутність регресу таких кіст, що в наступному служить показанням до хірургічного лікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.840. Объективизация критериев стратификации детей с аппендикулярным перитонитом к проведению операции селективной гемосорбции с использованием сорбента "Гемо-протеазсорб" / В. Г. Вакульчик, В. К. Сергиенко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 44-52. - Библиогр.: 25 назв. - рус.

Лечение перитонита у детей остается одной из самых сложных и актуальных проблем современной хирургии и интенсивной терапии. Особое внимание уделяется терапии, направленной на удаление из организма медиаторов воспаления, токсичных субстанций и продуктов тканевого метаболизма. Гемосорбция (ГС) — метод экстракорпоральной гемокоррекции, основанный на элиминации из крови пациента токсичных субстанций эндогенной или экзогенной природы путем экстракорпоральной перфузии цельной крови через специальный сорбент. Однако до настоящего времени отсутствуют чёткие клинические и лабораторные критерии начала, продолжения и окончания использования операции ГС. Цель работы — объективизировать критерии стратификации детей с аппендикулярным перитонитом к операции селективной ГС с использованием сорбента "Гемопротеазосорб". Ретроспективный анализ данных 60 пациентов с аппендикулярным перитонитом. Использован дискриминантный анализ. Разработаны критерии стратификации пациентов для проведения операции ГС с использованием различного комплекса клинических и лабораторных показателей. Выводы: предлагаемая методика позволяет стратифицировать пациентов с аппендикулярным перитонитом к проведению операции ГС. Использование данного метода позволяет контролировать результаты операции ГС и принимать решение о ее продолжении в комплексном лечении или о прекращении. Для использования методики в других лечебных учреждениях необходимы исследования с целью валидизации полученных результатов с учетом конкретных возможностей данного лечебного учреждения, применяемых сорбентов, типа используемой аппаратуры. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие родителей, детей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.841. Огляд теорій патогенезу гастрошизису / А. А. Переяслов // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 86-89. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

Гастрошизис та омфалоцеле є найчастішими вродженими вадами передньої черевної стінки, що вимагають хірургічної корекції. Незважаючи на тривалу історію вивчення гастрошизису, до сьогодні узгодженої теорії виникнення цієї вади немає. У сучасній літературі розглядається кілька теорій патогенезу гастрошизису: порушення диференціації ембріональної мезенхіми, як наслідок тератогенного впливу на ранніх стадіях ембріонального розвитку; розрив амніотичної мембрани в основі пупкового канатика; судинні порушення у процесі ембріонального розвитку; порушення закриття жовточного мішка. Кожна із існуючих теорій має своїх прихильників та опонентів. Загальноприйнятої теорії патогенезу гастрошизису немає. Найбільш імовірним є розрив фізіологічної грижі, уздовж пупкового канатика у його найслабшому місці, з наступним ростом середньої кишки за межами черевної порожнини з компресією судин, переважно венозних і лімфатичних. Вузький корінь брижі та незначний розмір дефекту можуть сприяти виникненню різноманітних ускладнень, які суттєво впливають на прогноз. Необхідні подальші дослідження для остаточного формулювання патогенезу гастрошизису.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.842. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения болезни Гиршпрунга у грудных детей / Б. Б. Эргашев, У. А. Хамроев // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 32-37. - Библиогр.: 24 назв. - рус.

Цель работы — на основании данных литературы и собственного опыта предложить оптимальные пути ранней диагностики и тактики хирургической коррекции болезни Гиршпрунга (БГ) у новорожденных и детей раннего возраста. Проведены клинические наблюдения относительно ранней диагностики и оптимизации тактики хирургического лечения БГ у 58 детей грудного возраста за последние 9 лет. Всем больным проведен комплекс общефизикальных обследований, включавших сбор анамнеза и катамнеза больных, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторные, бактериологические, рентгенологические (обзорная, полипозиционная ирригография) и морфологические (интраоперационно удаленный участок зоны аганглиоза толстой кишки) исследования. Проанализированы особенности клинического течения и тактики хирургического лечения БГ у грудных детей, выбор хирургического метода, а также изучен риск развития осложнения в ходе операции. Больные распределены на две группы. В первую группу вошли 32 (55,2 %) ребенка грудного возраста с типичным клиническим течением БГ, рентгенологически подтвержденным аганглиозом в ректосигмоидной зоне, хроническим запором. Во вторую группу — 26 (44,8 %) грудных детей с атипичным клиническим течением БГ с диарейным синдромом на фоне дисбактериоза, энтероколита, среди них было 2 ребенка с симптомами Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита. Методы исследования: общеклинический и биохимический анализ крови и мочи; копрологическое исследование кала, посев на патогенную флору кала и мочи; ЕКГ; ультразвуковое исследование брюшной полости и ЭхоКГ; ренгенологическое исследование: обзорная ренгенограмма брюшной и грудной полости вертикально, ирригография, экскреторная урография. У новорожденных с суб- и декомпенсированным типичным течением хронического запора при отсутствии эффекта от консервативной терапии, после установления диагноза БГ, рекомендуется ранняя радикальная операция или наложение колостомы выше зоны аганглиоза. У грудных детей с благоприятным типичным клиническим течением и левосторонней формой БГ можно проводить трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНТК) по показаниям, начиная с одномесячного возраста. При этом операцией выбора является ТЭНТК без наложения колостомы. При субтотальной и ректосигмоидальной формах БГ с длинной аганглионарной зоной рекомендуется лапароскопическое ассистирование, что позволяет освободить селезеночный изгиб толстой кишки от связок и перетяжки, взять полнослойную биопсию переходной зоны аганглиоза, а это дает возможность провести экспресс-диагностику, установить уровни резекции и свободно низвести проксимальный участок толстой кишки при проведении ТЭНТК. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом указанного учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.843. Особливості клінічних проявів атрезії тонкої кишки в перші хвилини життя новонароджених дітей / О. К. Слєпов, М. Ю. Мигур, О. П. Пономаренко, К. Л. Знак, В. П. Сорока, О. П. Гладишко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 1. - С. 47-52. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Клінічні ознаки атрезії тонкої кишки, широко описані в літературі, зазвичай розвиваються після першої доби життя дитини. Роботи, присвячені клінічним проявам інтестинальної атрезії в перші хвилини життя новонароджених, дотепер відсутні. Мета роботи — дослідити особливості клінічних ознак атрезії тонкої кишки при різних її типах, які можна виявити під час фізикального обстеження новонародженої дитини одразу після її народження. Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження 77 новонароджених із природженою непрохідністю тонкої кишки (ПНТК), яким проведено хірургічне лікування в Центрі неонатальної хірургії вад розвитку та їх реабілітації ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України". Для досягнення поставленої мети досліджено клінічні прояви ПНТК при атрезіях дванадцятипалої (n = 44), голодної (n = 14) та здухвинної (n = 19) кишок, а також проведено статистичне порівняння їх зустрічаємості. Результати. Достовірної різниці в об'ємі стазу при зондуванні шлунка, зустрічаємості здуття живота та відходження меконію в пацієнтів із дуоденальною непрохідністю при різних її типах не виявлено ($P > 0,05$). Встановлено, що при непрохідності дванадцятипалої та голодної кишок в дитини одразу після народження виділяється достовірно більше стазу зі шлунка (38,0 ± 23,9 мл і 42,3 ± 20,0 мл відповідно) порівняно з пацієнтами з атрезією здухвинної кишки (14,7 ± 12,8 мл), ($P < 0,05$). Достовірних відмінностей зустрічаємості здуття живота та відходження меконію не виявлено ($P > 0,05$). Висновки: атрезія дванадцятипалої та голодної кишок супроводжується відходження надмірної кількості стазу зі шлунка, а відходження меконію може бути нормальним. Здуття живота завжди відмічається при дуоденальній атрезії та може бути відсутнім при атрезіях голодної та здухвинної кишок. У пацієнтів з атрезією здухвинної кишки може не бути ознак кишкової непрохідності при народженні. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.844. Первинний коло-анальний степлерний анастомоз при хірургічному лікуванні хвороби Гіршпрунга в дітей / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, М. І. Сільченко, О. О. Курташ, С. Ф. Хуссейні, Є. О. Руденко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 50-57. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Хвороба Гіршпрунга (ХГ) належить до групи тяжких вроджених вад розвитку товстої кишки, що лікується лише хірургічно. Різні способи радикальної корекції ХГ еволюційно вдосконалювалися. Найбільш успішною, фізіологічною і технічно прийнятною вважається методика Soave-Boley. Мета роботи — оцінити ефективність використання степлерного первинного коло-анального анастомозу як елемента операції Soave-Boley при хірургічному лікуванні ХГ у дітей. Проаналізовано хірургічне лікування 125 дітей з різними формами ХГ віком від 6 місяців до 18 років, проведене за методикою Soave-Boley з формуванням первинного коло-анального анастомозу механічним (степлерним) способом. У 20 (16,00 %) із 125 пацієнтів з ускладненим перебігом ХГ проведено двоетапне хірургічне лікування — виведення захисної кишкової стоми (1-й етап) і радикальна операція (2-й етап). У решти 105 (84,00 %) пацієнтів радикальну корекцію ХГ виконано одноетапно — без попередньо сформованої захисної кишкової стоми. В 1 (0,80 %) із 125 пацієнтів, прооперованих за методикою Soave-Boley з первинним коло-анальним степлерним анастомозом, у ранньому післяопераційному періоді діагностовано гематому міжфутлярного простору, ліквідовану консервативно. Також лише в 1 (0,80 %) із 125 дітей, яким сформовано первинний коло-анальний анастомоз степлерним способом, у віддаленому післяопераційному періоді виникло хірургічне ускладнення — залишковий аганглioз, скорегований сфінктероміектомією за Lynn. Висновки: операція Soave-Boley зі степлерним коло-анальним анастомозом є ефективним методом радикальної корекції ХГ відкритим способом у дітей різного віку при одноетапних або двоетапних втручаннях. Використання степлерного первинного коло-анального анастомозу як елемента операції Soave-Boley при хірургічному лікуванні ХГ у дітей із дотриманням необхідних технічних застережень має суттєві переваги над класичним його варіантом. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.845. Проблемні питання діагностики та лікування гострого апендициту у дітей / П. С. Русак, О. К. Толстанов, В. Ф. Рибальченко, В. В. Стахов, Ю. Л. Волошин // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 28-36. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати результати лікування дітей із гострим апендицитом (ГА) та удосконалити алгоритм надання допомоги. Дослідження грунтується на результатах лікування 269 дітей із ГА та його ускладненнями, які знаходилися на лікуванні в період 2019—2020 рр.; мікробіологічна частина роботи проаналізована на 2334 бактеріологічних висівах у хворих на ГА у період 1997—2019 рр.; на 239 патогістологічних дослідженнях видалених апендиксів в період 2019—2020 рр. Висновки: діагностика ГА при атиповому роз-

ташуванні та наявності анатомічних аномалій може бути ускладненою та впливати на вибір методу лікування, зобов'язує до виконання повного арсеналу діагностичних можливостей клініки. Проводячи лапароскопічну операцію, необхідно контролювати її тривалість, тиск у черевній порожнині, проводити візуальний контроль черевної порожнини, визначати доцільність та своєчасність конверсії, що в кінцевому результаті впливає на безпеку хворого. Згідно досліджень у 43 % обстежених дітей в доопераційному періоді сонографічно апендикс не візуалізовано, під час проведення діагностичної лапароскопії у 11,5 % випадків не вдалося візуалізувати охвістя, що зобов'язало хірурга до конверсії. За результатами досліджень встановлена чутливість шкали Alvarado — 89,8 %, а специфічність — 75,9 %, що вказує на доцільність та необхідність використання шкали при обстеженні дітей з підозрою на ГА.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.846. Проникаючі поранення органів черевної порожнини в дітей / І. В. Ксьонз, Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко, О. В. Овчар, В. Г. Фомін // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 102-106. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Травма є основною причиною летальності серед дітей та підлітків, близько 10 % випадків травм мають проникаючий характер. Проникаючі поранення, що виникають, коли дитина падає або сідає на довгий, гострий предмет, належать до рідкісних за механізмом. Наведено власний досвід лікування 5 дітей з проникаючими пораненнями органів черевної порожнини довгими гострими предметами: 3 дитини отримали травми внаслідок падіння на металеві стрижні паркану, 2 — сівши на металевий штир та на косу. Наслідками поранення було пошкодження тонкої кишки (1), товстої кишки (4), шлунка (1), нирки (1), сечового міхура (2). Клінічні випадки. Два брати віком 11 і 12 років впали на металевий паркан із дерева з висоти близько 3 м, госпіталізовані до КП "Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради" з металевими стрижнями в тілі. Після передопераційної підготовки діти оперовані. Видалення сторонніх тіл виконано в операційній. В одного хлопчика виявлено пошкодження шлунка, поперечної ободової кишки, розчавлену нирку. Виконано зашивання ран порожнистих органів, нефректомію. У другого хлопчика виявлено пошкодження прямої кишки, виконано колостомію з її наступним закриттям. Дівчина 16 років отримала поранення, сівши на лезо коси, розташоване вертикально. Під час оперативного втручання виявлено поранення здухвинної кишки та брижі голодної кишки, рани зпшито. Усі діти виписані з одужанням. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.847. Ранні та віддалені результати після операції Soave-Boley при хірургічному лікуванні аганглiозу кишечника у дітей / В. П. Притула, Д. Ю. Кривченя, М. І. Сільченко, О. О. Курташ, С. Ф. Хуссейні, Є. О. Руденко // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 37-42. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Аганглiоз кишечника (АК) відноситься до групи важких вроджених вад розвитку товстої кишки, що лікується лише хірургічно. Методика Soave-Boley є однією із найбільш фізіологічних та найбільш прийнятних в технічному виконанні. Мета дослідження — оцінити ранні та віддалені результати хірургічного лікування АК у дітей за методикою Soave-Boley. Проведено аналіз хірургічного лікування 774 дітей з різними формами АК у віці від народження до 18 років за період 1980—2020 рр. із використанням методики Soave-Boley із формуванням первинного колоанального анастомозу ручним та механічним способом. Операція Soave-Boley з колоанальним анастомозом ручним (лігатурним) та механічним (степлерним) способами порівняно з іншими методами є найефективнішим методом радикальної корекції АК відкритим способом у дітей різного віку при одно- або двоетапних втручаннях. За технічними можливостями та результатами раннього та віддаленого періоду методика Soave-Boley з колоанальним анастомозом ручним (лігатурним) способом є операцією вибору як при первинній, так і при повторній хірургічній корекції АК, оперованих раніше будь-якими іншими способами. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.848. Результаты Pediatric Appendicitis Score в дифференциальной диагностике острой неспецифической боли в животе у детей: возраст имеет значение / В. Г. Вакульчик, А. В. Копыцкий // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 22-31. - Библиогр.: 10 назв. - рус.

Острая неспецифическая боль в животе у детей — наиболее частая проблема, требующая дифференциальной диагностики с острым аппендицитом. С целью интегральной оценки отдельных симптомов и их сочетаний предложены и постоянно разрабатываются шкалы, позволяющие прогнозировать вероятность острого аппендицита. Цель работы — определить диагностические ценности показателей, составляющих Pediatric Appendicitis Score (PAS), и результатов ее применения у детей различных возрастных групп. Проведено проспективное рандомизированное слепое клиническое исследование. Обследованы 374 ребенка в возрасте 4—15 лет с острыми болями в животе. Статистический анализ: ROC-кривые; специфичность; чувствительность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов; критерий информативности Кульбака; логистическая регрессия; дискриминантный анализ. Предикторы, составляющие шкалу PAS, достоверно отличаются по частоте выявления, диагностической значимости, информативности в изученных возрастных группах. Результаты шкалы PAS имеют существенные различия по возрастным группам. Для исключения диагноза "Острый аппендицит" шкала PAS показывает лучшие результаты у пациентов старшего возраста. Выводы: подтверждено, что результаты PAS зависят от возраста ребенка, что связано с различной диагностической ценностью составляющих ее предикторов. Это необходимо учитывать при ее применении в практике детского хирурга. Требуется модификация шкалы с учетом возраста пациента. Необходим дальнейший анализ PAS для выявления взаимосвязи возраста и пола ребенка. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие родителей ребенка.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.849. Спайкова кишкова непрохідність як ускладнення дивертикула Меккеля в дітей / С. О. Сокольник, О. Б. Боднар, О. Ф. Марчук, Л. І. Ватаманеску, В. С. Білокопитий // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 107-111. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Дивертикул Меккеля (ДМ) — утвір здухвинної кишки, спричинений неповною облітерацією омфаломезентеріального протоку в ембріона, що розвивається. Це одна з найпоширеніших аномалій травної трубки в дітей. Найчастіше ДМ розвивається абсолютно безсимптомно. Клінічна симптоматика спостерігається лише в 16 % випадків, із них 50 — 60 % — це діти віком до 10 років, у середньому 2,5 року життя. Виразність клінічної симптоматики при ДМ пов'язана з розвитком ускладнень: кишкова кровотеча, непрохідність кишечника (інвагінація, странгуляційна кишкова непрохідність), дивертикуліт із перфорацією і перитонітом тощо. Наведено клінічний випадок спайкової кишкової непрохідності в дитини віком 8 років після перенесеного ДМ в анамнезі. Оскільки спайкова кишкова непрохідність є надзвичайно рідкісним ускладненням ДМ у дітей, наявність у пацієнтів клініки гострої хірургічної патології органів черевної порожнини потребує від дитячих хірургів чіткого розуміння виникнення таких ускладнень у ракурсі розвитку вади кишкової трубки — ДМ, а також необхідності якнайшвидшої радикальної лікувальної тактики в разі виникнення цієї проблеми. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.850. Сучасні принципи діагностики та лікування гострого апендициту в дітей / А. А. Переяслов, Р. В. Стеник, А. І. Бобак, А. О. Дворакевич, О. М. Никифорук, О. Є. Борова-Галай, Б. Я. Мальований // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 32-41. - Бібліогр.: 74 назв. - укр.

У багатьох пацієнтів типова клінічна картина гострого апендициту (ГА) відсутня, що спричинює високу частоту діагностичних помилок і, відповідно, зростання частоти ускладнених форм ГА. Це зумовлює необхідність пошуку доступних лабораторних маркерів, які б дали змогу з високим ступенем достовірності виділяти дітей не тільки з ГА, але й з перфорацією червоподібного відростка. Питання, який метод апендектомії обрати в дитини — традиційний чи мініін-

вазивний — залишається дискусійним. Мета роботи — узагальнити результати діагностики та лікування ГА у дітей з використанням різноманітних лабораторних маркерів, ультрасонографії (УСГ) і лапароскопічних втручань. Робота грунтується на результатах обстеження та лікування 3171 дітей, яких оперували з приводу ГА упродовж 2009 — 2018 рр. Діагноз встановлювали на основі анамнезу, об'єктивного та лабораторного обстеження. УСГ проводили в 1183 (37,3 %) дітей. Відкриту апендектомію (ВА) виконували у 2879 (90,8 %), а лапароскопічну (ЛА) — у 292 (9,2 %) дітей. З метою оцінки результатів використовували методи варіаційної статистики, визначення специфічності, чутливості, позитивної і негативної прогностичної цінності тощо. Висновки: для діагностики ГА серед лабораторних показників найкращу прогностичну цінність виявляє СНЛ, а для доопераційної діагностики перфоративного апендициту — показники натріємії і СНЛ. У дітей з гострим абдомінальним синдромом УСГ дає змогу з високим ступенем достовірності підтвердити або виключити діагноз ГА. Лапароскопічна апендектомія є реальною альтернативою традиційним методам лікування ГА. Окрім добре відомих переваг мінінвазивної хірургії, ЛА має переваги у віддалені терміни після операції.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.851. Хірургічне лікування атрезії тонкої кишки новонароджених за умов різного післяопераційного супроводу / О. Б. Боднар, Л. І. Ватаманеску, Б. М. Боднар, М. В. Хома, Р. Ю. Рандюк, P. Charlorin, O. Louima, G. S. Pierre, R. Peigne, A. G. Maria // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 7-12. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — провести аналіз хірургічного лікування атрезії тонкої кишки в умовах хірургічного відділення Міської дитячої клінічної лікарні N 1 МДКЛ, м. Чернівці, Україна) та хірургічного відділення Saint Damien Pediatric Hospital NPH (SDH) (Port-o-Prence, Haiti). Визначити оптимальні способи оперативного втручання. Проведено аналіз хірургічного лікування 15 дітей в умовах SDH (Haiti) та 12 дітей в умовах МДКЛ (м. Чернівці) з атрезією тонкої кишки. Визначено ефективність закритих (косий анастомоз "кінець у кінець", тейпування з анастомозуванням "кінець у кінець", анастомози за Деніс-Брауном та J Louw), розвантажувальних (У- та Т-подібних, тейпування з анастомозуванням та підвісною проксимальною ентеростомою) анастомозів та стом (кінцевих, подвійних, за Мікулічем). Смертність при обмеженому парентеральному харчуванні складала 40 % (SDH), при наявності парентерального харчування — 33,33 % (МДКЛ, м. Чернівці). Згідно проаналізованих даних, вважаємо, що застосування способу хірургічного лікування має відповідати типу атрезії, відстані сліпого проксимального кінця від зв'язки Трейца, різниці діаметрів привідної та відвідної ділянок, можливостям проведення парентерального харчування, загрозі виникнення синдрому короткої кишки. Висновки: У-подібний розвантажувальний анастомоз "бік у бік" із виведенням проксимальної ділянки у вигляді стоми, може бути способом вибору при значній невідповідності діаметрів кишки, забезпечує широку площу тонкокишкового з'єднання, відведення хімусу до заживлення співустя та може бути використаний при різних типах атрезії тонкої кишки. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом зазначеної у роботі установи. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.852. Clinical effectiveness of sodium hyaluronate gel usage for prevention of postoperative adhesion in children / A. A. Kvashnina, M. G. Melnychenko, V. F. Rybalchenko // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 21-26. - Бібліогр.: 11 назв. - англ.

Мета роботи — оцінити клінічну ефективність і безпечність застосування гелю на основі гіалуронату натрію як бар'єрного засобу для первинної профілактики післяопераційних спайок очеревини в дітей. Проведено проспективне, рандомізоване, контрольоване, сліпе обсерваційне дослідження за участю 62 дітей. Усім пацієнтам виконано лапаротомію з приводу апендикулярного перитоніту. Пацієнти групи А (n = 31) отримували звичайне хірургічне лікування, у групі В (n = 31) перед закриттям живота додатково застосовували антиадгезивний гель (ААГ). Досліджено безпосередні та віддалені результати застосування ААГ, щоб оцінити вплив на реформування спайок. Середній термін післяопераційного спостереження становив 14,0 ± 2,4 міс. Застосування ААГ не пов'язане з підвищенням частоти ускладнень: тривалість післяопераційної спайкової кишкової непрохідності, потреба в назогастральній декомпресії, тривалість надходження до стаціонару, частота інфікування місця хірургічного втручання та потреба в релапаротомії суттєво не різнилися між групами порівняння. Поширеність спайок очеревини наприкінці стаціонарного лікування за даними ультразвукового дслдження суттєво різнилася між групами (χ^2 = 10,930>; p = 0,005). Захворюваність на спайкову кишкову непрохідність, що розвинулася протягом періоду спостереження, у групі А (16,1 %) була значно вищою, ніжу групі В (3,23 %), в якій застосовували ААГ (χ^2 = 4,026>; p = 0,045). Встановлено, що інтраопераційне застосування ААГ на основі гіалуронату натрію надає змогу зменшити утворення післяопераційних перитонеальних спайок у дітей без погіршення післяопераційного перебігу. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.753

Травматологія та ортопедія дитячого віку

1.Р.853. Аналіз математичного моделювання біомеханічної моделі гало-гравітаційної тракції при деформаціях хребта в дітей / В. О. Рогозинський, А. Ф. Левицький, М. М. Доляницький, О. В. Яресько // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 66-71. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити за допомогою методу кінцевих елементів напружено-деформований стан хребта різного ступеня деформації при застосуванні ГГТ. Під час побудови розрахункової моделі за основу взято геометричні моделі різних ділянок хребта, розроблені в лабораторії біомеханіки ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. професора М. І. Ситенка НАМН України". У модель внесено певні зміни відповідно до мети дослідження: деформація хребта 70 та 100°; додано модель черепа; додано модель ГГТ та її фіксацію до черепа. У разі застосування системи ГГТ із фіксацією найбільш навантаженою частиною хребта є ділянка хребців Т2-Т5. Слід зазначити, що зі збільшенням ступеня деформації стають навантаженими хребці Т4 і Т5. Система ГГТ із фіксацією та навантаженням, що дорівнює половині маси тіла, не призводить до критичних значень напруження кісткової тканини з точки зору міцності. Висновки: під час лікування ригідних деформацій хребта в дітей з кутом деформації > 100° за допомогою системи ГГТ першим етапом математично доведено ефективність цієї методики, однак максимальне рекомендоване навантаження не має перевищувати 50 % маси тіла пацієнта. Моделювання корекції деформацій хребта на математичних моделях дає змогу без хірургічного втручання проаналізувати ефективність різних методів лікування в кількох варіантах. Максимальне значення напруження за Мізесом 40,1 МПа не є критичним для кісткової тканини з точки зору міцності (межа міцності для кортикальної кістки — 70 МПа). Проте зі збільшенням навантаження удвічі, тобто при ГГТ-навантаженні, що дорівнює масі тіла, рівень напруженого стану зростає також удвічі і перевищує межу міцності кісткової тканини. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.854. Біомеханічне моделювання та проблемні питання хірургічної корекції вродженої лійкоподібної деформації грудної клітки: (огляд) / В. А. Дігтяр, М. О. Камінська // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 58-62. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Вроджена лійкоподібна деформація грудної клітки (ВЛДГК) відзначається у 0,6 — 2,3 % населення і становить 90 % усіх вроджених деформацій грудної клітки. Торакопластика за методикою D. Nuss є найпоширенішим способом лікування ВЛДГК, яка вважається мініінвазивною технологією та дає швидкий косметичний ефект. Мета роботи — провести пошук моделей ВЛДГК та її хірургічної корекції для створення найбільш наближеної до реальності методики, яка дасть змогу оптимально планувати та раціонально виконувати

майбутню операцію. Аналіз літературних джерел виявив, що, з одного боку, побудова спрощених моделей грудної клітки дає змогу швидко проводити дослідження, але ці спрощення не дозволяють об'єктивно оцінити вплив і взаємодію різних елементів складної біомеханічної системи "грудина-ребра-хребет". З іншого боку, складні моделі мають більшу достовірність, але малодоступні в реалізації у зв'язку з надвисокою технологічністю і вартістю. Крім того, у дослідженняхнапружено-деформованого стану на моделях грудної клітки наявність хребетного стовпа або взаємодія ребер із хребцями вивчалася недостатньо. Якщо в роботах із моделювання транспортних аварій це виправдано внаслідок опори хребта на сидіння, то при моделюванні виправлення деформацій грудної клітки відсутність урахування рухомості суглобових з'єднань і гнучкості хребетного стовпа може привести до некоректних і хибних результатів. Перспективним є створення методики моделювання ВЛДГК та її хірургічної корекції за умов, наближених до реальності. Це дасть можливість розробити раціональну модифікацію торакопластики ВЛДГК на основі операції D. Nuss за умов одномоментної повноцінної стабільної корекції та мінімальних біомеханічних навантажень у системі "грудина-ребра-хребет".

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.855. Гало-гравітаційна тракція при лікуванні складних (> 100°) деформацій хребта в дітей із респіраторними дисфункціями / А. Ф. Левицький, В. О. Рогозинський, М. М. Доляницький, Л. В. Дуда // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 10-14. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Гало-гравітаційна тракція (ГГТ) є безпечною методикою, оскільки у світовій літературі описано ускладнення у вигляді розхитування штифтів або поверхневі інфекції шкіри навколо штифтів, які є несуттєвими та не загрожують життю пацієнта. Застосування ГГТ надає змогу поліпшити вентиляційну функцію легень, а це, своєю чергою, сприяє зниженню ризиків смертності внаслідок легеневої недостатності в дорослому віці. Мета роботи — поліпшити результати вентиляційної функції легень за рахунок попереднього застосування ГГТ у пацієнтів зі складними деформаціями хребта; встановити ефективний і безпечний алгоритм лікування складних деформацій хребта в дітей з респіраторними дисфункціями. За період 2003 — 2018 рр. в ортопедо-травматологічному відділенні НДСЛ "Охматдит" проведено лікування 64 дітей зі складними деформаціями хребта (> 100°) із застосуванням ГГТ. З них — 38 хлопчиків і 26 дівчаток. Середній вік пацієнтів становив 11,6 року. Середній показник тесту Ріссера — 3,8 (P > 0,01). Висновки: застосування ГГТ дає змогу поліпшити результати остаточної корекції деформації хребта, а це значно покращує вентиляційну функцію легень, що, своєю чергою, сприяє зниженню ризиків смертності внаслідок легеневої недостатності в дорослому віці. Вибір оптимальної тактики хірургічної корекції складної деформації хребта є необхідною умовою успішного лікування та досягнення тривимірної корекції хребта для максимального приближення його параметрів до фізіологічної норми. Показанням до проведення ГГТ є ригідна деформація хребта з кутом деформації (> 100°). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.856. Гало-гравітаційна тракція при лікуванні складних (< 100°) сколіотичних деформацій хребта в дітей: огляд клінічних випадків / А. Ф. Левицький, В. О. Рогозинський, М. М. Доляницький // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 67-71. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Визначення "Складна деформація хребта" залишається досить не чітким, але в більшості публікацій, використовуючи цей термін, її визначають як деформацію, що в середньому перевищує 100°. Сучасна хірургічна практика одномоментної корекції складних деформацій хребта включає виконання остеотомій хребта, що значно покращує можливість корекції деформації, але й збільшує ризик неврологічних ускладнень, об'єму інтраопераційної крововтрати. Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування пацієнтів зі складними деформаціями хребта за рахунок попереднього використанням гало-гравітаційної тракції та встановити ефективний і безпечний алгоритм для лікування складних деформацій хребта у дітей. За період з 2008 по 2018 рр. у ортопедо-травматологічному відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" проведено лікування 48 дітей зі складними деформаціями хребта (> 100°) із використанням гало-гравітаційної тракції. З них — 32 хлопчики та 16 дівчаток. Середній вік пацієнтів становив 12,9 років. Середній показник тесту Ріссера становив 4,2 (P > 0,01). У 27,1 % пацієнтів мав місце 1 тип деформації за Lenke, 2 тип — 54,1 %, 3 тип — 8,3 %, 4 тип — 6,4 %, 5 тип — 4,1 %. При застосуванні гало-гравітаційної тракції з метою передопераційного зменшення деформації хребта та профілактики неврологічних порушень середня тривалість застосування тракції хребта складала 46 (P > 0,01) днів. Використовували вагу 40—50 % від ваги тіла пацієнта. Після етапу гало-гравітаційної тракції виконували стабілізацію хребта полісигментарною конструкцією. Використання гало-гравітаційної тракції на першому етапі при лікуванні складних деформацій хребта дозволяє збільшити мобільність хребта й поступово адаптувати спинний мозок до подальшої корекції, що зменшує ризики неврологічних ускладнень при хірургічному лікуванні, час втручання та об'єм крововтрати, дозволяє отримати кращі результати корекції. Вибір обсягу хірургічного втручання проводився враховуючи анатомічні та функціональні критерії. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.857. Гемодинаміка при корекції лійкоподібної деформації грудної клітки за Nuss / І. І. Мигаль // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 7-14. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

На гемодинамічні показники під час корекції лійкоподібної деформації грудної клітки (ЛДГК) за Nuss впливають як хірургічні маніпуляції, так і компоненти анестезії, особливо регіонарної. Мета роботи — дослідження аналізу гемодинамічних показників під час корекції ЛДГК за Nuss в умовах комбінації загальної анестезії з різними варіантами регіонарних блокад. У обсерваційне проспективне дослідження включено 60 підлітків (хлопчики/дівчатка = 47/13), які оперовані з приводу ЛДГК в умовах комбінації загальної анестезії з регіонарними блоками. Пацієнти рандомізовані на три групи по 20 у кожній у залежності від методу регіонарного знеболювання: стандартна епідуральна анестезія на рівні максимальної деформації (СЕА), висока епідуральна анестезія (ВЕА) на рівні Th2-Th3 та білатеральна паравертебральна анестезія (ПВА). Тяжкість деформації за індексом Haller серед усіх пацієнтів становила 3,9 [3,6 — 4,1]. Проаналізовано артеріальний тиск (АТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС). СЕА викликала значне зниження АТ до 30 % від вихідного рівня до початку операції. У групі ВЕА зниження АТ було менш виразним. А в групі ПВА АТ майже не змінився під впливом анестезії. Елевація груднини та капноторакс підвищили АТ без збільшення ЧСС. Момент повертання корегуючої пластини здійснив незначний вплив на гемодинамічні показники, хоч і вважається найбільш травматичним моментом даної операції. На тлі ПВА спостерігалось незначна тахікардія, АТ зазнав мінімальних змін, та об'єм інтраопераційної інфузії був найменшим. ВЕА характеризувалась більш стабільним гемодинамічним профілем, порівняно з СЕА. Наприкінці операції у всіх групах гемодинамічні показники практично повернулись до вихідного рівня. Висновки: під час корекції ЛДГК за Nuss зниження АТ найбільш виразне на тлі СЕА на рівні максимальної деформації, помірне — на тлі ВЕА, та практично відсутнє — на тлі білатеральної ПВА. Епідуральна анестезія викликає зниження ЧСС, та ПВА практично не впливає на ЧСС. Елевація груднини, капноторакс супроводжуються деяким підвищенням АТ. Показники гемодинаміки перед операцією та анестезією у пацієнтів з ЛДГК не корелюють з тяжкістю деформації за індексом Haller. Дослідження було виконане відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження погоджений Локальним етичним комітетом установи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.858. Еволюція методик хірургічної корекції лійкоподібної деформації грудної клітки в дітей: одноцентровий досвід / А. Ф. Левицький, В. М. Пилипко, О. С. Годік, О. В. Бебешко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 38-43. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) у дітей є найпоширенішою патологією серед ортопедичних захворювань передньої грудної стінки. На сьогодні у світі основним напрямом наукових досліджень, щодо хірургічної корекції цієї патології є безпека па-

цієнта під час операції та впровадження мініінвазивних методик. Мета роботи — провести порівняльний аналіз результатів торакопластики в дітей з ЛДГК унаслідок застосування різних хірургічних технік для зменшення травматичності й тривалості оперативного втручання та крововтрати; дослідити оптимальні результати корекції для пришвидшення психофізичної адаптації після операції Nuss. Проаналізовано лікування 289 пацієнтів, оперованих із приводу ЛДГК в ортопедотравматологічному відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ". Відповідно до застосованих методик торакопластики пацієнтів поділено на три групи: у 1-й групі (n = 112) корекцію ЛДГК проведено за допомогою операції Nuss із субксифоїдним доступом і тактильним контролем під час проведення загрудинної пластини; у 2-й групі (n = 79) виконано операцію Nuss під торакоскопічним контролем, де одну Т-подібну пластину з додатковим латеральним стабілізатором імплантовано і закріплено на ребрах за допомогою розсмоктувального шва або проволоки; у 3-й групі (n = 98) хірургічне лікування ЛДГК виконано за допомогою процедури Nuss під торакоскопічним контролем із застосуванням фіксатора, що складається з двох загрудинних пластин-дуг, з'єднаних між собою за допомогою латеральних планок, система "Міст". Висновки: методика мініінвазивної корекції ЛДГК (MIRPE), операція Nuss, із застосуванням торакоскопічної візуалізації та тимчасової елевації грудини під час проведення фіксаторів є безпечним та ефективним способом торакопластики. Використання двох пластин (система "Міст") під час мініінвазивної корекції є операцією вибору в дітей-підлітків з ЛДГК. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.859. Застосування методів консервативної терапії в дітей з післяопіковими рубцевими деформаціями та їх вплив на метаболізм сполучної тканини / О. А. Жернов, О. І. Осадча, А. О. Жернов, Л. С. Сочієнкова, Г. П. Козинець // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 48-53. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Одним із факторів рубцеутворення є зміни з боку сполучної тканини (СТ). Ураження СТ супроводжується змінами у вмісті глікозаміногліканів (ГАГ), активності лізосомальних ферментів, рівні мінерального метаболізму. Для усунення впливу запальних явищ і порушень метаболізму СТ на формування рубцевих тканин нагальним є застосування консервативних заходів лікування. Мета роботи — визначити ефективність заходів консервативної терапії післяопікових рубців у дітей на клінічний перебіг і метаболізм сполучної тканини. Під наглядом перебувало 27 дітей віком від 5 до 18 років. Групу здорових дітей без клінічних проявів запальних реакцій становили 17 осіб. Заходи консервативного лікування дітей із рубцевими деформаціями передбачали місцеві, медикаментозні, фізіотерапевтичні, бальнеологічні засоби та методи еферентної терапії. Вплив лікувальних заходів оцінювали за модифікованою шкалою оцінки рубців за критеріями, яка складалася зі шкали пацієнта (батьків) і шкали дослідника. Лабораторними критеріями ефективності слугували кількість церулоплазміну (ЦП) молочної (МК) і силових (СК) кислот, вміст ГАГ, показники активності лізосомальних ферментів (кісткова та лужна фосфатази), показник мінерального обміну (загальний кальцій). Лабораторні показники в пацієнтів вивчали у строки від 150—170 діб і 310 — 340 діб після травми. Для статистичного аналізу використовували програму "SPSS v. 17.0". Клінічні ознаки рубцевої тканини поліпшилися, за об'єктивними оцінками, в 1,7 разу, а за оцінками пацієнтів, у 1,6 разу. Лабораторний моніторинг показав ефективність консервативного лікування реконвалесцентів, що проявлялось у зниженні рівня ГАГ у 1,6 разу через 6 міс. і у 2,0 рази через рік. Активність кислої фосфатази зменшилася в 1,6 разу, лужної фосфатази та її кісткової фракції — в 1,4 разу. Поряд із цим, після лікувальних заходів підвищилася активність ЦГ в 1,5 разу в усі строки. Кількість МК підвищувалася в 1,5 разу в усі строки спостережень. Після лікування кількість МК зменшилася в 1,2 разу ($p < 0,05$), Достовірне підтвердження підвищення рівня СК в 1,4 разу ($p < 0,05$) відмічалося тільки на 160-ту добу спостережень. В інші строки підвищення СК було недостовірним. Проведені дослідження протягом тривалого терміну показали, що в організмі дітей після термічної травми в процесі продуктивного рубцеутворення виникають відхилення в метаболізмі СТ у бік підвищення її синтетичної функції, порушується обмін речовин тривають процеси запалення. Застосування комплексної консервативної терапії в дітей із післяопіковими рубцями в період реконвалесценції надають змогу знизити вираженість запальних реакцій, поліпшити метаболізм СТ і зменшити процеси рубцеутворення. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Гротокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.860. Нестабільність колінного суглоба за умов уроджених вад розвитку нижніх кінцівок (огляд літератури) / С. О. Хмизов, Є. С. Якушкін, Є. С. Кацалап // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 80-85. - Бібліогр.: 60 назв. - укр.

З'ясувати кількість хворих із нестабільністю колінного суглоба (НКС) у разі вроджених вад розвитку нижніх кінцівок (ВВР НК) неможливо. Діти, підлітки і молоді люди здебільшого добре адаптуються до цієї патології, тому рідко скаржаться на симптоми нестабільності, навіть у разі позитивних клінічних тестів. Основними причинами прояву НКС за ВВР НК є неадекватне навантаження, травми НК і хірургічна корекція. Мета роботи — на підставі аналізу наукової літератури дати визначення НКС, виділити основні причини її розвитку та клінічні прояви за умов ВВР НК, виявити тенденції щодо лікувальної тактики. Проведено пошук і проаналізовано понад 500 статей із міжнародних бібліотек PubMed, NCBI, Google Scholar, Medscape, MedlinePlus. Ураховуючи рідкість патології та незначний обсяг досліджень останніми роками, глибина пошуку склала 25 років. НКС у дітей у разі ВВР НК може бути наслідком уроджених особливостей будови НК (ізольована вада розвитку у вигляді аденезії схрещених зв'язок або неповноцінність зв'язкового апарата колінного суглоба в складі комплексної патології) та ускладненням хірургічної корекції поздовжніх дефектів кінцівок. Оскільки патологія мало вивчена, то тактика ведення таких пацієнтів дотепер залишається предметом дискусій. Остаточно не доведено доцільність хірургічної стабілізації колінного суглоба через те, що в разі його аномалій формуються певні адаптивні механізми, які, з одного боку, не доречно порушувати, а з іншого — сучасний рівень розвитку медицини надає можливість збільшити функціональні можливості пацієнтів, провокуючи прогресування НКС. Встановлено, що діти з ВВР НК добре адаптуються до супутньої НКС, тому в повсякденному житті та до хірургічної корекції ВВР НК вона не турбує пацієнтів. Особливу увагу необхідно приділяти стабільності колінного суглоба як до, так і під час подовження та корекції деформації. Варіабельність і складність ВВР НК обумовлює виконання багатоетапного хірургічного лікування її одним із них може бути хірургічна стабілізація колінного суглоба для покращення функції кінцівки.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.861. Оптимизация хирургического лечения ригидного плоскостопия у детей с дисфункцией сухожилия задней большеберцовой мышцы / О. А. Данилов, А. В. Шульга // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 72-80. - Библиогр.: 15 назв. - рус.

Ригидная форма статического плоскостопия у детей встречается от 18 до 20 % случаев от общей патологии опорно-двигательного аппарата. В настоящее время не разработаны объективные методы диагностики, не определены алгоритмы лечения ригидного плоскостопия в зависимости от степени тяжести, деформации костей предплюсны, мобильности стопы и дисфункции сухожилия задней большеберцовой мышцы (СЗББМ). Цель работы — определить оптимальные методы хирургического лечения ригидного плоскостопия детей в зависимости от индекса мобильности, коэффициента компрессии и стадии дисфункции СЗББМ. Проанализирована эффективность лечения ригидной формы статического плоскостопия II — III степени тяжести 32 (64 стопы) детей в возрасте от 14 до 18 лет, которые были распределены в основную и контрольную группы. Использованы клинические и рентгенологические методы диагностики. Пациентам основной группы (15 детей) было проведено оперативное вмешательство на костях и мягких тканях. Пациенты контрольной группы (17 детей) были прооперированы методом подтаранного артроэреза. Хирургическое лечение оказалось неэффективным при использовании подтаранного артроэреза в случаях деформации костей предплюсны, тяжелой стадии дисфункции СЗББМ и нарушения мобильности стопы. Положительные результаты

были получены благодаря использованию односуставного артродеза по Грайсу в сочетании с транспозицией сухожилия короткой малоберцовой мышцы при умеренно выраженной ригидности и деформации ладьевидной кости, а также двусуставного артродеза с формированием ладьевидно-большеберцовой связки при тяжелых формах патологии. Выводы: при лечении ригидного плоскостопия у детей следует учитывать степень тяжести, коэффициент компрессии ладьевидной кости, индекс мобильности, стадию дисфункции СЗББМ и угол натяжения сухожилия. Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом учреждения. На проведение исследований было получено информированное согласие родителей, детей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.862. Порівняльний аналіз опороспроможності нижніх кінцівок у дітей із рецидивами вродженої еквіноварусної клишоногості після хірургічного лікування за "традиційними" методами та методикою Понсеті / С. О. Хмизов, Г. В. Кикош, О. Д. Карпінська, М. Ю. Карпінський // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2021. - № 1. - С. 9-17. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Уроджена еквіноварусна клишоногість (УЕВК) є другою за частотою серед усіх уроджених аномалій кістково-м'язової системи в дітей та однією з найпоширеніших причин дитячої інвалідності в Україні. Частота УЕВК сягає 1—3 випадки на 1 000 новонароджених (35 — 40 % усіх деформацій стоп). Мета роботи — визначити особливості опороспроможності дітей із рецидивами УЕВК до та після хірургічного лікування за "традиційними" методами та методикою Понсеті. Проведено біомеханічні обстеження 65 дітей із рецидивами УЕВК, яких розподілили на дві групи: I (33 пацієнти) — "традиційні" методи, які передбачали початкове хірургічне втручання для повного виправлення всіх компонентів деформації: II (32) — методика Понсеті. Всім хворим до лікування, через 6 і 12 міс. після операції проводили дослідження опороспроможності методом статографії. Визначено, що параметри стояння в групах статистично не відрізнялися. Через 6 міс. після лікування за даними статограм відмічали збереження зміщення опори за умов двохопорного стояння у бік контралатеральної кінцівки в обох групах хворих. У I групі — після лікування цей параметр практично не змінився (p = 0,924), а у II — зменшився на 2,7 ± 4,7 % (p = 0,013). Опора на оперовану кінцівку через 12 міс. після хірургічного лікування в обох групах збільшилася на 45 %. Встановлено, що у хворих після лікування рецидивів УЕВК за методикою Понсеті показники опороспроможності в разі двохопорного стояння статистично значуще змінилися. У процесі відновлення, коли пацієнти починали навантажувати оперовану стопу, спостерігали незначне погіршення параметрів стояння в пацієнтів I групи через 6 міс. після операції. У хворих II групи — повне відновлення статографічних параметрів відбувалося раніше, уже через 6 міс. спостерігали нормалізацію опорності та стійкості. Таким чином, можна стверджувати, що використання методики Понсеті в комплексному лікуванні УЕВК надає можливість відновити опороспроможність нижніх кінцівок пацієнтів значно раніше, ніж застосування "традиційних" методів.

Шифр НБУВ: Ж26813

1.Р.863. Результати комплексного лікування пацієнтів із синдромом Джаффе-Кампаначчі / Ю. М. Гук, А. М. Зима, Т. А. Кінча-Поліщук, А. І. Чеверда, О. Ю. Скуратов, Р. В. Видерко, А. В. Зотя // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 69-75. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Пацієнтам із синдромом Джаффе-Кампаначчі (СДК) притаманна ортопедична патологія, провідними симптомами якої є больовий синдром у кістках, їх осьова деформація, порушення стану кісткової тканини (КТ) та її метаболізму. Питання хірургічних втручань, що стосуються осьових деформацій і патологічних переломів кісток, а також медикаментозної антиостеопоротичної терапії, спрямованої на корекцію змін структурно-функціонального стану КТ при цьому захворюванні, недостатньо вивчені та потребують удосконалення. Мета роботи — удосконалити методи ортопедичного лікування пацієнтів із СДК для зниження в них больового синдрому, поліпшення стану кісткової тканини та її метаболізму. У відділенні травматології та ортопедії дитячого віку ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" в період 2015 — 2020 рр. на лікуванні перебували 9 пацієнтів із СДК (з ураженням великогомілкової кістки — 8 хворих, з ураженням ліктьової кістки — 1 хвора), яким проведено лікування патології опорно-рухового апарату: медикаментозну антиостеопоротичну терапію, зокрема, із застосуванням антирезорбентів (препаратів памідронової кислоти) — у 5 пацієнтів; хірургічний метод лікування — у 8 хворих — профілактичний металоостеосинтез (МОС) ураження кісток або коригувальні остеотомії із застосуванням МОС. Вік пацієнтів становив від 6 до 12 років. Аналіз результатів ортопедичного лікування проведено на підставі оцінки зниження больового синдрому шляхом застосування візуально-аналогової шкали, поліпшення стану КТ та її метаболізму шляхом дослідження мінеральної щільності КТ і маркерів кісткового обміну на початку та в процесі лікування; ступеня корекції деформації кістки та відновлення осі кінцівки. Висновки: результати комплексного ортопедичного лікування пацієнтів із СДК вказують на доцільність його застосування, про що свідчить усунення/зменшення больового синдрому, поліпшення структурного стану КТ та її метаболізму, призупинення прогресування захворювання, досягнення зрощення після коригувальних остеотомій у всіх випадках, усунення осьових деформацій кісток, покращення функції ходьби та пересування пацієнтів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.864. Результати лікування вродженої клишоногості після реконструктивних втручань у дітей / О. О. Голубенко, А. Ф. Левицький, О. В. Карабенюк // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 81-85. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Широке використання методики І. Понсеті дозволяє значно знизити кількість реконструктивних хірургічних втручань та/або зменшити їх об'єм. Але за наявності ригідних, тяжких деформацій, які не вдається скоригувати етапними гіпсовими пов'язками, а також при рецидивах доцільним є застосування хірургічного лікування. У джерелах літератури описано безліч хірургічних методик, основною метою яких є зниження частоти післяопераційних ускладнень та одночасно пошук найбільш зручного доступу з метою усунення контрактур, подальшого загоєння ран первинним натягом із мінімальним утворенням сполучнотканинних елементів. Мета дослідження — зниження частоти ускладнень при хірургічному лікуванні вродженої клишоногості шляхом використання модифікованого хірургічного доступу. У відділенні ортопедії та травматології Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) "ОХМАТДИТ" проходили хірургічне лікування із застосуванням модифікованого доступу Carroll 57 дітей (72 стопи) із діагнозом "Вроджена клишоногість" (січень 2014 — вересень 2018 роки). Середній вік пацієнтів склав 3 роки. З них — 41 хлопчиків та 16 дівчаток. Двостороння деформація спостерігалась у 12 пацієнтів. 48 пацієнтів (58 стоп) потребували хірургічного втручання після первинного лікування етапними гіпсовими пов'язками за методикою І. Понсеті. У 9 пацієнтів (14 стоп) спостерігалися рецидиви деформації після хірургічних втручань. Висновки: проведений порівняльний аналіз отриманих результатів та літературних даних свідчить про ефективність запропонованої методики лікування ідіопатичної клишоногості у дітей (з використанням трьох доступів), а також за наявності залишкової деформації після консервативного та хірургічного лікування. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.865. Спосіб фіксації титанової коригуючої пластини при хірургічній корекції лійкоподібної деформації грудної клітки та його математичне моделювання / В. Р. Заремба, В. А. Кириченко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 21-25. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Найпоширенішою операцією для корекції вродженої лійкоподібної деформації грудної клітки у XXI ст. є операція Nuss. Це втручання супроводжується ускладненнями, пов'язаними як із власне фіксуючою пластиною та її розмірами і розміщенням, так і зі способами її фіксації. Найчастішими з них є зміщення пластини та хронічний больовий післяопераційний синдром. Для такого типу операції застосовуються коригуючі пластини одного розміру (товщина, ширина) для усіх вікових груп. Мета роботи — розробити та впровадити оригінальну модифікацію операції Nuss з індивідуальним розрахун-

ком мінімальних розмірів коригуючої пластини; нівелювати вірогідність зміщення пластини; зменшити тривалість й інтенсивність післяопераційного больового синдрому. У дослідженні використано оригінальний метод фіксації коригуючої титанової пластини як монолітної металевої арочної конструкції з жорстко фіксованими кінцями, при якому застосовано субокісне кріплення стабілізаторів пластини до двох ребер із кожного боку. За цим методом прооперовано 34 пацієнтів із ВЛДГК віком від 6 до 17 років. Висновки: жорстка субокісна фіксація стабілізаторів пластини до двох ребер із кожного боку запобігає зміщенню пластини. Запропонована методика математичного моделювання розмірів пластини дає змогу індивідуально розрахувати розміри коригуючої пластини, забезпечивши у переважній більшості випадків корекцію деформації пластинами 10, 11, 12 мм. Інтенсивність і тривалість больового синдрому значно менші, ніж при використанні стандартної методики, за рахунок перерозподілу тиску на точки опирання пластини та відсутність травмування міжреберних нервів, зменшення розмірів пластини. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено комісією з етики КНП "Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня" Житомирської обласної ради, Україна. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.866. Стрес-відповідь при корекції лійкоподібної деформації грудної клітки за Nuss в умовах комбінації загальної анестезії з різними регіонарними блокадами / І. І. Мигаль // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 14-20. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Періопераційна стрес-реакція є динамічним процесом, на який впливають пацієнт-специфічні, хірургічні та анестезіологічні фактори. Мета роботи — оцінити стрес-відповіді при корекції лійкоподібної деформації грудної клітки за Nuss в умовах комбінації загальної анестезії з різними реуіонарними блокадами. Обсерваційне проспективне дослідження включало 60 підлітків (хлопчики/дівчатка = 47/13), які перенесли операцію Nuss для корекції лійкоподібної деформації грудної клітки в умовах комбінації загальної анестезії з різними регіонарними блокадами. Пацієнти рандомізовані в три групи залежно від методу регіонарного знеболювання (по 20 осіб у кожній групі): стандартна епідуральна анестезія (СЕА) на рівні Th5-Th8, висока епідуральна анестезія (ВЕА) на рівні Th2-Th3, білатеральна паравертебральна анестезія (ПВА) на рівні Th5-Th8. Рівні кортизолу та глюкози в сироватці крові визначені на трьох етапах: 1-й — вихідний рівень до операції, 2-й — під час травматичного моменту операції (повертання коригувальної пластини), 3-й — після операції. Висновки: рівні кортизолу та глюкози в сироватці крові під час операції Nuss для корекції лійкоподібної грудної клітки у підлітків в умовах комбінації загальної анестезії з епідуральною та паравертебральною блокадами значно знизилися порівняно з вихідним рівнем до операції. Після закінчення операції глікемія повернулася до вихідного рівня, кортизол дещо підвищився, але залишався нижчим за вихідний рівень. Ці зміни стрес-маркерів були більш виразними в групі СЕА на рівні Th5-Th8, ніж у групах ВЕА на рівні Th2-Th3 та ПВА. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджений Локальним етичним комітетом установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.867. Тортиколіс у семирічної дитини: тривожна ознака, якою не потрібно нехтувати / А. Ф. Салоха, О. Я. Борис // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 94-101. - Бібліогр.: 52 назв. - укр.

Тортиколіс у дітей старшого віку — не окрема хвороба, а тривожна ознака основного розладу. Етіологія виникнення тортиколісу в дітей досить широка. Гематогенний остеомієліт першого шийного хребця (атласа) — надзвичайно рідкісна патологія. Мета роботи — ознайомити лікарів різних спеціальностей з надзвичайно рідкісним захворюванням — гострим гематогенним остеомієлітом атласа. Наведено випадок остеомієлітичного ураження першого шийного хребця в семирічного хлопчика. Значущою ознакою хвороби був тортиколіс. Висновки: ематогенний остеомієліт атласа — надзвичайно рідкісна та потенційно небезпечне захворювання. Незалежно від частоти, його слід враховувати при обстеженні дитини з набутим тортиколісом. Усі ЛОР-спеціалісти мають бути обізнані з цим захворюванням, оскільки вони, швидше за все, є першими лікарями, до яких приводять таку дитину. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.868. Швидка нейтралізація травмуючих гіпертермічних чинників ушкодження при опіках у дітей на етапах само-, взаємота першої долікарської допомоги / В. І. Нагайчук, Р. М. Чорнопищук, О. А. Назарчук // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 38-44. - Бібліогр.: 29 назв. - укр.

Мета роботи — провести порівняльний аналіз клінічної ефективності надання невідкладної допомоги дітям з опіками, у тому числі при використанні запропонованого алгоритму дій. Проаналізовано 153 випадки опіків у дітей окропом II або III ступеня на площі 10 — 40 % поверхні тіла, віком від 8 місяців до 16 років, які перебували на лікуванні в Клінічному центрі термічної травми та пластичної хірургії КНП "Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова Вінницької обласної ради" за період 2015—2020 рр. Усім пацієнтам проведено комплексну діагностику й лікування, у тому числі з використанням хірургічних втручань. Залежно від характеру надання першої допомоги, дітей поділено на дві групи: пацієнтам основної групи (n = 97) з моменту отримання травми на ушкоджених ділянках проведено швидку нейтралізацію травмуючої дії екзо-, ендогенного гіпертермічних чинників ушкодження. Діти контрольної групи (n = 56) звернулися по допомогу на 5—14-ту добу після травми, тривалість швидкої нейтралізації не перевищувала 15 хв або ж не проводилася взагалі, до того ж часто поєднувалася з нераціональним застосуванням фармакологічних засобів і засобів народної медицини. Порівняльний аналіз перебігу захворювання в дітей основної групи та групи порівняння достовірно підтвердив переваги проведення швидкої нейтралізації травмуючої дії гіпертермічних екзо-, ендогенного чинників ушкодження при опіках, що проявлялося сприятливішим перебігом захворювання, швидшим поліпшенням загального стану, нижчою активністю місцевої та системної запальної реакції, коротшим терміном перебування хворого в стаціонарі з меншою кількістю виникнення різноманітних ускладнень, повторних хірургічних втручань, кращими естетичними і функціональними результатами. Висновки: отримані результати об'єктивно підтвердили важливість і ефективність запропонованої системи організації надання допомоги дітям з опіками, особливо на етапах само-, взаємо- та першої долікарської допомоги. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

Інфекційні та паразитарні хвороби

1.Р.869. Альбумінурія та ВІЛ-інфекція в педіатричних пацієнтів / Т. П. Борисова, З. С. Аллахвердієва // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 15-20. - Бібліогр.: 26 назв. - укр.

ВІЛ-інфекція підвищує ризик розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН). Діагностика на ранній стадії ВІЛ-асоційованої патології нирок у дітей набуває особливої важливості, враховуючи поширеність цієї патології. Визначення концентрації альбуміну та креатиніну в разовій порції сечі з подальшим розрахунком співвідношення альбумін/креатинін (САК) використовують для ранньої діагностики та оцінки прогресування ХХН. Мета роботи — вивчити частоту та фактори ризику альбумінурії в дітей із ВІЛ-інфекцією залежно від стадії захворювання, імуносупресії, вірусного навантаження. Обстежено 73 дитини із ВІЛ-інфекцією. Альбумін досліджено в зразку ранкової сечі двічі (на першому та третьому місяцях дослідження) за допомогою аналізатора "Beckman Coulter" серії AU 480. Альбумінурію оцінено за співвідношенням альбумін/креатинін (САК). Критерієм помірно підвищеного рівня альбумінурії прийнято показник САК ≥ 3 мг/ммоль за обох вимірів трактовано як наявність мікроальбумінурії (МАУ). Стійке підвищення САК відмічалося у 19 (26,0 %) пацієнтів. Вплив стадії ВІЛ-інфекції на рівень альбумінурії не встановлено. Неістотна ІС різко знижувала шанси МАУ — OR = 0,019 (CI: 0,002 — 0,159), наявність дуже тяжкої стадії ІС суттєво їх підвищувала — OR = 18,89 (CI: 4,33 — 82,32). Спостерігалася виражена зворотна кореляція між показником САК і кількістю CD4+, як

абсолютною (p = -0,51: p < 0,001), так і відносною (p = -0,53; p < 0,001). На тлі вірусного навантаження середнє САК було вище вдвічb, а відсоток МАУ — в дев'ятеро. У разі норми вірусного навантаження шанси помірно підвищеної альбумінурії значно знижувалися — OR = 0,048 (CI 0,012 — 0,194), Найвищі показники САК спостерігалися в дітей из вірусним навантаженням більшим за 100 тис., копій РНК/мл, серед цих пацієнтів у 34 випадків була констатована МАУ. Високе вірусне навантаження на півтора порядку збільшувало ризики МАУ — OR = 15,30 (CI: 3,51 — 66,68). Підвищене САК реєструвалося у 3,6 разу частіше серед дітей из прогресуючим перебігом ВІЛ-інфекції у порівнянни з іншими пацієнтами (OR = 14,13; CI: 1,47 — 136,12 p < 0,02). Встановлено, що понад чверть дітей із ВІЛ-інфекцією мають помірно підвищену альбумінурію. Ниркова дисфункція в дітей із ВІЛ-інфекцією за даними вивчення альбумінурії найтісніше асоційована з дуже тяжкою стадією імуносупресії, вірусним навантаженням РНК ВІЛ > 10 0000 копій/мл і прогресуючим перебігом ВІЛ інфекції. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків або опікунів дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.870. Вплив забезпечення вітаміном D на перебіг гострих респіраторних інфекцій у дітей / Ю. В. Марушко, С. І. Єсипова, Т. В. Гищак // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 73-80. - Бібліогр.: 55 назв. - укр.

Наведено дані сучасних досліджень, що підтверджують багатогранну дію вітаміну D в організмі людини. Доведено, що рецептори до вітаміну D3(VDR) наявні в більшості органів та тканин організму. Це підтверджує значення вітаміну D не тільки в процесах формування кісткової системи, але й у багатьох його позакісткових ефектах. Кальцитріол впливає на модуляцію клітинного росту, нервово-м'язову провідність, процеси запалення, а також є важливим стимулятором вродженого імунітету завдяки синтезу антимікробних пептидів, які забезпечують захист проти бактерій і вірусів. Останніми роками активно вивчають зв'язок між концентрацією вітаміну D в крові та рівнем захворюваності на респіраторні інфекції в дітей. У багатьох дослідженнях доведено, що низький статус вітаміну D характерний для більшості дітей із респіраторними інфекціями, а адекватний рівень 25(OH)D у сироватці крові має позитивний вплив на частоту виникнення цих інфекцій і тяжкість їх перебігу. Більшість авторів показують переваги додавання вітаміну D у профілактиці респіраторних захворювань у дітей, однак немає одностайної думки щодо частоти призначення та дозування вітаміну D. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.871. Гострі респіраторні інфекції в дітей: сучасні тенденції противірусної терапії / І. І. Андрікевич // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 61-66. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність препарату флавовір у лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей раннього віку. До дослідження залучено 60 дітей раннього віку, які отримували амбулаторне лікування на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги Вінницької області в період з 2019 до 2021 р. Критеріями залучення дітей до дослідження були ГРВІ та вік від 1 міс до 3 років; критеріями вилучення — обтяжене преморбідне тло (імунодефіцитні захворювання, вроджені вади розвитку та інші), застосування інших противірусних препаратів, вакцинація від грипу. Відповідно до поставленої мети, дітей розподілено на дві групи. Першу групу становили 30 дітей із ГРВІ, які отримували препарат флавовір (ТОВ "НВК "Екофарм", Україна) у поєднанні з симптоматичною терапією. Другу групу — 30 пацієнтів із ГРВІ, які отримували лише симптоматичну терапію. Розподіл хворих на групи проведено шляхом випадкової вибірки. Групи були репрезентативними за віком, статтю, структурою та тяжкістю захворювання. У ході дослідження препарат флавовір показав ефективну противірусну дію в лікуванні ГРВІ у дітей раннього віку. У разі введення флавовіру до схеми лікування обстежених пацієнтів відмічалася позитивна динаміка клінічної картини захворювання: інтоксикаційний синдром зникав утричі швидше (I група — тривалість у середньому 3,4 ± 0,2 доби; II група — 10,4 ± 0,6 доби, p < 0,05), катаральний — приблизно вдвічі (I група — тривалість у середньому 4,5 ± 0,4 доби; II група — 9,6 ± 0,7 доби, p < 0,05)); спостерігалося скорочення термінів одужання майже вдвічі (I група — у середньому 5,81 ± 0,5 доби, II група — 11,8 ± 0,6 доби, p < 0,05). Препарат добре переноситься пацієнтами та є безпечним для дітей. Отримані результати надають змогу рекомендувати флавовір у вікових дозах для етіотропної терапії сучасних ГРВІ в дітей раннього віку, враховуючи прямий противірусний ефект препарату. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.872. Забезпеченість вітаміном D дітей з хронічним вірусним гепатитом В / В. С. Березенко, Х. З. Михайлюк, М. Б. Диба, О. М. Ткалик, В. В. Крат, Я. В. Кречко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 23-28. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити забезпеченість вітаміном D у дітей із хронічним вірусним гепатитом В (ХГВ) залежно від активності гепатиту та стадії фіброзу печінки. Обстежено 50 дітей, хворих на ХГВ. Усім дітям проведено комплексне обстеження відповідно до протоколу та еластографію зсувної хвилі паренхіми печінки для визначення стадії фіброзу. Для верифікації діагнозу дефіциту та недостатності вітаміну D визначено концентрацію 25(OH)D у сироватці крові. Оцінено особливості забезпеченості вітаміном D дітей, хворих на ХГВ, залежно від статі, віку, активності гепатиту та стадії фіброзу печінки. До дослідження залучено дітей, які не отримували препаратів кальцію та вітаміну D протягом 6 міс. Серед обстежених переважали діти старшого шкільного віку. ХГВ частіше реєструвався у хлопчиків — 66,0 % (n = 33), тоді як у дівчаток — лише 34,0 % (n = 17) (χ^2 = 10,24; p = 0,01). Серед обстежених дітей достовірно частіше (66,0 %, n = 33) виявлявся HBeAg/позитивний хронічний гепатит, у 18,0 % (n = 9) дітей діагностувалася HBeAg/позитивна хронічна інфекція, у 14,0 % (n = 7) дітей — HBeAg/негативна хронічна інфекція. У переважної більшості (70,0 %) хворих дітей із ХГВ концентрація вітаміну D у сироватці крові була знижена (χ^2 = 16,0; p = 0,01). Середній показник концентрації 25(OH)D становив 59,85 [13,4—181] нмоль/л і був у зоні недостатності. Оптимальну концентрацію 25(OH)D встановлено у 30,0 % (n = 15) дітей, недостатність — у 42,0 % (n = 21), дефіцит вітаміну D — у 14 (28,0 %) дітей. Стать, вік і біохімічна активність гепатиту не впливали на рівень вітаміну D в обстежених дітей із ХГВ (p > 0,05). Аналіз забезпеченості вітаміном D залежно від стадії фіброзу не виявив відмінностей в медіані концентрації 25(OH)D між групами дітей, однак у всіх групах переважала кількість хворих зі зниженою концентрацією вітаміну D. Встановлено, що ХГВ у дітей характеризується переважно хронічним перебігом, із превалюванням парентерального шляху інфікування. У більшості хворих із ХГВ концентрація 25(OH)D у сироватці крові знижена. Не виявлено статистично значущої різниці між показниками забезпеченості вітаміном D дітей із ХГВ залежно від статі, віку та біохімічної активності гепатиту. Всі діти із цирозом печінки мали дефіцит вітаміну D. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.873. Клінічний випадок мультисистемного запального синдрому, асоційованого із SARS-CoV-2 / Є. Є. Погоріла // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 51-54. - Бібліогр.: 2 назв. - укр.

Описано клінічний перебіг, особливості діагностичних обстежень та труднощі у верифікації нової нозології — мультисистемного запального синдрому, асоційованого з SARS-CoV-2, у дівчинки віком 15 років. Дівчинку доставлено до Київської обласної дитячої лікарні N 2 із скаргами на підвищення температури тіла, виражений інтоксикаційний синдром, загальну слабкість, запаморочення голови, відсутність сечі протягом доби. Дитину оглянуто консиліумом лікарів, обстежено лабораторно та інструментально, після ретельно зібраного епідеміологічного анамнезу виявлено можливий контакт із хворим на коронавірусну інфекцію (КВІ) за місцем навчання та встановлено ймовірний випадок мультисистемного запального синдрому, асоційованого з SARS-CoV-2. За результатами власних спостережень під час пандемії, ця нозологія спостерігається у хворих, які перехворіли на КВІ в клінічній або субклінічній формі та на період

госпіталізації мали клінічний симптомокомплекс кавасакіподібних симптомів. Таке захворювання є новим на сьогодні, має різноманітні клінічні прояви та патологічні особливості, що є проблемою для клініцистів. Адже ще не існує уніфікованих протоколів діагностики та лікування MIS-C (мультисистемний запальний синдром), і кожний лікар опирається на власний досвід та описані раніше випадки. Описаний випадок мультисистемного запального синдрому допоможе практикуючим клініцистам на ранніх етапах діагностувати хворобу та надати кваліфіковану допомогу пацієнтам. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.874. Клінічний випадок тяжкої коронавірусної інфекції в дитини 6-місячного віку / В. І. Похилько, Ю. І. Чернявська, З. І. Россоха, Н. Л. Медведєва, О. Ф. Попова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 77-81. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Особливої актуальності сьогодні набуває створення протоколів лікування хворих на COVID-19 дітей раннього віку, адже досі не з'ясовані деякі питання патогенезу, генетичної детермінованості тяжкого ураження легень. COVID-19-індукований респіраторний дистрес-синдром — передбачуване тяжке ускладнення, яке потребує ранньої діагностики та правильного лікування. Враховуючи патогенетичний механізм ураження легень при COVID-19, сурфактант-замісна терапія може бути корисною в лікуванні цієї когорти пацієнтів. Клінічний випадок. Наведено клінічний випадок тяжкої коронавірусної інфекції, спричиненої SARS-CoV-2 у дитини 6 міс. Перебіг захворювання супроводжувався тяжким ураженням легеневої паренхіми з розвитком гострого респіраторного дистресу. Під час обстеження пацієнта підтверджено генетичну детермінованість тяжкого перебігу COVID-19, поліморфні алелі ризику генів GSTM1, GSTP1, SFTP-B. Лікування дитини передбачало не лише тривалу штучну вентиляцію легень, але й сурфактант-замісну терапію. Дитина одужала і виписана без ознак дихальної недостатності. Висновки. Наведений клінічний випадок показує наявність зв'язку генетичного поліморфізму з тяжким вірус-індукованим ураженням легень. Оскільки причиною тяжкої резистентної дихальної недостатності при COVID-19, імовірно, є розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому, введення екзогенного сурфактанту слід розглядати як можливий варіант терапії. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.875. Клінічні особливості перебігу кору в дітей віком до 3 років / Ю. П. Харченко, А. В. Зарецька, Г. О. Пітель, В. Ю. Ільїна-Стогнієнко, В. А. Целух // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 78-82. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Захворювання на кір зустрічається в будь-якому віці. У регіонах із низьким рівнем вакцинації виникають спалахи кору. В Україні у 2016 р. рівень вакцинації дітей першою дозою становив лише 45 %, а другою — 31 %. Так, уже протягом 2017 р. тільки в Одеській області кількість хворих на кір сягала 1016 осіб. Мета роботи — виявити особливості клінічного перебігу кору в дітей віком до 3 років. На базі КНП "Міська клінічна інфекційна лікарня" Одеської міської ради проведено ретроспективне дослідження історій хвороб 111 дітей віком до 3 років, з них 68 немовлят (дітей першого року життя). Встановлено, що кір у дітей віком до 3 років зберігає типові риси з гострим початком, проявами інтоксикації (71,82 %), лихоманкою (99,09 %), кашлем (94,55 %), катаральними явищами та висипкою. Водночас нежить (95,59 %) та одутлість обличчя (100 %) були характерні немовлятам порівняно з дітьми віком 1 — 3 роки (відповідно 51,16 % і 58,14 %), $p < 0,001$. Тяжкість кору залежить від віку дитини (тяжкий перебіг спостерігався у 35,29 % дітей до 12 місяців та у 55,62 % дітей до 6 місяців). Ускладнення відмічалися в 44,14 % дітей. Серед них у немовлят частіше спостерігалася пневмонія (32,35 %), а в дітей віком 1—3 роки — бронхіт (18,6 %) і пневмонія (16,28 %). Середній отит (7,35 %) виявлявся лише в немовлят. Висновки: отже, клінічні прояви, тяжкість перебігу та ускладнення кору залежать від віку дитини, а наявність цього захворювання у 28,81 % немовлят віком до 6 місяців свідчить про існування неімунного прошарку серед жінок репродуктивного віку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.876. Пандемія COVID-19 у дітей Чернівецької області: клінічні особливості та річний досвід лікування / О. К. Колоскова, Т. М. Білоус, Н. В. Гопко, М. Б. Миронюк // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 225-232. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) триває вже понад рік і є проблемою для системи охорони здоров'я в усьому світі. Водночас досить мало досліджень щодо особливостей перебігу COVID-19 у дітей і, зокрема, як змінюються клінічні симптоми упродовж року зі зміною типів коронавірусу SARS-CoV-2. Мета роботи — провести ретроспективний узагальнюючий аналіз клінічних особливостей перебігу, параклінічних маркерів та особливостей лікувальної тактики педіатричних випадків COVID-19 у Чернівецькій області. Матеріали та методи. Методом ретроспективної когорти проаналізовано 263 клінічних випадки COVID-19 у госпіталізованих дітей Чернівецької області за період із березня 2020 року по березень 2021 року. Результати. Проведено динамічний аналіз клінічних особливостей перебігу COVID-19 в популяції дітей Чернівецької області, які були госпіталізовані впродовж березня 2020 р. — березня 2021 р. до стаціонарних відділень з ознаками інфекції, викликаної вірусом SARS-CoV-2. Загалом проаналізовано: 65 пацієнтів, що лікувалися у II кварталі 2020 р.; 90 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у III кварталі 2020 р.; 87 дітей — у IV кварталі 2020 р. та 21 дитина — у I кварталі 2021 р. Виявлено, що частота скарг на порушене самопочуття зумовлювалась інфекційно-запальним, інтоксикаційним і катаральним симптомокомплексами, хоча на відміну від початку пандемії збільшилися скарги та ознаки інтоксикаційного й астенічного, інфекційно-запального синдромів, неспецифічних неврологічних симптомів при відносно стабільному показнику ураження респіраторного тракту, а в I кварталі 2021 р. відбулося зростання випадків мультисистемного запального синдрому (співвідношення шансів (СШ) — 6,5) та позалікарняної пневмонії (СШ — 2,7). Висновки: динамічний аналіз особливостей перебігу COVID-19 у дітей показав фенотипові девіації захворювання з торпідністю до призначеного лікування неспецифічних симптомів ураження нервової системи та шлунково-кишкового тракту зі зменшенням тривалості та вираженості лихоманки, збільшенням частоти виявлення пневмонії (СШ — 2,7) та мультисистемного запального синдрому (СШ — 6,5).

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.877. Показатели витамина D при коронавирусной инфекции COVID-19 у детей / А. Г. Гасанов, И. Е. Гусейнова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 34-39. - Библиогр.: 34 назв. - рус.

Цель работы — определить и сравнить показатели витамина D у детей с COVID-19-ассоциированной пневмонией и здоровых детей. В исследовании приняли участие 90 детей. Основную группу (ОГ) составили 75 детей, находившихся на стационарном лечении с COVID-19-ассоциированной пневмонией (ПЦР-тест положительный). Пациентов ОГ разделили на две подгруппы: I — 49 пациентов с пневмонией среднетяжелого течения, а II — 26 пациентов с пневмонией тяжелого течения. Контрольную группу (КГ) составили 15 практически здоровых детей. Схема обследования больных детей включала анамнестические данные, использование клинических, инструментальных, лабораторных, иммунологических методов обследования. Концентрацию витамина D в сыворотке крови больных и здоровых детей определяли методом иммуноферментного анализа. Показатели измеряли на приборе "Stat Fax 4700" с использованием реактивного набора "Pishqaman" (производства Германии). Концентрация витамина D в сыворотке крови была ниже в 1,8 раза в I подгруппе и в 2,0 раза во II подгруппе по сравнению с КГ. Средние значения витамина D в сыворотке крови были ниже по сравнению с КГ в 1,1 раза в возрастной группе детей до 1 года, в 1,1 раза — 1 — 3 лет, в 2,3 раза — старше 3 лет. На основании исследований можно сделать вывод о наличии взаимосвязи между дефицитом витамина D и COVID-19. Так, средний уровень витамина D был ниже у детей с COVID-19-ассоциированной пневмонией, причем варьировал в зависимости от тяжести заболевания (более выраженные изменения наблюдались при тяжелом течении пневмонии). Также имеют место

различия уровней витамина D в возрастных группах детей с COVID-19-ассоциированной пневмонией: у детей раннего возраста (младше 1 года и 1 — 3 года) снижение уровня витамина D в сыворотке крови выражено меньше, чем в возрастной группе старше 3 лет. Основные механизмы участия витамина D в процессе иммуномодуляции при COVID-19 требуют дальнейшего изучения. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом участвующего учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.878. Порівняльна характеристика третьої хвилі коронавірусної хвороби в дітей з попередніми спалахами захворюваності / С. О. Крамарьов, І. Ю. Серякова, В. В. Евтушенко, Т. М. Камінська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 5-14. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — провести порівняння клінічних та епідеміологічних характеристик коронавірусної інфекції (КВІ) (COVID-19) у дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні впродовж третьої хвилі захворюваності, з попередніми спалахами з метою вивчення особливостей перебігу COVID-19 у дітей залежно від прогнозованого варіанта вірусу та своєчасного попередження можливих наслідків захворювання. Проаналізовано 861 історію хвороб дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у КНП "Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня" (м, Київ, Україна) з приводу коронавірусної хвороби в період трьох спалахів цього захворювання. За час спостереження пандемії виділено такі періоди: 1-ша хвиля — з червня по листопад 2020 р. (340 випадків); 2-га хвиля — з лютого по травень 2021 р. (190 випадків); 3-тя хвиля — з серпня по грудень 2021 р. (331 випадок). Дітей розмежовано за віком на 5 категорій: від народження до 1 міс., 1—12 міс., 1—5 років, 6—10 років і від 10 років. Для проведення розрахунків і статистичного аналізу застосовано статистичний пакет із використанням методів описової статистики, зокрема: проведено побудову моделей логістичної регресії з визначенням критерію Хі-квадрат, показника відношення шансів (ВШ), довірчого інтервалу (95 % ДІ) та побудовано ROC-криву багатофакторної моделі з визначенням площі під кривою (AUC). Визначено медіану (М), міжквартильний інтервал (МКІ, 1-й — 3-й квартиль). Застосовано критерій Фішера, тест Манна — Уітні та Краскела — Уолліса. Під час проведення аналізу спостереження залежності перебігу КВІ в дітей від періоду захворюваності, використовуючи метод побудови моделей логістичної регресії, визначено взаємопов'язані фактори: Д-димер (зниження (p = 0,05) показника під час 3-ї хвилі, ВШ = 7,47 (95 % ДІ: 0,56 — 1)): рентгенологічні зміни (зниження ризику (p = 0,005) під час 3-ї хвилі ВШ = 1,66 (95 % ДІ: 0,0009 — 2,86)) і прокальцитонін (збільшення ризику підвищеного рівня прокальцитоніну (p = 0,07) під час 3-ї хвилі ВШ = 4,27 (95 % ДІ: 0,41 — 4,5)). Встановлено, що третя хвиля захворюваності COVID-19 характеризувалася тяжчим перебігом і вищою частотою ускладнених випадків (p < 0,001). Серед госпіталізованих пацієнтів дитячого віку прогресивно збільшилася частка хворих із наявною супутньою патологією (p = 0,0005). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.879. Проблема поліомієліту: загроза чи реальність?: (огляд) / Н. В. Банадига // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 47-54. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Актуальність інфекційної патології в дітей у сучасних умовах набула нових вагомих рис. Йдеться про епідемію кору (2017 — 2019 рр.), захворюваність і летальність, спричинену вірусом COVID-19 (із 2020 р.), а також (осінь 2021 р. — січень 2022 р.) спалах поліомієліту в Україні. Вже у січні 2022 р. підтверджений другий випадок поліомієліту в дитини з України, таким чином, у нас зафіксовані 2 вогнища (Рівненська та Закарпатська області), де рівень вакцинації найнижчий в Україні. Саме в Закарпатській області він є одним із найнижчих, протягом останніх 2 років ще й відстежується тенденція до подальшого зменшення. Встановлено, що діти інфіковані вакциноспорідненим поліовірусом другого типу. Це неабияк стривожило українських і зарубіжних фахівців, адже попередня активна кампанія щодо глобальної вакцинації забезпечила зниження кількості випадків поліомієліту у світі на 99 % (за період 1988 — 2021 рр.). Ризик поширення поліомієліту в Україні все ще залишається високим. Ці обставини мотивують до оновлення знань лікарів із питань діагностики, диференційного діагнозу, щоб поліпшити якість діагностики. В умовах зниження активності вакцинальної компанії, високого відсотка безсимптомного перебігу та носіїв вірусу поліомієліту, труднощів диференційної діагностики, відсутності етіопатогенетичної терапії очевидною є загроза поширення цієї небезпечної інфекції серед дитячого населення з серйозними віддаленими наслідками. Єдиним кроком, що кардинально спроможний змінити ситуацію, — є запровадження активних дій щодо усунення прогалини в охопленні плановою імунізацією дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.880. Роль азитроміцину в антибактеріальній терапії гострих респіраторних інфекцій у дітей / С. О. Крамарьов, В. В. Євтушенко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 63-71. - Бібліогр.: 53 назв. - укр.

Гострі респіраторні інфекції є провідною причиною захворюваності та смертності в дитячому віці. Антибактеріальна терапія при гострих респіраторних інфекціях має призначатися виважено та за суворими показаннями. В огляді проаналізовано етіологічну структуру захворювань верхніх і нижніх дихальних шляхів, визначено сучасні погляди на раціональне застосування антибактеріальних засобів за таких захворювань, як гострий тонзилофарингіт, риносинусит, бронхіт і пневмонія. Серед розмаїття антибактеріальних засобів найчастіше в педіатричній практиці застосовуються препарати групи макролідів, зокрема азитроміцин. Розглянуто фармакологічні властивості азитроміцину, механізми його антимікробної та імуномодулювальної активності, показання до призначення при гострих респіраторних інфекціях у дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.881. Стан захищеності імуноскомпроментованих пацієнтів від кору, краснухи, дифтерії та правця / А. П. Волоха, Г. М. Лісовська, А. В. Бондаренко, А. М. Гільфанова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 5-11. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити стан захищеності від вакцинкерованих інфекцій у дітей із первинними імунодефіцитами (ПІД) і дітей, які отримують муносупресивну терапію. Об'єктом дослідження був рівень напруженості гуморального імунітету проти вірусних (кір, краснуха) і бактеріальних (дифтерія, правець) вакцинкерованих інфекцій в імуноскомпроментованих пацієнтів. Захисний рівень специфічних антитіл класу IgG проти вакцинальних антигенів спостерігався у 58 дітей із ПІД і 20 дітей, які отримують імуносупресивну терапію. Серед 58 дітей із ПІД було 26 дітей зі збереженою функцією антитілоутворення та 32 дитини з дефіцитами антитілоутворення та комбінованими імунодефіцитами, які перебувають на замісній терапії препаратами імуноглобулінів. Стан напруженості імунітету імуноскомпроментованих пацієнтів порівнювали з показниками здорових дітей групи контролю. У групі дітей із ПІД зі збереженою функцією антитілоутворення, щеплених вакциною проти кору та краснухи, захисний рівень антитіл проти кору мали 94,4 %, проти краснухи — 100 %. Захищеними від правця були 78,6 % щеплених дітей цієї групи і лише 57,1 % — від дифтерії. Усі діти з ПІД із порушенням антитілоутворення, які отримують замінну терапію препаратами внутрішньовенного муноглобуліну (ВВІГ), були захищені проти кору, краснухи, дифтерії та правця. Серед 10 пацієнтів на імуносупресивній терапії, щеплених вакциною проти кору та краснухи, антитіла проти вірусу кору в захисному титрі відмічалися у 80 %, краснухи — у 90 % дітей. Майже всі діти з ревматичними захворюваннями на імуносупресивній терапії, щеплені проти правця та дифтерії, були захищені від цих збудників, за винятком 2 (14,2 %) із 14 дітей, які не мали антитіл до дифтерії. Діти з гломерулонефритом із нефротичним синдромом мали недостатній захист від дифтерії та правця, лише 3 (50 %) із 6 дітей мали антитіла в захисному титрі проти правця, у жодного пацієнта з цією патологією не виявлено антитіл проти дифтерії. За отриманими даними, більшість пацієнтів із ПІД зі збереженою функцією антитілоутворення можуть формувати достатню імунну відповідь на щеплення проти вірусних (кір, краснуха) та бактеріальних (правець) інфекцій. Замісна терапія препаратами ВВІГ

надає змогу захистити дітей із ПІД, які мають порушення функції антитілоутворення, від вакцинкерованих інфекцій. Більшість дітей із ревматичними захворюваннями, вакцинованих за Календарем профілактичних щеплень до початку імуносупресивної терапії, зберігають поствакцинальний захист антитіл проти вакцинкерованих інфекцій. Імунний захист від вакцинкерованих інфекцій знижений у хворих на гломерулонефрит із нефротичним синдромом, вони потребують ретельного спостереження і за необхідності проведення замісної терапії препаратами імуноглобулінів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.882. Фактори впливу на виразність клініко-лабораторних проявів синдрому мальабсорбції вуглеводів у дітей раннього віку з ротавірусною інфекцією / Н. В. Воробйова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 25-33. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета роботи — визначити роль алельного поліморфізму 13910 C/T енхансера гена лактази MCM6 та наявності супутньої харчової алергії (ХА) й атопічного дерматиту (АД) у формуванні проявів синдрому мальабсорбції вуглеводів (СМВ) у дітей раннього віку з ротавірусною інфекцією (РВІ). Обстежено 60 дітей віком 1—24 міс із РВІ. Усім дітям на момент госпіталізації проведено визначення однонуклеотидного поліморфізму 13910 C/T гена MCM6 методом полімеразної ланцюгової реакції, загального IgE в сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу, а також загальної кількості вуглеводів у фекаліях (проба Бенедикта) та рівня лактози в калі (проба Мальфатті) у динаміці хвороби (на III, V, VII, X добу). Проведено оцінку динамічних змін клініко-лабораторних ознак СМВ у підгрупах дітей із різними варіантами генотипу 13910 C/T гена MCM6, а також у підгрупах дітей залежно від наявності супутньої алергічної патології. У дітей, хворих на РВІ з генотипами C/C, C/T та T/T-13910 гена MCM6, не виявлено достовірної різниці показників максимальної добової частоти діареї, її тривалості та частоти реєстрації кишкових кольок і метеоризму ($p > 0,05$). Також не встановлено статистичної різниці значень загального рівня вуглеводів і рівня лактози в зразках калу протягом усього періоду РВІ ($p > 0,05$ на III, V, VII, X добу). У хворих із супутніми ХА та АД ротавірусний гастроентерит характеризувався вищою в 1,3 і 2 рази добовою частотою рідких випорожнень у період розпалу хвороби ($p < 0,05$ на V і VII добу відповідно), вищою в 1,3 разу тривалістю діареї ($p < 0,05$), більшою в 1,6 і 1,8 разу частотою розвитку метеоризму та кишкових кольок відповідно ($p < 0,05$). Діти цієї підгрупи мали в 3 і 3,3 разу вищі показники проби Бенедикта ($p < 0,01$), а також в 3 і 2,5 разу вищі значення проби Мальфатті ($p < 0,01$; $p < 0,05$ відповідно) на III і V добу РВІ відповідно, ніж у пацієнтів без алергії, з поступовим зменшенням цієї різниці протягом періоду реконвалесценції ($p < 0,05$ на X добу). Встановлено, що варіант алельного поліморфізму 13910 C/T гена MCM6 не впливає на ступінь порушення метаболізму олігосахаридів у кишечнику дітей раннього віку, хворих на РВІ. На тлі супутньої ХА й АД перебіг ротавірусного гастроентериту супроводжується більш виразними лабораторними ознаками мальабсорбції вуглеводів і, як наслідок, виразнішою в період розпалу хвороби діареєю з вищою частотою розвитку метеоризму та кишкових кольок і тривалішим перебігом. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.883. Effectiveness of hepatitis B hyperimmunoglobulin and vaccine in preventing perinatal transmission in children born from a mother with chronic B hepatitis / Feyza Gokben Kahveci, Hasret Ayyildiz Civan, Ozgul Salihoglu // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 209-217. - Бібліогр.: 42 назв. - англ.

Вірусний гепатит і сьогодні залишається однією з важливих проблем здоров'я в усьому світі. Гепатит В — небезпечна для життя інфекція печінки, що може спричинити хронічні інфекції. Це збільшує ризик смерті від цирозу та гепатоцелюлярної карциноми. Одним із найважливіших факторів хронічного або гострого гепатиту В є вік зараження. Чим раніше виявлений вірус, тим більший ризик хронізації захворювання. Профілактика перинатальної передачі захворювання має велике значення. Найефективніший спосіб боротьби з інфекцією гепатиту В — запобігання зараженню та забезпечення імунітету. Сьогодні доступна безпечна та ефективна вакцина, що забезпечує 98 — 100 % захист від гепатиту В. Профілактика інфекції гепатиту В запобігає розвитку ускладнень, включаючи хронічні захворювання та рак печінки. Мета дослідження — оцінка ефективності вакцини та імуноглобуліну проти гепатиту, призначених для запобігання передачі перинатальної інфекції гепатиту В у немовлят, народжених від матерів із хронічною інфекцією гепатиту В. Матеріали та методи. До дослідження включені 55 дітей, народжених від матерів із хронічною інфекцією гепатиту В у нашій лікарні з 01.01.2013 по 01.01.2019 та допущених до участі в дослідженні. Під час ретроспективного аналізу оцінювали гестаційний вік матері, тести на гепатит В у матері, спосіб розродження, вагу дитини при народженні, тиждень народження дитини, чи вводили цим дітям імуноглобулін та вакцину проти гепатиту В протягом перших 24 годин після народження, час введення вакцини проти гепатиту В та імуноглобуліну, купання дитини в пологовому залі, тести на гепатит В для немовлят, додаткові дослідження щодо вірусних захворювань дитини (гепатит С, вірус імунодефіциту людини) та печінкові проби (аспартатамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза). Проаналізовано програму вакцинації дитини, контроль статусу матері на гепатит В, час прийому грудного молока, зріст і вага дитини, статус вживання наркотиків матер'ю під час вагітності. Діти, у яких раніше діагностований хронічний гепатит В, були виключені з дослідження. Результати. Тести на поверхневий антиген гепатиту В були позитивними у двох немовлят, які отримали три дози вакцини проти гепатиту. Матері обох цих дітей мали позитивні тести на поверхневий антиген гепатиту В та оболонковий антиген гепатиту В. Сорок три (78,2 %) пацієнти мали захисні антитіла до поверхневого антигену гепатиту В, тоді як у 12 (21,8 %) їх не було. Висновки: серологічні дослідження на наявність гепатиту В слід проводити жінкам, які проживають у країнах із високим ризиком хронічної інфекції гепатиту В, і вагітним, а немовлята, народжені від цих матерів, повинні отримувати вакцину та імуноглобулін проти гепатиту В.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.884. Scarlet fever on the background of toxicodermia in a child: case report and mini-review / S. Nykytyuk, O. Mochulska, S. Levenets, T. Vorontsova // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 47-51. - Бібліогр.: 14 назв. - англ.

The article presents a case of scarlet fever on the background of toxicodermia in a 12-year-old girl. The disease most probably developed in response to a combination of etiological factors such as bacterial infection and allergic reaction to exotoxins. The clinical picture was dubious, involving mucous membranes of the nose, mouth, and skin. Parenteral administration of glucocorticoids, antihistamines, detoxification, antibiotic therapy, and topical treatment led to rapid regression of clinical symptoms and prevented the development of complications. Sometimes, it is difficult to determine the etiology of toxicodermia combined with scarlet fever. Physicians should examine all patients with allergodermatoses for the presence of beta-hemolytic streptococcus and antibodies.

Шифр НБУВ: Ж25721

Див. також: 1.Р.141, 1.Р.147, 1.Р.715, 1.Р.737, 1.Р.776, 1.Р.791, 1.Р.794, 1.Р.934

Туберкульоз

1.Р.885. Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 66-94. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.886. Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків. Ч. 2 // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 62-83. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.887. Зведена настанова ВООЗ із туберкульозу. Модуль 5: Ведення туберкульозу в дітей і підлітків. Ч. 3 // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 92-103. - укр.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.888. Клінічна ефективність лікування бедаквіліном і деламанідом дітей та підлітків, хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз / М. І. Сахелашвілі, О. П. Костик, О. І. Сахелашвілі-Біль, З. І. Піскур, Л. М. Рак, З. Р. Наконечний, Й. Й. Дідик, Р. М. Тупичак, М. В. Войтович, Н. С. Чурсина, С. Г. Гайващук, В. М. Гамаль // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 6-12. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність режимів хіміотерапії із застосуванням бедаквіліну (Bdq) і деламаніду (Dlm) у дітей і підлітків, хворих на множинну або широку лікарсько-стійку (МЛС/ШЛС) форму туберкульозу (ТБ) легень. Проведено ретроспективний когортний аналіз даних медичної документації 40 хворих на ТБ легень з МЛС/ШЛС мікобактерій туберкульозу (МБТ), з них 25 (62,5 %) дітей до 14 років і 15 (37,5 %) підлітків віком від 15 до 17 років. Хлопчиків було 18 (47,5 %), дівчаток — 22 (52,5 %). Мікробіологічне дослідження передбачало виявлення МБТ у мокротинні за методом мікроскопії мазка, посіву матеріалу на середовище Левенштейна і Єнсена, типування виділених мікобактерій на BACTEC MGIT 960, проведення тесту медикаментозної чутливості штамів МБТ до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) першого та другого ряду, а також молекулярно-генетичне дослідження мокротиння, зокрема за методом GeneXpert MTB/RIF/Ultra і лінійного зонд-аналізу. Усі діти і підлітки одержували індивідуальний режим лікування залежно від резистентності МБТ до АМБП або резистентності МБТ у джерела інфекції. Серед обстежених дітей 44,0 % були віком до 4 років, 12,0 % — віком від 5 до 8 років, 44,0 % — віком від 9 до 14 років. Серед підлітків переважали пацієнти віком 17 (46,7 %) років. Резистентність до рифампіцину і МЛС констатували у 10 (40,0 %) дітей, яким призначали нову схему лікування з Bdq і Dlm, ШЛС-ТБ — у 3 (12,0 %), ризик мультирезистентного ТБ — у 12 (48,0 %). У підлітків у 1,7 разу частіше, ніж у дітей, відзначено наявність МЛС-ТБ, у 2,8 разу — ШЛС-ТБ, у 3,3 разу рідше — мультирезистентного ТБ. Первинний туберкульозний комплекс діагностували у 12 (48,0 %) дітей, ТБ з ураженням легень і кісток — у 4 (16,0 %), ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів — у 3 (12,0 %), ТБ легень і ЦНС — у 2 (8,0 %), інфільтративний ТБ легень — у 3 (12,0 %). У підлітків у 7,5 разу частіше, ніж у дітей, спостерігали інфільтративну форму туберкульозу легень і в 3,3 разу — дисеміновану форму. Протягом перших 2 міс лікування Bdq і Dlm констатовано знебацилення в усіх дітей. Однак припинення бактеріовиділення в усіх підлітків досягнуто за 3 міс хіміотерапії. Через 9 міс хіміотерапії зафіксовано значну позитивну рентгенологічну динаміку у 23 (92,0 %) дітей і 12 (80,0 %) підлітків. Через 9 міс. лікування зміни в легенях зберігалися у 2 (8,0 %) дітей та 3 (20,0 %) підлітків, але по закінченні курсу лікування як у дітей, так і у підлітків рентгенологічно констатовано розсмоктування інфільтрації, ущільнення вогнищ, формування фіброзу в легенях. Після курсу комплексного лікування із застосуванням Bdq і Dlm вилікування констатовано у 21 (84,0 %) дитини та 10 (66,7 %) підлітків. Лікування вважали завершеним удвічі частіше у підлітків у порівнянні з дітьми (33,3 проти 16,0 %; $p < 0,05$). Успішність лікування при застосуванні нових АМБП констатовано в усіх дітей і підлітків. У дітей та підлітків переважно виявляли формування малих залишкових змін (у 84,0 і 73,3 % відповідно).

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.889. Особливості лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів у дітей і підлітків із осередків мультирезистентної туберкульозної інфекції / М. І. Сахелашвілі, О. П. Костик, О. І. Сахелашвілі-Біль, З. І. Піскур, Й. Й. Дідик // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 2. - С. 5-11. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити особливості стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) у дітей і підлітків, які мешкають в осередках мультирезистентної туберкульозної інфекції. Обстежено 246 дітей, з них 145 мали лікарсько-стійкий туберкульоз, 101 — лікарсько-чутливу форму специфічного процесу, і 102 дорослих хворих, які були джерелом інфекції. Мікробіологічне дослідження у дітей, підлітків та дорослих передбачало виявлення МБТ у мокротинні за методом мікроскопії мазка, посіву матеріалу на середовище Левенштейн — Єнсена, типування виділених мікобактерій на BACTEC MGIT 960, проведення тесту медикаментозної чутливості штамів МБТ до АМБП першого та другого ряду, а також молекулярно-генетичне дослідження мокротиння, зокрема з використанням методу GeneXpert MTB/RIF та лінійного зонд-аналізу (Hain Lifescience). Установлено, що в осередках мультирезистентної туберкульозної інфекції найуразливішими до туберкульозу є діти віком до 4 років (73,1 %), особливо до одного року (29,8 %). При дослідженні профілю резистентності МБТ в осередках мультирезистентної інфекції виявлено майже повний збіг профілю стійкості МБТ у дітей з джерелом інфекції. У дітей з контакту у порівнянні з хворими підлітками в 3,5 разу частіше зареєстровано резистентність до комбінації HRS (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин), у 2,7 разу — до HR (ізоніазид, рифампіцин), у 1,8 разу — до HRE (ізоніазид, рифампіцин, етамбутол), у 2,7 разу рідше — до HRESZ (ізоніазид, рифампіцин, етамбутол, стрептоміцин, піразинамід) і в 1,6 разу — до HRES (ізоніазид, рифампіцин, етамбутол, стрептоміцин). У підлітків найчастіше спостерігали резистентність до комбінації HRSE (66,1 %) та HRESZ (13,6 %) на відміну від джерела інфекції і дітей. Установлено високий ризик мультирезистентного туберкульозу у дітей (42,7 %) із осередків мультирезистентної туберкульозної інфекції. Необхідно вдосконалити методи одержання респіраторних зразків для визначення чутливості/стійкості МБТ до АМБП. В осередках мультирезистентної туберкульозної інфекції понад третина дітей (35,8 %) не була вакцинована у пологовому будинку і контактним особам не призначена хіміопрофілактика.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.890. Особливості перебігу мультирезистентного туберкульозу легень у дітей та підлітків із осередків хіміорезистентної туберкульозної інфекції / О. І. Сахелашвілі-Біль // Туберк., легеневі хвор., ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 27-33. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити особливості мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) легень органів дихання у дітей і підлітків із осередків хіміорезистентної туберкульозної інфекції. Для вивчення особливостей перебігу МРТБ легень проведено аналіз даних клінічних, рентгенотомографічних, мікробіологічних та загальноприйнятих лабораторних обстежень 256 пацієнтів (102 дитини та 154 підлітки). Пацієнтів було розподілено на дві групи. В основну групу було залучено 145 хворих на МРТБ легень, з них 67 (42,2 %) дітей та 78 (53,8 %) підлітків із осередків мультирезистентної туберкульозної інфекції, у контрольну — 146 хворих на "хіміочутливий" туберкульоз (ХЧТБ) легень, з них 70 (47,9 %) дітей і 76 (52,1 %) підлітків з осередків хіміочутливої туберкульозної інфекції. У дітей, хворих на МРТБ легень, крім класичних форм туберкульозу (первинний туберкульозний комплекс — 14,9 % і туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів — 14,9 %) діагностували міліарний туберкульоз (11,9 %), туберкульоз легень і центральної нервової системи (5,9 %), казеозну пневмонію (8,9 %), фіброзно-кавернозний туберкульоз (4,5 %). У разі МРТБ легень у підлітків статистично значущо частіше діагностували інфільтративний туберкульоз (29,4 %) та дисемінований туберкульоз легень (35,9 %). Деструктивні зміни в 1,6 разу частіше відзначали у підлітків, хворих на МРТБ легень, ніж у дітей, особливо при мультирезистентному специфічному процесі (70,5 та 43,3 % відповідно, $p < 0,05$). У разі МРТБ у дітей у 3,5 разу частіше, ніж при ХЧТБ легень, спостерігали ознаки прогресування специфічного процесу внаслідок лімфогенної і гематогенної дисемінації у вигляді туберкульозу периферичних, внутрішньогрудних та мезентеріальних лімфатичних вузлів, міліарного туберкульозу, у підлітків, поряд з ускладненнями специфічного генезу, — ускладнення неспецифічного характеру: дихальну недостатність та неспецифічний катаральний ендобронхіт. Як у дітей, так і у підлітків інтенсивність бактеріовиділення була більшою за наявності МРТБ у порівнянні з ХЧТБ. В осередках мультирезистентної інфекції виявлено майже повний збіг характеру стійкості мікобактерій туберкульозу у дітей з джерелом інфекції. Проте у підлітків найчастіше зафіксовано резистентність до комбінації IIRSE (66,1 %) і IIRESZ (13,6 %) на відміну від дорослих та дітей. Більшість контактних дітей та підлітків, хворих на МРТБ легень, виявлено під час звернення до лікаря загальної мережі або педіатра (62,3 % дітей і 70,5 % підлітків), що є основною причиною недовиявлення туберкульозу у дітей і підлітків. Проведені дослідження свідчать про важливість ретельного обстеження всіх контактних дітей та підлітків в осередках туберкульозної інфекції: вивчення анамнезу, проведення туберкулінодіагностики, клініко-рентгенологічного і мікробіологічного обстеження для своєчасного виявлення туберкульозу та призначення хіміотерапії.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.891. Позалегеневий туберкульоз у дітей: вікові особливості та медикаментозна резистентність збудника / З. І. Піскур, О. П. Костик, М. І. Сахелашвілі, Л. І. Пилипів, О. М. Швець, О. О. Погорєлова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 4. - С. 22-29. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати особливості виявлення і перебігу клінічних форм позалегеневого туберкульозу (ПТБ) та профіль медикаментозної резистентності збудника у дітей різних вікових груп. Дітей було розподілено на вікові групи: до 1 року (n = 19, група I), 2—9 років (n = 19, група II) і 10 — 14 років (n = 9, група III). Діти віком до 1 року статистично значущо частіше проживали у сільській місцевості, ніж у місті (78,9 та 21,1 %; $p < 0,01$). Резистентні форми туберкульозу (ТБ) діагностували у 49,0 % дітей, зокрема у 73,7 % дітей першого року життя, що статистично значущо частіше, ніж у дітей віком 2—9 років (26,3 %; $p < 0,01$). Частота мультирезистентного ТБ і його ризику у дітей віком до 1 року становила 35,7 та 28,6 % відповідно. Найпоширенішою клінічною формою ПТБ незалежно від віку був ТБ периферичних лімфатичних вузлів (ПЛВ) — 40,4 %. Частка ТБ мозкових оболонок і центральної нервової системи у групі I була статистично значущо більшою у порівнянні з групами II і III ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,05$), тоді як ТБ кісток і суглобів у дітей груп II і III діагностували статистично значущо частіше у порівнянні з групою I ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,05$). У 89,4 % випадків ПТБ поєднувався з ТБ органів дихання. У дітей віком до 1 року міліарний ТБ легень виявляли статистично значущо частіше, ніж інші клінічні форми ($p < 0,05$). Двобічне ураження статистично значущо частіше спостерігали у дітей віком до 1 року у порівнянні з дітьми віком 10—14 років (77,8 та 28,6 %; $p < 0,05$), однобічне ураження — у дітей віком 10 — 14 років у порівнянні з дітьми віком до 1 року (22,2 і 71,4 %; $p < 0,05$). У дітей віком до 1 року та 2—9 років статистично значущо частіше ТБ діагностували під час звернення по медичну допомогу, ніж при обстеженні контактних осіб (63,2 та 26,3 %; $p < 0,05$; і 68,4 та 31,6 %; $p < 0,05$) і при профілактичному огляді (10,5 і 0 %; $p < 0,01$). Під час самостійного звернення статистично значущо частіше, ніж при профогляді, виявляли ТБ у дітей віком 10 — 14 років (66,7 та 0 %; $p < 0,01$). Лише 36,8 % дітей групи I, 42,1 % дітей групи II і 33,3 % дітей групи III після звернення в поліклініку були скеровані до спеціалізованого закладу. У пацієнтів віком до 1 року та 2—9 років статистично значущо частіше спостерігали поєднання клінічних виявів інтоксикаційного і бронхолегеневого синдромів у порівнянні з дітьми віком 10—14 років (47,4, 31,6 та 0 %; $p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,01$). Інтоксикаційний синдром значно частіше домінував у дітей віком 10—14 років, ніж у дітей віком до 1 року (88,9 та 26,3 %; $p < 0,01$). Відсутність вакцинації значно частіше констатували у дітей віком до 1 року, ніж в інших вікових групах (94,7; 57,9 та 44,4 %; усі $p < 0,05$), а частка неефективного щеплення була значно більшою у дітей віком 10 — 14 років, ніж у дітей віком до 1 року (55,6 та 5,3 %; $p < 0,05$). Висновки: необхідна інтенсифікація профілактичних протитуберкульозних заходів серед дітей різних вікових груп, посилення контролю за проведенням вакцинації, регулярний скринінг, відстеження контактів серед дорослого населення та їх контрольоване лікування.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.892. Результати впровадження нових методів діагностики туберкульозу серед дітей у 12 регіонах України / О. Павлова, О. Дюжева, Л. Скоклюк, Н. Жеребко, А. Барбова, Г. Дравнієце // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 1. - С. 31-36. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — підвищити ефективність та якість діагностики туберкульозу (ТБ) у дітей через розширення тестування "неінвазивних" зразків, розроблення алгоритму інтеграції потенціалу дослідження таких зразків до рутинних педіатричних протитуберкульозних послуг у різних умовах та опанування навичками проведення лабораторних процедур щодо тестування зразків фекалій. У межах проєкту "Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні", який реалізується організацією PATH за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), розпочалося пілотне впровадження діагностики легеневого ТБ у дітей із використанням картриджів Xpert MTB/RIF Ultra як первинного діагностичного тесту для зразка фекалій. На етапі діагностики до початку лікування протитуберкульозними препаратами обстежували усіх дітей віком до 5 років, а також дітей віком до 15 років із попереднім діагнозом "туберкульоз", які не можуть продукувати мокротиння або у яких є труднощі з одержанням іншого діагностичного матеріалу. Одержані проміжні результати досить обнадійливі для впровадження таких тестів на усій території України. Використання зразків фекалій, одержання яких не потребує інвазивних маніпуляцій, може позитивно вплинути на показники лабораторного підтвердження діагнозу ТБ у дитячого населення, адже у 12,8 % одержано позитивний результат, а у 8,5 % досліджень позитивний результат тесту тільки з фекаліями і негативний із промивними водами шлунка. Результати впровадження методу допоможуть виявити та обгрунтувати необхідні зміни до алгоритму діагностики ТБ у дітей віком до 5 років або дітей віком до 15 років, які не можуть продукувати мокротиння або в разі утрудненого одержання іншого діагностичного матеріалу.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.893. Успішне лікування легеневого туберкульозу в дитини, хворої на гостру промієлоцитарну лейкемію, на тлі інтенсивної хіміотерапії / О. І. Дорош, Ю. О. Летц, І. П. Мелько, І. П. Цимбалюк-Волошин, Б. С. Романишин, О. В. Лига // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 44-54. - Бібліогр.: 50 назв. - укр.

Схильність пацієнтів із гострою лейкемією (ГЛ) до різноманітних інфекційних ускладнень є відомим фактом. Причиною є зниження імунітету як унаслідок основного захворювання, так і через застосування імуносупресивної цитостатичної та радіотерапії. Туберкульозні інфекції (ТІ) є серйозними та небезпечними для життя ускладненнями в пацієнтів зі злоякісними гематологічними розладами та в реципієнтів після трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин. Верифікація туберкульозу (ТБ) часто затримується в пацієнтів із гематоонкологічними захворюваннями як через низький показник підозри, так і через пошук інших інфекційних ускладнень. Саме ТІ з ураженням дихальної системи є найпоширенішими ускладненнями в імунологічно скомпрометованих хворих. При гострій лейкемії ТБ-процес може бути недооціненим через негативні тести на мікобактерії ТБ (МБТБ). Також пацієнтам із неоплазіями часто призначають антибактерійні середники, такі як амікацин та фторхінолони, що також є ефективними в лікуванні ТІ. У 10-річного хлопчика під час індукційної хіміотерапії з приводу гострої промієлоцитарної лейкемії (ГПЛ) встановлено діагноз ТБ легень, дисемінована форму, ускладнену гідротораксом. З діагностичною метою проведено неодноразові пункції плевральної порожнини з дренуванням патологічного випоту та діагностично-санаційну бронхоскопію, були підозри на бактерійну пневмонію, системний мікоз. Діагноз ТБ верифіковано на підставі позитивного ПЛР-тесту на ТБ, молекулярно-генетичного дослідження харкотиння, промивних вод бронхів на наявність геному МБТБ без стійкості до рифампіцину, мікроскопії харкотиння, тоді як результат посіву харкотиння та плевральної рідини на МБТБ був негативним. Лікування ТБ-процесу виконано одночасно з інтенсивною цитостатичною терапією AML-BFM 2004 без редукції дози цитостатиків. Дитині призначено інтенсивну туберкулостатичну терапію 4 препаратами (рифампіцин+ізоніазид+піразинамід+інбутол) упродовж 3 міс, а згодом — підтримувальну протитуберкульозну хіміотерапію двома препаратами протягом 4 міс (рифампіцин+ізоніазид) із позитивним ефектом. Описаний випадок вказує на необхідність ранньої підозри ТБ у пацієнтів, які отримують лікування з приводу ГЛ. Результати дослідження свідчать, що протипухлинна хіміотерапія не є перешкодою ефективному лікуванню ТБ. Пацієнт перебуває в стадії ремісії ГПЛ і ТБ упродовж 21 міс. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.510, 1.Р.771, 1.Р.832, 1.Р.932

Пухлини у дітей

1.Р.894. Інфантильна гемангіома: (огляд) / А. А. Переяслов, В. Ф. Рибальченко, О. О. Лосєв // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 49-57. - Бібліогр.: 68 назв. - укр.

Інфантильна гемангіома є однією із найчастіших доброякісних судинних вад у дітей. Водночас, низка питань щодо класифікації, діагностики та вибору методу лікування залишаються дискусійними. Наведені сучасні дані про класифікацію, клінічний перебіг, діагностику та принципи лікування інфантильної гемангіоми. У

більшості випадків спостерігається неускладнений клінічний перебіг інфантильної гемангіоми, проте у частини пацієнтів можуть виникати ускладнення. Найчастішими ускладненнями інфантильних гемангіом є виразкування, обструкція, функціональні порушення та спотворюючий ефект. Незважаючи на те, що більшість інфантильних гемангіом може спонтанно зникати, частина із них потребує лікування. Представлені основні методи лікування інфантильної гемангіоми: використання β-блокаторів (системне та топічне), лазеротерапія та хірургічне лікування. Інфантильні гемангіоми, незважаючи на уявну простоту діагностики, повинні лікуватись у спеціалізованих центрах. Раннє виявлення гемангіом із високим ризиком вимагає пильної уваги педіатрів, що має на меті запобігти розвитку ускладнень. Хоча доведена ефективність пропранололу для лікування усіх форм інфантильних гемангіом, необхідні подальші дослідження з тривалим спостереженням для визначення його впливу на розвиток нервової системи.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.895. Клінічний випадок легеневої бластоми в дитини як маскування негоспітальної пневмонії / О. В. Дутчук, З. Р. Кочерга, В. М. Волошинович, Ю. І. Алексеєва, Ю. С. Томащук // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 7. - С. 46-50. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

У цей час проблема діагностики плевролегеневої бластоми в дітей залишається актуальною, оскільки зазначена патологія часто маскується під інші нозології, зокрема пневмонії, та діагностується вкрай тяжко. Наразі немає патогномонічної клінічної симптоматики, специфічних діагностичних критеріїв вказаного захворювання, майже 60 % пацієнтів мають неспецифічні симптоми. Наведено рідкісний клінічний випадок біфазної легеневої бластоми в дитини, яка перебувала на обстеженні та лікуванні в КНП "Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради". Виявлено основні клінічні прояви, діагностику та напрями лікування біфазної бластоми легень у дитини на підставі спостереження за дівчинкою 5-річного віку, госпіталізованою до стаціонару з приводу гострого абдомінального болю, болю в грудній клітці та кашлю. Після проведених клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження діагностовано правобічну пневмонію, ексудативний плеврит. Комплекс проведених лікувальних заходів не дав очікуваного позитивного результату, поліпшення стану пацієнта. У зв'язку з підозрою на новоутворення грудної клітки дитині призначено додаткове обстеження. Встановлено, що найінформативнішим методом верифікації діагнозу легеневої бластоми є мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним болюсним контрастуванням та імуногістохімічне дослідження біоптату. Вказано на методи лікування, застосовувані в цьому випадку, зокрема проведення протизапальної та поліхіміотерапії за схемою, радикальний метод лікування в Національному інституті раку м. Київ — оперативне втручання пневмонектомія справа з резекцією перикарда. Дитина на цей час перебуває в стадії стійкої ремісії впродовж 4,5 року. Описаний клінічний випадок показує труднощі діагностики бластоми легень у дітей через відсутність типових клінічних проявів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.896. Методика визначення ступеня радикалізму видалення пігментних невусів шкіри у дітей / В. С. Конопліцький, О. В. Пасічник, В. В. Мотигін, Ю. Є. Коробко, О. В. Тертишна // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 57-62. - Бібліогр.: 19 назв. - укр.

Невуси — доброякісні пухлини меланоцитарного генезу. Вроджені меланоцитарні невуси виявляються при народженні або безпосередньо після народження дитини (1 % малюків). Невусні клітини простих невусів можуть розповсюджуватись в глибокі відділи дерми. Тому при звичайному методі видалення іноді продовжується ріст неповністю видалених невусних клітин. При цьому на місці рубця з'являється невелике пігментне вогнище. Ці вогнища зазвичай відповідають гістологічній будові первинного невусу без будь-яких ознак малігнізації. Представлено аналіз хірургічних підходів до лікування пігментних невусів шкіри. Із урахуванням досліджень в галузі мікроархітектоніки шкіри обгрунтовані та запропоновані шляхи покращення методу лікування первинної пухлини. Мета дослідження — підвищити ефективність визначення ступеня радикалізму видалення пігментних невусів шкіри в дітей із урахуванням товщини гіподерми в різних анатомічних ділянках організму. Робота виконувалась на базі відділення онкогематології Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2018 по 2020 рр. Клінічний розподіл особливостей хірургічних втручань при пігментних невусах шкіри передбачав аналіз даних медичних карт амбулаторних та стаціонарних хворих (120 документів). Вік пацієнтів обох статей знаходився в межах від 3 до 16 років. Аналізу підлягали пацієнти з локалізацією пігментних новоутворень у різних ділянках кінцівок (68 спостережень) та тулуба (52 дитини). Використання запропонованої розрахункової моделі в лікуванні 120 хворих із пігментними невусами за період 2018—2020 рр. дозволило уникнути рецидивного перебігу патології в усіх випадках. Висновки: запропонована методика визначення радикалізму видалення пігментних невусів шкіри шляхом математичного обчислення співвідношень площ видалених тканин на рівні шкіри та на рівні апоневрозу з урахуванням товщини гіподерми в різних ділянках тіла дозволяє чітко розраховувати індивідуальні параметри операційної рани. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.897. Пересадка васкуляризованого епіфізарного трансплантату проксимального відділу малогомілкової кістки в дитини із саркомою Юінга (клінічний випадок) / В. В. Фідельський, В. Л. Кобись, В. М. Бовкун, С. М. Безверхий, О. М. Міщенко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 70-73. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Реконструкція кісток після повної хірургічної резекції пухлини в дітей зі скелетом, що росте, є хірургічною проблемою. Особлива проблема периартикулярної реконструкції проксимального відділу стегна та вертлюжної западини полягає в особливій структурі та функції, що забезпечує рух та опору, тому недостатньо пересадки тільки васкуляризованого аутотрансплантату малогомілкової кістки. Використання вільних кісткових реваскуляризованих аутотрансплантатів надає змогу замістити значні дефекти трубчастих кісток. Клінічний випадок. Наведено випадок пересадки васкуляризованого епіфізарного трансплантату проксимального відділу малогомілкової кістки в дитини з діагнозом "Саркома Юінга проксимального відділу стегнової кістки" після резекції пухлини у відділенні реконструктивної та пластичної мікрохірургії Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" МОЗ України. Встановлено, що пересадка васкуляризованого епіфізарного трансплантату проксимального відділу малогомілкової кістки зі збереженою суглобовою поверхнею після видалення пухлини разом з ураженим фрагментом стегнової кістки забезпечує відновлення рухливості суглоба і, головне, потенціал росту, що має незаперечне значення в дітей. Лікувальна тактика виявилась ефективною та надала змогу врятувати життя дитини. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.898. Піогенна гранульома в дітей (огляд літератури та дані власних досліджень) / В. С. Конопліцький, О. В. Пасічник, Ю. Є. Коробко, Д. Ю. Салій, А. О. Тарахта // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 45-53. - Бібліогр.: 45 назв. - укр.

Піогенна гранульома (granuloma pyogenicum) — доброякісне судинне утворення, що виникає внаслідок порушення загоєння рани в поєднанні з проліферацією судин і може розцінюватися як реактивний процес. Гістологічно піогенна гранульома характеризується розростанням грануляційної тканини з великою кількістю розширених, із набряклим ендотелієм капілярів, набряклою стромою, іноді містить запальний інфільтрат, що складається з лімфоцитів, нейтрофілів, плазматичних клітин і фібробластів серед пухкої сполучної тканини. Екзофітна дольчаста проліферація капілярів добре виражена, епідерміс іноді ерозований з периферійними епідермальними нашаруваннями та ділянками акантозу по периферії. За останні 5 років (у період 2015—2020 рр.) у клініці дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова перебували на стаціонарному лікуванні 18 пацієнтів із діагнозом піогенної гранульоми. Середній вік пацієнтів становив 8,98 ± 0,97 року. За отриманими даними, максимальна кількість пацієнтів припадала на вікову категорію 5—13 років, що співпало з результатами інших дослідників. Серед усіх пацієнтів групи дослідження піогенна гранульома

локалізувалася на: голові-шиї – у 14 пацієнтів, верхній частині тулуба – у 3 випадках, пальці – в 1 дитини. Всім дітям проведено хірургічне видалення піогенної гранульоми в межах здорових тканин. Ускладнень і рецидивів захворювання не виявлено в жодному клінічному випадку. Лікарі педіатричного профілю мають звертати увагу на пухлиноподібні утворення, особливо виниклі в місцях травм, навіть незначні, для виключення складнішої патології (меланоми). Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.899. Просторове обгрунтування лінійних параметрів біоптату в гістологічному дослідженні пігментних новоутворень шкіри у дітей / О. В. Пасічник, В. С. Конопліцький, В. В. Мотигін, Ю. Є. Коробко, О. В. Тертишна // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 6-13. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Зазвичай нижня частина меланоцитарних невусів розташована на глибині до 1–2 мм або більше, що характерно для вроджених невусів, а також для пігментних новоутворень великих розмірів, які значно виступають над поверхнею шкіри та мають виражену внутрішньошкірну частину. Неповне видалення пігментних невусів відбувається при їх поверхневому видаленні з недостатнім захватом здорових тканин. При висіченні пігментних невусів гострим шляхом у переважній більшості випадків вдається уникнути неповного видалення і передусім через те, що співставлення та ушивання країв післяопераційної рани потребує значно глибшого висічення тканин. Мета роботи – підвищити ефективність оперативного лікування пігментних новоутворень шкіри в дітей шляхом застосування математичної моделі. Дослідження проведено на базі онкогематологічного відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Математичну модель для розрахунку параметрів оперативного доступу виконано на платформі "Microsoft Excel". За допомогою запропонованої математичної моделі розраховано такі параметри операційного матеріалу: площу резекційних країв операційного матеріалу; площу основи операційного матеріалу; загальну площу морфологічного дослідження поверхні операційного матеріалу; визначення різниці обсягів операційного матеріалу, що підлягає гістологічному дослідженню при різних методах його забору. В усіх випадках пухлину для тривимірного гістологічного дослідження висікали у формі еліпса із зоною безпеки (здорова тканина навколо пухлини). Хірургічний напрямок розрізу формували з нахилом до поверхні шкіри в бік пухлини з утворенням із нею гострого кута, при цьому верхню частину дерми зрізали менше, ніж її нижню частину. Саме такий підхід до формування профілю операційної рани поліпшує умови для подальшого реконструктивного закриття ранового дефекту. Висновки: порівняльний математичний розрахунок згідно із запропонованою просторовою геометричною моделлю біоптату у вигляді усіченого еліптичного конусу переконливо свідчить про збільшення корисного обсягу операційного матеріалу при плановому гістологічному дослідженні порівняно з циліндричною еліпсною конфігурацією біоптату за рахунок залучення в поле мікроскопічного вивчення можливих "залишкових структур" (відростків), що відповідають меланоцитарним невусам, під "маскою" яких можуть розвиватися початкові стадії меланоми. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.900. Редкий клинический случай: зернисто-клеточная опухоль пищевода (опухоль Абрикосова) у подростка / К. Ю. Мараховский, А. В. Заполянский, Д. А. Овсейчик, Е. В. Николаева, О. А. Паталета, Л. Н. Нестерук, А. О. Кудласевич // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 4. - С. 77-83. - Библиогр.: 32 назв. - рус.

Зернисто-клеточная опухоль впервые описана Weber в 1854 г. Но подробно изучено, дифференцировано и предположено ее мышечное происхождение ученым-патологоанатом А. И. Абрикосовым в 1926 г. С развитием иммуногистохимического анализа появилась версия патогенеза опухоли Абрикосова, предполагающая ее происхождение из шванновских клеток. Получены данные, подтверждающие наличие белка S-100, нейроспецифической енолазы (НСЕ) и CD68 в клетках опухоли. На сегодняшний день при проведении гистохимического анализа экспрессия белков S-100 и CD68 в опухолевых клетках является диагностическим критерием опухоли Абрикосова. В лечении зернисто-клеточной опухоли пищевода предпочтение отдается миниинвазивным эндоскопическим методикам, так как консервативная терапия не эффективна. Учитывая, что в большинстве случаев опухоль имеет доброкачественную природу, в последнее время многие авторы рекомендуют эндоскопическую резекцию слизистой оболочки и диссекцию в подслизистом слое. Представлен опыт лечения ребенка с редко встречающейся опухолью Абрикосова в нижней трети пищевода с использованием эндоскопической методики. Описанный клинический случай представляет сложную диагностическую задачу, так как опухоль Абрикосова в пищеводе у подростка является крайне редкой патологией с редкой локализацией. Для удаления опухоли выбрана нестандартная эндоскопическая методика, позволившая удалить образование единым блоком, то есть радикально, поскольку предоперативная морфологическая верификация была невозможна. Акцентировано внимание на важности эндоскопического исследования в диагностическом скрининге и выборе тактики лечения. Работа демонстрирует высокую эффективность и безопасность эндоскопического удаления опухоли при данной локализации. Использование подобной методики хирургического лечения позволило радикально удалить опухоль и обеспечило гладкое течение послеоперационного периода. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. На проведение исследований получено информированное согласие мужчин.

Шифр НБУВ: Ж24339

Хвороби шкіри у дітей

1.Р.901. Асоціації SNP rs_7927894 гена FLG та TARC/CCL17 з атопічним дерматитом у дітей / В. О. Дитятковський, О. Є. Абатуров, Н. В. Науменко, О. О. Аліфіренко, Н. Л. Пінаєва, С. Т. Таран, І. А. Філатова // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 12-18. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Одним з основних генетичних факторів розвитку атопічного дерматиту (АД) у дітей є однонуклеотидні поліморфізми гена філагрину (FLG), зокрема rs_7927894 FLG, а одним із найбільш вивчених і перспективних маркерних хемокінів (ХК) при АД є тимусом та активацією регульований хемокін (TARC/CCL17). Мета роботи – визначити асоціації та ролі різних варіантів SNP rs_7927894 FLG і TARC/CCL17 у дітей, хворих на різні клінічні профілі (КП) АД – ізольований або сполучений із коморбідними атопічними хворобами (АХ). До основної групи залучено 39 пацієнтів, хворих на АД, ізольований або сполучений із коморбідними АХ, віком від 3 до 18 років. До контрольної групи залучено 47 дітей аналогічного віку, які мають патологію шлунково-кишкового тракту без клінічних ознак атопії. В усіх пацієнтів основної та контрольної груп визначено генотипні варіанти SNP rs_7927894 гена FLG методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі та сироваткові концентрації TARC/CCL17 у венозній крові. Пороговим значенням статистичної достовірності прийнято $p < 0,05$. Встановлено частоту та асоціації генотипних варіантів C/C, C/T і T/T SNP rs_7927894 FLG у пацієнтів досліджуваних груп: C/T rs_7927894 FLG є достовірно найчастішим у загальній основній групі (56,4 %, $p < 0,05$), КП ізольованого АД (61,1 %, $p < 0,05$) та АД, сполученого з коморбідними АХ (52,4 %, $p < 0,05$). Визначені асоціації досліджуваного SNP з АД: варіант C/T rs_7927894 FLG достовірно прямо асоційований з АД ($r = 0,291$, $p < 0,05$), C/C rs_7927894 FLG має негативну асоціацію з тенденцією до достовірності ($r = 0,194$, $p = 0,07$). Сироваткові концентрації TARC/CCL17 достовірно не відрізняються за середніми значеннями в пацієнтів основної та контрольної груп відповідно: загальна основна – 615,8 пг/мл, основна (КП з ізольованим АД) – 651,3 пг/мл, основна (КП з АД, сполученим із коморбідними АХ) – 585,4 пг/мл, контрольна – 608,4 пг/мл ($p > 0,05$). Виявлено такі асоціації сироваткових концентрацій TARC/CCL17: збільшення з тенденцією до достовірності з посиленням ступеня тяжкості АД ($r = 0,290$, $p = 0,07$) і достовірне збільшення в періоді загострення АД ($r = 0,426$, $p < 0,05$). Достовірної прямої асоціації TARC/CCL17 щодо пацієнтів з АД у порівнянні з контрольною групою не встановлено ($r = -0,027$, $p > 0,05$). Встановлено, що генотипний гетерозиготний варіант C/T rs_7927894 FLG є достовірно найчастішим та асоційованим із дослідже-

ними КП АД у дітей — ізольованим і сполученим із коморбідними АХ. Генотипний варіант С/С rs_7927894 FLG із тенденцією до достовірності зворотно асоційований з АД у дітей. Сироваткові концентрації TARC/CCL17 не мають достовірної різниці в пацієнтів з АД і без атопії, водночас достовірно підвищуються в разі загострення та з тенденцією до достовірності зі збільшенням ступеня тяжкості різних КП АД у дітей. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.902. Значення колонізації шкіри Staphylococcus aureus та дріжджовим грибом Malassezia в дітей у розвитку атопічного дерматиту / О. В. Мозирська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 39-43. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Пацієнти з атопічним дерматитом (АД) мають порушений епідермальний бар'єр, що є однією з передумов колонізації бактерій і грибків на ураженій шкірі. Мета роботи — визначити наявність колонізації шкіри Staphylococcus aureus та видами Malassezia у хворих на АД. Для визначення колонізації шкіри S. aureus 83 хворим на АД і 70 здоровим дітям проведено посів мазків шкіри. Рівень колонізації Malassezia у зразках визначено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. У хворих на АД уражена шкіра достовірно частіше колонізована S. aureus, ніж у здорових дітей (ВШ = 3,974 (1,861 — 8,486)). SCORAD був достовірно вищим у носіїв S. aureus ($p < 0,05$). У підгрупі носіїв S. aureus діти були старшими та мали довшу тривалість захворювання ($p < 0,05$). Malassezia restricta та Malassezia globosa виявлено в 11 пацієнтів, хворих на АД, 110 здорових дітей. Поширення Malassezia за видами залежала від статі та наявності АД. Колонізація шкіри S. aureus значно переважає в дітей, хворих на АД у порівнянні зі здоровими. Види Malassezia поширені на шкірі як пацієнтів з АД, так і у здорових, але співвідношення видів може різнитися залежно від наявності хвороби. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.903. Значення поліморфізму тол-подібного рецептора-2 в розвитку сенсибілізації до кліщів домашнього пилу в дітей із атопічним дерматитом / О. В. Мозирська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 60-64. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Атопічний дерматит (АД) є хронічним рецидивним запальним захворюванням шкіри, яке уражує 5—20 % дітей. Повітряні алергени, що походять із кліщів домашнього пилу, можуть викликати АД, TLR2 відіграють важливу роль у розпізнаванні алергенів кліщів домашнього пилу. Мета роботи — вивчити поширення сенсибілізації до кліщів домашнього пилу в дітей із АД: визначити роль поліморфізму TLR2 rs4696480 в обумовленні розвитку чутливості до кліщів домашнього пилу. Залучено 100 хворих на АД. Генотипування поліморфізму TLR2 rs4696480 проведено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. Вимірювання sIgE до пилових кліщів виконано методом Вестерн-блот за протоколом виробника ("Simesta-Medivis", Україна-Німеччина). Сенсибілізація до кліщів домашнього пилу відмічалася в 48 % дітей. Діти з підвищеним рівнем специфічного IgE до пилових кліщів мали достовірно вищий індекс SCORAD у порівнянні з хворими без сенсибілізації ($p < 0,001$). У групі дітей, сенсибілізованих до кліщів домашнього пилу, відмічалися достовірно вищі показники загального IgE ($p < 0,001$) і тривалішій перебіг захворювання ($p < 0,05$). Не виявлено статистично значущої різниці в розподілі генотипів залежно від наявності сенсибілізації до пилових кліщ (ВШ = 1,250 (0,481 — 3,245) для АА та АТ: ВШ = 2,125 (0,715 — 6,315) для АА та ТТ). Встановлено, що чутливість до пилових кліщів серед дітей із АД становить 48 %. Наявність чутливості до кліщів домашнього пилу впливає на тяжкість захворювання. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.904. Клінічні аспекти гострої кропив'янки в дітей у практиці лікаря первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги / Н. В. Банадига, А. А. Наконечна // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 11-17. - Бібліогр.: 22 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити існуючі підходи лікарів до діагностики та лікування гострої кропив'янки (ГК) у дітей на різних етапах надання медичної допомоги. Узагальнено досвід перебігу та лікування ГК у 89 дітей: проведено ретроспективний аналіз медичної документації 74 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні (I група), та 15 амбулаторних (II група) пацієнтів. Вивчено дані анамнезу, скарг, об'єктивного огляду хворих, результати лабораторних методів дослідження, склад невідкладної терапії, лікувальних заходів, відстеження динаміки клінічних симптомів. Вікова структура госпіталізованих хворих представлена здебільшого дітьми перших трьох років життя (43,24 %), серед яких переважали малюки першого року життя (46,87 %). Натомість, серед амбулаторних хворих переважно були дошкільнята та школярі. Серед причин появи кропив'янки домінували інфекційні чинники (I група — 45,95 %, II група — 40,0 %), ідіопатичні варіанти були у 21,62 і 26,67 % випадків відповідно. 36 (48,64 %) пацієнтів I групи доставлені в клініку бригадою екстреної медичної допомоги; батьки 13 (17,57 %) дітей самостійно звернулися по медичну допомогу, решту направив дільничний лікар. При цьому у 44,22 % хворих діагноз кропив'янки не був встановлений під час первинного огляду. Поєднання кропив'янки з ангіоедемою в обох групах були нечисельними (відповідно: 25,67 і 13,33 %). Дітям I групи часто призначали парентерально кортикостероїди (80,55 %) та антигістамінні препарати I покоління (37,93 %) ще на догоспітальному етапі. Аналогічна ситуація була в пацієнтів із кропив'янкою, яка виникла вже під час лікування у стаціонарі з приводу гострих інфекцій дихальної системи. Хворим II групи частіше призначали антигістамінні препарати II покоління (80,0 %). Повний регрес проявів кропив'янки у перші дві доби спостерігали у 56,8 % дітей I групи та у 86,67 % пацієнтів II групи. Узагальнення досвіду ведення дітей із ГК вказує на труднощі в диференційній діагностиці, визначенні показань до госпіталізації, виборі препарату для невідкладної допомоги лікарями первинної ланки та медицини невідкладних станів. Викликає стривоженість висока прихильність лікарів первинної та вторинної ланки медичної допомоги до вибору парентерального шляху введення засобів невідкладної допомоги (кортикостероїдів, антигістамінних препаратів I покоління). Слід активно впроваджувати в практику положення міжнародних гайдлайнів, що базуються на засадах доказової медицини щодо призначення для першої лінії невідкладної допомоги антигістамінних препаратів II покоління, які характеризуються добрим клінічним ефектом і не мають серйозних побічних ефектів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.905. Кліщі-демодициди: морфологія та біологія. Захворюваність на демодекоз у дітей / Д. С. Поліщук, С. Й. Поліщук // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 17-27. - Бібліогр.: 33 назв. - укр.

Мета роботи — на підставі даних літератури щодо морфобіологічної структури кліщів Demodex і враховуючи вірогідність ураження демодекозом дітей різного віку, вивчити захворюваність на демодекоз дітей за даними власних спостережень; оцінити його поширеність, вікову та статеву приналежність; проаналізувати сезонність сплесків захворюваності; представити фото кліщів Demodex та клінічні випадки виявів демодекозу у дітей, які були під нашим спостереженням, і запропонувати методику їх лікування. Для вирішення поставленої мети обстежували дітей різної статі із локалізацією запальних процесів і та шкірі обличчя. Вивчення поширеності демодекозу у дітей тривало 4 роки — з 2016 до 2019 р. Обстежували дітей різної вікової категорії: до 1 року, дошкільного віку (від 1 до 7 років), школярів (від 7 до 15 років) і підлітків (15—18 років). Діагноз встановлювали на підставі даних анамнезу, аналізу клінічних виявів та результатів лабораторного мікроскопічного дослідження на наявність кліща Demodex. Досліджували патологічні елементи шкіри на обличчі дитини і матері (за згодою). Лабораторну діагностику здійснювали на медичному мікроскопі "МІКМНД-6" з фотокамерою. Уп-

родовж 2016–2019 рр. було обстежено 1109 дітей різною віку (від немовлят до 18 років) з патологічними змінами на шкірі обличчя. З них у 347 (31,3 %) виявлено демодекоз, що підтверджено позитивними результатами мікроскопічного дослідження, при якому у дітей виявляли збудників демодекозу: Demodex folliculorum і Demodex brevis із домінуванням в аналізах другого (68 %). Серед хворих на демодекоз дітей превалювали дівчата — 214 (61,7 %), хлопчиків було 133 (38,3 %). За даними аналізу захворюваності на демодекоз дітей впродовж чотирьох років визначено хвилеподібний характер захворювання і два його сплески: в липні та січні. Встановлено, що кліщ Demodex follicullorum асоціюється з розвитком папульозної та еритематозно-сквамозної клінічних форм демодекозу (81 %), Demodex follicullorum частіше виявляють при пустульозній формі (19 %). За результатами мікроскопії у 35 (10 %) дітей одночасно виявлено дріжджоподібні гриби роду Malassezia. Висновки: проведене дослідження підтверджує вірогідність ураження кліщем Demodex дітей різної статі і віку, включаючи немовлят. У міру росту дітей кількість захворілих збільшується. При ураженні демодекозом шкіри у дітей переважають папульозна та еритематозно-сквамозна форми висипань. За результатами дослідження серед уражених демодекозом дітей виявлено хвилеподібний характер захворюваності на демодекоз упродовж року з двома сплесками — в липні та січні. Зараження дітей перших років життя здебільшого відбувається від їх матерів. Виявлення кліщів-демодицид на обмеженій ділянці шкіри незалежно від їх чисельності слід вважати показанням до проведення акарицидної терапії.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.906. Концентрація 25(OH)D у сироватці крові та окремі аспекти клінічного перебігу ювенільної склеродермії / Л. І. Омельченко, О. М. Муквіч, Д. Л. Ісмакаєва, О. А. Бельська, Т. А. Людвік // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 3. - С. 44-50. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити забезпеченість вітаміном D дітей і підлітків із системною склеродермією з урахуванням її дебюту та клінічного перебігу в різні періоди розвитку дитини. Обстежено 14 дітей віком 1 рік 3 місяці — 17 років із системною ювенільною склеродермією (ЮСД) і 10 здорових дітей контрольної групи. Концентрацію 25(OH)D визначено в сироватці крові з використанням комерційних наборів Vitamin D 3 — Screeningkit, Швейцарія, відповідно до інструкції фірми виробника. Результати. У всіх пацієнтів з ЮСД виявлено зниження рівня 25(OH)D у сироватці крові — (24,55 ± 9,32) нг/мл, порівняно з показниками здорових дітей (39,98 ± 3,11) нг/мл. Найнижчі концентрації циркулюючої форми вітаміну D у сироватці крові визначено в пацієнтів з лімітованою формою системної ЮСД з геміатрофією за типом Паррі-Ромберга та "удару шаблею" (14,07 ± 3,38) нг/мл, а також з дебютом генералізованої швидко прогресуючої склеродермії в дітей пубертатного віку — (16,31 ± 4,6) нг/мл. Висновки: дітям з ЮСД слід проводити оцінку вітамін-D-статусу шляхом моніторування концентрації 25(OH)D у сироватці крові для вирішення питання щодо призначення їм препаратів вітаміну D. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.907. Однонуклеотидні варіанти генів філагрину та глюкокортикоїдних рецепторів у дітей, хворих на різні фенотипи атопічних захворювань / В. О. Дитятковський, Н. В. Науменко, О. О. Аліфіренко, Н. Л. Пінаєва, С. Т. Таран, І. А. Філатова, О. Є. Абатуров // Мед. перспективи. - 2022. - **27**, № 1. - С. 132-139. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

В настоящее время существует актуальная потребность в генотип-ассоциированной персонализации диагностического процесса атопических заболеваний (АЗ) у детей: атопического дерматита (АД), сезонного аллергического ринита (конъюнктивита) (САР(К)), круглогодичного аллергического ринита (конъюнктивита) (КАР(К)) и бронхиальной астмы (БА) в различных фенотипных сочетаниях ? монотопических и политопических. Цель исследования — выявление ассоциаций генотипных вариантов SNV rs_7927894 гена FLG, rs10052957 и rs41423247 гена NR3C1 у детей, больных АД, САР(К), ЦАР(К), БА в моно- и политопических фенотипах. В исследование было включено 293 ребенка, больных АЗ, которые были распределены на 6 фенотипических кластеров: монотопические фенотипы: N 1 — АД (58 больных); N 2 — САР(К)/ЦАР(К) (71 больной); N 3 — БА (23 больных); политопические фенотипы: N 4 — АД+САР(К)/ЦАР(К) (43 больных), N 5 — БА+САР(К)/ЦАР(К) (72 больных), N 6 — АД+БА+САР(К)/ЦАР(К) (26 больных). Пациентам всех 6 кластеров был взят буккальный соскоб слизистой оболочки полости рта для генотипирования по вариантам C/C, C/T, T/T SNV rs7927894 гена FLG; A/A, A/G, G/G SNV rs10052957, C/C, C/G, G/G SNV rs41423247 гена NR3C1. Гетерозиготный вариант C/T SNV rs_7927894 гена FLG наиболее часто встречается, прямо ассоциирован и повышает риски развития политопических фенотипов АЗ: АД+САР(К)/ЦАР(К) в 2,47 раза (95 % ДИ 1,14 — 5,38), $p < 0,05$) и АД+БА+САР(К)/ЦАР(К) в 3,13 раза (95 % ДИ 1,24 — 7,95, $p < 0,05$) относительно монотопического фенотипа САР(К)/ЦАР(К). Гетерозиготный вариант A/G SNV rs10052957 гена NR3C1 наиболее распространён при всех фенотипах АЗ, кроме монотопического БА и политопического АД+САР(К)/ЦАР(К), и достоверно до 0,40 раза (95 % ДИ 0,18 — 0,93, $p < 0,05$) снижает риск развития последнего в отношении АД. Гомозиготный вариант G/G SNV rs10052957 гена NR3C1 наиболее частый при монотопическом фенотипе САР(К)/ЦАР(К) и политопических АД+САР(К)/ЦАР(К) и АД+БА+САР(К)/ ЦАР(К) и достоверно повышает в 2,97 раза (95 % ДИ 1,31 — 6,74, $p < 0,05$) и в 0,45 раза снижает (95 % ДИ 0,21 — 0,97) риск развития АД+САР(К)/ЦАР(К) относительно АД. Гетерозиготный вариант A/G rs10052957 гена NR3C1 достоверно снижает до 0,40 раза (95 % ДИ 0,18 — 0,93) риск политопического фенотипа БА+САР(К)+ЦАР(К) относительно АД+САР(К)+ЦАР(К). Гетерозиготный вариант C/G SNV 41423247 гена NR3C1 был наиболее частым и достоверно увеличивает в 2,03 раза (95 % ДИ 1,01 — 4,10, $p < 0,05$) риск заболевания монотопическим фенотипом АД относительно САР(К)/ЦАР(К).

Шифр НБУВ: Ж15785

1.Р.908. Особливості імунного статусу дітей із різною тяжкістю атопічного дерматиту / С. М. Недельська, Д. О. Вакула // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 1. - С. 20-26. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Атопічний дерматит (АД) — найбільш поширене атопічне захворювання серед дітей, що характеризується ураженнями шкіри із вираженим свербежем. Розвиток АД пов'язують із генетичною схильністю, впливом епігенетичних факторів, що призводять до порушення епідермальної бар'єрної функції, імунодизрегуляцією та IgE-опосередкованою сенсибілізацією до найбільш поширених алергенів. Особливе значення дослідники надають не лише поляризації Th2-імунної відповіді, але й особливостям роботи вродженої ланки імунітету. Мета дослідження — вивчити особливості імунного статусу у дітей із урахуванням тяжкості перебігу атопічного дерматиту. Основну групу становили 85 дітей віком від 3 міс до 3 років із верифікованим діагнозом АД, групу контролю — 20 дітей без проявів атопії в анамнезі. Для оцінки тяжкості шкірних проявів використовували шкалу SCORAD. Дітей, які брали участь у дослідженні, було розподілено на групи за тяжкістю АД. Усім дітям проводився загальний клінічний аналіз крові. Вивчення імунного статусу у дітей основної групи включало в себе типування лімфоцитарної популяції за CD-маркерами (С3, С4-2, CD3+, CD19-, CD4+, CD8-, CD4-, CD8+, CD3-, CD56+, CD19+, CD14, CD45), вимірювання рівнів IgA, IgM, IgG, IgE, дослідження системи комплементу (С3, С4-2), фагоцитарної активності нейтрофілів і проліферативної активності лімфоцитів проводилося за допомогою методу проточної цитометрії у ТОВ "Сінево". Метод імуноферментного аналізу використовувався для виявлення рівнів інтерлейкіну (ІЛ)-13 (ELISA Kit, Thermo Fisher Scientific, Австрія), дослідження проводилося на базі Навчального медико-лабораторного центру Запорізького державного медичного університету. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою офіційного програмного пакета Statistica 13.0. У дітей із тяжким перебігом АД та рівнями ІЛ-13, нижчими від рівнів контрольної групи та груп дітей із тяжким і середньотяжким перебігом, спостерігалася еозинофілія периферійної крові, приріст CD4+, CD8- із одночасним зниженням рівнів CD4-, CD8+, дисімуноглобулінемія та нижчі рівні С3 у порівнянні із іншими групами дослідження ($p < 0,05$). Висновки: одержані результати надають змогу припустити, що у дітей тяжкий перебіг АД був пов'язаний зі змінами системи комплементу та низькими рівнями цитотоксичних клітин, транзиторною гі-

погаммаглобулінемією, що, в свою чергу, потребує більш детального вивчення каскадів імунологічних реакцій у дітей з АД.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.909. Особливості патогенезу свербежу та протисвербіжної терапії в дітей з алергодерматозами (огляд літератури) / О. М. Мочульська // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 2. - С. 57-67. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.

Алергодерматози є алергічними захворюваннями шкіри, найпоширеніші з яких: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра й хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, токсикодермії, багатоформна ексудативна еритема (синдром Стівенса-Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лаєлла). Клінічний перебіг усіх алергодерматозів супроводжується свербежем, хоча ступінь вираженості його варіює залежно від нозології. Важливим напрямом терапії алергодерматозів є контроль над свербежем шкіри, який є провідним симптомом. Відповідно до міжнародних програмних документів EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma γ Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) з лікування алергодерматозів, провідне місце посідає протисвербіжна терапія, яка потребує індивідуального підходу і щоденного спостереження за станом шкіри. Системна протисвербіжна терапія передбачає застосування таких лікарських засобів: антигістамінні, глюкокортикостероїди, мембраностабілізуючі (кромони), антагоністи лейкотрієнових рецепторів, анти-IgE препарати. Зовнішня протисвербіжна терапія полягає в місцевому застосуванні емолієнтів, топічних глюкокортикостероїдів. Мета роботи — підвищити обізнаність про особливості етіопатогенетично обгрунтованої протисвербіжної терапії при алергодерматозах у дітей. Висновки: лікування свербежу при алергодерматозах різнопланове, складне і багатоступеневе, потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта і передбачає: контроль за довкіллям з усунення алергенних і неалергенних факторів, фармакотерапію системну і місцеву, догляд за шкірою. Сучасна протисвербіжна терапія алергодерматозів має бути етіопатогенетичною і впливати на місцеві та системні механізми формування алергічного запалення зі свербежем, її слід проводити диференційовано з урахуванням стадії хвороби, фази запалення і ступеня вираженості шкірних проявів на основі раціонального використання лікарських засобів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.910. Особливості перебігу та діагностики ювенільної локалізованої склеродермії: аналіз клінічних випадків / Т. В. Марушко, Т. В. Куріліна, Т. В. Тараненко, Ю. В. Марушко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 28-33. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати власні дані діагностики та перебігу патологічного процесу у хворих із локалізованою формою ювенільної склеродермії: зіставити власні спостереження та дані літературних джерел щодо діагностики цієї хвороби. За період 2010—2020 рр., під нашим наглядом перебувало 48 дітей з ювенільною склеродермією. Пацієнтам проведено ультразвукове дослідження судин, органів черевної порожнини, серця та суглобів, рентгенологічне дослідження легень суглобів, електрокардіографічне дослідження, магнітно-резонансну томографію, визначено показники аутоімунної активності. Проаналізовано особливості перебігу та діагностики ювенільної локалізованої склеродермії, зокрема, ураження шкіри спостерігається у вигляді запальних осередків (еритеми), далі спостерігається розвиток осередків склерозу та атрофії. Вогнища можуть бути одиничними або множинними. У всіх хворих виявляється синдром Рейно, у більшості випадків — суглобовий синдром у вигляді артралгій. Під час лабораторних досліджень показники загальної запальної активності при локалізованій склеродермії не завжди є інформативними. Ультразвукове сканування шкіри та м'язів (інноваційне обстеження, яке на сучасному етапі впроваджується як конкуренція травматичної біопсії) є інформативним методом діагностики змін дерми, підшкірної клітковини, м'яких тканин і судин що є ознакою активної склеродермії. Встановлено, що локалізована ювенільна склеродермія має певні особливості клінічного перебігу, що треба мати на увазі при встановленні діагнозу: локальне ураження шкіри у вигляді запальних осередків (еритеми), далі спостерігається розвиток осередків склерозу та атрофії, синдром Рейно, суглобовий синдром у вигляді артралгій, неінформативні лабораторні методи дослідження, вісцеральні ураження найчастіше проявляються функціональними розладами, нерівномірність патологічного процесу в судинному руслі зі змінами насамперед комплексу інтима-медіа, інформативне ультразвукове сканування шкіри та м'язів. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.911. Просторове математичне обгрунтування форми та параметрів операційної рани під час хірургічного висічення меланоцитарних новоутворень шкіри в дитячому віці: (огляд) / О. В. Пасічник, В. С. Конопліцький, Ю. Є. Коробко // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 94-99. - Бібліогр.: 4 назв. - укр.

Зазвичай нижня частина меланоцитарних новоутворень шкіри знаходиться на глибині не більше 1—2 мм, і навіть глибше, що характерно для вроджених невусів, а також для пігментних новоутворень великих розмірів, які значно виступають над поверхнею шкіри та мають виражену внутрішньошкірну частину. Варіанти неповного видалення меланоцитарних новоутворень: розріз має недостатню глибину, внаслідок чого частина невусних клітин залишається в нижніх шарах шкіри; захват здорових тканин в горизонтальному площині недостатній, внаслідок чого частина невусних клітин залишається в латеральних краях рани. Неповне видалення пігментних невусів відбувається при його поверхневому видаленні із недостатнім захватом здорових тканин (лазер, електрокоагуляція тощо). Мета дослідження — підвищити ефективність оперативного лікування пігментних новоутворень у дітей. Дослідження проведено на базі онкогематологічного відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, математична модель для розрахунку параметрів оперативного доступу проводились на платформі Microsoft Excel. Гіпотеза даного припущення передбачала розрахунок відношення площі шкіри, разом із пігментним новоутворенням, у дітей до площі видаленої гіподерми на рівні апоневрозу. Під час реалізації даної гіпотези враховувались отримані в останні роки дані щодо особливостей анатомічних структур, які розташовані між власне дермою, глибокою фасцією та апоневрозом. Висновки: порівняльний математичний розрахунок відповідно до запропонованої просторової геометричної моделі біоптату у вигляді усіченого еліптичного конусу переконливо засвідчує збільшення корисного обсягу операційного матеріалу при плановому гістологічному дослідженні порівнняно із циліндричною еліпсною конфігурацією біоптату за рахунок залучення у поле мікроскопічного вивчення можливих "залишкових структур" (відростків), що відповідають меланоцитарним невусам, під маскою яких можуть відбуватись розвиток початкових стадій меланоми.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.912. Роль мікробіому шкіри в розвитку атопічного дерматиту у дітей / О. П. Волосовець, С. П. Кривопустов, О. В. Мозирська // Здоров'я дитини. - 2021. - **16**, № 3. - С. 251-256. - Бібліогр.: 44 назв. - укр.

Атопічний дерматит (АД) — хронічне шкірне свербляче захворювання з характерною локалізацією і морфологією шкірних уражень, пов'язане з порушенням бар'єрної функції шкіри й атопічним фоном. Види Malassezia були пов'язані з низкою шкірних захворювань, включаючи АД. Це найпоширеніший грибковий рід здорової шкіри, але ці дріжджі також демонструють патогенний потенціал за відповідних умов. Показаний тісний зв'язок між шкірою і алергенами Malassezia, що зв'язують імуноглобулін Е, при АД. Вони взаємодіють майже з усіма клітинними складовими нормального епідермісу, включаючи кератиноцити, клітини Лангерганса, меланоцити, а також імунну систему хазяїна. Відомо, що дріжджі Malassezia мають велике значення в розвитку шкірної сенсибілізації при АД. Malassezia колонізують шкіру людини після народження і тому, як коменсал, повинні нормально розпізнаватися імунною системою людини. Наявність поліморфізмів у генах рецепторів розпізнавання патернів може стати передумовою розвитку АД у дітей. Незважаючи на сучасні знання про асоціацію видів Malassezia з розвитком АД, механізми, що лежать в основі зміни їх стану від коменсального до патогенного, ще потребують подальшого з'ясування. Крім того, існує потреба у стандартизації методів діагностики видів і тестуванні на протигрибкову чутливість.

Шифр НБУВ: Ж25721

1.Р.913. Роль однонуклеотидних варіантів гена тимічного стромального лімфопоетину у прогнозуванні моно- та поліорганного ураження в дітей, хворих на атопічні захворювання / В. О. Дитятковський // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 8. - С. 23-29. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Атопічні захворювання (АЗ) у дітей — атопічний дерматит (АД), алергічний риніт/ринокон'юнктивіт (АР/АРК), бронхіальна астма (БА) — залишаються актуальною проблемою сучасної педіатрії. Одним із ключових агентів, який бере участь у розвитку алергічного запалення в бар'єрних органах — шкірі та слизових оболонках дихальних шляхів — є тимічний стромальний лімфопоетин (TSLP). Роль однонуклеотидних варіантів (SNV) гена TSLP у розвитку моноорганних або поліорганних уражень за АЗ у дітей вивчена недостатньо та потребує висвітлення. Мета роботи — визначити роль SNV rs11466749 гена TSLP у ризику розвитку в дітей моно- (МОФТ) і поліорганних фенотипів (ПОФТ) ураження за АЗ (АД, АР/АРК і/або БА). До дослідження долучено 293 дитини основної (ОГ) і 105 осіб контрольної групи (КГ) віком від 3 до 18 років. Пацієнтам ОГ клінічно встановлено діагнози АД, АР/АРК і/або БА ізольовано або в різних сполученнях. Пацієнтам КГ клінічно виключено діагноз АЗ і встановлено діагнози захворювань травної системи (хронічний гастрит, хронічний дуоденіт, виразкова хвороба, функціональні розлади біліарної системи). Для генотипування за варіантами A/A, A/G, G/G SNV rs11466749 гена TSLP пацієнтам ОГ і КГ проведено буккальний зішкріб зі слизової оболонки порожнини рота. Застосовано кластерний аналіз, для проведення якого всіх пацієнтів ОГ поділено на 6 кластерів: із моноорганним ураженням: N 1 — АД (58 хворих), N 2 — АР/АРК (71 хворий), N 3 — БА (26 хворих); із поліорганним ураженням: N 4 — АД + АР/АРК (43 хворих); N 5 — БА + АР/АРК (23 хворих); N 6 — АД + АР/АРК + БА (72 хворих). Порівняльний аналіз між кластерами проведено за варіантами генотипів A/A, A/G, G/G SNV rs11466749 гена TSLP. Критерієм достовірності визначено $p < 0,05$. Генотип A/A SNV rs11466749 гена TSLP є достовірно найчастішим варіантом у пацієнтів із АЗ і підвищує ризик їх розвитку в 1,61 разу. Варіант A/G SNV rs11466749 гена TSLP є антагоністичним A/A і достовірно найчастіше зустрічається в пацієнтів без АЗ і знижує ризик їх розвитку в 1,69 разу. Генотип A/A rs11466749 гена TSLP — найчастіший генотип як у випадку моноорганного, так і поліорганного ураження дітей, хворих на АЗ. Його найвища зустрічальність відмічається за фенотипу повного поліорганного ураження — АД + АР/АРК + БА. Варіант A/G SNV rs11466749 гена TSLP достовірно підвищує ризик розвитку МОФТ БА у 4,93 разу та поліорганного БА + АР/АРК у 3,89 разу відносно повного ПОФТ АД + АР/АРК + БА. Варіант A/G SNV rs11466749 гена TSLP достовірно знижує ризик розвитку повного ПОФТ АД + АР/АРК + БА у 3,23 і 4,17 разу відносно МОФТ АД і поліорганного АД + АР/АРК відповідно. Варіант A/G SNV rs11466749 гена TSLP із тенденцією до достовірності у 3,44 разу збільшує ризик розвитку МОФТ АР/АРК відносно повного ПОФТ АД + АР/АРК + БА. Варіант A/A SNV rs11466749 гена TSLP із тенденцією до достовірності збільшує ризик розвитку повного ПОФТ АД + АР/АРК + БА у 2,71 і 2,64 разу відносно МОФТ АД і поліорганного АД + АР/АРК відповідно. Варіант A/A SNV rs11466749 гена TSLP із тенденцією до достовірності зменшує у 3,03 разу ризик розвитку МОФТ БА відносно повного ПОФТ АД + АР/АРК + БА. Встановлено, що генотипні варіанти rs11466749 гена TSLP відіграють антагоністичні ролі в дітей: A/A достовірно підвищує, а A/G достовірно знижує ризик розвитку загального фенотипу АЗ. Визначення генотипних варіантів A/A, A/G і G/G SNV rs11466749 гена TSLP надає змогу персоніфікувати та підвищити ефективність предиктивної діагностики АЗ у дітей з МОФТ та ПОФТ. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.914. Сучасні підходи до лікування поверхневих піодермій / К. І. Безвершенко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2020. - № 2. - С. 49-56. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Імпетиго є найбільш загальною бактеріальною інфекцією шкіри у дітей. Захворювання має дві форми: небульозну та бульозну, з яких небульозна є найпоширенішою (70 %). Імпетиго спричиняють Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes або їх комбінації. При небульозному імпетиго частіше виявляють метицилінорезистентні штами (MRSA) S. aureus. Для колонізації стафілокока та стрептокока необхідними умовами є пошкодження цілості шкірного покриву та порушення складу звичайної мікрофлори шкіри. Пацієнти із запальними шкірними захворюваннями частіше за інших колонізовані S. aureus та перебувають у зоні високого ризику щодо розвитку інфекцій, спричинених MRSA. При бульозному імпетиго елементи висипу представлені булами, які швидко розриваються з утворенням поверхневої ерозії та жовтої кірочки. Небульозне імпетиго виявляється везикулами, пустулами, кірочками. Зазвичай діагноз імпетиго встановлюють клінічно. Підозра на MRSA виникає у випадках спонтанного абсцесу чи целюліту або коли ураження не усуваються при рекомендованому початковому лікуванні антибіотиками. Топічна терапія є першою лінією лікування неускладнених небульозного та бульозного імпетиго. Якщо ураження обмежено невеликою площею (до 6 $см^2$), то лікування передбачає розмочування кірочок, їх відшарування та нанесення антимікробних мазей (фузидієва кислота або комбінація неоміцину з бацитрацином) (EBM Guidelines, 2018). При більш поширених ураженнях призначають системну антибіотикотерапію. Комбінація аміноглікозидного антибіотика неоміцину та поліпептидного антибіотика ацитрацину представлена на фармринку України препаратом "Банеоцин". Ця комбінація має виражений ефект синергізму по відношенню до S. aureus, S. pyogenes і P. aeryginosa. Перевагою "Банеоцину" є наявність двох лікарських форм, що надає змогу використовувати цей препарат на різних стадіях інфекційного процесу.

Шифр НБУВ: Ж23543

1.Р.915. Хронічна кропив'янка і запальні захворювання кишечника — чи варто шукати далі? / О. М. Охотнікова, А. А. Романчук, О. М. Грищенко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 55-60. - Бібліогр.: 25 назв. - укр.

Хронічна кропив'янка (ХК) є поширеною хворобою, що може зрідка зустрічатися при запальних захворювань кишечника. Цей випадок привертає увагу до спільного патогенезу між аутоімунними та аутозапальними захворюваннями та необхідності ретельної диференційної діагностики та подальших досліджень, що можуть значно вплинути на вибір тактики лікування. Клінічний випадок. Дівчинка, 9 років, із ХК від народження та періодичними епізодами лихоманки та кон'юнктивіту обстежена в педіатричному відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ". На підставі негативних результатів визначення сироваткового рівня імуноглобулінів А до гліадину та ендомізію виключено целіакію, а також за допомогою сучасних методів алергодіагностики (шкірні прік-тести, холодова проба, молекулярна алергодіагностика, елімінаційна дієтодіагностика) виключено вплив різноманітних алергенів. У дівчинки виявлено хронічну ідіопатичну кропив'янку (ХІК) із запальним захворюванням кишечника з призначенням пробного лікування кетатифеном, біластином і месалазином. Через скарги на періодичний висип і лихоманку на тлі зазначеної терапії повторно проаналізовано анамнез хвороби та відправлено матеріал на генетичне секвенування, яке надало змогу змінити діагноз на аутозапальне захворювання та призначено терапію — щоденне введення анакінри. Відтоді в дитини більше не було періодичної фебрильної лихоманки або кропив'янки, а рівень маркерів запалення нормалізувався. Цей клінічний приклад цікавий складним діагностичним пошуком, коли поєднувалася ХК і запальні захворювання кишечника без ефекту на терапію, що примусило переглянути діагноз, який виявився ще більш рідкісним і був остаточно підтверджений методом секвенування геному — аутозапальне захворювання — кріопірин-асоційований періодичний синдром. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.218, 1.Р.884, 1.Р.898

Нервові хвороби

1.Р.916. Аналіз витрат на ботулінотерапію спастичних форм дитячого церебрального паралічу в Україні / С. О. Соловйов,

О. В. Назар, М. В. Лелека // Фармацевт. журн. - 2021. - **76**, № 6. - С. 37-48. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) уособлює групу порушень механізмів розвитку рухів і положення тіла дитини. Застосування ботулотоксину типу А (БоНТ-А) вважають одним з основних методів лікування вибору при фокальних спастичних та дистонічних синдромах незалежно від їх етіології. В Україні відсутні дослідження щодо аналізу витрат на використання лікарських засобів на основі БоНТ-А. Мета роботи — виконання аналізу мінімізації витрат на ботулінотерапію спастичних форм ДЦП у пацієнтів віком від двох років і старше. Дозування та кратність введення на рік абоботулотоксину та онаботулотоксину для лікування динамічної еквінусної деформації стопи, спричиненої фокальною спастичністю внаслідок ДЦП, у дітей віком від двох років було одержано з інструкцій до використання. Вартість абоботулотоксину та онаботулотоксину було одержано з Реєстру оптово-відпускних цін МОЗ України. Аналіз витрат для модельної когорти дітей у різних вагових категоріях показав, що абоботулотоксин 500 ОД буде найменш витратною лікувальною технологією у ваговій категорії 21—33 кг при дозуванні 15 ОД/кг у разі лікування геміплегії. Абоботулотоксин 300 ОД найбільш раціонально застосувати у вагових категоріях 10—20 кг та 34 — 40 кг із дозуванням 15 ОД/кг при лікуванні геміплегії та у ваговій категорії 17—20 кг із дозуванням 30 ОД/кг при лікуванні диплегії. Виявлено вагові категорії, в яких витрати у разі застосування абоботулотоксину 300 ОД та абоботулотоксину 500 ОД були рівними та меншими за витрати при лікуванні онаботулотоксином. У дослідженні вперше було здійснено аналіз мінімізації витрат на ботулінотерапію, в результаті якого було визначено переваги застосування абоботулотоксину при симптоматичному лікуванні геміплегії та диплегії у разі ДЦП у фокусі різних вагових груп дітей. Можлива варіабельність у дозуванні та кратності введення на рік онаботулотоксину вказує на актуальність збору додаткової інформації щодо застосування в реальній клінічній практиці та подальших фармакоекономічних досліджень.

Шифр НБУВ: Ж28227

1.Р.917. До проблеми м'язових дистрофій, що прогресують, у дітей: сучасний клініко-діагностичний алгоритм / В. О. Свистільник, М. А. Тріщинська, Т. П. Головченко // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 1/2. - С. 41-46. - Бібліогр.: 24 назв. - укр.

Мета дослідження — вивчити особливості симптоматики м'язових дистрофій, що прогресують (ПМД), у дітей і вдосконалити їх клініко-діагностичний алгоритм. Обстежено три групи дітей: 33 дитини з ПМД Дюшена віком від 2 до 16 років, 7 — з поясно-кінцівковими формамами м'язових дистрофій віком від 3 міс. до 16 років та 19 — зі спінальною м'язовою атрофією віком від 3 міс. до 16 років. Тривалість захворювання становила від 3 міс. до 12 років. Пацієнтам проводили клініко-неврологічне обстеження з визначенням провідних клінічних синдромів. Оцінювали рухові функції за уніфікованими шкалами. На підставі одержаних даних об'єктивно визначали ступінь втрати обсягу активних рухів та м'язової сили. Оцінку динаміки рухових функцій проводили з використанням шкали NSA (North Star Ambulatory Assessment Worksheet), тесту 6-хвилиної ходи та інших функціональних проб. У пацієнтів з I типом спінальної м'язової атрофії застосовували шкали CHOP — INTEND та HINE-2, у дітей з II та III типом — шкали Motor Function Measure (MFM), Hammersmith RUДЬ тощо. Також проводили біохімічний аналіз крові з визначенням рівня креатин-фосфокінази та лактатдегідрогенази у крові. Застосовували інструментальні методи дослідження (електронейроміографію, рентгенографію хребта в двох проєкціях), у деяких випадках і магнітно-резонансну томографію. Останнім етапом проводили молекулярно-генетичну діагностику і верифікацію клінічного діагнозу. Після встановлення остаточного діагнозу пацієнтам з ПМД Люшена згідно з міжнародним протоколом надання допомоги призначали комбіновану терапію (гормональну, кортикостероїди) та фізіотерапевтичні методи лікування). Триває спостереження за пацієнтоми. Повний збір анамнезу, своєчасне виявлення перших симптомів хвороби та оцінка їх динаміки, аналіз неврологічних симптомів мають важливе значення для підтвердження діагнозу ПМД. В дебюті різних форм ПМД для підтвердження діагнозу слід дотримуватися певної етапності досліджень. Молекулярно-гентичну діагностику проводити лише після оцінки результатів загальноклінічного, інструментального та лабораторного дослідження дитини. Своєчасне уточнення клінічного діагнозу ПМД, допомагає обрунтувати призначення глюкокортикостероїдів та хворобомодифікувальної терапії.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.918. Параліч Белла: літературна довідка та власний клінічний випадок / Д. С. Хапченкова, С. О. Дубина, К. Ю. Єна // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 83-87. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Параліч Белла (ПБ) — це гострий периферичний параліч лицевого нерва (ЛН) невідомої етіології. ЛН — VII пара черепних нервів. Однією частиною ДН є рухові волокна, які іннервують мімічні м'язи. ЛН виходить із мозку між заднім краєм моста та оливою довгастого мозку двома корінцями. Більший корінець є власне ЛН, він утворений руховими волокнами. Виділяють центральний і периферичний парез ЛН. Центральний парез виникає при інсультах на протилежному боці від ураження. Периферичний парез (однобічна слабкість м'язів усієї половини обличчя) розвивається на рівні ЛН від рухового ядра до місця виходу з шилососкоподібного отвору на боці ураження. Мета роботи — висвітлити клінічний випадок ПБ як приклад відстроченої діагностики, розпочатого лікування і, як наслідок, довготривалого відновлення функцій мімічних м'язів. Клінічний випадок. Хлопець після перенесеного грипу почав скаржитися на різкий завушний біль, блювання, відсутність рухів у правій половині обличчя, а також на запаморочення та безсоння. Під час огляду констатовано асиметрію обличчя, відсутність рухів правого боку обличчя, неможливість повністю заплющити праве око, симптом "вітрила" праворуч, м'язову слабкість. На тлі гормональної, метаболічної терапії, фізіотерапевтичних процедур поліпшився загальний стан пацієнта, відновилася міміка та нормалізувався сон. Описано випадок розвитку запалення ЛН, або ПБ, у підлітка на тлі перенесеного грипу. Своєчасна діагностика та розпочата терапія вищеописаної патології є запорукою задовільного прогнозу для відновлення міміки, попередження розвитку негативних наслідків цього захворювання. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.919. Патологічна звивистість внутрішніх сонних артерій у дитячому віці / П. І. Нікульніков, В. В. Пічка, О. В. Каширова, І. Г. Максімов // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 56-60. - Бібліогр.: 11 назв. - укр.

Мета дослідження — виявити поширення патологічної звивистості (ПЗ) внутрішніх сонних артерій (ВСА) у пацієнтів дитячого віку та оцінити клінічну значущість ПЗ ВСА залежно від клініко-анатомічних форм патології. На базі відділення хірургії судин відділу невідкладної та відновлювальної хірургії судин інституту невідкладної і відновної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України разом з Донецьким обласним дитячим психоневрологічним диспансером у період з 2005 до 2007 р. проведено скринінгове дослідження брахіоцефальних артерій у 420 дітей. Вік пацієнтів — від 2 років до 16 років, середній вік — (9 ± 4) роки. Контрольну групу утворили 100 осіб без скарг, неврологічного дефіциту та відставання у психоемоційному розвитку. Комплексне обстеження передбачало огляд педіатра, дитячого невролога, кардіолога, судинного хірурга, психоневролога, дуплексне сканування брахіоцефальних судин, дослідження серцевої гемодинаміки (електрокардіографія, ехокардіографія), магнітно-резонансну томографію головного мозку за показаннями. Критеріями гемодинамічної значущості ПЗ вважали: наявність септального перегину ВСА, кут < 60 °, мікроаневризми, петлеутворення, прискорення кровотоку в зоні ПЗ > 140 см/с, величину індексу резистивності за наявності мікроаневризми < 0,5, за відсутності мікроаневризми > 0,7. Вид ПЗ ВСА визначали за класифікацією J. Welbel та W. Fields (1965) з доповненнями J. Vollmar (1976). Гемодинамічно значущу ПЗ ВСА виявлено у 108 (25,7 %) дітей основної групи (у 32 (30 %) хлопчиків і 76 (70 %) дівчаток), наявність транзиторних ішемічних атак — у 8 (7,4 %), ішемічний інсульт — у 5 (4,6 %) пацієнтів шкільного віку унаслідок прогресування захворювання. Найбільш клінічно несприятливі клініко-анатомічні форми — S-подібна ПЗ ВСА (42 (39 %)) і петлеутворення (11 (10 %)). Найчастіші неврологічні порушення у дітей дошкільного віку, спричинені ПЗ внутрішніх сонних артерій, і затримка мовного розвитку (29 (27 %)), порушення адаптації в колективі, затримка навичок самообслуговування (затримка у нервово-психічному розвитку) (33 (31 %)), пору-

шення емоційної сфери та поведінки (дратівливість, легка збудливість) (84 (78 %)), порушення сну (16 (15 %)). Найгрубіші неврологічні порушення у дітей з ПЗ внутрішніх сонних артерій трапляються у шкільний період, що є результатом прогресування ранньої судинно-мозкової недостатності. У цьому віці характерними є такі вияви ранньої судинно-мозкової недостатності: головний біль (100 (93 %)), зниження зору (35 (32 %)), зниження успішності в школі (88 (82 %)), дратівливість, тривожність, зниження працездатності, порушення уваги (96 (89 %)), порушення мозкового кровообігу (5 (4,6 %)). Висновки: рання діагностика ПЗ ВСА у дітей (скринінг) та своєчасне лікування нададуть змогу запобігти прогресуванню судинно-мозкової недостатності.

Шифр НБУВ: Ж25729

1.Р.920. Патофізіологічні механізми розвитку епілепсії та особливості епілептогенезу в незрілому мозку: (огляд) / В. Ю. Мартинюк, Т. К. Знаменська, В. Б. Швейкіна // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 26-39. - Бібліогр.: 97 назв. - укр.

Висвітлено актуальну проблему неонатології та дитячої неврології — судоми в новонароджених і дітей раннього віку. Проаналізовано наукову літературу про патогенетичні механізми розвитку епілептичного процесу, який базується на особливостях анатомофізіологічних механізмів функціонування клітин головного мозку, зокрема, у новонароджених і дітей раннього віку. Описано нові патофізіологічні дані щодо підвищеної збудливості мозку, який розвивається. Показано, що реалізація механізму підвищеної збудливості фетального мозку може бути обумовлена особливостями функціонування N-метилл-Даспартат (NMDA), alpha-аміно-3-гідрокси-5-метил-4-ізоксазолепронова кислота (AMPA), каїнатних рецепторів, особливостями локалізації іонних каналів у різних структурах мозку. Підкреслено парадоксальну (збуджувальну, деполяризувальну) роль гамма-аміномасляної кислоти, що зумовлено особливостями активації хлорних ко-транспортерів. Визначено особливості формування епілептичного процесу в новонароджених і дітей раннього віку. Виокремлено причини розвитку судом у новонароджених. Розглянуто класифікацію та клінічні фенотипи неонатальних судом. Підкреслено, що судоми в новонароджених рідко мають розгорнуту клінічну картину і часто представлені абортивними або фокальними нападами, що пов'язано з онтогенетичнимі особливостями фетального мозку, а саме: незавершеністю до моменту народження корково-нейрональної організації, синаптогенезу та мієлінізації його структур, недостатністю розвитку комісуральних міжпівкульних зв'язків, нерівномірною представленістю у корі іонних каналів разом із відносно добре сформованою лімбіко-ретикулярною системою та її зв'язком зі стовбуровими структурами. Наголошено, що незважаючи на різноманітні клінічні прояви, в новонароджених виділено 4 основні типи нападів: субтильні (стерті, абортивні, фрагментарні), клонічні, тонічні та міоклонічні.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.921. Application of ICF classification system in functional assessment of children with spinal muscular atrophy: (a rev.) / O. V. Nazar, O. I. Hurzhii, V. Yu. Martyniuk, R. O. Moiseienko // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 2. - С. 50-54. - Бібліогр.: 26 назв. - англ.

Спінальна м'язова атрофія (СМА) — рідкісне генетичне наслідкове нервово-м'язове захворювання, що потребує комплексного міждисциплінарного підходу до діагностики та лікування. Мета роботи — навести огляд наукових робіт щодо комплексної допомоги дітям зі СМА відповідно до принципів Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF), із застосуванням стандартизованих інструментів оцінки функціонального стану пацієнта. Наведено дані огляду літератури щодо застосування принципів ICF в організації допомоги дітям зі СМА, використання стандартизованих інструментів оцінки функціонального стану пацієнта. Огляд та обговорення. Запровадження ICF у повсякденну практику надає змогу поліпшити реабілітаційну допомогу дітям зі СМА. Застосовуючи філософію ICF, лікарі почали комплексно оцінювати стан здоров'я дитини, її функціональні можливості за допомогою стандартизованих інструментів, формувати реабілітаційні цілі відповідно до функціональних можливостей дитини, визначати фактори навколишнього середовища, що не надають змоги дитині повною мірою реалізувати власний реабілітаційний потенціал. Встановлено, що ICF надає змогу визначити всі сторони життя дитини зі СМА, а також виявити вплив факторів навколишнього середовища на рівень її функціонування. Відповідно до принципів ICF, слід застосовувати стандартизовані інструменти для оцінювання стану здоров'я функціональної активності дитини зі СМА, атакож для оцінювання ефективності реабілітації. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.922. Clinical and electroneuromyographic peculiarities of spastic syndrome in children with organic lesions of the nervous system / I. A. Zorii, N. V. Vasylieva, I. I. Krychun, O. M. Nicka, I. B. Kharmanska // Буков. мед. вісн. - 2022. - **26**, № 2. - С. 57-62. - Бібліогр.: 13 назв. - англ.

Органічні ураження центральної нервової системи (ЦНС) — це група нервово-психічних розладів, що виникають внаслідок впливу на мозок різних патологічних факторів. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є найбільш поширеним неврологічним захворюванням, що діагностовано у дітей раннього віку. 80 % дітей із ДЦП страждають на спастичні форми, основним симптомом яких є підвищення м'язового тонусу і спастичність. Цей синдром можна об'єктивізувати за допомогою електронейроміографічного (ЕНМГ) дослідження, яке надає можливість якісно та кількісно оцінити стан нервово-м'язової системи. Мета дослідження — визначити клініко-електронейроміографічні особливості спастичного синдрому у дітей із ДЦП залежно від інтенсивності рухових порушень. Обстежено 122 дитини із ДЦП (середній вік 8,8 ± 3,7 року), розподілених на групи за результатами розширеної та переглянутої загальної класифікації рухових функцій (GFCS E&R). Усім пацієнтам проведено неврологічне обстеження та ЕНМГ дослідження. Для оцінки надсегментарного та сегментарного рівнів ураження нервової системи проаналізовано параметри Н-рефлексу та F-хвилі. У більшості обстежених дітей діагностовано спастичні форми ДЦП. Ортопедичну патологію частіше виявляли у дітей із ДЦП з вираженими руховими порушеннями, включаючи еквіновальгусне положення та плосковальгусну деформацію стоп. За даними ЕНМГ-параметрів ДЦП, у пацієнтів відзначалися провідникові розлади, що виражалися збільшенням амплітуди М-відповіді, особливо при дослідженні великогомілкового нерва, підвищенням співвідношення H_{max}/M_{max} та амплітуд Н-рефлексу та F-хвилі. Висновки: за результатами проведеного дослідження, параметри ЕНМГ змінювалися у бік погіршення, залежно від ступеня порушень рухової активності, відповідно, за Шкалою великих моторних функцій.

Шифр НБУВ: Ж15712

1.Р.923. Gender and age related adverse effects of child's hypoxic-ischemic encephalopathy / O. S. Yablon, T. V. Bondarenko // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 5-10. - Бібліогр.: 28 назв. - англ.

Серед причин інвалідності у дитячому віці найбільш значущими є наслідки гіпоксично-ішемічної енцефалопатії (ГІЕ), що передаються в неонатальному періоді. Щорічно в розвинених країнах у 1—8 новонароджених на 1000 діагностується ГІЕ. Рівень захворюваності вдвічі вищий у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Серед них кожна 4-та дитина з таким діагнозом має несприятливі наслідки захворювання у вигляді тяжких неврологічних патологій, таких як епілепсія та дитячий церебральний параліч. Дослідників особливо цікавить легкий перебіг ГІЕ та можливість передбачити його наслідки. Мета дослідження — встановити гендерно-вікові особливості несприятливих наслідків ГІЕ у дітей дошкільного віку. Дослідження є проспективним, етапи якого здійснювалися в неонатологічному центрі та центрі катамнестичного спостереження КНП "Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня ВОР". Обстежено 214 дітей віком від 0 до 6 років. Результати катамнестичного спостереження аналізували у 1, 3 і 6 років. У проспективне дослідження включені 174 дитини, які народилися доношеними та в неонатальному періоді перенесли ГІЕ різного ступеня тяжкості. Формування інвалідності мало гендерні та вікові особливості. Так, серед 23 дітей-інвалідів переважали хлопчики — 16 (69,57 %). Із віком кількість дітей із встановленою інвалідністю зростала від 14 (9,52 %) у 1 рік до 23 (15,65 %) у 3 роки та залишалася без змін у віці 6 років. Затримку психічного та мовленєвого розвитку у віці 1 року мали більше половини дітей. З віком їх кількість зменшилася, залишаючись у 6 років у 25 % дівчаток і 41,2 % хлопчиків. Достовірно більше таких дітей було серед пацієнтів-хлопчиків із важкою ГІЕ в неонатальному періоді. Епісиндром у віці

1 року мали 20 дітей (13,61 %), серед них переважали хлопчики — 11 (55,0 %). У віці 3 років діагноз був знятий 3 дітям із легкою та помірною ГІЕ в анамнезі. У віці 6 років серед дітей із судомами достовірно переважали хлопчики — 12 (63,16 %). Серед супутньої патології у дітей із наслідками ГІЕ переважали у віці 3 років анемія, виявлена у кожної четвертої дівчинки та кожного п'ятого хлопчика з помірною ГІЕ в анамнезі, офтальмологічні захворювання у 23,5 % хлопчиків цієї групи та бронхіальна астма у 9,52 %. Смертність дітей, що перенесли ГІЕ в неонатальному періоді, у перші 6 років життя становила 2,72 %. Встановлено, що формування несприятливих наслідків ГІЕ у дітей мало гендерні та вікові особливості. Серед дітей-інвалідів переважали хлопчики, у них частіше спостерігалася затримка психічного та мовленнєвого розвитку та епісиндром. Із віком кількість дітей із несприятливими наслідками зменшилася, за виключенням інвалідів, кількість яких зросла.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.815, 1.Р.924, 1.Р.927

Психічні хвороби

1.Р.924. Імунодіагностика та імунотерапія нейропсихіатричних розладів у дітей: [монографія] / Д. В. Мальцев; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини. - Київ: Інтерсервіс, 2023. - 263 с.: рис., табл. - Бібліогр. в кінці гл. - укр.

Наведено огляд сучасної літератури та результ оригінальних контрольованих клінічних досліджень з імуногенетичн біохімічних, мікробіологічних, імунологічних та ревматологічних аспектів патогенезу нейропсихіатричних синдромів у дітей, таких як розлади спектру аутизму, синдром дефіциту уваги та гіперактивності та інших поширених порушень психіки. Дані поповнюють та систематизують існуючі підходи до діагностики та імунотерапії імунозалежних уражень організму дітей, що призводять до психіатрични хвороб. Висунуто фолат-центричну концепцію патогенезу нейропсихіатричних синдромів та розроблено оригінальний підхід до клінічного ведення пацієнта під абревіатурною назвою GBINC, що є важливим кроком уперед у боротьбі із загрозливою епідемією психічних порушень у сучасній дитячій популяції.

Шифр НБУВ: ВА865381

1.Р.925. Поширеність шкідливої звички паління серед осіб підліткового та юнацького віку / І. С. Лісецька, М. М. Рожко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 41-46. - Бібліогр.: 27 назв. - укр.

Шкідлива звичка паління протягом багатьох років залишається глобальною проблемою людства. Актуальність цієї проблеми обумовлена тим, що паління поширене практично серед усіх верств населення. Крім того, паління чинить шкідливий вплив на весь організм людини, доведено зв'язок цієї звички більш ніж із 40 захворюваннями, втратою працездатності та передчасною смертю, яким людство здатне запобігти. За споживанням сигарет Україна посідає 17-те місце у світі. До цієї шкідливої звички щорічно долучаються понад 500 тис. молоді. За останні десятиліття, крім традиційних сигарет, популярності набувають, особливо серед підлітків та осіб юнацького віку, альтернативні види паління, зокрема, електронні сигарети (Е-сигарети, вейпи), пристрої для нагрівання тютюну (IQOSs), а подекуди — вироби зі зниженим вмістом тютюну (нюхальний, жувальний тютюн тощо). Крім того, серед молоді модним і подекуди престижним залишається кальян, який також чинить шкідливий вплив на організм людини. Мета роботи — визначити поширеність шкідливої звички паління серед осіб підліткового та юнацького віку для розробки та впровадження в подальшому програми профілактичних заходів. За допомогою спеціально розробленої анкети проведено опитування 136 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років у конфіденційних умовах. Анкета включала 16 питань, що стосувалися виявлення факту наявності шкідливої звички паління; виду, початку та тривалості паління; мотивації до початку та відмови від паління; обізнаності про шкідливість паління для здоров'я; скарг із боку ротової порожнини, пов'язаних із наявністю шкідливої звички, тощо. Встановлено, що ця шкідлива звичка зустрічається як серед осіб підліткового, так і серед респондентів юнацького віку. Серед усіх респондентів 32,4 ± 1,5 % визнали себе щоденними курцями. Показано, що рівень поширеності паління зростає зі збільшенням віку анкетованих. Так, поширеність паління серед підлітків становила 26,3 ± 1,8 %, тоді як серед осіб юнацького віку цей показник збільшувався і становив 38,5 ± 2,4 %. Серед опитаних респондентів більшість курців вказали, що палять традиційні сигарети, — 49,7 ± 1,9 %, про використання сучасних (альтернативних) видів паління зазначили 41,9 ± 2,2 %, а також 8,4 ± 0,6 % палять кальян. Середній вік початку паління становив 13,2 ± 0,5 року, що є негативним фактором впливу на формування здоров'я цього контингенту. Отримані дані вказують на необхідність посилення профілактичних заходів щодо попередження втягнення осіб підліткового та юнацького віку в коло курців, а також на важливість розроблення ефективних програм щодо допомоги кинути палити. Результати є підгрунтям для планування профілактичних заходів із метою збереження та зміцнення здоров'я. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.926. Результати дослідження властивостей ротової рідини в осіб підліткового та юнацького віку, які палять / І. С. Лісецька, М. М. Рожко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 6. - С. 32-37. - Бібліогр.: 17 назв. - укр.

Відомо, що паління є однією з актуальних соціальних і медичних проблем сучасності, доведеною причиною багатьох тяжких захворювань — фактором ризику понад 20 хвороб, які становлять майже 75 % у структурі причин смертності населення (онкологічних, серцево-судинних, респіраторних, стоматологічних тощо). Встановлено, що компоненти тютюнового диму впливають на слизову оболонку ротової порожнини (РП) як безпосередньо, так і опосередковано — токсичні речовини потрапляють із током крові в слинні залози та виділяються зі слиною в РП. Зміни ротової рідини (РР) при цьому можуть бути першими ознаками захворювань, обумовлених шкідливою звичкою. РР може бути діагностичним індикатором, який відображає стан органів РП і всього організму, а також надає змогу прогнозувати перебіг захворювання, оцінити ефективність лікування. Мета роботи — дослідити властивості РР осіб підліткового та юнацького віку, які палять. Вивчено властивості РР (швидкість слиновиділення, pH, буферну ємність і в'язкість РР) у 114 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років, яких розділено на групи: до I групи залучено 26 осіб, які регулярно палять традиційні сигарети; до II групи — 22 особи, які регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); до III групи — 23 особи, які регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи); до IV групи — 43 особи без шкідливої звички паління. Під час вивчення властивостей РР в осіб підліткового та юнацького віку виявлено залежність її показників від наявності шкідливої звички та виду паління. В осіб підліткового та юнацького віку, що палять як традиційні, так і альтернативні види сигарет, у РП знижується рівень функціональних реакцій, що відповідають за гомеостаз РП і залежать від виду сигарет. Аналіз змін біофізичних параметрів РР свідчить про зниження рівня функціональних резервів РП. Встанорвлено, що в осіб підліткового та юнацького віку, які палять, відбуваються зміни біофізичних показників РР. Показники РР можуть бути раннім прогностичним тестом оцінювання стану РП в осіб підліткового та юнацького віку, які палять. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.927. Фолат-центрична концепція патогенезу та персоніфікований мультидисциплінарний підхід GBINC до клінічного ведення дітей з нейропсихічними синдромами. Огляд / Д. В. Мальцев // Укр. неврол. журн. - 2022. - № 3/4. - С. 5-24. - Бібліогр.: 142 назв. - укр.

Вирішення проблеми дитячих нейропсихічних хвороб є пріоритетним завданням сучасної медицини. Останні наукові досягнення в царині генетики, молекулярної біології та імунології, які демонструють біохімічні та імунозалежні шляхи формування нейропсихічних розладів людини, проливають світло на механізми ураження головного мозку дітей з розлади аутистичного спектра (РАС), що надає

підставу для оптимізму щодо подолання цієї тяжкої психіатричної патології в майбутньому завдяки впровадженню генетичних, біохімічних та імунодіагностичних підходів, а також метаболічних та імунотерапевтичних втручань з нейропротекторними ефектами. Нині утвердилася фолат-центрична концепція полігенного успадкування схильності до розвитку нейропсихічних синдромів у дітей з мультисистемним ураженням організму. Обговорено біохімічні та імунозалежні (інфекційні, автоімунні, імунозапальні та алергійні) шляхи формування мікробіндукованої автоімунної запальної енцефалопатії з нейропсихічними клінічними виявами в контексті фолат-центричної концепції. З урахуванням нових даних запропоновано два персоніфікованих мультидисциплінарних підходи до ведення дітей з РАС та іншими нейропсихічними синдромами. Перший підхід J. J. Bradstreet зі співавт. (2010) грунтується на емпіричному аналізі великої групи лабораторних біомаркерів, релевантність яких продемонстровано в клінічних дослідженнях, і таргетній корекції порушень, визначених за біомаркерами (biomarker-guided interventions). У 2022 р. R. Frye розробив прогресивніший мультидисциплінарний персоніфікований підхід під назвою BaS-BiSTOR (collect Baseline data, search for Symptoms, measure Biomarkers, Select Treatment, Observe for Response), який систематизує і стратифікує діагностичні та лікувальні інтервенції, що грунтуються на оцінці біомаркерів. З метою вдосконалення існуючих рекомендацій щодо конкретних субтипів нейропсихічних синдромів у дітей запропоновано вдосконалений персоніфікований мультидисциплінарний підхід до клінічного ведення пацієнтів з РАС і нейропсихічними виявами, асоційованими з генетичним дефіцитом фолатного циклу, під назвою GBINS (Genetic — Biochemical — Immunological — Neurologicaі — Symptomatic evaluation). Успішна апробація в клінічній практиці персоніфікованих мультидисциплінарних стратегій діагностики і лікування, що грунтуються на доказах, надасть змогу здійснити в найближчому майбутньому прорив у клінічному веденні дітей з тяжкими порушеннями психіки, що не лише забезпечить можливість одужання від прогностично несприятливого і нині некурабельного нейропсихічного розладу, а й сприятиме зупинці епідемії нейропсихічних синдромів у сучасній дитячій популяції.

Шифр НБУВ: Ж25729

Див. також: 1.Р.69, 1.Р.74, 1.Р.780, 1.Р.931, 1.Р.933

Стоматологія дитячого віку

1.Р.928. Кількісна морфологія кісткової тканини верхньої щелепи у пренатальному онтогенезі людини: монографія / А. П. Ошурко, І. Ю. Олійник, О. В. Цигикало; Буковинський державний медичний університет. - Чернівці: БДМУ, 2021. - 164 с.: рис., табл. - Бібліогр.: с. 147-164. - укр.

Доповнено й уточнено дані щодо кількісної морфології кісткової тканини верхньої щелепи людини у пренатальному онтогенезі. Отримано нові фактичні значення щодо особливостей структури, мікроелементного (K, Fe, Co, Sr, Zn) і макроелементного (P, Na, Ca, Mg, S) складу та КТ-щільності кісткової тканини верхньої щелепи плодів людини в динаміці пренатального онтогенезу, що мають прикладне значення в теоретичній та практичній галузях медицини, лабораторіях скринінгу морфологічного матеріалу для оцінки ступеня дозрівання та прогнозування життєздатності організму, діагностики відхилень від нормального розвитку та їх корекції. Дослідження істотно поліпшує кількісну морфологію з відносної осифікації верхньої щелепи у пренатальному онтогенезі, тим самим полегшуючи орієнтування на його середні значення, параметри темпу приросту відповідно до певного етапу внутрішньоутробного розвитку. Для клінічної стоматології результати дослідження є теоретичним підґрунтям із напрацювання нових ефективних методів профілактики та ранньої діагностики патологічних станів кісткової тканини щелеп.

Шифр НБУВ: СО38894

1.Р.929. Особливості мікрокристалізації ротової рідини в дітей із зубощелепними аномаліями / М. Ю. Лесіцький // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 63-68. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Важливою функцією ротової рідини (РР) є мінералізувальна, оскільки вона забезпечує вторинну мінералізацію зубів після їх прорізування шляхом підтримання гомеостазу порожнини рота, регулювання обмінних процесів в емалі зуба за рахунок врівноваження процесів демінералізації та ремінералізації. Найпростішим та інформативним методом для вивчення балансу органічних та неорганічних компонентів та фізико-хімічних властивостей РР є оцінка мікрокристалізації РР. Особливої уваги заслуговує дослідження мікрокристалізації РР в дітей із різними видами зубощелепних аномалій (ЗЩА), враховуючи можливі зміни складу та функціональної здатності РР при різній патології. Вивчення мікрокристалізації РР в дітей із ЗЩА. Проведено вивчення особливостей кристалоутворення у 88 дітей 12 та 15-річного віку із ЗЩА. Встановлено, що серед усіх обстежених дітей I тип мікрокристалізації РР виявлений, в середньому, лише у 32,95 ± 5,01 % дітей із ЗЩА, для якого характерним є чіткий рисунок крупних подовжених кристалопризматичних структур, які йдуть від центру краплі та утворюють так зване "листя папороті". Натомість II та III тип кристалів зустрічається у 47,73 ± 5,32 та 19,32 ± 4,21 % випадків. Встановлено, що серед дітей з карієсрезистентною емаллю I тип кристалоутворення, за середніми даними, виявлений більшої половини обстежених із ЗЩА (у 53,33 ± 7,44 %), II тип — у 35,56 ± 7,14 % дітей, натомість з III тип — лише в 11,11 ± 4,68 % випадків ($p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,001$). Натомість серед дітей з ЗР-КС емаллю кристали I типу встановлено у 16,28 ± 5,63 %, II тип — у 32,56 ± 7,14 % осію та III тип у 51,16 ± 7,62 %. Результати отриманих даних свідчать, що серед дітей із аномаліями окремих зубів та КР емаллю, за середніми даними, усі діти мали I тип мікрокристалізації. Серед дітей із УР-КС емаллю та аномаліями окремих зубів I тип кристалів, за середніми даними, виявлений у 75,00 ± 12,50 %, а II тип — у 3 рази рідше (у 25,00 ± 12,50 %, $p < 0,01$). У дітей з аномаліями зубних рядів та КР емаллю I тип кристалів зустрічається у 61,90 ± 10,59 %, а у осіб із УР-КС емаллю — у 36,84 ± 9,01 %, $p > 0,05$. При цьому увдітей з УР-КС емаллю та аномаліями зубних рядів частіше виявлені II (на 10,54 %) та III (в 3,31 рази) типи мікрокристалізації ($p > 0,05$, $p < 0,05$). Серед дітей з аномаліями прикусу встановлено достовірно вищу кількість осіб з КР емаллю та I типом кристалів у порівнянні з дітьми із УР-КС емаллю (в 6,46 разів, $p < 0,01$) та тенденцію до збільшення кількості дітей із II та III типом кристалів та УР-КС емаллю.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.930. Mechanical and mathematical modeling of the process of treatment of dentition defects of the frontal area in children and adolescents / S. I. Doroshenko, S. M. Savonik // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 15-19. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

Мета дослідження — удосконалення методик лікування дефектів зубних рядів, зокрема фронтальної ділянки у дітей та підлітків на основі процесу механіко-математичного моделювання за допомогою незнімного ортодонтичного апарата-протеза на верхню щелепу у дітей та підлітків. Предметом дослідження була система, яка складалася із зубощелепного комплексу пацієнта та ортодонтичного пристрою для лікування дефектів зубних рядів фронтальної ділянки у дітей та підлітків. Місце прикладання та напрям дії ортодонтичного зусилля істотно впливають на пересування зубів. В залежності від того, як прикладається ортодонтичне зусилля, зуб може пересуватися поступально, або поступально-обертально. Якщо вектор ортодонтичного зусилля діє в напрямі паралельному оклюзійній площині і проходить через центр опору кореня, то зуб переміщується поступально та паралельно оклюзійній площині. Коли дія ортодонтичного зусилля, вектор якого проходить між верхівкою кореня та центром опору зуба це призводить до поступально-обертального переміщення зуба за годинниковою стрілкою. Якщо вектор ортодонтичного зусилля проходить між коронкою зуба та центром опору кореня зуба. У такому випадку зуб обертається проти напряму руху годинникової стрілки. Якщо ортодонтичне зусилля спрямовано не через центр резистентності, то ортодонтичне зусилля викличе крім поступального руху в напрямі дії ортодонтичного зусилля, ще й його поворот навколо осі зуба. Робота є фрагментом теми науково-дослідної роботи "Диференційований підхід у виборі методу лікування дефектів зубних рядів фронтальної ділянки у дітей та підлітків" (номер державної реєстрації (0116U008918)).

Шифр НБУВ: Ж14683

Терапевтична стоматологія

1.Р.931. Клінічна ефективність місцевого лікування запальних захворювань тканин пародонту в осіб підліткового та юнацького

віку, що палять / І. С. Лісецька // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 54-59. - Бібліогр.: 20 назв. - укр.

Високий рівень поширеності захворювань тканин пародонту потребує розробки ефективних схем лікувально-профілактичних заходів в осіб підліткового та юнацького віку, що палять. Мета роботи — вивчити ефективність запропонованого місцевого лікування запальних захворювань пародонту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять. Вивчено зміни в тканинах пародонту до та після лікування в 123 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років. Цих осіб поділено на групи: до І групи залучено 31 особу, що регулярно палить традиційні сигарети: до ІІ групи — 26 осіб, які регулярно палять електронні сигарети (Вейпи), до ІІІ групи — 30 осіб, які регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOS), до IV групи — 36 осіб без шкідливої звички паління. Проаналізовано динаміку індексів OHI-S, PMA та PBI до та після лікування запропонованим методом лікування — поєднання застосування розчину "Стомолік" і гелю "Холісал" у порівнянні з загальноприйнятим лікуванням. У процесі лікування в усіх групах спостереження реєстрували позитивну тенденцію досліджуваних індексів, однак кращі результати відмічали в групах, в яких застосовували запропоноване місцеве лікування. Порівняння результатів місцевого лікування запальних захворювань тканин пародонту в групах спостереження різними методами вказує на переваги запропонованого методу лікування — поєднання застосування розчину "Стомолік" і гелю "Холісал". Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.932. Поширеність та структура запальних захворювань пародонта при туберкульозі у дітей шкільного віку / Н. І. Смоляр, М. М. Шило // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2022. - № 3. - С. 39-44. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити поширеність і структуру запальних захворювань пародонта у хворих на туберкульоз органів дихання та інфікованих мікобактерією туберкульозу (МБТ) дітей шкільного віку. Обстежено 168 (100 %) дітей і підлітків шкільного віку (від 6 до 17 років) із запальними захворюваннями тканин пародонта, з них 102 (60,72 %) хворих на туберкульоз органів дихання (перша група) і 66 (39,28 %) інфікованих МБТ (друга група). Контрольну групу утворили 15 практично здорових дітей шкільного віку. Обстеження стоматологічного статусу передбачало вивчення поширення патології пародонта, інтенсивності ураження і тяжкості перебігу у різних вікових групах дітей шкільного віку. Поширеність захворювання тканин пародонта у хворих на туберкульоз ((87,25 ± 2,36) %) та інфікованих МБТ ((65,15 ± 2,15) %) дітей шкільного віку перевищувала таку у здорових дітей ((24,45 ± 2,12) %) відповідно у 4,0 та 3,7 разу. Найпоширенішою патологією було запальне ураження ясен у вигляді катарального гінгівіту (майже у 4 рази частіше, ніж у дітей контрольної групи). Спостерігали гострий та хронічний перебіг катарального гінгівіту і загострення хронічного процесу. Одночасно зі зростанням з віком поширеності катарального гінгівіту відзначено звільнення частоти пародонтиту переважно серед хворих на туберкульоз, значно менше це захворювання виявляли серед інфікованих МБТ. Оцінка інтенсивності ураження тканин пародонта із застосуванням папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (PMA) виявила його зростання з віком, найбільш виражене у хворих на туберкульоз, дещо менше — в інфікованих МБТ. Висновки: поширеність запальних захворювань тканин пародонта у хворих на туберкульоз органів дихання та інфікованих МБТ дітей збільшується з віком і виявляється ураженням ясен як у формі катавального гінгівіту, так і пародонтиту. Найвищий рівень поширеності цієї патології спостерігали серед 15 — 17-річних школярів, хворих на туберкульоз легень, рідше — в інфікованих МБТ.

Шифр НБУВ: Ж100471

1.Р.933. Проблема виникнення та поширеності галітозу в осіб підліткового та юнацького віку, які палять / І. С. Лісецька, М. М. Рожко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 39-43. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Галітоз на сьогодні є поширеною патологією, що посідає третє місце серед стоматологічних захворювань і залишається серйозною медичною та стоматологічною проблемою. Паління через значну поширеність і шкідливий вплив на здоров'я підлітків та молодих людей є найважливішою проблемою, як в Україні, так і за кордоном. Вплив на органи ротової порожнини, розвиток патологічних станів, у тому числі галітозу, залежить від інтенсивності, тривалості дії та типу паління, а також від індивідуальних особливостей тканин ротової порожнини. Паління негативно впливає на біофізичні властивості ротової рідини, неспецифічні фактори захисту, імунні реакції, стан слизової оболонки ротової порожнини, погіршує стан гігієни і т.д., що в сукупності призводить до кількісних та якісних змін складу мікробного біофільму та може спричинити виникнення галітозу. Мета роботи — вивчити поширеність галітозу в осіб підліткового та юнацького віку, які палять. Оглянуто 114 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років. Серед цих осіб проведено анкетування, яке включало питання щодо наявності неприємного запаху з ротової порожнини та причин його виникнення, визначення стану гігієни ротової порожнини за допомогою індексу Гріна-Вермільйона, апаратний діагностичний тест галітозу за допомогою галіметра Tanita "Breath Alert". Усіх опитаних поділено на групи: до І групи залучено 26 осіб, які регулярно палять традиційні сигарети; до ІІ групи — 22 особи, які регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); до ІІІ групи — 23 особи, які регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи); до IV групи — 43 особи без шкідливої звички паління. Результати. Аналіз стану гігієни ротової порожнини в обстежених показав, що структура індексу OHI3S показала найгірші показники в осіб підліткового та юнацького віку, які палять традиційні сигарети, в цих осіб відмічався незадовільний стан гігієни ротової порожнини, за індексом OHI-S він дорівнював 1,77 ± 0,02 бала. Стан гігієни ротової порожнини в осіб підліткового та юнацького віку, які палять альтернативні види сигарет, відповідав задовільному рівню, що підтверджувалося значенням індексу OHI3S, — 1,53 ± 0,01 бала в ІІ групі та 1,46 ± 0,02 бала в ІІІ групі. В обстежених IV групи стан гігієни ротової порожнини був також задовільним, однак показник індексу виявився значно нижчим — 0,87 ± 0,03 бала. Щодо реєстрації неприємного запаху, то апаратний діагностичний тест переважно виявляв галітоз в осіб І групи (64 %), у решти обстежених галітоз відмічався значно рідше: у ІІ групі — у 12 %, у ІІІ групі — у 8 %, у IV групі — у 2 %. Слід зазначити, що галітоз середнього ступеня спостерігався тільки в осіб І групи — 26 %, а легкого ступеня — у 38 %. У решти обстежених груп порівняння відмічався галітоз легкого ступеня. Галітоз є актуальною медичною та соціальною проблемою, оскільки поширений майже в половини обстежених осіб підліткового і юнацького віку, переважно в осіб, які регулярно активно палять традиційні сигарети.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.934. Clinical manifestations of HIV infection in the oral cavity in children / A. I. Maksymenko // Вісн. стоматології. - 2021. - **40**, № 2. - С. 69-73. - Бібліогр.: 18 назв. - англ.

Мета дослідження — вивчення особливостей клінічних проявів ВІЛ-інфекції в порожнині рота (ПР) у дітей. Аналіз та узагальнення літературних даних щодо особливостей клінічних проявів ВІЛ-інфекції в ПР у дітей. Систематизація лікувально-діагностичних аспектів ураження слизової оболонки (СОПР), слинних залоз і тканин пародонта, які впливають на перебіг захворювання. Це дозволить розробити патогенетичну схему лікувально-профілактичних заходів, що призведе до поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованих дітей. Висновки: кандидозний стоматит діагностується в більшості хворих на СНІД (до 75 %) і проявляється в декількох клінічних формах: ангулярний хейліт, еритематозний, гіперпластичний або псевдомембранозний кандидоз. Вважається, що "раптовий" розвиток кандидозу в дітей, які раніше не одержували антибіотики або кортикостероїди, є підозрою на наявність ВІЛ-інфекції й вимагає лабораторного обстеження на ВІЛ. Бактеріальні інфекції у ВІЛ-інфікованих дітей найчастіше викликають асоціації різних збудників (фузоспірохети, стрепто- і стафілококи). Проявом цих інфекцій можуть бути гінгівіт, ВІЛ-некротичні ураження ясен або слизової оболонки щік, піднебіння, ВІЛ-хронічний пародонтит. Серед вірусних інфекцій у клінічній симптоматиці ВІЛ-інфікованих відзначають ураження СОПР, викликані вірусом простого герпесу. "Волосиста" лейкоплакія зустрічається в 98 % хворих на ВІЛ-інфекцію та є маркером захворювання. Походження "волосистої" лейкоплакії пов'язане з високим рівнем реплікації вірусу Епштейна — Барра у клітинах епітелію язика.

Ураження слинних залоз у дітей при ВІЛ-інфекції зустрічається значно частіше, ніж у дорослих. При цьому вони збільшуються і набухають, відбуваються гіперпластичні зміни.

Шифр НБУВ: Ж14683

1.Р.935. The evaluation of the effectiveness of caries prevention in children with asthma. (Pt. 2) / S. Ey. Leshchuk, N. L. Chukray, U. O. Stadnyk, D. V. Popovych // Вісн. стоматології. - 2021. - **39**, № 1. - С. 31-35. - Бібліогр.: 15 назв. - англ.

При аналізі стоматологічної захворюваності дітей у різних регіонах України встановлено значне зростання поширеності карієсу як тимчасових, так і постійних зубів за останні роки, що складає 65 — 98 %. Високий рівень ураженості карієсом зубів серед дітей зумовлений рядом місцевих та загальних чинників ризику, при взаємодії яких знижується резистентність твердих тканин зубів та збільшується ризик розвитку карієсу зубів. Одним із вагомих чинників ризику розвитку уражень твердих тканин зубів у дітей є соматична патологія. Бронхіальна астма (БА) є одним із найбільш поширених алергічних захворювань дихальної системи, її частота у дітей в Україні коливається у межах від 3 до 15 %. Доведено значний вплив на органи та тканини порожнини рота як соматичної патології БА, так і препаратів, які використовують для її лікування. Однак недостатньо вивчено безпосередній вплив клінічного перебігу БА на стан твердих тканин та на емаль зубів, зокрема з подальшим розпрацюванням диференційованих профілактичних заходів і оцінки їх ефективності. Під спостереженням протягом двох років знаходились 144 дитини з БА віком 12 років, які перебували на лікуванні в пульмоалергологічному відділенні дитячої обласної лікарні. Для дітей був розпрацьований комплекс диференційованих карієспрофілактичних заходів (для дітей з I — II та III — IV ступенями тяжкості БА). Ефективність розпрацьованого комплексу оцінювали через 6, 12 та 24 місяці за наступними критеріями: приріст інтенсивності карієсу, редукція приросту інтенсивності карієсу, рівень гігієни порожнини рота, мінералізувальний потенціал ротової рідини. Аналіз результатів спостереження довів ефективність впроваджених карієспрофілактичних заходів залежно від ступеня тяжкості та тривалості БА, про що свідчить зменшення приросту інтенсивності карієсу зі збільшенням терміну застосування профілактичних заходів та показники редукції приросту інтенсивності карієсу, покращення стану гігієни.

Шифр НБУВ: Ж14683

Див. також: 1.Р.73, 1.Р.133, 1.Р.792

Хвороби очей

1.Р.936. Иммунопатологическое значение интерлейкина-1β и интерлейкина-10 в слезной жидкости у детей в возрасте до 15 месяцев / Г. В. Велиева, М. М. Султанова, С. А. Гусейнова // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 32-38. - Библиогр.: 9 назв. - рус.

Цель работы — определить местный иммунитет органа зрения при дакриоцистите у детей в возрасте до 15 месяцев; изучить действие на него микробиологического препарата, содержащего Escherichia coli и Enterococcus faecalis (пробиотики — Symbioflor); определить эффективность лечения этим препаратом. Материалы и методы. Исследованы иммунограммы детей в возрасте до 15 месяцев. Забор слезной жидкости проведен с помощью микрокапиллярных пипеток для сбора биологической жидкости. Исследуемые пациенты предварительно не получали никаких глазных капель за неделю до сбора слезы и никакого терапевтического лечения. Обследованы 74 ребенка, поделеных в зависимости от возраста, пола и диагноза на две группы: 1-я группа (здоровые) — 18 соматически относительно здоровых детей без выявленных офтальмологических проблем; 2-я группа (больные) — 56 соматически относительно здоровых детей с подтвержденным диагнозом дакриоцистита новорожденных. Каждая группа разделена на еще три группы (до 6 месяцев, 7—12 месяцев, 13—15 месяцев). Всем пациентам проведено общеклиническое лабораторное исследование. У пациентов с дакриоциститом новорожденных содержание в слезной жидкости ИЛ-1β значительно выше нормальных значений, а ИЛ-10 — ниже возрастной нормы. Применение пробиотиков позволяет стабилизировать содержание ИЛ-1β в слезе больных с дакриоциститом новорожденных. На состав слезы здоровых детей использование данного класса препаратов не действует, изменений не наблюдается. Применение пробиотиков может быть рекомендовано в комплексном лечении дакриоцистита новорожденных, поскольку вышеуказанный препарат безопасен и помогает стабилизировать локальный иммунитет конъюнктивальной полости. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом участвующего учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие родителей детей.

Шифр НБУВ: Ж16694

Хвороби лорорганів у дітей

1.Р.937. Алергічний цілорічний риніт у дітей: ефективність і безпечність застосування препарату "Ергоцетал" / Т. Р. Уманець, В. Ф. Лапшин, О. О. Руднєв, О. І. Пустовалова // Укр. журн. перинатологія і педіат. - 2021. - № 2. - С. 12-16. - Бібліогр.: 15 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити ефективність і безпечність застосування левоцетиризину ("Ергоцетал") у дітей з цілорічним алергічним ринітом (ЦАР). Матеріали та методи. Обстежено 30 дітей віком 6—16 років із ЦАР. Усім дітям для лікування ЦАР призначено левоцетиризин ("Ергоцетал") по 5 мг у формі таблеток 1 раз/добу протягом місяця. Критеріями ефективності лікування були: регресія основних назальних і очних симптомів ЦАР (ринорея, закладеність носа, назальний свербіж, чхання, свербіж і почервоніння очей) за даними візуальної аналогової шкали; динаміка назальної еозинофілії в мазку-відбитку зі слизової носа. Результати. Проведеними дослідженнями встановлено, що введення левоцетиризину "Ергоцетал" до монотерапії дітей шкільного віку з легким та інтермітуючим перебігом ЦАР дає позитивний терапевтичний ефект на назальні і очні симптоми, а також на інтенсивність еозинофільного запалення в слизовій оболонці носа. Встановлено хорошу переносимість і відсутність побічних ефектів "Ергоцетал" в обстежених дітей. Висновки: терапевтична ефективність, відсутність побічних реакцій, висока прихильність до лікування дають змогу рекомендувати левоцетиризин ("Ергоцетал") як монотерапію при легкому й інтермітуючому перебігу ЦАР у дітей шкільного віку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.938. БіоГая Продентіс рекомендовано при лікуванні фарингіту та тонзиліту у дітей. Рандомізоване контрольоване дослідження, 2021 р. / A. Maya-Barrios, K. Lira-Hernandez, I. Jimenez-Escobar, L. Hernandez, A. Ortiz-Hernandez, C. Jimenez-Gutierrez, G. Lopez-Velazquez, P. Gutierrez-Castrellon // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 5. - С. 105-114. - Бібліогр.: 113 назв. - укр.

Фарингіт і тонзиліт — найпоширеніші гострі респіраторні інфекції (ГРІ) у дітей віком ≤ 5 років. Аналіз опублікованих даних показав, що деякі пробіотики можуть скоротити частоту та тривалість ГРІ. У дослідженні оцінено безпечність та ефективність Limosilactobacillus reuteri (L. reuteri) ATCC PTA 5289 і DSM 17938 для скорочення тривалості та тяжкості симптомів ГРІ. Це рандомізоване контрольоване дослідження включало дітей віком від 6 міс до 5 років із фарингітом або тонзилітом. Досліджувані були рандомізовані й отримували пробіотичний продукт, що містить L. reuteri ATCC PTA 5289 і L. reuteri DSM 17938 (БіоГая Продентіс), або плацебо у вигляді крапель, що застосовувалися перорально протягом 10 діб як ад'юванти до використання нестероїдних протизапальних засобів. Основні результати вказують на зв'язок із тривалістю та тяжкістю симптомів ГРІ. Серед вторинних наслідків були виявлені зміни імуноглобуліну А слини та запальних біомаркерів. На 2-гу добу хвороби та протягом наступних діб у групі L. reuteri не було лихоманки (37,3 ± 0,5 °С проти 38,6 ± 0,3 °С, $p < 0,05$). Починаючи з 3-ї доби сила болю в горлі (5 ± 0,9 проти 8 ± 1,2, $p < 0,05$) була нижчою в групі L. reuteri. Значні відмінності спостерігалися в групі L. reuteri, зокрема: за кількістю діб із нежиттю, закладеністю носа, діб незапланованих візитів до медичного закладу або відділення невідкладної допомоги, за рівнем фактора некрозу пухлини альфа, а також пов'язаних із цим витрат на лікування. Частота побічних ефектів була однаковою в

обох групах. Таким чином, L. reuteri ATCC PTA 5289 у поєднанні з L. reuteri DSM 17938 (БіоГая Продентіс) є безпечним та ефективним допоміжним засобом для полегшення симптомів фарингіту або тонзиліту в дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.939. Клініко-параклінічні маркери активності запального процесу при гострих тонзилофарингітах у дітей / Л. А. Іванова, І. Б. Горбатюк, Ір. Б. Горбатюк // Сучас. педіатрія. Україна. - 2021. - № 2. - С. 8-12. - Бібліогр.: 7 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити клініко-параклінічні маркери активності запального процесу при гострих нестрептококових і стрептококових тонзилофарингітах у дітей для визначення раціональної тактики лікування. Для досягнення поставленої мети проведено комплексне обстеження 102 дітей, хворих на гострий тонзилофарингіт (ГТФ), яких розподілено на дві клінічні групи залежно від виділення бета-гемолітичного стрептокока групи А (БГСА) за допомогою культурального дослідження мазків зі слизової мигдаликів/глотки. До першої (І) клінічної групи залучено 68 пацієнтів, у яких при бактеріологічному дослідженні не виявлено БГСА, — ГТФ нестрептококової етіології (нГТФ). А 34 дітей, в яких визначено стрептококову етіологію захворювання, залучено до другої (ІІ) клінічної групи — стрептококовий гострий тонзилофарингіт (сГТФ). Наявність у дитини субфебрильної температури тіла підвищувала посттестову вірогідність нГТФ на 27,4 %, а вищі показники лихоманки знижували його вірогідність лише на 4,3 %. Відсутність симптомів інтоксикаційного синдрому в дітей із високим ступенем специфічності (91,4 %) надала змогу підтвердити нестрептококову природу захворювання. Виразні нашарування на мигдаликах були більш характерними для сГТФ, а оцінка їх виразності < 3 балів значно частіше відмічалася у хворих із нестрептококовою природою захворювання. Визначення вмісту С-реактивного протеїну < 50,0 мг/л у венозній крові дітей як тесту надало змогу верифікувати нГТФ із доволі високою чутливістю — 73,5 % (95 % ДІ 63,7 — 81,8), однак низькою специфічністю — 35,3 % (95 % ДІ 26,0 — 45,5). Встановлено, що показники місцевого запалення та клінічні прояви загальної запальної реакції були менш виразними у хворих із нГТФ. Показники С-реактивного протеїну < 50,0 мг/л у венозній крові з високою чутливістю (73,5 %; 95 % ДІ 63,7 — 81,8) і відносним ризиком (1,2; 95 % ДІ 1,0 — 1,5) вірогідно свідчили про нГТФ. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.940. Характеристика особливостей клініко-діагностичних аспектів сезонного алергічного риніту в дітей Полтавського регіону / Т. О. Крючко, В. В. Щербак, О. Я. Ткаченко, Л. М. Бубир, Т. М. Полич // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 21-27. - Бібліогр.: 18 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити особливості перебігу САР у дітей на тлі супутніх захворювань залежно від віку пацієнта: проаналізувати структуру пилкової сенсибілізації з урахуванням ретроспективних результатів шкірного алерготестування. Для ретроспективного дослідження відібрано та проаналізовано 890 історій хвороб дітей із САР віком 3 — 15 років, у період 2010—2020 рр. Критеріями залучення були позитивні шкірні алерготестування принаймні на один пилковий алерген у тестовій панелі. Під час аналізу пацієнтів поділено на 3 вікові групи: І — діти дошкільного віку (3 — 6 років); ІІ — молодшого шкільного віку (7 — 10 років); ІІІ — середнього шкільного віку (11 — 15 років). Установлено, що коморбідність САР певним чином залежить від віку дитини. Так, серед дітей І групи найчастіше відмічається поєднання САР із рецидивним обструктивним бронхітом та атопічним дерматитом, тоді яку пацієнтів ІІ і ІІІ групи — з алергічним кон'юнктивітом, бронхіальною астмою. Клінічна картина захворювання суттєво не залежить від віку хворого та характеризується середнім ступенем тяжкості алергічного риніту. Дослідження спектра сенсибілізації до пилкових алергенів показує достовірне превалювання частки дітей із підвищеною чутливістю до алергену амброзії. Більш ніж у третини дітей дошкільного та молодшого шкільного віку також найчастіше спостерігається чутливість до полину та кукурудзи, тоді як в осіб середнього шкільного віку — до тимофіївки, костриці, полину, пажитниці та циклахени. Проведене дослідження надало змогу встановити особливості клінічного перебігу, ступінь тяжкості, поєднання САР з іншими захворюваннями та виявити найбільш етіологічно значущі пилкові алергени, які є пріоритетними у виникненні САР у дітей Полтавського регіону. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.941. Palatine tonsils functional reserve in children by immunological indicators evaluation / O. Bredun, I. Kosakivska, O. Melnikov // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 3. - С. 12-15. - Бібліогр.: 9 назв. - англ.

Мета роботи — поліпшити оцінку імунофункціонального стану піднебінних мигдаликів (ПМ). Досліджено вміст sIgA та інтерферону альфа (IFN-α) у ротоглотковому секреті дітей з хронічним тонзилітом методом імуноферментного аналізу до та після антигенного навантаження вакциною ОМ-85 і фізичним впливом на ПМ ультразвуку частотою 880 кГц. Усі результати статистично оброблено з використанням U-критерію (критерій Манна — Уітні — Вілкоксона) та z-перетворення за Фішером. Запропонований метод має суттєві переваги перед існуючим, він є більш селективним, а отже, більш точним у визначенні функціонального стану ПМ. Підвищення рівня sIgA і IFN-α у ротоглотковому секреті дітей свідчить про збереження функціонального резерву GV; відсутність позитивної динаміки або негативна динаміка цього показника свідчить про функціональну недостатність GV і може бути показанням до хірургічного лікування дітей з хронічним тонзилітом. Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухваленолокальним комітетом з етики всіх установ. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків.

Шифр НБУВ: Ж24603

Див. також: 1.Р.907, 1.Р.913

Хвороби сечостатевої системи

1.Р.942. Актуальна динаміка видової структури етіологічних збудників інфекції сечової системи в дітей та антибактеріальної чутливості цих патогенів / Т. В. Буднік, Л. В. Квашніна, М. Л. Чернявська // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 25-30. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — вивчити видову структуру збудників ІСС у дітей, поширеності АБР, темпів її формування на сучасному етапі. У дослідженні взяли участь 2754 дитини госпітального та амбулаторного плану віком від 0 до 18 років із ІСС в активну фазу захворювання за період 2009 — 2019 рр. Контингент досліджуваних розподілено на 3 групи: пацієнти за 2009, 2014 і 2019 рр. спостереження. Провідним уропатогеном в усіх групах спостереження визнано кишкову паличку: у 1-й групі (2009 р.) її доля становила 47 % (158/337). у 2-й (2014 р.) — 64 % (210/328), у 3-й (2019 р.) — 66,5 % (252/379). Визнано високу динаміку поширеності АБР Escherichia coli: зростання на 11 % у 2019 р. у порівнянні з 2014 р.; на 18,8 % у порівнянні з 2009 р. Отже, у 2019 р. кожна друга дитина мала резистентність (57,6 ± 1,6 (1586/2754)) і кожна третя — полірезистентність (27,4 ± 3,04 (755/2754)). Встановлено зростання відносного ризику АБР у 2019 р. у 1,6 разу у порівнянні з 2014 р. і в 3 рази — у порівнянні з 2009 р. Математичний прогноз поширеності резистентних штамів E. coli за 15 років наближався до 100 % ($y = 9,5x6 + 41 = 98$ %) за $R^2 = 0,9918$. За 10 років показник відповідав 88,5 %, за 5 років — 79 %. Установлено прогностичне зростання відносного ризику АБР у 2,9 — 3,7 разу в найближчі 5—10 років. Встановлено, що отримані дані мають важливе практичне значення для лікарів загальної практики та профільних спеціалістів, оскільки вказують на високі темпи формування резистентних штамів кишкової палички й інших збудників серед дітей із ІСС, що ускладнює емпіричний вибір антибактеріальної терапії. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.943. Варикоцеле у дітей. Історія та сучасний стан проблеми (огляд літератури) / В. А. Дігтяр, Д. Г. Вернігора // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 1. - С. 68-73. - Бібліогр.: 56 назв. - укр.

Розглянуто історичні дані та питання етіопатогенезу, епідеміології, діагностики, а також результатів лікування. Діагностична методика виявлення варикоцеле залишалася незмінною до XX ст. і складалася з візуального огляду та пальпації з маневром Valsava та без, але з появою контрастної венографії, ультразвукового обстеження і термографії діагностичні методики зазнали значних змін. Протягом тривалого часу флебографія вважається "золотим стандартом" діагностики варикоцеле. Але великим недоліком цієї процедури є її висока інвазивність. Ультразвукова діагностика з допплерівським картируванням дала новий поштовх діагностиці варикоцеле за рахунок малоінвазивності та доступності. G. Liguori, C. Trombetta у своїй роботі показали, що оперативне лікування варикоцеле слід починати вже при зменшенні яєчка понад 20 %, або 2 мл від об'єму, при ультразвуковому обстеженні. Також візуалізація рефлюкса в насіннєву вену більш специфічна при ультразвуковому дослідженні. G. Sigmund та співавт. ввели концепцію stop-type, shunt-type рефлюкса в насіннєву вену. Але все ж таки в разі нез'ясованого рецидивного варикоцеле тільки антеградна венографія може дати достатньо інформації. Висвітлено класичні та альтернативні варіанти хірургічного лікування варикоцеле в дітей. На сьогодні з упевненістю можна вважати, що лікування варикоцеле увійшло в епоху сучасної доказової медицини. Велика кількість досліджень свідчить про те, що при розширенні гроноподібного сплетіння з'являється прогресуючий шкідливий вплив на тканину яєчка і приводить до погіршення показників сперми. Методи, застосовувані під час корекції варикоцеле, раніше були травматичними, але сучасна хірургія принесла багато інноваційних технологій та методів хірургічної корекції. Крім того, з'явилися вражаючі розробки бімолекулярних і функціональних тестів сперми. Водночас велика кількість наукових повідомлень та робіт із приводу різних методів хірургічного лікування варикоцеле викликає ряд питань щодо ефективності й доцільності останніх. На сьогодні "золотим стандартом" хірургічного лікування варикоцеле вважається мікрохірургічна субінгвінальна варикоцелектомія, але значним недоліком цієї операції є часте пошкодження тестикулярної артерії та лімфатичних судин. Вирішення цієї проблеми можливе шляхом знайдення інтраопераційного способу візуалізації тестикулярної артерії та лімфатичних судин і їх захисту.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.944. Власний досвід реконструктивно-пластичних операцій на сечовому міхурі в дітей / О. Д. Фофанов, А. П. Юрцева, Б. М. Зіняк, Ю. Р. Доценко, В. О. Фофанов // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 43-50. - Бібліогр.: 14 назв. - укр.

Мета роботи — поліпшити якість життя дітей з тяжкою дисфункцією сечового міхура. Проаналізовано результати реконструктивно-пластичних операцій на сечовому міхурі в 7 дітей з тяжкою дисфункцією сечового міхура. У 4 хворих був нейрогенний сечовий міхур (у 3 з них — спінальний сечовий міхур), у 2 хворих — мікроцист після хірургічної корекції екстрофії сечового міхура та тотальної епіспадії. Аугментаційну ілеоцистопластику виконано у 3 дітей, у 2 з них проведено також апендикоцистостомію, у 3 хворих — тільки апендикоцистостомію. Оцінено стан сечових шляхів, ступінь утримання сечі, післяопераційні ускладнення та якість життя оперованих дітей. Висновки: виходячи з першого власного досвіду проведення аугментаційної ілеоцистопластики та апендикоцистостомії за Mitrofanoff, відмічено добрий ефект цих реконструктивно-пластичних операцій. У всіх оперованих хворих істотно поліпшилася якість життя — досягнуто контрольованого сечопуску, припинено прогресування ушкодження нирок. Усі післяопераційні ускладнення успішно корегуються. Велике значення для досягнення доброго ефекту лікування має правильний вибір обсягу хірургічної реконструкції сечових шляхів у кожному конкретному випадку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.945. Вроджений нефротичний синдром у практиці лікаря-неонатолога (клінічний випадок) / О. К. Колоскова, Л. В. Колюбакіна, О. В. Власова, Н. М. Крецу, І. В. Ластівка, Л. Ф. Балицька // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 72-77. - Бібліогр.: 13 назв. - укр.

Мета роботи — розширити знання лікарів-педіатрів і неонатологів щодо клініко-параклінічних і патоморфологічних особливостей перебігу ВНС фінського типу в неонатальному віці. Наведено клінічний випадок щодо клініко-параклінічних, патоморфологічних і молекулярно-генетичних особливостей перебігу ВНС фінського типу з маніфестацією в ранньому неонатальному періоді. Висновки: на основі наведеного випадку показано необхідність комплексного підходу до обстеження дітей з ВНС для верифікації варіантів нозології, визначення прогнозу та формування тактики лікування. Дослідження виконано з дотриманням принципів біоетики відповідно до Гельсінської декларації. На проведення клініко-параклінічних досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.946. Діагностика, лікування та реабілітація перекруту яєчка в дітей (огляд літератури) / М. Ю. Веселий, С. В. Веселий // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 63-71. - Бібліогр.: 49 назв. - укр.

Мета роботи — систематизувати та узагальнити сучасні літературні дані стосовно діагностики, лікування і реабілітації ПЯ в дітей. Під час діагностики велике значення має збір анамнезу, урахування клінічних даних, перевірка характерних для ПЯ симптомів. Значну роль відіграє використання інструментальних методів дослідження, чільне місце серед них посідають ехографічний і сцинтиграфічний методи. Після підтвердження діагнозу ПЯ необхідно розпочати лікування якнайшвидше. Існує дві методики деторсії яєчка: безкровна ручна деторсія та інвазивна деторсія з подальшою орхіопексією. Післяопераційний період має дуже важливе значення для збереження фертильності пацієнта в майбутньому. Реабілітація після ПЯ передбачає медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні процедури, фіксування статевої гонади з контрлатерального боку та, у разі втрати тестикули через несвоєчасно надану лікарську допомогу, ендопротезування яєчка. ПЯ являє собою важку та невивчену проблему. Критична ішемія наступає в термін від 12 до 16 год від початку захворювання. Проблема діагностики, лікування і реабілітації хворих на гострий ПЯ до кінця не вивчена та потребує подальшого вивчення.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.947. Етапна лапароскопічна тракційна орхіопексія за Shehata: перший досвід, технічні особливості, результати / К. Ю. Пащенко, Н. В. Рой // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 51-55. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — оцінити результати запропонованої методики етапної лапароскопічної тракційної орхіопексії за Shehata на основі власного досвіду лікування дітей з абдомінальним крипторхізмом. За період 2019—2021 рр. за методикою етапної лапароскопічної тракційної орхіопексії прооперовано 18 хлопчиків віком від 9 міс. до 4 років. Правобічний унілатеральний абдомінальний крипторхізм виявлено в 10 дітей, лівобічний — у 6, білатеральний — у 2. Показаннями до застосування методу стали випадки внутрішньочеревної тестикулярної ретенції з короткими судинами. Тазові та клубові ретенції спостерігалися у 44 % випадках. У 22 % дітей яєчка локалізувалися безпосередньо біля входу до внутрішнього пахового кільця, у 33 % дистанція між яєчком та отвором пахового каналу сягала 3 — 4 см. На першому етапі проводилася мобілізація яєчка та судин з фіксаційною тракцією у контрлатеральний бік. Другий етап здійснювався за 3 міс потому. У 94 % дітей на другому етапі вдалося провести вдалу орхіопексію без натягу судин. Жодного випадку дислокації або атрофії яєчок не зафіксовано. Об'єм низведеного яєчка в 78 % випадків був об'єктивно меншим за здорове. Досвід виконання операції Shehata свідчить про хороший ефект цього методу для лікування абдомінального крипторхізму. Показаннями до етапної лапароскопічної тракційної орхіопексії є внутрішньочеревні форми крипторхізму з недостатньою довжиною тестикулярних судин. Методика дає змогу за короткий період досягти ефективної елонгації судин яєчка та мінімізувати ризики його атрофічних змін порівняно з двоетапною операцією Fowler-Stephens. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовані згоди батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.948. Особливості фемінізуючої хірургічної корекції в дітей з розладами статевого розвитку / А. Р. Поцюрко, І. Я. Гримак,

Н. В. Гельнер, Б. І. Гижа, Д. З. Іваськевич, Е. Ф. Чайківська, Л. Ю. Гижа, Р. В. Стеник, А. О. Дворакевич, З. І. Глушко, Р. А. Поцюрко // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 63-68. - Бібліогр.: 8 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати власні результати хірургічного лікування тяжких форм розладів статевого розвитку (РСР) у дітей після операцій фемінізуючого типу; визначити практичні протокольні показання з вибору напряму хірургічної корекції. Упродовж останніх 5 років до урологів Львівської обласної дитячої клінічної лікарні "ОХМАТДИТ" по медичну допомогу звернулися батьки 12 дітей з РСР, ознаками гермафродитизму (двостатевості). Після комплексного обстеження діагностовано: адреногенітальний синдром — у 5 дівчаток, яких скеровано для подальшого лікування до дитячих медичних центрів м. Києва; справжній гермафродитизм — в 1 дитини; синдром змішаної дисгенезії гонад (СЗДГ) — у 3 дітей; жіночий псевдогермафродитизм (без встановлення генезу) — в 1 дитини; неповну форму тестикулярної фемінізації, синдром Морріса (чоловічий псевдогермафродитизм) — у 2 дітей. У зв'язку з вираженою маскулінізацією зовнішніх геніталій 2 дітям із СЗДГ та 1 дівчинці з псевдогермафродитизмом виконано хірургічну корекцію фемінізуючого типу, зокрема, реконструкцію генітальної зони, мобілізацію та резекцію стінок урогенітального синусу, резекцію печеристих тіл статевого органа (дітям з СЗДГ) з формуванням і транслокацією клітора, вульвопластику з лабіопластикою малих і великих статевих губ, кольпопластику. Діти з синдромом Морріса готуються до корекції за "жіночим" типом. Висновки: народження дитини з тяжкою формою РСР є надзвичайно серйозною проблемою для батьків, медиків, психологів і соціальних працівників. Порушення статевої диференціації дитини потребує розширеного комплексного обстеження. Діти з тяжкими формами гіпоспадії підлягають обов'язковому генетичному обстеженню. Дані статистики та власний досвід вказують на вищу частоту хірургічної корекції за "жіночим" типом у таких випадках. Під час корекції фемінізуючого типу найскладнішим етапом у технічному розумінні є резекція печеристих тіл статевого органа з кліторопластикою і транслокацією клітора, а найвідповідальнішим етапом у функціональному відношенні є кольпопластика. Хірургічне втручання не є завершальним етапом лікування таких пацієнтів. Діти з інтерсексуальними станами в подальшому потребують постійного динамічного спостереження лікарів гінекологів, урологів, онкологів, ендокринологів, психологів з відповідною корекцією терапії. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.949. Повне подвоєння уретри у хлопчика з епіспадією / О. Б. Боднар, Б. М. Боднар, А. В. Іринчин, І. І. Пастернак, Р. Ю. Рандюк // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 84-88. - Бібліогр.: 5 назв. - укр.

Подвоєння уретри — це рідкісна аномалія, що може зустрічатися з іншими вадами урогенітального тракту. Ішемія в ембріогенезі, дефект розвитку урогенітального синусу, аномалія Мюллерових протоків та неповне мезодемальне зрощення є патофізіологічними механізмами виникнення патології. Діагностика подвоєння уретри базується на клінічному огляді, анамнезі захворювання, даних уретрографії та магнітно-резонансної томографії. Під час операції видалення додаткової уретри слід враховувати класифікацію вади за Effmann та Leibowitz, розташування уретр і простати, відстань між устями уретр. Наведено клінічний випадок хлопчика з епіспадією I ступеня та повним подвоєнням уретри. Сечопуск був збережений та здійснювався з дорзально-епіспадованої уретри, вентральний сечівник був облітерований у дистальній ділянці. За даними магнітно-резонансної томографії виявлена подвоєна уретра, дорзальна — відходила від передніх відділів стінки міхура, прямувала по дорзальній поверхні під дорзальним судинно-нервовим пучком, вище кавенозних тіл; отвір на рівні верхньої поверхні голівки. Дистальна/вентральна уретра відходила від задніх відділів нижньої стінки міхура, прямувала типово донизу через зародок простати, повертала вперед між ніжками кавернозних тіл та мала типове розташування, крім рівня голівки, де відмічався вигин та злиття її з дорзальною уретрою, що відкривалися єдиним отвором. Дитині виконано операцію — висічення додаткової уретральної трубки. Під час огляду дитини за 6 місяців після оперативного втручання: сечопуск однією цівкою з вентральної уретри на верхівці голівки статевого члена, вільно пропускає катетер Нелатона N 10, сечу утримує, скарг не має. Заплановано наступний етап операції (пластику статевого члена) за 1 рік після попереднього. Висновки: при епіспадії можлива природжена вада — повне подвоєння уретри з облітерацією вентрального сечівника на верхівці голівки, що може не визначатися під час підготовки до операції з приводу епіспадії. Подвоєння уретри у хлопчиків потребує проведення магнітно-резонансної томографії для чіткішої орієнтації в анатомії вади та визначення тактики подальшого хірургічного лікування. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків хлопчика.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.950. Цистоскопічні особливості вічок сечоводів у дітей з міхурово-сечовідним рефлюксом / Р. А. Наконечний, А. Й. Наконечний // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 3. - С. 36-42. - Бібліогр.: 16 назв. - укр.

Мета роботи — встановити цистоскопічні прогностичні критерії міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР) у дітей. Клінічний матеріал охоплює 270 хворих на МСР II — IV ст. віком від 9 місяців до 14 років та 22 практично здорові дитини. До обстеження залучали хворих на МСР у період клініко-лабораторної ремісії без клінічних симптомів нейрогенного сечового міхура. Під час цистоскопії оцінювали стан слизової сечового міхура; розташування, форму, ступінь гідродилатації і скоротливу здатність вічок сечоводів. Висновки: для вічок сечоводів у формі стадіону і з більш вираженими ознаками глибочіння, які зміщені в зону B і латеральніше на бокову стінку сечового міхура, зі ступенем гідродилатації понад H1, притаманна позитивна асоціація щодо МСР за найвищої специфічності тестів. Несприятливими прогностичними діагностичними маркерами для ефективних мініінвазивних втручань у хворих на МСР слід вважати вічка сечоводів, у яких поєднуються такі морфотопографічні характеристики, як виражені ознаки глибочіння до форми ямки для гольфа, латералізація на бокову стінку сечового міхура в зону D і гідродилатація H3 ступеня. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.951. A comparative study to evaluate the morphological features in undescended testes and changes following orchiopexy / Atiqur Rahman, Rizwan Ahmad Khan, Syed Amjad Ali Rizvi, Shagufta Wahab // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 4. - С. 63-66. - Бібліогр.: 17 назв. - англ.

Успішне оперативне лікування неопущеного яєчка визначається його положенням у калитці без ознак атрофічних змін. Найважливішими факторами: що визначають успішність оперативного лікування, є тип неопущеного яєчка, тобто пальпується/не пальпується, а також час операції. Кінцева мета орхіопексії — зберегти сперматогенний потенціал. Однак, у цьому можна впевнітися тилькі у більш пизньому вици пацієнта. Тому на ранньому етапі для оцінки були використани радіологічні дані. Проведено це дослідження для оцінки параметрів кровотоку.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.952. The European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Paediatric Urology / C. Radmayr, G. Bogaert, H. S. Dogan, J. M. Nijman, Y. F. H. Rawashdeh, M. S. Silay, R. Stein, S. Tekgul // Хірургія дит. віку. - 2021. - № 2. - С. 77-101. - англ.

Шифр НБУВ: Ж24339

1.Р.953. Using prepucial mucous to cover neourethra in TIP urethroplasty: 4 years experience in a tertiary pediatric hospital of Bangladesh / Sabbir Karim, Monoarul Islam Talukder, Sultana Parvin // Хірургія дит. віку. - 2020. - № 3. - С. 37-40. - Бібліогр.: 19 назв. - англ.

Мета роботи — оцінити результати модифікованої уреопластики з використанням тубуляризації розсіченої уретральної пластики Warren Snodgrass при передній середній та проксимальній гіпоспадії статевого члена. З січня 2012 р. по липень 2016 р. 88 пацієнтів були прооперовані з використанням модифікованої техніки Snodgrass або модифікованої уретропластики з використанням тубуляризації розсіченої уретральної пластики. У дослідження були включені гі-

поспадія коронарного, субкоронарного, дистального, середнього та проксимального відділів статевого члена. Кожному пацієнту була проведена модифікована уретропластика з тубуляризацією розсіченої уретральної пластики, та були оцінені її результати. Середній вік пацієнтів — 28,34 ± 14,98 місІяців і коливався від 6,5 до 65 місяців. У 9 (10,2 %) пацієнтів розвився уретральний розріз і нориця, у 5 (5,68 %) дітей — стеноз внутрішнього каналу та у 1 (1,1 %) пацієнта — структура неоуретри. Висновки: уретропластика з використанням тубуляризації розсіченої уретральної пластики — це універсальний метод корекції гіпоспадії статевого члена. Покриття неоуретри слизовою оболонкою препуціального відділу фіксує неоуретральний анастомоз. Дослідження було ухвалене комітетом з етики дитячої лікарні Dhaka Shishu. Крім того, до операції батьки були проінформовані про процедуру та можливі ускладнення для отримання інформованої згоди.

Шифр НБУВ: Ж24339

Див. також: 1.Р.756, 1.Р.757, 1.Р.813, 1.Р.835

Гінекологія дитячого віку

1.Р.954. Особливості перебігу пубертатогенезу в дівчат-підлітків із гінекологічною патологією, народжених із низькою або надмірною масою тіла / Н. С. Пилипенко // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2021. - № 4. - С. 26-31. - Бібліогр.: 9 назв. - укр.

Мета роботи — проаналізувати характер перебігу пубертатогенезу дівчат-підлітків залежно від маси тіла при народженні. Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано перебіг вагітності та пологів матерів дівчат, народжених із низькою або надмірною масою тіла. Проспективно оцінено менструальну функцію, соматичний статус у дівчаток досліджуваних груп для виявлення маркерів старту та порушень пубертату. Результати та висновки. Отримані дані виявили достовірність впливу маси тіла при народженні на становлення менструальної функції. Гіпоменструальний синдром формувався під впливом синдрому затримки розвитку плода, а гіперменструальний синдром — під впливом макросомії в антенатальному періоді. Виявлені особливості доцільно використати в подальших дослідженнях для своєчасної оптимізації формування груп ризику в фертильному віці. Поетапний моніторинг і прогностичні моделі формування та збереження оваріального резерву цієї когорти дадуть змогу реалізувати диференційну прегравідарну підготовку в ранньому репродуктивному віці. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж16694

1.Р.955. Оцінка репродуктивного потенціалу дівчаток-підлітків із гінекологічною патологією, народжених із дефіцитом маси тіла / І. О. Тучкіна, Н. С. Пилипенко // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 1. - С. 42-48. - Бібліогр.: 10 назв. - укр.

Мета роботи — дослідити основні показники розвитку та становлення репродуктивної системи дівчат-підлітків із гінекологічною патологією, народжених із дефіцитом маси тіла (МТ). Обстежено 53 дівчинки віком від 13 до 18 років, розподілені на групи залежно від МТ під час народження. 1-ша група (основна) — 26 дівчаток, народжених із МТ < 3000,0 г; 2-га група (порівняння) — 27 дівчаток, народжених із МТ 3000 — 3700,0 г. Обстеження включало аналіз даних анамнезу, оцінку рівнів фізичного та статевого розвитку. Середній вік досліджуваних дорівнював 14,5 ± 1,8 року [12,7; 16,3]. У дівчаток, народжених із малою МТ, у пубертатному періоді спостерігалася менша динаміка як щорічного збільшення МТ, так і середньої МТ у порівнянні з дівчатками 2-ї групи. У всі вікові періоди відмічалося достовірне відставання у зрості в 1-й групі у порівнянні з 2-ю групою. Дефіцит зросту дітей у 13 — 14 років становив 3,5 см, у 15—16 років — 3,7 см, а в 17—18 років — 4,2 см. Найбільше збільшення зовнішніх розмірів кісткового таза відносно попереднього вікового періоду відзначалося в 15—16 років. У 1 і 2-й групах із поперечних розмірів таза найбільш інтенсивно збільшувалося D. cristarum, дещо менше — D. trochantericа. Проаналізувавши показники основних зовнішніх розмірів кісткового таза, можна зробити висновок, що у віці 13—14 і 15 —16 років у дівчаток 1-ї групи розміри великого таза практично не відрізнялися від параметрів у 2-й групі. Однак у 17—18 років усі зовнішні розміри кісткового таза відставали від розмірів дітей 2-ї групи в середньому на 1 см, що свідчить про схильність до формування вузького таза в дівчаток, народжених із малою МТ. Середній сумарний бал статевого розвитку в 1-й групі в усі досліджувані вікові періоди був достовірно меншим, ніж у 2-й групі. Встановлено, що у дівчат, народжених із малою МТ, спостерігається тенденція до затримки статевого розвитку за характером лобкового оволосіння, однак до кінця пубертатного періоду ця ознака наближається до параметрів ровесниць, народжених із нормальною МТ. Отже, до 18 років майже у всіх дівчаток, народжених із нормальною МТ, констатується повний ступінь вираженості вторинних статевих ознак, характерний для жінок репродуктивного віку. Водночас у дівчаток, народжених із малою МТ, відмічається уповільнення формування вторинних статевих ознак на юнацькій стадії розвитку. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

1.Р.956. Синдром полікістозних яєчників у підлітковому віці — погляд на проблему: (огляд) / Т. В. Сорокман, Л. Ю. Хлуновська, Н. О. Попелюк // Сучас. педіатрія. Україна. - 2022. - № 4. - С. 65-72. - Бібліогр.: 58 назв. - укр.

Мета роботи — навести огляд даних літератури щодо етіології та патогенезу синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) у підлітків. Проведено огляд наукової літератури щодо СПКЯ за ключовими словами “синдром полікістозних яєчників — polycystic ovary syndrome, PCOS”, “синдром Штейна Левенталя — Stein — Leventhal syndrome”, “функціональна яєчникова гіперандрогенія, або функціональний яєчниковий гіперандрогенізм — functions ovarian hyperandrogenism, or functional ovarian hyperandrogenism” “гіперандрогенна хронічна ановуляція — hyperandrogemc chronic anovulation”: “яєчниковий дисметаболічний синдром — ovarian dysmetabolic syndrome” з використанням пошукової системи PubMed. Натепер СПКЯ розглядається як гетерогенний і складний синдром, який супроводжується порушеннями функції яєчників (відсутністю або нерегулярністю овуляції, підвищеною секрецією андрогенів та естрогенів), підшлункової залози (гіперсекреція інсуліну), кори надниркових залоз (гіперсекреція надниркових андрогенів), гіпоталамуса та гіпофіза і має негативні репродуктивні та метаболічні наслідки. Поширеність СПКЯ в підлітків за різними критеріями дорівнює від 8 до 17 %. Потенційний ризик розвитку СПКЯ становлять низька або висока маса тіла при народженні, дитяче ожиріння, пренатальний андрогенізм, метаболічний синдром, генетичні мутації в хромосомі 18. Найбільш достовірними критеріями СПКЯ в юних пацієнток є: поєднання ультразвукової (морфологічної) картини яєчників, при зіставленні з гормональним профілем (співвідношення статевих гормонів і гіперандрогенії), динамікою становлення менструального циклу (аменорея), на тлі дисметаболічних порушень (ожиріння, гіперінсулінізм порушення толерантності до глюкози). Додатковим діагностичним критерієм може бути рівень антимюллерового гормона. Встановлено, що клінічно СПКЯ є гетерогенним синдромом, який виявляється у всі періоди життя. Основним фізіологічним і патологічним механізмом СПКЯ є надлишок андрогенів, який порушує розвиток фолікулів і сприяє відкладенню абдомінальної жирової тканини викликаючи інсулінорезистентність і компенсаторний гіперінсулінізм. Вплив на плід гіперінсулінемічного та гіперандрогенного середовища матки призводить до епігенетичних змін, які, на додаток до генетичного фону, надають схильність до розвитку метаболічних порушень у нащадків жінок із СПКЯ. Це є раціональною основою для пошуку СПКЯ в ранньому віці, що надасть змогу своєчасно діагностувати його уже в підлітковому віці. Не всі аспекти докладно висвітлені в цьому огляді через обмежений обсяг. Проблемні питання клінічно значущих маркерів СПКЯ та його предикторів у пацієнток підліткового віку потребують поглибленого вивчення. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Шифр НБУВ: Ж24603

Авторський покажчик

Абатуров А. Е. 1.Р.479
Абатуров О. Є. 1.Р.150, 1.Р.159, 1.Р.235, 1.Р.345, 1.Р.390, 1.Р.789, 1.Р.901, 1.Р.907
Абдуллаєв В. Е. 1.Р.688
Абрагамович М. О. 1.Р.334
Абрагамович О. О. 1.Р.334
Абрагамович У. О. 1.Р.395
Аверин В. И. 1.Р.827
Авраменко Ю. М. 1.Р.373
Агаев Р. М. 1.Р.441
Агарков О. А. 1.Р.610
Адамська І. М. 1.Р.550
Азарскова М. В. 1.Р.89
Акімова В. М. 1.Р.528
Акішева А. С. 1.Р.177
Акішева В. С. 1.Р.181
Аккерман О. 1.Р.518
Аксельров М. А. 1.Р.751, 1.Р.756
Аксенчик М. Г. 1.Р.827
Александров А. С. 1.Р.445
Александрова А. В. 1.Р.826
Алексєєва Ю. І. 1.Р.769, 1.Р.895
Алексєєв О. Г. 1.Р.41
Алексійчук О. Ю. 1.Р.213
Алєксєєнко Н. В. 1.Р.640
Алиева Шафаг Эльдар кызы 1.Р.560
Алиева Э. А. 1.Р.441
Аліфіренко О. О. 1.Р.901, 1.Р.907
Аллахвердієва З. С. 1.Р.743
Аллахвєрдієва З. С. 1.Р.869
Аль-Ламі Саад Хумуд Хассан 1.Р.446
Альтман І. В. 1.Р.591
Альффенаар Я.-В. 1.Р.518
Андреєщев С. А. 1.Р.296
Андрейчин М. А. 1.Р.484
Андрес В. А. 1.Р.89
Андріанова І. В. 1.Р.88, 1.Р.89
Андрікевич І. І. 1.Р.56, 1.Р.871
Андросенкова В. А. 1.Р.464
Андрущенко С. В. 1.Р.439
Андрюхов А. Г. 1.Р.501
Анзіна К. М. 1.Р.194, 1.Р.196
Анісімов В. Ю. 1.Р.616
Анісімов Є. М. 1.Р.23
Антомонов М. Ю. 1.Р.72
Антоненко А. В. 1.Р.255, 1.Р.542
Антоненко К. В. 1.Р.255
Антоненко К. О. 1.Р.529
Антоненко П. Б. 1.Р.171, 1.Р.529
Антонів А. А. 1.Р.278
Антонюк Л. І. 1.Р.501
Антонюк С. І. 1.Р.190
Антоняк С. М. 1.Р.88, 1.Р.89
Анчева І. А. 1.Р.62
Арустамян О. М. 1.Р.213
Арустамян Ю. А. 1.Р.213
Арчакова Т. М. 1.Р.800, 1.Р.801
Атаманюк О. Ю. 1.Р.452
Ахмедова Д. И. 1.Р.760
Ашихмина Е. П. 1.Р.756
Бабич В. Л. 1.Р.345
Бабій О. Л. 1.Р.454
Бабій О. М. 1.Р.354, 1.Р.413, 1.Р.442, 1.Р.545
Бабінець Л. С. 1.Р.370
Бабінцева А. Г. 1.Р.825
Бабічев Д. П. 1.Р.251
Баб'як О. В. 1.Р.49
Баган У. Р. 1.Р.270
Бадіон Ю. О. 1.Р.158
Бадогіна Л. П. 1.Р.743, 1.Р.757
Байчану Д. 1.Р.518
Баклан І. В. 1.Р.220
Бакунець П. П. 1.Р.721
Бакунець Ю. П. 1.Р.721
Балан А. В. 1.Р.733
Баланюк І. В. 1.Р.489
Балашова І. В. 1.Р.490
Балашова Ю. Б. 1.Р.102
Балицька Л. Ф. 1.Р.945
Банадига Н. В. 1.Р.879, 1.Р.904
Барановський С. 1.Р.140
Барбова А. 1.Р.892
Барбова А. І. 1.Р.90, 1.Р.510, 1.Р.522
Бариляк Р. В. 1.Р.443, 1.Р.444
Баринов А. Л. 1.Р.756
Бас О. А. 1.Р.451
Басістий С. І. 1.Р.825
Бат С. К. 1.Р.100
Бахтій О. Л. 1.Р.190
Бахтіярова Д. О. 1.Р.37, 1.Р.38
Бацюра Г. В. 1.Р.89
Бачу М. І. 1.Р.135
Бачун А. О. 1.Р.595
Бачурін А. В. 1.Р.400
Бебешко О. В. 1.Р.858
Бевз Г. В. 1.Р.699
Бедрій Н. М. 1.Р.710
Безверхий С. М. 1.Р.897
Безвершенко К. І. 1.Р.914
Бездєнєжних Н. М. 1.Р.532
Бездітко П. А. 1.Р.646
Бездітко Т. В. 1.Р.276
Бездробна Л. К. 1.Р.106
Безега Н. М. 1.Р.646
Безрук В. В. 1.Р.96
Безруков В. В. 1.Р.230
Бекетова Г. В. 1.Р.134
Бекетова Н. В. 1.Р.134
Белебеєва А. О. 1.Р.675
Белейович В. В. 1.Р.454
Белемець Н. І. 1.Р.553
Бельська О. А. 1.Р.817, 1.Р.906
Бень І. І. 1.Р.139
Бербека У. З. 1.Р.99
Бердник О. В. 1.Р.72
Берегова Т. В. 1.Р.542
Березенко В. С. 1.Р.794, 1.Р.872
Березовський В. М. 1.Р.45
Беренов К. В. 1.Р.464
Берестовий В. О. 1.Р.691
Берестовий О. О. 1.Р.691
Бессараб Г. І. 1.Р.242
Бєленічев І. Ф. 1.Р.230, 1.Р.242
Бєлозьорова О. В. 1.Р.277
Бєлослудцева К. О. 1.Р.59, 1.Р.282
Бєлоусова О. Ю. 1.Р.787
Бєляєва Н. В. 1.Р.13, 1.Р.14, 1.Р.227, 1.Р.304, 1.Р.320
Бичкова А. О. 1.Р.657
Бичковський В. Б. 1.Р.499
Бібен І. А. 1.Р.161
Білецька С. В. 1.Р.233
Білінський П. І. 1.Р.461
Білоконь С. М. 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.834
Білокопитий В. С. 1.Р.849
Білоус А. Г. 1.Р.27
Білоус М. В. 1.Р.277
Білоус Т. М. 1.Р.761, 1.Р.775, 1.Р.876
Білущак Т. М. 1.Р.81
Білько М. В. 1.Р.115
Біляєв А. В. 1.Р.657
Біндюгін О. Ю. 1.Р.640
Бліндер О. О. 1.Р.481
Бобак А. І. 1.Р.850
Бобирьов В. М. 1.Р.617
Бобирьова Л. Є. 1.Р.617
Бобкова Л. С. 1.Р.184
Бовкун В. М. 1.Р.897
Богдан І. М. 1.Р.622
Богомаз В. М. 1.Р.501
Богомол А. Г. 1.Р.396
Богомолов А. Є. 1.Р.236, 1.Р.575
Богуцька Н. К. 1.Р.765, 1.Р.785
Боднар А. О. 1.Р.820
Боднар Б. М. 1.Р.830, 1.Р.851, 1.Р.949
Боднар О. Б. 1.Р.820, 1.Р.830, 1.Р.849, 1.Р.851, 1.Р.949
Боднар П. Я. 1.Р.564
Боднар Т. В. 1.Р.564
Боднар Я. Я. 1.Р.564
Боднарчук Ю. В. 1.Р.61
Боженко М. І. 1.Р.595
Боженко Н. Л. 1.Р.487
Бойко В. В. 1.Р.494
Бойко Г. Б. 1.Р.735
Бойко С. О. 1.Р.540
Бойко С. Ш. С. 1.Р.540
Бойчук О. Г. 1.Р.668
Бойчук Т. М. 1.Р.96
Болібрух Л. Д. 1.Р.167
Бомба А. 1.Р.140
Бомбела В. О. 1.Р.394
Бондар М. В. 1.Р.435, 1.Р.488, 1.Р.495
Бондар Т. М. 1.Р.153
Бондаренко А. В. 1.Р.881
Бондаренко Л. А. 1.Р.523
Бондаренко Л. В. 1.Р.557, 1.Р.558, 1.Р.670, 1.Р.671
Бондаренко О. О. 1.Р.302
Бондаренко С. А. 1.Р.468
Бондаренко Ю. І. 1.Р.154, 1.Р.621
Бондаренко Я. В. 1.Р.517
Бондарук О. Я. 1.Р.556
Бондарь В. П. 1.Р.45
Борис З. Я. 1.Р.791
Борис О. Я. 1.Р.867
Борис Р. М. 1.Р.427
Борисова І. С. 1.Р.40, 1.Р.45
Борисова Т. П. 1.Р.743, 1.Р.757, 1.Р.813, 1.Р.869
Борисюк І. Ю. 1.Р.181, 1.Р.616
Борищук В. О. 1.Р.166
Борова-Галай О. Є. 1.Р.747, 1.Р.850
Боровик Л. Р. 1.Р.594
Ботвінікова Л. А. 1.Р.282
Боцьва Н. П. 1.Р.474
Боцюрко В. І. 1.Р.111
Бошицька Н. В. 1.Р.124
Боярчук О. Р. 1.Р.773, 1.Р.791, 1.Р.807
Брик Ю. Р. 1.Р.101
Бубир Л. М. 1.Р.940
Буденкова Н. М. 1.Р.105
Буднік Т. В. 1.Р.942
Буднюк О. О. 1.Р.465
Бузницька О. В. 1.Р.804, 1.Р.810, 1.Р.812
Букулова Н. Ю. 1.Р.800, 1.Р.801
Булавін Л. А. 1.Р.162
Булик О. Р. 1.Р.168
Бунятян К. А. 1.Р.640
Бурак Т. В. 1.Р.533
Буран В. В. 1.Р.738
Буратинська А. А. 1.Р.786
Бурачик А. І. 1.Р.49
Буринюк-Глов'як Х. П. 1.Р.785
Бурка О. А. 1.Р.582, 1.Р.683
Бурлака Б. С. 1.Р.173
Бурлака В. В. 1.Р.408
Бурлака К. А. 1.Р.173, 1.Р.187
Буряковська О. О. 1.Р.240
Бур'янова К. І. 1.Р.533
Бутнару Т. 1.Р.518
Бухтіярова Н. В. 1.Р.242
Буцко Є. С. 1.Р.329
Важнича О. М. 1.Р.28, 1.Р.404
Вакалюк І. П. 1.Р.241
Ваксман Ю. Ф. 1.Р.24
Вакула Д. О. 1.Р.908
Вакуленко Л. І. 1.Р.743
Вакуленко Л. О. 1.Р.255
Вакульчик В. Г. 1.Р.840, 1.Р.848
Валецька Р. О. 1.Р.76, 1.Р.82
Валецький Ю. М. 1.Р.76, 1.Р.82
Валіводзь І. П. 1.Р.177
Варжель О. В. 1.Р.71
Васильєв М. О. 1.Р.637
Васильєва Н. Ю. 1.Р.188
Васильєва О. Г. 1.Р.783
Васильчук Є. О. 1.Р.569
Василюк Н. В. 1.Р.58
Ватаманеску Л. І. 1.Р.820, 1.Р.830, 1.Р.849, 1.Р.851
Вдовенко А. В. 1.Р.709
Веласко І. 1.Р.100
Велиева Г. В. 1.Р.936
Велічко В. В. 1.Р.421
Велтруська К. 1.Р.27
Венгер І. К. 1.Р.453
Вернігора Д. Г. 1.Р.943
Веселий М. Ю. 1.Р.946

Веселий С. В. 1.Р.946
Веснін В. В. 1.Р.408
Вешкурцева И. М. 1.Р.756
Виваль М. Б. 1.Р.592, 1.Р.601, 1.Р.602, 1.Р.608
Видасов Н. В. 1.Р.532
Видерко Р. В. 1.Р.863
Винник М. І. 1.Р.253
Вирва О. Є. 1.Р.476
Висоцька В. 1.Р.112
Вишневська І. Р. 1.Р.267
Вишневська Н. Ю. 1.Р.484
Вівсянник О. М. 1.Р.49
Вівчарівська Г. З. 1.Р.799
Вільховий С. О. 1.Р.445
Вітовська Л. А. 1.Р.218
Вішнаревська Н. С. 1.Р.330
Власенко Н. О. 1.Р.28, 1.Р.404
Власик Л. І. 1.Р.104
Власик Л. Й. 1.Р.104
Власов О. О. 1.Р.743, 1.Р.797
Власова О. В. 1.Р.275, 1.Р.945
Власова-Процюк Г. Й. 1.Р.503
Вовк В. Ю. 1.Р.635
Вовк Ю. В. 1.Р.635
Вовянко С. І. 1.Р.536
Водка М. 1.Р.425
Вододюк Р. Ю. 1.Р.421
Водяник А. А. 1.Р.88
Воєвідка О. С. 1.Р.278
Воєнний І. В. 1.Р.467
Вознюк А. В. 1.Р.699
Возняк А. В. 1.Р.799
Войтович М. В. 1.Р.888
Войтюк Н. В. 1.Р.426
Войтюк Т. В. 1.Р.498
Волков Д. Г. 1.Р.757
Володичев Д. С. 1.Р.465
Волосівська Ю. М. 1.Р.759
Волосовець О. П. 1.Р.912
Волоха А. П. 1.Р.89, 1.Р.758, 1.Р.762, 1.Р.764, 1.Р.772, 1.Р.881
Волошин А. А. 1.Р.490
Волошин В. Л. 1.Р.405
Волошин О. І. 1.Р.114
Волошин Ю. Л. 1.Р.822, 1.Р.845
Волошина Л. О. 1.Р.114
Волошина О. Б. 1.Р.490
Волошинович В. М. 1.Р.895
Волошинович М. С. 1.Р.218
Волошкіна О. С. 1.Р.123
Волощук Н. І. 1.Р.254
Волянська Л. А. 1.Р.807
Волянський П. Б. 1.Р.83
Воробйова Н. В. 1.Р.882
Воробйова О. В. 1.Р.48, 1.Р.797
Вороніна Г. С. 1.Р.618
Воронцова Т. О. 1.Р.807
Воротинцева К. О. 1.Р.552
Ворохта Ю. М. 1.Р.87
Воскресенська А. В. 1.Р.652
Воскресенська Л. К. 1.Р.652
Гавриленко А. О. 1.Р.783
Гаврилов І. О. 1.Р.175, 1.Р.185
Гаврюшенко К. О. 1.Р.212
Гаибов С. С-Х. 1.Р.751
Гайващук С. Г. 1.Р.888
Гайдар Ю. А. 1.Р.301, 1.Р.317, 1.Р.330
Гайдичук В. С. 1.Р.278
Гайдучик Г. А. 1.Р.795
Гак І. О. 1.Р.556
Галабіцька І. М. 1.Р.370
Галан І. О. 1.Р.503, 1.Р.517
Галінський О. О. 1.Р.330, 1.Р.413
Галушко Б. Л. 1.Р.766
Галушко О. А. 1.Р.501
Гальчінська В. Ю. 1.Р.374
Гамаль В. М. 1.Р.888
Гапоненко В. П. 1.Р.198
Гапонов В. В. 1.Р.3, 1.Р.5, 1.Р.8, 1.Р.143
Гарець Н. О. 1.Р.610
Гарібех Е. 1.Р.573
Гасанлы Г. Г. 1.Р.673
Гасанов А. Г. 1.Р.877
Гасанов Ю. Ч. 1.Р.251
Гаспарян К. А. 1.Р.681
Гатунок О. Г. 1.Р.630
Гафар Ф. 1.Р.518
Гацький О. О. 1.Р.455
Гащук Г. П. 1.Р.272
Гвоздецька Г. С. 1.Р.694, 1.Р.719
Гельмбольдт В. О. 1.Р.616
Гельнер Н. В. 1.Р.948
Геник Н. І. 1.Р.694
Георгіянц В. А. 1.Р.210
Георгіянц М. А. 1.Р.402
Геращенко А. С. 1.Р.492
Гервазюк О. І. 1.Р.735
Герич О. М. 1.Р.58
Герич П. Р. 1.Р.58
Гетьман Л. І. 1.Р.88, 1.Р.89
Гижа Б. І. 1.Р.948
Гижа Л. Ю. 1.Р.747, 1.Р.948
Гиндич О. А. 1.Р.459
Гищак Т. В. 1.Р.805, 1.Р.870
Гільов В. В. 1.Р.102
Гільфанова А. М. 1.Р.881
Гінгуляк М. Г. 1.Р.135
Гісберт Х. П. 1.Р.307
Гладишев В. В. 1.Р.170
Гладишева С. А. 1.Р.170
Гладишко О. П. 1.Р.829, 1.Р.831, 1.Р.843
Гладкий Ф. Ф. 1.Р.212
Гладких В. Ю. 1.Р.403
Гладких Ф. В. 1.Р.174, 1.Р.290
Гладчук І. З. 1.Р.62
Гламазда М. І. 1.Р.672
Глоба Є. В. 1.Р.806
Глушко З. І. 1.Р.948
Глушко Т. Р. 1.Р.635
Глядєлова Н. П. 1.Р.788, 1.Р.818
Гнелиця О. П. 1.Р.602, 1.Р.608
Говсєєв Д. О. 1.Р.691
Гогія М. 1.Р.425
Годердзі Н. 1.Р.622
Годік О. С. 1.Р.858
Годованець О. І. 1.Р.73
Годованець Ю. Д. 1.Р.759
Гойда Н. Г. 1.Р.97
Голка Г. Г. 1.Р.408
Голобородько М. М. 1.Р.372
Головатий В. З. 1.Р.412
Головаха М. Л. 1.Р.468
Головенко М. Я. 1.Р.177, 1.Р.181
Головко М. Г. 1.Р.445
Головченко Т. П. 1.Р.917
Голопапа Г. В. 1.Р.829, 1.Р.831
Голуб О. Б. 1.Р.89
Голубенко О. О. 1.Р.864
Голубєва І. В. 1.Р.464
Голубничий Д. Ю. 1.Р.22
Голубченко О. Ю. 1.Р.638
Голяка А. Г. 1.Р.329
Гоман А. В. 1.Р.446
Гонтова Т. М. 1.Р.198
Гонцарюк Д. О. 1.Р.355, 1.Р.356
Гончарова О. А. 1.Р.367
Гончарук Н. П. 1.Р.703
Гончарук О. В. 1.Р.476
Гопко Н. В. 1.Р.876
Горайська О. М. 1.Р.799
Горачук В. В. 1.Р.86
Горбань Н. Є. 1.Р.563
Горбатюк І. Б. 1.Р.278, 1.Р.775, 1.Р.939
Горбатюк Ір. Б. 1.Р.939
Горбач Т. В. 1.Р.175, 1.Р.176, 1.Р.179, 1.Р.212
Горбик П. П. 1.Р.192
Гордийчук С. Н. 1.Р.756
Гордієнко І. Ю. 1.Р.714
Гордієнко Л. П. 1.Р.617
Гордійчук М. П. 1.Р.538
Гордійчук П. І. 1.Р.538
Горленко Ф. В. 1.Р.540
Городиловська М. І. 1.Р.763, 1.Р.799
Городинська О. Ю. 1.Р.617
Городова-Андрєєва Т. В. 1.Р.551
Гортинська О. М. 1.Р.584
Горчакова Н. О. 1.Р.230, 1.Р.242
Горянська М. Г. 1.Р.795
Горячко А. Н. 1.Р.779
Грабовська О. І. 1.Р.330, 1.Р.793
Граматюк С. М. 1.Р.372
Гранкіна Н. В. 1.Р.525
Гращенкова С. А. 1.Р.274
Гращенкова Т. М. 1.Р.393
Гребенюк Д. І. 1.Р.436
Гребініченко Г. О. 1.Р.714
Гребняк М. П. 1.Р.70
Гресько І. Я. 1.Р.530
Гречана О. В. 1.Р.200
Гречанська Л. В. 1.Р.583
Гречин А. Б. 1.Р.61
Григоренко А. М. 1.Р.688
Григор'єва Г. С. 1.Р.643
Григорович В. В. 1.Р.220
Гриджук Т. І. 1.Р.250
Гримак І. Я. 1.Р.747, 1.Р.948
Гриник О. І. 1.Р.199
Гринкевич Л. Г. 1.Р.73
Гринчук Ф. В. 1.Р.312
Гринюк О. Є. 1.Р.278
Гриценко Є. М. 1.Р.837, 1.Р.846
Гриценко М. І. 1.Р.837, 1.Р.846
Гриценко О. Є. 1.Р.606
Грищенко О. М. 1.Р.802, 1.Р.915
Грищук Л. А. 1.Р.76, 1.Р.82, 1.Р.496
Грідасова Л. М. 1.Р.224
Гріділна Н. Я. 1.Р.219
Гріднєв О. Є. 1.Р.307, 1.Р.314, 1.Р.321, 1.Р.324, 1.Р.331, 1.Р.346, 1.Р.502
Гріднєва С. В. 1.Р.324
Гріненко Ю. О. 1.Р.230
Грушка В. А. 1.Р.445
Губергріц Н. Б. 1.Р.13, 1.Р.14, 1.Р.227, 1.Р.304, 1.Р.305, 1.Р.320
Гударенко С. О. 1.Р.230
Гудзенко А. В. 1.Р.194, 1.Р.196
Гудим М. С. 1.Р.608
Гук Ю. М. 1.Р.472, 1.Р.863
Гулей Р. В. 1.Р.533
Гульпа В. С. 1.Р.166
Гулюк А. Г. 1.Р.630
Гуменна А. В. 1.Р.481
Гуменюк Г. Л. 1.Р.281
Гуменюк К. В. 1.Р.424, 1.Р.434
Гур'єв С. О. 1.Р.428
Гуржій О. О. 1.Р.650
Гурін П. О. 1.Р.637
Гур'янов В. Г. 1.Р.597
Гусак В. В. 1.Р.26
Гусак О. М. 1.Р.26
Гусейнова И. Е. 1.Р.877
Гусейнова С. А. 1.Р.936
Гусєв В. М. 1.Р.724
Гута С. І. 1.Р.395
Гутор Т. Г. 1.Р.839
Гуцу Н. В. 1.Р.568
Д. А. Аль Ямані Наврас 1.Р.431
Давиденко В. Б. 1.Р.826
Давиденко Н. Г. 1.Р.657
Давидова Ю. В. 1.Р.119, 1.Р.273, 1.Р.692, 1.Р.722, 1.Р.723, 1.Р.726, 1.Р.727, 1.Р.728
Даниленко О. 1.Р.85
Даниленко О. В. 1.Р.89
Даниленко О. М. 1.Р.89
Данилов О. А. 1.Р.475, 1.Р.861
Данилюк М. Б. 1.Р.400
Дар Ясін Ахмед 1.Р.427
Дасюкевич О. Й. 1.Р.536
Дацко В. А. 1.Р.335
Дацко Т. В. 1.Р.335
Дацюк О. І. 1.Р.699
Дашко М. О. 1.Р.577
Дащук А. М. 1.Р.578
Дворакевич А. О. 1.Р.753, 1.Р.850, 1.Р.948
Дворник І. Л. 1.Р.617
Дев'яткіна Н. М. 1.Р.28, 1.Р.404
Дегтяренко С. П. 1.Р.552
Дементій Н. П. 1.Р.550
Демешкіна Л. В. 1.Р.293, 1.Р.295, 1.Р.303, 1.Р.414
Демкович А. Є. 1.Р.621
Демченко А. М. 1.Р.184
Демченко О. В. 1.Р.572
Демченко С. А. 1.Р.184
Дем'яненко В. В. 1.Р.102
Дем'яненко Л. В. 1.Р.582, 1.Р.675, 1.Р.686
Демянишина В. В. 1.Р.56
Дендерук Н. В. 1.Р.498
Денефіль О. В. 1.Р.154
Денисенко А. І. 1.Р.437
Денисенко І. Г. 1.Р.715
Денисенко Л. І. 1.Р.754
Денисенко О. І. 1.Р.574
Денисова М. Ф. 1.Р.800, 1.Р.801
Денисюк О. М. 1.Р.254
Денисюк О. С. 1.Р.89
Депутат Ю. М. 1.Р.485
Деркач А. Д. 1.Р.711
Деркач Л. М. 1.Р.610
Десятерик В. І. 1.Р.398
Дєєва Ю. В. 1.Р.410
Джам О. П. 1.Р.824, 1.Р.835
Джинджоян В. В. 1.Р.49
Дзюба Д. О. 1.Р.396, 1.Р.448, 1.Р.449

Дзюба О. М. 1.Р.714
Дзюблик І. В. 1.Р.497
Диба М. Б. 1.Р.794, 1.Р.872
Дикий О. Г. 1.Р.439
Диня Ю. З. 1.Р.315
Дитятковська Є. М. 1.Р.150, 1.Р.159, 1.Р.233, 1.Р.235
Дитятковський В. О. 1.Р.901, 1.Р.907, 1.Р.913
Дігтяр В. А. 1.Р.470, 1.Р.854, 1.Р.943
Діденко В. І. 1.Р.330, 1.Р.341
Дідик Й. Й. 1.Р.888, 1.Р.889
Дієв Є. В. 1.Р.632
Дієва Т. В. 1.Р.632
Дмитренко І. А. 1.Р.86
Дмитренко О. П. 1.Р.544
Дмитрів Г. М. 1.Р.619
Дмитряков В. О. 1.Р.828
Доан І. Т. 1.Р.89
Добрянський Т. О. 1.Р.265
Довганич Н. В. 1.Р.137
Довгополий Ю. Д. 1.Р.95
Доголіч О. І. 1.Р.114
Долинська М. Г. 1.Р.90
Доляницький М. М. 1.Р.853, 1.Р.855, 1.Р.856
Доманський А. М. 1.Р.462
Доморацький О. Е. 1.Р.403
Дорогавцева Г. А. 1.Р.329
Дорофеєва У. С. 1.Р.668
Дорофєєв А. Е. 1.Р.308, 1.Р.309, 1.Р.311, 1.Р.313, 1.Р.316, 1.Р.318, 1.Р.319, 1.Р.322, 1.Р.323
Дорофєєва Г. А. 1.Р.322
Дорош О. І. 1.Р.533, 1.Р.809, 1.Р.893
Дорошенко І. Ю. 1.Р.162
Досенко І. В. 1.Р.536
Доценко Ю. Р. 1.Р.944
Дравнієце Г. 1.Р.892
Драгомир Р. 1.Р.518
Дралова О. А. 1.Р.715
Драпак І. В. 1.Р.203
Дробінська Н. В. 1.Р.334
Дрозд В. Ю. 1.Р.278
Дроздов Д. В. 1.Р.277
Дроздов О. Л. 1.Р.170
Дронов О. І. 1.Р.438, 1.Р.721
Дронова В. Л. 1.Р.721
Дубина С. О. 1.Р.918
Дубівська С. С. 1.Р.457
Дубкова А. Г. 1.Р.269
Дубницький В. Ю. 1.Р.121
Дубров К. Ю. 1.Р.314
Дуда Л. В. 1.Р.855
Дудіна О. О. 1.Р.48, 1.Р.97
Дудка І. В. 1.Р.278, 1.Р.817
Дудка Т. В. 1.Р.278
Дудник В. М. 1.Р.56, 1.Р.777
Дужий І. Д. 1.Р.68, 1.Р.75, 1.Р.431, 1.Р.523, 1.Р.530
Дука І. В. 1.Р.406
Дукова О. Р. 1.Р.490
Думка І. В. 1.Р.213
Дунаєвська В. В. 1.Р.682
Дутчак У. М. 1.Р.61
Дутчук О. В. 1.Р.895
Душар М. І. 1.Р.533, 1.Р.809
Дюжева О. 1.Р.892
Дюсеева В. В. 1.Р.498
Дядик О. О. 1.Р.319, 1.Р.359, 1.Р.703
Дядюшка Ю. В. 1.Р.685
Евтушенко В. В. 1.Р.878
Емельянова В. А. 1.Р.756
Євтіфєєва О. А. 1.Р.210
Євтушенко В. В. 1.Р.880
Євтушенко Н. С. 1.Р.125
Євтушенко С. Д. 1.Р.125
Ємельянов Д. В. 1.Р.338, 1.Р.340
Ємельянова Н. Ю. 1.Р.157, 1.Р.234
Ємченко Я. О. 1.Р.578
Єна К. Ю. 1.Р.918
Єнговатова В. А. 1.Р.806
Єрьоменко Г. В. 1.Р.276
Єрьомін О. П. 1.Р.274
Єсипова С. І. 1.Р.870
Єфіменко О. О. 1.Р.669
Єфіменко П. Б. 1.Р.477
Єфімова О. О. 1.Р.618
Єхалов В. В. 1.Р.155, 1.Р.225
Жабченко І. А. 1.Р.738
Жагдаль А. А. 1.Р.469
Жалюк Д. В. 1.Р.190
Жарін В. М. 1.Р.617
Ждан В. М. 1.Р.617
Жданович О. І. 1.Р.711
Жебель В. М. 1.Р.266
Жежер А. А. 1.Р.698
Железнякова Н. М. 1.Р.348
Железов Д. М. 1.Р.704
Жердєв І. І. 1.Р.462
Жеребко Н. 1.Р.892
Жеребко Н. М. 1.Р.510
Жернов А. О. 1.Р.859
Жернов О. А. 1.Р.407, 1.Р.859
Жук Л. А. 1.Р.784
Жук С. І. 1.Р.754
Жуковцева О. І. 1.Р.649
Журавльова Л. В. 1.Р.247
Журило О. А. 1.Р.510, 1.Р.522
Заболотня З. О. 1.Р.208
Заболотня Н. І. 1.Р.749
Завгородній С. М. 1.Р.400
Завгородня Н. Ю. 1.Р.793
Завіднюк Н. Г. 1.Р.484
Загаба Л. М. 1.Р.285, 1.Р.834
Загорний М. М. 1.Р.23
Загородний М. П. 1.Р.152
Загороднюк Д. М. 1.Р.37, 1.Р.38
Загорулько В. М. 1.Р.76, 1.Р.82
Задорожна Т. Д. 1.Р.800, 1.Р.801
Зажарський В. В. 1.Р.161
Зайцева О. С. 1.Р.90
Залевський С. В. 1.Р.179, 1.Р.183
Заліська О. М. 1.Р.208
Запольський М. Е. 1.Р.570
Заполянский А. В. 1.Р.900
Запровальна О. Є. 1.Р.153, 1.Р.238, 1.Р.239
Заремба В. Р. 1.Р.475, 1.Р.865
Зарецька А. В. 1.Р.875
Зарівна І. В. 1.Р.241
Засаднюк О. П. 1.Р.699
Заставна Л. В. 1.Р.799
Захаричев В. Д. 1.Р.538
Захарчук Е. В. 1.Р.751
Захарчук Є. А. 1.Р.572
Захарчук И. А. 1.Р.751
Зацаринний Р. А. 1.Р.420
Збітнєва В. О. 1.Р.490
Звягінцева Т. Д. 1.Р.311
Зеленюк О. В. 1.Р.413
Зелінська Н. Б. 1.Р.806
Земсков С. В. 1.Р.411, 1.Р.554
Зигало Е. В. 1.Р.295, 1.Р.303, 1.Р.414, 1.Р.607
Зима А. М. 1.Р.472, 1.Р.863
Зінич О. В. 1.Р.388
Зінкевич О. В. 1.Р.822
Зінчук О. М. 1.Р.139
Зіняк Б. М. 1.Р.944
Знак К. Л. 1.Р.843
Знаменська Т. К. 1.Р.48, 1.Р.797, 1.Р.920
Зоренко Н. В. 1.Р.234
Зорівчак Т. І. 1.Р.622
Зотя А. В. 1.Р.863
Зубач О. О. 1.Р.139
Зубик Б. А. 1.Р.218
Зубок Е. А. 1.Р.490
Зупанець К. О. 1.Р.182
Иваницкая Л. Н. 1.Р.269
Иванов Л. В. 1.Р.169
Идрисов Ф. С. 1.Р.441
Исаев И. И. 1.Р.767
Искандаров Э. А. 1.Р.441
Іваницький І. О. 1.Р.617
Іванов Д. Д. 1.Р.359, 1.Р.361
Іванова Л. А. 1.Р.939
Іванова Ю. В. 1.Р.372
Іваночко Р. Б. 1.Р.334
Іванченко С. В. 1.Р.630
Іванько О. В. 1.Р.426, 1.Р.427, 1.Р.446
Іванько О. М. 1.Р.485
Іваньков О. І. 1.Р.162
Іваськевич Д. З. 1.Р.948
Івахів О. Л. 1.Р.484
Ігнатова Т. Б. 1.Р.770
Ігнатьєва В. І. 1.Р.281, 1.Р.283, 1.Р.526
Іленко Н. М. 1.Р.617
Ільїна-Стогнієнко В. Ю. 1.Р.875
Ільченко С. І. 1.Р.781, 1.Р.796
Іринчин А. В. 1.Р.949
Ісаєв О. А. 1.Р.644
Ісаєва Г. С. 1.Р.240
Ісмакаєва Д. Л. 1.Р.906
Іщенко Г. І. 1.Р.718, 1.Р.736
Іщук І. С. 1.Р.484
Йосик Я. І. 1.Р.484
Кабачна А. В. 1.Р.166
Кадигроб І. В. 1.Р.568
Казимирко В. К. 1.Р.269
Казмирчук В. Е. 1.Р.498
Калабуха І. А. 1.Р.526
Калашніков О. О. 1.Р.391
Калениченко М. І. 1.Р.499, 1. Р.513, 1.Р.524
Калиш М. М. 1.Р.396
Калмикова І. В. 1.Р.826
Калоусек В. 1.Р.592
Калугіна Л. В. 1.Р.677
Калюжка О. О. 1.Р.784
Камилова А. Т. 1.Р.760
Камінська М. О. 1.Р.470, 1.Р.854
Камінська Т. М. 1.Р.878
Камінський А. А. 1.Р.598
Камінський А. В. 1.Р.720
Камінський В. В. 1.Р.556, 1.Р.720
Кампос-Родригес Н. Л. 1.Р.510
Кампос-Родрігес Н. Л. 1.Р.90
Камуть Н. В. 1.Р.755, 1.Р.799
Канішина Т. М. 1.Р.629
Каніщева О. П. 1.Р.477
Каньовська Л. В. 1.Р.278
Капрош А. В. 1.Р.165, 1.Р.512
Карабенюк О. В. 1.Р.864
Карачинова В. А. 1.Р.330
Кароль І. В. 1.Р.429
Карпенко К. К. 1.Р.450
Карпенко М. І. 1.Р.121
Карпінська О. Д. 1.Р.470, 1.Р.862
Карпінський М. Ю. 1.Р.470, 1.Р.862
Картель М. Т. 1.Р.169
Касіянчук В. Д. 1.Р.111
Касян С. М. 1.Р.152
Каушанська О. В. 1.Р.278
Кацалап Є. С. 1.Р.860
Качерай Ю. В. 1.Р.208
Качор В. О. 1.Р.484
Каширова О. В. 1.Р.919
Кваша М. С. 1.Р.539
Квашніна Л. В. 1.Р.816, 1.Р.942
Квіт Х. Б. 1.Р.308
Квітка Д. М. 1.Р.411, 1.Р.553
Кедик І. О. 1.Р.471
Кечин І. Л. 1.Р.170
Киба В. П. 1.Р.286
Кикош Г. В. 1.Р.862
Кирилова Т. В. 1.Р.832
Кирилюк С. Я. 1.Р.645
Кириуцов А. М. 1.Р.566
Кириченко В. А. 1.Р.865
Кириченко І. В. 1.Р.195
Кириченко М. І. 1.Р.657
Кириченко О. В. 1.Р.603
Кисельова А. А. 1.Р.592
Кислова Р. М. 1.Р.342, 1.Р.414
Кінаш М. І. 1.Р.807
Кінаш Н. М. 1.Р.719
Кінча-Поліщук Т. А. 1.Р.472, 1.Р.863
Кіреєв І. В. 1.Р.274
Кіркілевський С. І. 1.Р.543
Кірсанова О. В. 1.Р.70
Кісельова М. М. 1.Р.755
Кіслова Р. М. 1.Р.293
Кітов В. Й. 1.Р.747
Кіщук С. М. 1.Р.137
Клай С. Р. 1.Р.37, 1.Р.38
Кланца М. П. 1.Р.335
Кленіна І. А. 1.Р.301, 1.Р.310, 1.Р.330, 1.Р.342
Клестова З. С. 1.Р.164
Клигуненко О. М. 1.Р.587
Климова О. А. 1.Р.89
Кліпов В. Д. 1.Р.124
Клос Л. 1.Р.67
Клочан С. М. 1.Р.634
Клюзько І. В. 1.Р.448
Ключка І. В. 1.Р.190
Ключка Л. В. 1.Р.190
Ключка Я. О. 1.Р.22
Князевич-Чорна Т. В. 1.Р.61
Кобець А. В. 1.Р.267
Кобись В. Л. 1.Р.897
Коблош Н. Д. 1.Р.563
Ковалевська Л. А. 1.Р.543
Ковалевська Н. Е. 1.Р.572
Коваленко О. П. 1.Р.600

Коваленко С. В. 1.Р.278
Коваленко Т. Ю. 1.Р.610
Коваль А. В. 1.Р.89
Коваль С. М. 1.Р.243
Ковальова А. В. 1.Р.122, 1.Р.123, 1.Р.128
Ковальчук В. С. 1.Р.469
Ковальчук Т. А. 1.Р.768
Ковач І. В. 1.Р.640
Ковида Н. Р. 1.Р.703
Кожокару А. А. 1.Р.485
Козак Н. В. 1.Р.218
Козак Т. П. 1.Р.532
Козинець Г. П. 1.Р.407, 1.Р.859
Козира С. А. 1.Р.198
Козирєва Т. Є. 1.Р.234
Козій Т. В. 1.Р.110
Козлова І. В. 1.Р.492
Козловська І. М. 1.Р.60
Койро О. О. 1.Р.197
Кокашинський В. О. 1.Р.614
Кокоркін О. Д. 1.Р.828
Колеснік О. В. 1.Р.405
Колеснікова О. В. 1.Р.153, 1.Р.238, 1.Р.239, 1.Р.306
Колєснік Д. І. 1.Р.790
Колодій Г. В. 1.Р.99
Колодніцька Т. Л. 1.Р.104
Коломієць Д. П. 1.Р.121
Коломієць О. В. 1.Р.663, 1.Р.666, 1.Р.667, 1.Р.676, 1.Р.705
Коломійцев О. В. 1.Р.22
Коломійчук С. Г. 1.Р.643
Колоскова О. К. 1.Р.275, 1.Р.761, 1.Р.765, 1.Р.775, 1.Р.785, 1.Р.876, 1.Р.945
Колотило О. Б. 1.Р.60
Колотило Т. Р. 1.Р.489
Колпакова О. А. 1.Р.209
Колюбакіна Л. В. 1.Р.765, 1.Р.945
Коляденко К. В. 1.Р.39, 1.Р.84, 1.Р.565, 1.Р.567
Комар А. В. 1.Р.755
Комір І. Р. 1.Р.157
Комлев А. А. 1.Р.636
Конакова О. В. 1.Р.715
Конахович Н. Ф. 1.Р.643
Кондратюк В. Є. 1.Р.658
Кондратюк В. К. 1.Р.563
Коненко І. 1.Р.291
Коненко І. С. 1.Р.288, 1.Р.550
Конечний Ю. Т. 1.Р.280
Конік Б. М. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.535, 1.Р.834
Кононенко А. В. 1.Р.197
Кононенко М. Г. 1.Р.431
Кононко І. В. 1.Р.124
Кононко Н. В. 1.Р.124
Кононова Д. О. 1.Р.617
Коноп'кіна Л. І. 1.Р.59, 1.Р.282
Конопліцький В. С. 1.Р.571, 1.Р.833, 1.Р.836, 1.Р.896, 1.Р.898, 1.Р.899, 1.Р.911
Конотопчик С. В. 1.Р.600, 1.Р.602
Конторович О. М. 1.Р.822
Копиця М. П. 1.Р.267
Копчак А. В. 1.Р.649
Копчак О. В. 1.Р.640
Копчак О. О. 1.Р.606
Копыцкий А. В. 1.Р.848
Корда М. М. 1.Р.484, 1.Р.621
Корж М. О. 1.Р.474
Корнелюк О. І. 1.Р.189
Корнієнко Г. В. 1.Р.828
Корнійчук І. Ю. 1.Р.334
Корнійчук О. П. 1.Р.280
Корнус А. О. 1.Р.50
Корнус О. Г. 1.Р.50
Коробко Ю. Є. 1.Р.571, 1.Р.836, 1.Р.896, 1.Р.898, 1.Р.899, 1.Р.911
Коробов К. В. 1.Р.648
Коровіна Л. Д. 1.Р.617
Король П. О. 1.Р.534
Корольова Ж. В. 1.Р.569
Королюк О. Я. 1.Р.257
Корсунов В. А. 1.Р.402
Корчемний І. О. 1.Р.426
Косаковський А. Л. 1.Р.775
Косей Н. В. 1.Р.672
Костенко А. А. 1.Р.419
Костенко В. О. 1.Р.593
Костенко О. Є. 1.Р.622
Костенко С. Б. 1.Р.622
Костик О. П. 1.Р.888, 1.Р.889, 1.Р.891
Костилєв М. В. 1.Р.459, 1.Р.534
Костинська Н. Г. 1.Р.805
Костів С. Я. 1.Р.453
Коструба Н. 1.Р.613
Костюкевич К. В. 1.Р.219
Костюкевич С. А. 1.Р.219
Костюченко А. В. 1.Р.699
Косюк М. А. 1.Р.426
Косюхно С. В. 1.Р.391
Кот А. О. 1.Р.422, 1.Р.423
Котельбан А. В. 1.Р.73
Кофанова А. С. 1.Р.751
Кочерга З. Р. 1.Р.895
Кошель І. В. 1.Р.58
Кравець О. В. 1.Р.155, 1.Р.225
Кравець О. М. 1.Р.273
Кравченко А. В. 1.Р.578
Кравченко В. Г. 1.Р.578
Кравченко В. І. 1.Р.417
Кравченко І. М. 1.Р.417
Кравченко І. П. 1.Р.617
Кравченко О. В. 1.Р.701
Кравчук А. А. 1.Р.355
Крамарьов С. О. 1.Р.878, 1.Р.880
Краснова Т. В. 1.Р.782
Крат В. В. 1.Р.794, 1.Р.872
Кресюн В. Й. 1.Р.171
Крецу Н. М. 1.Р.761, 1.Р.945
Кречко Я. В. 1.Р.872
Кривецький В. В. 1.Р.405
Кривокульський Б. Д. 1.Р.564
Кривопустов С. П. 1.Р.912
Криворучко І. А. 1.Р.372
Кривуша О. Л. 1.Р.789
Кривчанська М. І. 1.Р.168
Кривченя Д. Ю. 1.Р.839, 1.Р.844, 1.Р.847
Крижевський В. В. 1.Р.403
Крихтіна М. А. 1.Р.282
Кричковська А. М. 1.Р.167
Кріштафор Д. А. 1.Р.225, 1.Р.587
Кропельницький В. О. 1.Р.544
Кротік О. І. 1.Р.696
Крохтяк О. В. 1.Р.199
Круть А. Г. 1.Р.86
Крылова А. С. 1.Р.269
Крюков П. С. 1.Р.635
Крючко Т. О. 1.Р.940
Крячкова Л. В. 1.Р.640
Ксьонз І. В. 1.Р.837, 1.Р.846
Кубрак М. А. 1.Р.400
Кудлай О. М. 1.Р.683
Кудласевич А. О. 1.Р.900
Кузик А. С. 1.Р.821, 1.Р.839
Кузін І. В. 1.Р.88
Кузняк Н. Б. 1.Р.537
Кузовкова С. Д. 1.Р.285
Кузьмін Л. В. 1.Р.754
Кузьмінов Б. П. 1.Р.480
Кузьоменська М. Л. 1.Р.559
Кукуруза І. Л. 1.Р.699
Кулачек Я. В. 1.Р.60
Кулешова О. М. 1.Р.224
Кулинич-Міськів М. О. 1.Р.61
Купраш Л. П. 1.Р.230
Купраш О. В. 1.Р.230
Куриленко Я. В. 1.Р.258
Куріліна Т. В. 1.Р.788, 1.Р.818, 1.Р.910
Курінна О. Г. 1.Р.331, 1.Р.346
Курочкіна В. А. 1.Р.106
Курочкіна Т. І. 1.Р.715
Курташ О. О. 1.Р.844, 1.Р.847
Курус Ю. В. 1.Р.645
Кутовой В. В. 1.Р.269
Куц В. В. 1.Р.410, 1.Р.555
Кучеренко В. М. 1.Р.115
Кучеренко Н. В. 1.Р.209
Кучинська І. А. 1.Р.501
Кучинський І. О. 1.Р.430, 1.Р.439
Кучковський О. М. 1.Р.242
Кушнєрова О. А. 1.Р.482, 1.Р.483
Кушнір В. А. 1.Р.428
Кушнір В. І. 1.Р.99
Кушнір І. Е. 1.Р.331, 1.Р.346
Кушнір І. М. 1.Р.99
Лабунець В. А. 1.Р.632, 1.Р.633
Лабунець О. В. 1.Р.632
Лавренко Т. А. 1.Р.224, 1.Р.239
Лаврик А. С. 1.Р.544
Лазаренко І. Ф. 1.Р.788, 1.Р.818
Лазарук О. В. 1.Р.369, 1.Р.412
Лазоришинець В. В. 1.Р.727
Лазюка Ю. В. 1.Р.25
Лановенко І. І. 1.Р.272
Лаповець Л. Є. 1.Р.528
Лаповець Н. Є. 1.Р.528
Лапшин В. Ф. 1.Р.937
Ларіонов В. Б. 1.Р.177, 1.Р.181
Ластівка І. В. 1.Р.945
Латиш Ю. 1.Р.611
Лахно І. В. 1.Р.732
Лебедева К. А. 1.Р.756
Лебединець І. О. 1.Р.274
Лебедь О. О. 1.Р.151
Лебедь С. О. 1.Р.151
Лебедюк М. М. 1.Р.570
Леванда Л. І. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.832, 1.Р.834
Левандовська Х. В. 1.Р.250
Левенець С. С. 1.Р.791
Левицький А. Ф. 1.Р.823, 1.Р.853, 1.Р.855, 1.Р.856, 1.Р.858, 1.Р.864
Левицький І. В. 1.Р.719
Левченко В. А. 1.Р.241
Левченко Л. В. 1.Р.438
Левченко Л. О. 1.Р.127
Лелека М. В. 1.Р.916
Леміш Н. Ю. 1.Р.702
Леонтьєва Ф. С. 1.Р.473
Лесіцький М. Ю. 1.Р.929
Летц Ю. О. 1.Р.893
Лехан В. М. 1.Р.91
Либавка В. Д. 1.Р.417
Лига О. В. 1.Р.893
Ликова А. Е. 1.Р.789
Лиманська А. Ю. 1.Р.273, 1.Р.692, 1.Р.722, 1.Р.723, 1.Р.726, 1.Р.727, 1.Р.728
Лин В. Н. 1.Р.566
Линник М. І. 1.Р.281, 1.Р.283, 1.Р.526
Лисайчук Ю. Л. 1.Р.469
Лисенко В. І. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524
Лисенко Н. С. 1.Р.476
Лисий І. С. 1.Р.490
Лисиця В. В. 1.Р.426, 1.Р.427, 1.Р.446
Листван В. В. 1.Р.481
Листван В. М. 1.Р.481
Лисун Д. М. 1.Р.428
Литвин К. Ю. 1.Р.482, 1.Р.483
Литвиненко Н. А. 1.Р.90, 1.Р.525
Литвиненко С. С. 1.Р.651
Литвинова Т. В. 1.Р.749
Литвинчук Г. М. 1.Р.544
Литинська Т. О. 1.Р.579, 1.Р.586
Литовка С. Л. 1.Р.485
Лихман В. М. 1.Р.494
Лихова О. О. 1.Р.532
Ліксунов О. В. 1.Р.454
Ліневська К. Ю. 1.Р.13, 1.Р.14, 1.Р.227, 1.Р.304, 1.Р.320
Лісайчук Ю. С. 1.Р.467
Лісецька І. С. 1.Р.36, 1.Р.69, 1.Р.74, 1.Р.133, 1.Р.925, 1.Р.926, 1.Р.931, 1.Р.933
Ліскіна І. В. 1.Р.284, 1.Р.285, 1.Р.526, 1.Р.834
Лісовська Г. М. 1.Р.881
Ліхолетов Є. О. 1.Р.614
Ліщенко І. С. 1.Р.738
Ліщинський П. О. 1.Р.553, 1.Р.554
Лобода А. Д. 1.Р.536
Лобунець Т. Ф. 1.Р.23
Лозюк І. Я. 1.Р.136
Лой Г. Я. 1.Р.335
Лопатіна Я. В. 1.Р.88
Лопушанська Н. М. 1.Р.496
Лосєв О. О. 1.Р.894
Лоскутов О. А. 1.Р.448, 1.Р.449, 1.Р.488, 1.Р.495, 1.Р.698
Лоскутов О. Є. 1.Р.462
Лубенець В. І. 1.Р.167
Лукань Ю. Р. 1.Р.168
Луканюк М. І. 1.Р.335
Лук'янова І. С. 1.Р.714
Лурін І. А. 1.Р.424
Луценко Р. В. 1.Р.404
Лучинський М. А. 1.Р.792
Лучишин Н. Ю. 1.Р.768
Лушня С. Л. 1.Р.462

Льовкін О. А. 1.Р.226
Любевич Р. Л. 1.Р.525
Людвік Т. А. 1.Р.817, 1.Р.906
Ляховський В. І. 1.Р.450, 1.Р.551
Ляшенко А. О. 1.Р.536
Мавропуло Т. К. 1.Р.749, 1.Р.757
Маганова Т. В. 1.Р.680
Маєтний Є. М. 1.Р.509, 1.Р.527
Мажак К. Д. 1.Р.82
Мазур І. П. 1.Р.91
Мазур О. В. 1.Р.553
Майдан І. С. 1.Р.770
Майстренко Л. А. 1.Р.406
Макаренко О. А. 1.Р.177, 1.Р.181
Макаренко О. В. 1.Р.529, 1.Р.654
Макаров В. Б. 1.Р.474
Макарова О. В. 1.Р.790, 1.Р.825
Макеєв В. Ф. 1.Р.633
Макеєва І. М. 1.Р.637
Маковецька Т. І. 1.Р.492
Маколінець В. І. 1.Р.393
Маколінець К. В. 1.Р.393
Максименко М. А. 1.Р.428
Максимук О. Ю. 1.Р.652
Максим'як М. В. 1.Р.241
Максімов І. Г. 1.Р.919
Макуріна Г. І. 1.Р.581
Малахова В. М. 1.Р.784
Малер Б. 1.Р.518
Малиш Н. Г. 1.Р.146
Малишева І. В. 1.Р.720
Маловічко І. А. 1.Р.828
Мальований Б. Я. 1.Р.747, 1.Р.753, 1.Р.850
Мальцев Д. В. 1.Р.229, 1.Р.650, 1.Р.924, 1.Р.927
Мальцева С. Є. 1.Р.724
Малюк І. А. 1.Р.106
Маляров С. О. 1.Р.597
Мамедов А. А. 1.Р.441
Маменко М. Є. 1.Р.748
Мамонова М. Ю. 1.Р.600
Мамчур О. Й. 1.Р.614
Мандзій Т. П. 1.Р.204
Мандрик О. Є. 1.Р.278
Мантак Г. І. 1.Р.141
Манько Ю. А. 1.Р.783
Маньковський Д. С. 1.Р.415
Мараховский К. Ю. 1.Р.827, 1.Р.900
Маргіняну Й. 1.Р.518
Маринчина І. М. 1.Р.708
Марков Ю. І. 1.Р.211
Мартинюк В. Ю. 1.Р.920
Мартич А. М. 1.Р.691
Марунчин Т. А. 1.Р.762
Маруняк С. Р. 1.Р.416
Марусик У. І. 1.Р.60
Марушко Р. В. 1.Р.37, 1.Р.38, 1.Р.48, 1.Р.97, 1.Р.764
Марушко Т. В. 1.Р.805, 1.Р.818, 1.Р.910
Марушко Т. Л. 1.Р.764
Марушко Ю. В. 1.Р.766, 1.Р.805, 1.Р.870, 1.Р.910
Марченко А. В. 1.Р.617
Марчук О. Ф. 1.Р.849
Масинник Ю. С. 1.Р.533, 1.Р.809
Масна З. З. 1.Р.620
Масуді А. В. 1.Р.449
Матвієнко А. В. 1.Р.557, 1.Р.558, 1.Р.670, 1.Р.671
Матвісів М. В. 1.Р.712
Матійчук В. С. 1.Р.203
Матківська Р. М. 1.Р.619, 1.Р.620
Мацегора Н. А. 1.Р.165, 1.Р.512, 1.Р.771
Мацюк М. В. 1.Р.146
Машуков А. О. 1.Р.543
Мегро Ф. 1.Р.307
Медведенко Г. Ф. 1.Р.714
Медведєва Н. Л. 1.Р.874
Медведовська Н. В. 1.Р.643
Меденцева О. О. 1.Р.251
Мезенцева І. О. 1.Р.125
Меланіч С. Л. 1.Р.293, 1.Р.341, 1.Р.342
Меленко С. Р. 1.Р.489
Мелько І. П. 1.Р.893
Мельник В. В. 1.Р.405
Мельник О. О. 1.Р.285
Мельник О. Я. 1.Р.66
Мергель Т. В. 1.Р.250
Меркулов А. О. 1.Р.494
Мигаль І. І. 1.Р.466, 1.Р.857, 1.Р.866
Мигур М. Ю. 1.Р.829, 1.Р.831, 1.Р.843
Микита М. М. 1.Р.753
Микитин К. В. 1.Р.685
Микичак І. В. 1.Р.40
Милостива Д. Ф. 1.Р.317
Мирзазаде В. А. 1.Р.767
Мирко І. І. 1.Р.203
Мироненко О. В. 1.Р.59, 1.Р.282
Мирончeнко С. В. 1.Р.522
Мирончук Ю. В. 1.Р.734, 1.Р.778
Миронюк М. Б. 1.Р.876
Мирошниченко Д. О. 1.Р.494
Мисіна О. І. 1.Р.105
Мисниченко О. В. 1.Р.243
Михайлусов Р. М. 1.Р.424
Михайлюк Х. З. 1.Р.794, 1.Р.872
Михейцева І. М. 1.Р.643
Мицак О. І. 1.Р.391
Мишина Н. В. 1.Р.796
Мікрюкова Н. Г. 1.Р.70
Мінухін Д. В. 1.Р.372
Міських В. А. 1.Р.61
Мітченок В. М. 1.Р.599
Мітюрєв Д. С. 1.Р.698
Міхалтан Ф. 1.Р.518
Міхеєв Ю. О. 1.Р.354, 1.Р.442
Міхеєва Т. М. 1.Р.742
Міхно С. П. 1.Р.398
Міщенко В. В. 1.Р.421
Міщенко В. П. 1.Р.713
Міщенко М. В. 1.Р.176, 1.Р.178
Міщенко О. М. 1.Р.897
Міщенко О. Я. 1.Р.195
Мовчан О. М. 1.Р.562
Можейко Т. В. 1.Р.796
Мозгова Г. П. 1.Р.134
Мозирська О. В. 1.Р.902, 1.Р.903, 1.Р.912
Мойсеєнко О. М. 1.Р.148
Мойсеєнко О. Ф. 1.Р.282
Мокія-Сербіна С. О. 1.Р.749
Мокрик О. М. 1.Р.721
Молдован П. М. 1.Р.790
Моргун О. В. 1.Р.474
Моргунцова С. А. 1.Р.230
Морейра Л. 1.Р.307
Мороз О. С. 1.Р.241
Морозов Т. А. 1.Р.539
Морозова І. В. 1.Р.56
Мосейчук Вл. І. 1.Р.393
Мосейчук Вол. І. 1.Р.393
Мосейчук І. П. 1.Р.335
Мосійчук Л. М. 1.Р.295, 1.Р.299, 1.Р.301, 1.Р.303, 1.Р.607
Москалюк В. Д. 1.Р.484, 1.Р.489
Московенко О. Д. 1.Р.766
Московко С. П. 1.Р.603
Мотигін В. В. 1.Р.896, 1.Р.899
Мохонько О. І. 1.Р.536
Мочульська О. М. 1.Р.807, 1.Р.909
Мошинець О. В. 1.Р.17
Мощич О. П. 1.Р.783
Мудра Ю. С. 1.Р.735
Мужевська В. М. 1.Р.599
Музиченко П. Ф. 1.Р.450
Муквіч О. М. 1.Р.817, 1.Р.906
Мунтяну Й. 1.Р.518
Муравльова О. В. 1.Р.617
Мурська С. Д. 1.Р.99
Мясоєдов К. В. 1.Р.372
Мясоєдов С. Д. 1.Р.296
Нагайчук В. І. 1.Р.868
Нагорна О. О. 1.Р.230
Назар О. В. 1.Р.916
Назаренко Р. Д. 1.Р.138
Назарова К. О. 1.Р.148
Назарчук О. А. 1.Р.868
Наконечна А. А. 1.Р.904
Наконечний А. Й. 1.Р.821, 1.Р.950
Наконечний З. Р. 1.Р.888
Наконечний Р. А. 1.Р.950
Налужна Т. В. 1.Р.250
Настека М. В. 1.Р.180
Науменко Л. Ю. 1.Р.45
Науменко М. В. 1.Р.184
Науменко Н. В. 1.Р.113, 1.Р.901, 1.Р.907
Наумчик О. М. 1.Р.723, 1.Р.725, 1.Р.726, 1.Р.728
Невишна Ю. В. 1.Р.695
Негодуйко В. В. 1.Р.424
Негрич Н. О. 1.Р.487
Негрич Т. І. 1.Р.487, 1.Р.595, 1.Р.645
Недашківський С. М. 1.Р.396
Недельська С. М. 1.Р.908
Недзвецька Н. 1.Р.291
Недзвецька Н. В. 1.Р.288
Неділько В. П. 1.Р.131
Нерознак Ю. П. 1.Р.119
Несен А. О. 1.Р.237, 1.Р.374
Нестерук Л. Н. 1.Р.900
Нефьодов О. О. 1.Р.242
Нехороша Є. О. 1.Р.180
Нецюк О. Г. 1.Р.369
Нечай О. П. 1.Р.553
Нечитайло Д. Ю. 1.Р.742
Нечитайло О. Ю. 1.Р.742
Нечитайло Ю. М. 1.Р.742
Нємченко І. І. 1.Р.551
Никитюк С. О. 1.Р.791
Никифорук О. М. 1.Р.850
Николаева Е. В. 1.Р.900
Ничик А. З. 1.Р.335
Ничик Н. А. 1.Р.484
Нищук-Олійник Н. Б. 1.Р.259
Нікітенко Р. П. 1.Р.552
Нікітіна І. М. 1.Р.559, 1.Р.685
Нікітюк А. В. 1.Р.277
Нікіфорова Я. В. 1.Р.300, 1.Р.331, 1.Р.337, 1.Р.344, 1.Р.346
Ніколаєнко С. І. 1.Р.553
Ніколенко А. Є. 1.Р.614
Ніколішин А. К. 1.Р.617
Ніколішина Е. В. 1.Р.617
Нікольченко О. А. 1.Р.473
Ніконенко А. О. 1.Р.445
Нікуліна А. О. 1.Р.159, 1.Р.390
Нікуліна Л. М. 1.Р.549
Нікульніков П. І. 1.Р.453, 1.Р.454, 1.Р.919
Ніссен О. П. 1.Р.307
Новаковська О. П. 1.Р.572
Новицкая-Усенко Л. В. 1.Р.1, 1.Р.401
Новрузов И. Г. 1.Р.767
Ноговська І. Г. 1.Р.582
Норейко С. Б. 1.Р.517
Нос А. О. 1.Р.599, 1.Р.609
Носенко Е. Н. 1.Р.697
Носко Н. О. 1.Р.343
Носов С. Г. 1.Р.614
Няньковська О. С. 1.Р.763, 1.Р.799
Няньковський С. Л. 1.Р.763, 1.Р.799
Оболонська О. Ю. 1.Р.743, 1.Р.757
Овсейчик Д. А. 1.Р.900
Овсієнко Т. В. 1.Р.495, 1.Р.656
Овчар О. В. 1.Р.837, 1.Р.846
Овчаренко І. А. 1.Р.521
Огоренко В. В. 1.Р.614
Огороднійчук І. В. 1.Р.485
Огурцов В. В. 1.Р.203
Олексів Н. 1.Р.112
Олещенко Г. П. 1.Р.68, 1.Р.75, 1.Р.431, 1.Р.523, 1.Р.530
Олещук О. М. 1.Р.335
Олійник А. О. 1.Р.408
Олійник В. П. 1.Р.228
Олійник В. С. 1.Р.141
Олійник І. Ю. 1.Р.928
Олійник Р. П. 1.Р.61
Олійник Ю. М. 1.Р.333
Ольхович С. Я. 1.Р.199
Ольхомяк О. О. 1.Р.836
Омельченко Л. І. 1.Р.817, 1.Р.906
Омельян Л. П. 1.Р.771
О'Мореін К. 1.Р.307
Онищик Л. М. 1.Р.735
Онук М. М. 1.Р.162
Опанасенко М. С. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.535, 1.Р.832, 1.Р.834
Опрошанська Т. В. 1.Р.202
Орел В. Б. 1.Р.536
Орел В. Е. 1.Р.536
Оріщак Д. Т. 1.Р.58
Оріщак О. Р. 1.Р.58
Орлик В. Ф. 1.Р.498

Орлов П. А. 1.Р.145
Ортеменка Є. П. 1.Р.782
Осадовська І. А. 1.Р.417
Осадча О. І. 1.Р.859
Осман Н. С. 1.Р.744
Остапенко С. П. 1.Р.572, 1.Р.583
Охотнікова О. М. 1.Р.798, 1.Р.802, 1.Р.816, 1.Р.915
Охріменко Г. І. 1.Р.445
Очеретяний О. К. 1.Р.220
Ошлянська О. А. 1.Р.816
Ошмянська Н. Ю. 1.Р.330
Ошурко А. П. 1.Р.928
Павелко М. М. 1.Р.246
Павлиш О. С. 1.Р.225
Павлов С. В. 1.Р.187
Павлова О. 1.Р.892
Павловский Л. Н. 1.Р.2
Павлюкович Н. Д. 1.Р.278
Пазій О. П. 1.Р.610
Пак В. Я. 1.Р.530
Паламарчук В. І. 1.Р.217
Паламарчук В. О. 1.Р.410, 1.Р.411, 1.Р.553, 1.Р.554, 1.Р.555
Паламарчук О. С. 1.Р.156
Пальтов Є. В. 1.Р.620
Панасенко С. І. 1.Р.428
Паніна Л. В. 1.Р.252
Панова О. В. 1.Р.127
Пасєчко Н. В. 1.Р.678
Пасік В. Ю. 1.Р.777
Пасічник І. В. 1.Р.138
Пасічник О. В. 1.Р.571, 1.Р.896, 1.Р.898, 1.Р.899, 1.Р.911
Пастернак І. І. 1.Р.949
Пастушин О. А. 1.Р.600
Паталета О. А. 1.Р.900
Патракеєва Л. Я. 1.Р.76, 1.Р.82
Патратій М. В. 1.Р.297
Пахарчук С. М. 1.Р.76, 1.Р.82
Пахольчук Т. М. 1.Р.715
Пашинська О. С. 1.Р.254
Пашкова О. Є. 1.Р.808
Пашковська Н. В. 1.Р.375
Пащенко К. Ю. 1.Р.826, 1.Р.947
Педаченко Н. Ю. 1.Р.683, 1.Р.684
Пелехан Б. Л. 1.Р.639
Пелехан Л. І. 1.Р.639
Пенчук Ю. М. 1.Р.25
Пенькова М. Ю. 1.Р.243
Передерій О. В. 1.Р.838
Перепелиця В. П. 1.Р.430, 1.Р.439
Перепелична Р. Я. 1.Р.40
Перетятько І. О. 1.Р.806
Перехрестенко О. В. 1.Р.391
Переяслов А. А. 1.Р.747, 1.Р.753, 1.Р.841, 1.Р.850, 1.Р.894
Перцева Т. О. 1.Р.59, 1.Р.150, 1.Р.159, 1.Р.282
Перцов В. І. 1.Р.468
Перцович В. М. 1.Р.61
Петішко О. П. 1.Р.299, 1.Р.301, 1.Р.303, 1.Р.607
Петрановська А. Л. 1.Р.192
Петрашенко В. О. 1.Р.152
Петренко В. І. 1.Р.90, 1.Р.286, 1.Р.511, 1.Р.517
Петрихін В. П. 1.Р.41
Петришин З. Я. 1.Р.664
Петрова А. С. 1.Р.658
Петрончак О. А. 1.Р.533
Петрунів В. Б. 1.Р.792
Петрушанко Т. О. 1.Р.617
Петрушенко В. В. 1.Р.436
Петюніна О. В. 1.Р.267
Пехньо Т. В. 1.Р.754
Печеряга С. В. 1.Р.708
Пєтєньова Л. Л. 1.Р.157
Пивовар С. М. 1.Р.252
Пивоваров О. В. 1.Р.247
Пилип Т. 1.Р.46
Пилипенко М. М. 1.Р.435, 1.Р.488, 1.Р.495
Пилипенко Н. С. 1.Р.954, 1.Р.955
Пилипів Л. І. 1.Р.891
Пилипко В. М. 1.Р.858
Пилипчук І. С. 1.Р.664
Пилипюк Є. В. 1.Р.837
Пилюк І. І. 1.Р.776
Пирог Т. П. 1.Р.190
Писарєв А. О. 1.Р.818
Підгайська О. О. 1.Р.474
Пінаєва Н. Л. 1.Р.901, 1.Р.907
Пінчук Л. П. 1.Р.131
Піскур З. І. 1.Р.888, 1.Р.889, 1.Р.891
Пітель Г. О. 1.Р.875
Пітулей В. В. 1.Р.612
Піц Л. О. 1.Р.355
Пічка В. В. 1.Р.919
Пішак В. П. 1.Р.168
Платонова І. Л. 1.Р.528
Платонова О. М. 1.Р.704
Плєшкова О. В. 1.Р.277
Плохіх В. В. 1.Р.599
Поворозник Н. В. 1.Р.727
Погадаєва Н. Л. 1.Р.806
Погорєлова О. О. 1.Р.286, 1.Р.521, 1.Р.891
Погоріла Є. Є. 1.Р.873
Погребна М. В. 1.Р.525
Пода О. А. 1.Р.803
Подолюк М. В. 1.Р.619
Поламарчук П. В. 1.Р.90
Полич Т. М. 1.Р.940
Полівода О. М. 1.Р.463
Полікарпова Г. В. 1.Р.456
Поліщук В. В. 1.Р.283
Поліщук Д. С. 1.Р.905
Поліщук С. Й. 1.Р.905
Полуденко Г. О. 1.Р.529
Полька Н. С. 1.Р.72
Полясний В. О. 1.Р.543
Пономаренко М. В. 1.Р.835
Пономаренко О. І. 1.Р.125
Пономаренко О. П. 1.Р.829, 1.Р.831, 1.Р.843
Пономарьова К. В. 1.Р.494
Попадинець О. Г. 1.Р.61
Попелюк Н. О. 1.Р.956
Попова О. Ф. 1.Р.874
Попович В. І. 1.Р.58
Попруга А. О. 1.Р.617
Порохня Н. Г. 1.Р.743
Посохова К. А. 1.Р.335
Потапенко А. В. 1.Р.153
Потапчук Ю. О. 1.Р.465
Поточилова В. В. 1.Р.17
Похилько В. І. 1.Р.874
Поцюрко А. Р. 1.Р.747, 1.Р.948
Поцюрко О. В. 1.Р.755
Поцюрко Р. А. 1.Р.948
Почтарьов С. О. 1.Р.110
Привроцький В. М. 1.Р.369, 1.Р.412
Присяжнюк І. В. 1.Р.114
Притула В. П. 1.Р.823, 1.Р.839, 1.Р.844, 1.Р.847
Приходько В. М. 1.Р.319
Пріснякова Л. М. 1.Р.610
Прокопчук О. В. 1.Р.439
Пролом Н. В. 1.Р.288, 1.Р.413, 1.Р.414, 1.Р.550
Проняєв Д. В. 1.Р.405
Прохоренко Г. А. 1.Р.434
Процик Л. М. 1.Р.525
Процюк Р. Г. 1.Р.503
Прочухан Д. В. 1.Р.103
Пупін Т. І. 1.Р.633
Пустовалова О. І. 1.Р.937
Пустовойт Б. А. 1.Р.477
Пустовойт П. І. 1.Р.421
Пушкар М. Б. 1.Р.402
Пшинка М. В. 1.Р.15
Пясецька Л. В. 1.Р.792
П'ятикоп Г. І. 1.Р.431
Рагуля А. В. 1.Р.23
Радченко А. О. 1.Р.153, 1.Р.238, 1.Р.239, 1.Р.306
Радченко В. О. 1.Р.473
Радченко О. В. 1.Р.271
Разнатовська О. М. 1.Р.734, 1.Р.778
Рак Л. М. 1.Р.888
Рандюк Р. Ю. 1.Р.820, 1.Р.830, 1.Р.851, 1.Р.949
Ратушний Р. І. 1.Р.622
Ратушнюк А. В. 1.Р.454
Рачинський С. В. 1.Р.632
Ребрикова П. А. 1.Р.406
Рева Т. В. 1.Р.278
Резніченко Ю. Г. 1.Р.783
Рейман М. П. 1.Р.100
Рейтмаєр М. Й. 1.Р.769
Рековець О. Л. 1.Р.245
Реуцький М. В. 1.Р.610
Рзаєва Ф. Г. 1.Р.600
Рибаков С. Й. 1.Р.547, 1.Р.548
Рибальченко А. О. 1.Р.22
Рибальченко В. Ф. 1.Р.427, 1.Р.845, 1.Р.894
Рибачук А. В. 1.Р.91
Риберт Ю. О. 1.Р.633
Риженко В. П. 1.Р.242
Риженко О. В. 1.Р.838
Риженко О. І. 1.Р.230
Рижик В. М. 1.Р.561, 1.Р.709
Ризничук М. О. 1.Р.168
Рикало Н. А. 1.Р.333
Риков С. О. 1.Р.651
Рикун Д. М. 1.Р.464
Рилов А. І. 1.Р.400
Рингач Н. О. 1.Р.104
Рихальський О. Ю. 1.Р.536
Різник А. В. 1.Р.743
Рогозинський В. О. 1.Р.853, 1.Р.855, 1.Р.856
Рождественська А. О. 1.Р.349
Рожко В. І. 1.Р.792
Рожко М. М. 1.Р.69, 1.Р.133, 1.Р.639, 1.Р.925, 1.Р.926, 1.Р.933
Рожко О. В. 1.Р.792
Рожковський Я. В. 1.Р.171
Розколупа Н. В. 1.Р.617
Рой Н. В. 1.Р.826, 1.Р.947
Романенко Т. Г. 1.Р.693, 1.Р.706
Романишин Б. С. 1.Р.893
Романів Т. В. 1.Р.347
Романова С. В. 1.Р.198
Романчук А. А. 1.Р.798, 1.Р.802, 1.Р.915
Романчук Л. І. 1.Р.775
Романюк В. П. 1.Р.501
Романюк О. К. 1.Р.783
Романюта І. А. 1.Р.225
Россоха З. І. 1.Р.874
Ротар Д. В. 1.Р.481
Рубан К. А. 1.Р.341
Руда Г. В. 1.Р.533
Руденко А. І. 1.Р.414
Руденко В. П. 1.Р.198
Руденко Є. О. 1.Р.844, 1.Р.847
Руденко І. В. 1.Р.88, 1.Р.713
Руденко І. С. 1.Р.90
Рудик Ю. С. 1.Р.251, 1.Р.252
Рудишин С. Д. 1.Р.628
Руднева К. Л. 1.Р.17
Руднєв О. О. 1.Р.937
Рудник А. М. 1.Р.200
Рудницька О. П. 1.Р.72
Рудь О. М. 1.Р.343
Русак О. Б. 1.Р.60
Русак П. С. 1.Р.95, 1.Р.822, 1.Р.823, 1.Р.845
Русак С. О. 1.Р.822
Русакова О. О. 1.Р.235
Русин В. В. 1.Р.540
Русин В. І. 1.Р.540
Рушай А. К. 1.Р.467, 1.Р.469
Рябовол В. М. 1.Р.23
Рябоконь С. В. 1.Р.88
Рябушко Р. М. 1.Р.450
Ряднова В. В. 1.Р.652
Савицька І. М. 1.Р.459
Савицький О. В. 1.Р.189
Савінова К. Б. 1.Р.134
Савічан К. В. 1.Р.458
Савічева К. О. 1.Р.237, 1.Р.374
Савка І. І. 1.Р.620
Савченко С. Є. 1.Р.735
Савчук Н. В. 1.Р.249
Савчук П. В. 1.Р.551
Савчук Т. В. 1.Р.448
Сазонець І. Л. 1.Р.49
Сазонець О. М. 1.Р.49
Саида Нураддин кызы Рустамова 1.Р.132
Салій Д. Ю. 1.Р.898
Салій О. О. 1.Р.200
Сало В. М. 1.Р.270
Салоха А. Ф. 1.Р.867
Салютін Р. В. 1.Р.424
Самарченко Л. А. 1.Р.617
Самойлов А. В. 1.Р.219
Самсоненко С. В. 1.Р.743, 1.Р.813, 1.Р.814
Саньков П. М. 1.Р.102
Сахелашвілі М. І. 1.Р.82, 1. Р.888, 1.Р.889, 1.Р.891
Сахелашвілі-Біль О. І. 1.Р.888, 1.Р.889, 1.Р.890
Свирид С. Г. 1.Р.585
Свирид-Дзядикевич О. С. 1.Р.585
Свиридюк О. Є. 1.Р.592,

1.Р.600, 1.Р.601, 1.Р.602, 1.Р.608
Свистільник В. О. 1.Р.815, 1.Р.917
Свінціцький В. С. 1.Р.562
Світлик Г. В. 1.Р.270
Світлицька О. А. 1.Р.734
Святненко В. А. 1.Р.281, 1.Р.283
Седінкін В. А. 1.Р.155, 1.Р.225
Сельський Б. П. 1.Р.453
Сельський П. Р. 1.Р.453
Селюкова А. В. 1.Р.457
Семака О. В. 1.Р.28
Семен І. С. 1.Р.99
Семен Н. Ф. 1.Р.142
Семененко Л. В. 1.Р.802
Семененко О. М. 1.Р.173
Семененко С. І. 1.Р.173
Семенишин О. Б. 1.Р.139
Семенов Є. О. 1.Р.125
Семенов О. М. 1.Р.208
Семенових П. С. 1.Р.237, 1.Р.374
Семенюк Л. М. 1.Р.582, 1.Р.675, 1.Р.686
Сем'янів І. 1.Р.518
Сенченко А. В. 1.Р.146
Сенько Ю. О. 1.Р.525
Сербенюк А. В. 1.Р.720
Сербін А. Г. 1.Р.200
Сергєєв В. П. 1.Р.124
Сергиенко В. К. 1.Р.840
Сергієні О. В. 1.Р.610
Сердюк Ф. М. 1.Р.87
Сердюченко О. М. 1.Р.607
Серік С. А. 1.Р.371
Серякова І. Ю. 1.Р.878
Сивак Л. А. 1.Р.536
Сидоренко А. В. 1.Р.551
Сидоренко Е. И. 1.Р.498
Сидорова А. О. 1.Р.501
Сизон О. О. 1.Р.577
Силантьева Т. С. 1.Р.269
Сима О. В. 1.Р.540
Симоненко Г. Г. 1.Р.596
Симулик Є. В. 1.Р.459
Симчич Х. С. 1.Р.492
Синоверська О. Б. 1.Р.769
Сирота Б. В. 1.Р.489
Сироткін А. В. 1.Р.430, 1.Р.439
Сідорова І. В. 1.Р.582
Сікора А. Б. 1.Р.253
Сіліна Є. А. 1.Р.715
Сільченко М. І. 1.Р.844, 1.Р.847
Сімахіна Г. О. 1.Р.113, 1.Р.201
Сіренко Ю. М. 1.Р.245
Сіромаха С. О. 1.Р.727
Сіроштаненко Т. І. 1.Р.643
Січінава Р. М. 1.Р.555
Січкар І. Б. 1.Р.782
Скакун О. З. 1.Р.491
Скиба В. В. 1.Р.426, 1.Р.427, 1.Р.446, 1.Р.469
Скибан Г. В. 1.Р.131
Скіба В. В. 1.Р.467
Скіданов А. Г. 1.Р.473
Скіданов М. А. 1.Р.473
Скоклюк Л. 1.Р.892
Скочило О. В. 1.Р.368
Скрипник Н. В. 1.Р.347
Скрипченко Н. Я. 1.Р.695
Скроцька О. І. 1.Р.25
Скрябин Е. Г. 1.Р.751
Скуратов О. Ю. 1.Р.472, 1.Р.863
Слєпов О. К. 1.Р.824, 1.Р.829, 1.Р.831, 1.Р.835, 1.Р.843
Слєпова Л. Ф. 1.Р.831
Слободян О. В. 1.Р.601
Смалюх О. В. 1.Р.263, 1.Р.270
Смандич В. С. 1.Р.60, 1.Р.278
Сміян К. О. 1.Р.783
Сміян О. І. 1.Р.783
Сміянова Ю. О. 1.Р.244
Смоланка (мол.) І. І. 1.Р.536
Смоланка (ст.) І. І. 1.Р.536
Смольницька В. Л. 1.Р.480
Смоляр В. А. 1.Р.411, 1.Р.555
Смоляр Н. І. 1.Р.932
Снігурська І. О. 1.Р.243
Соболь І. П. 1.Р.434
Сокол І. В. 1.Р.691
Соколенко М. О. 1.Р.484
Соколова Л. І. 1.Р.255, 1.Р.597
Сокольник І. С. 1.Р.790
Сокольник С. О. 1.Р.820, 1.Р.830, 1.Р.849
Соловйов Д. В. 1.Р.162
Соловйов С. О. 1.Р.497, 1.Р.916
Соловйова Г. А. 1.Р.549
Соловйова Г. О. 1.Р.784
Соловйова Н. Є. 1.Р.297
Сологуб Л. В. 1.Р.39, 1.Р.567, 1.Р.585
Соломеннікова Н. В. 1.Р.410
Соломенцева Т. А. 1.Р.331, 1.Р.346
Соломко Д. С. 1.Р.654
Сорока В. П. 1.Р.835, 1.Р.843
Сорокан В. Д. 1.Р.484
Сорокман Т. В. 1.Р.135, 1.Р.136, 1.Р.790, 1.Р.956
Сосницька А. О. 1.Р.161
Сосницький О. І. 1.Р.161
Сочієнкова Л. С. 1.Р.859
Спіріна І. Д. 1.Р.610
Стадник О. С. 1.Р.81
Станін Д. М. 1.Р.587
Станіславчук М. А. 1.Р.471
Станіславчук, М. А. 1.Р.394
Старжинська О. Л. 1.Р.266
Старовойтова С. О. 1.Р.4
Стасів І. Д. 1.Р.561
Стасюк Н. О. 1.Р.492
Стахов В. В. 1.Р.845
Стебловська І. С. 1.Р.652
Стегніцька М. В. 1.Р.809
Стеник Р. В. 1.Р.747, 1.Р.753, 1.Р.850, 1.Р.948
Степанов Ю. М. 1.Р.288, 1.Р.293, 1.Р.310, 1.Р.545, 1.Р.550
Степанова О. В. 1.Р.234
Степановічус О. М. 1.Р.552
Степанюк А. М. 1.Р.513, 1.Р.524
Степанюк Г. І. 1.Р.174, 1.Р.254
Степанюк Н. Г. 1.Р.174
Стефурак В. П. 1.Р.137
Стицюк Н. В. 1.Р.16
Стовбан М. П. 1.Р.83
Стойкевич М. 1.Р.291
Стойкевич М. В. 1.Р.310, 1.Р.317
Столяр А. В. 1.Р.756
Стополянський О. В. 1.Р.517
Стороженко Т. Є. 1.Р.267
Сторожук О. В. 1.Р.657
Страшнова І. В. 1.Р.188
Страшок Л. А. 1.Р.804, 1.Р.810
Стрільчук Л. М. 1.Р.257
Стрільчук М. В. 1.Р.106
Строна В. І. 1.Р.371
Строцький К. П. 1.Р.439
Суворова З. С. 1.Р.184
Сукало А. В. 1.Р.779
Суліменко О. М. 1.Р.693, 1.Р.706
Султанова Л. Б. 1.Р.767
Султанова М. М. 1.Р.936
Супрунец С. Н. 1.Р.756
Суслікова Л. В. 1.Р.720
Сухова С. М. 1.Р.271
Сюсюка В. Г. 1.Р.734
Сядриста Ю. О. 1.Р.783
Танькут В. О. 1.Р.464
Танькут О. В. 1.Р.474
Тарабаров С. О. 1.Р.288, 1.Р.413, 1.Р.545, 1.Р.550
Таран С. Т. 1.Р.901, 1.Р.907
Тараненко Т. В. 1.Р.818, 1.Р.910
Таранов В. В. 1.Р.41, 1.Р.70
Тарасенко Г. П. 1.Р.754
Тарасенко О. Р. 1.Р.281, 1.Р.526
Тарасенко Т. Є. 1.Р.536
Тарасова Т. С. 1.Р.317
Тарахта А. О. 1.Р.898
Тарнавська С. І. 1.Р.275, 1.Р.785
Татарчук О. М. 1.Р.299, 1.Р.310, 1.Р.342, 1.Р.793
Татарчук Т. Ф. 1.Р.672, 1.Р.677, 1.Р.682
Твердохлєбова Н. Є. 1.Р.125
Тверезовська І. І. 1.Р.348
Теличко Д. В. 1.Р.228
Теплюк Ю. В. 1.Р.570
Терехов Г. В. 1.Р.459
Терешкович О. В. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.535, 1.Р.832, 1.Р.834
Терлеєва Я. С. 1.Р.90, 1.Р.510
Тертишна О. В. 1.Р.896, 1.Р.899
Тесленко С. В. 1.Р.660
Тетеріна С. М. 1.Р.532
Тимофєєв Р. М. 1.Р.614
Тимофєєва Л. М. 1.Р.570
Титаренко Н. В. 1.Р.699
Тихолаз В. О. 1.Р.141
Тихолаз О. В. 1.Р.141
Тихончук Л. Х. 1.Р.49
Тищенко Н. І. 1.Р.23
Тімашков І. П. 1.Р.27
Ткалик О. М. 1.Р.794, 1.Р.872
Ткач В. Є. 1.Р.218
Ткач Є. П. 1.Р.278
Ткач І. Я. 1.Р.199
Ткач Н. О. 1.Р.102
Ткач О. А. 1.Р.528
Ткач С. В. 1.Р.494
Ткач С. М. 1.Р.308, 1.Р.309, 1.Р.311, 1.Р.313, 1.Р.316, 1.Р.318, 1.Р.319, 1.Р.322, 1.Р.323, 1.Р.339, 1.Р.546
Ткачева Т. М. 1.Р.802
Ткаченко О. Я. 1.Р.940
Ткачик С. В. 1.Р.537
Ткачишин В. С. 1.Р.213
Ткачишина К. С. 1.Р.576
Ткачук О. Ю. 1.Р.494
Ткачук Р. В. 1.Р.765
Товкай О. А. 1.Р.553, 1.Р.554, 1.Р.555
Тодеріка Я. І. 1.Р.516
Тодоріко Л. 1.Р.518
Тодоріко Л. Д. 1.Р.286, 1.Р.516, 1.Р.521
Тодуров І. М. 1.Р.391
Токарева Н. М. 1.Р.789
Толмачова К. С. 1.Р.274
Толстанов К. О. 1.Р.86
Толстанов О. К. 1.Р.83, 1.Р.95, 1.Р.822, 1.Р.845
Томащук Ю. С. 1.Р.895
Томила Т. В. 1.Р.23
Томин І. В. 1.Р.262
Томків З. В. 1.Р.799
Томків Я. В. 1.Р.799
Тончев М. Д. 1.Р.599, 1.Р.609
Торбас О. О. 1.Р.245
Тохтамишев М. О. 1.Р.477
Третьякова А. І. 1.Р.455
Третяк В. Ф. 1.Р.22
Третяк І. Б. 1.Р.455
Тріщинська М. А. 1.Р.917
Трофімова П. С. 1.Р.522
Трохимчук В. В. 1.Р.166, 1.Р.497
Троцький Г. М. 1.Р.799
Трутаєва Л. М. 1.Р.172, 1.Р.332
Трутяк І. Р. 1.Р.434
Туляков В. О. 1.Р.473
Туманова Л. Є. 1.Р.663, 1.Р.705
Туманський В. О. 1.Р.373
Тупичак Р. М. 1.Р.888
Туранська С. П. 1.Р.192
Туров В. В. 1.Р.192
Турчененко С. О. 1.Р.636
Тутченко Т. М. 1.Р.582, 1.Р.672, 1.Р.683, 1.Р.684
Тухтарян Р. А. 1.Р.684
Тучкіна І. О. 1.Р.955
Убогов С. Г. 1.Р.166
Удворгелі Л. І. 1.Р.18
Удод О. А. 1.Р.618
Узел К. 1.Р.732
Уманець Т. Р. 1.Р.937
Усачова О. В. 1.Р.715
Усенко О. Ю. 1.Р.424, 1.Р.534
Утукина А. А. 1.Р.751
Ушенін Ю. В. 1.Р.219
Фадєєв О. Г. 1.Р.408
Фадєєнко Г. Д. 1.Р.300, 1.Р.307, 1.Р.314, 1.Р.321, 1.Р.324, 1.Р.331, 1.Р.337, 1.Р.344, 1.Р.346, 1.Р.502
Фазылова А. Ш. 1.Р.760
Файфура В. В. 1.Р.154
Фаузі Є. С. 1.Р.610
Фаюра О. П. 1.Р.334
Федоренко О. Є. 1.Р.39, 1.Р.84, 1.Р.565, 1.Р.567
Федорець А. В. 1.Р.734
Федорич П. В. 1.Р.572, 1.Р.659
Федоров С. В. 1.Р.262, 1.Р.492
Федорова Н. 1.Р.291
Федорова У. В. 1.Р.577
Ферко М. Р. 1.Р.334
Ферфецька К. В. 1.Р.355
Фесенко Г. Д. 1.Р.45
Фесянов П. О. 1.Р.49
Фецич О. Ю. 1.Р.633
Фещенко Ю. І. 1.Р.90, 1.Р.525
Фіалковська А. О. 1.Р.781, 1.Р.796

Фідельський В. В. 1.Р.897
Фік В. Б. 1.Р.619, 1.Р.620
Філатова В. С. 1.Р.637
Філатова І. А. 1.Р.901, 1.Р.907
Філер Є. 1.Р.592
Філімонова І. В. 1.Р.354
Фіщук О. 1.Р.613
Фліс П. С. 1.Р.638
Фломін Ю. В. 1.Р.255, 1.Р.597
Флуд В. В. 1.Р.664
Фоменко Н. М. 1.Р.769
Фомін В. Г. 1.Р.846
Фофанов В. О. 1.Р.944
Фофанов О. Д. 1.Р.944
Френкель Ю. Д. 1.Р.593
Фролов В. Ф. 1.Р.127
Фролова Т. В. 1.Р.744
Фролова-Романюк Е. Ю. 1.Р.408
Фурдик В. Д. 1.Р.43
Фурман Д. Д. 1.Р.551
Хабчук В. С. 1.Р.61
Хамді Кхаем 1.Р.584
Хамроев У. А. 1.Р.842
Ханес Г. С. 1.Р.754
Ханіна О. І. 1.Р.49
Хапченкова Д. С. 1.Р.724, 1.Р.918
Харапонова О. Б. 1.Р.170
Харченко В. В. 1.Р.493
Харченко Є. І. 1.Р.25
Харченко Н. В. 1.Р.308, 1.Р.311, 1.Р.313, 1.Р.316, 1.Р.323
Харченко Ю. П. 1.Р.875
Хасанова С. С. 1.Р.760
Хаустова К. М. 1.Р.18
Хворост О. П. 1.Р.202
Хитрина Н. В. 1.Р.568
Хлуновська Л. Ю. 1.Р.956
Хмизов С. О. 1.Р.860, 1.Р.862
Ходзинська Ю. Ю. 1.Р.825
Хома М. В. 1.Р.825, 1.Р.830, 1.Р.851
Хома Р. Є. 1.Р.171
Хоменко В. С. 1.Р.430, 1.Р.439
Хоменко Л. В. 1.Р.430
Хоменко О. Ю. 1.Р.435
Хомут Ю. В. 1.Р.469
Хоркавий Ю. З. 1.Р.280
Хорошая О. А. 1.Р.806
Храмцов Д. М. 1.Р.87
Христич Т. М. 1.Р.356
Христосенко Р. В. 1.Р.219
Хуссейні С. Ф. 1.Р.839, 1.Р.844, 1.Р.847
Хухліна О. С. 1.Р.278
Цапенко Ж. М. 1.Р.177
Царик І. О. 1.Р.375
Цвіренко С. М. 1.Р.784
Целуйко В. Й. 1.Р.271
Целух В. А. 1.Р.875
Цеменко К. В. 1.Р.274
Цзян Хао 1.Р.455
Цивунін В. В. 1.Р.180
Циганик Л. В. 1.Р.395
Циганков С. А. 1.Р.184
Циганок Т. В. 1.Р.106
Цигикало О. В. 1.Р.928
Цимбаліста О. Л. 1.Р.811
Цимбалюк В. І. 1.Р.455
Цимбалюк Я. В. 1.Р.455
Цимбалюк-Волошин І. П. 1.Р.893
Ципочка Ю. В. 1.Р.218
Цубанова Н. А. 1.Р.172
Цюняк О. 1.Р.10
Чабан М. П. 1.Р.3, 1.Р.5, 1.Р.8, 1.Р.143
Чабан Т. І. 1.Р.203
Чабаненко Д. С. 1.Р.463
Чайка К. В. 1.Р.720
Чайківська Е. Ф. 1.Р.948
Чайковська С. М. 1.Р.454
Чаплинська Н. В. 1.Р.492
Чебанюк С. В. 1.Р.601
Чеверда А. І. 1.Р.472, 1.Р.863
Чеверда Т. Л. 1.Р.339
Чемес В. В. 1.Р.395
Ченчик Т. О. 1.Р.251
Чепурний Ю. В. 1.Р.649
Червиць Г. К. 1.Р.391
Чергінець Л. М. 1.Р.749
Черевань Т. О. 1.Р.747
Чередник Ю. О. 1.Р.510
Черелюк Н. І. 1.Р.338
Черепньов І. А. 1.Р.121
Чернеда Л. О. 1.Р.581
Чернецька Н. В. 1.Р.489
Черних В. В. 1.Р.182
Чернишов В. А. 1.Р.237, 1.Р.389
Чернишук С. С. 1.Р.823
Черній В. І. 1.Р.258, 1.Р.437
Черно В. С. 1.Р.593
Чернова В. М. 1.Р.331, 1.Р.346
Чернуха Л. С. 1.Р.675
Чернявська М. Л. 1.Р.942
Чернявська Ю. І. 1.Р.874
Черняк А. М. 1.Р.337
Черняк В. А. 1.Р.450
Черняшова В. В. 1.Р.335
Чехлова О. В. 1.Р.490
Чибісова І. В. 1.Р.88, 1.Р.90
Чірва В. Б. 1.Р.568
Чорій М. В. 1.Р.18
Чорнопищук Р. М. 1.Р.868
Чуб О. В. 1.Р.660
Чуб О. І. 1.Р.359, 1.Р.660
Чудова Н. І. 1.Р.808
Чуклін С. М. 1.Р.443, 1.Р.444
Чуклін С. С. 1.Р.443, 1.Р.444
Чукур О. О. 1.Р.678
Чумак О. Ю. 1.Р.758
Чумаченко С. М. 1.Р.121
Чурсина Н. С. 1.Р.888
Чухраєв М. В. 1.Р.459
Чхаїдзе О. Т. 1.Р.449
Шавлюк Р. В. 1.Р.833
Шадрін О. Г. 1.Р.764, 1.Р.795
Шаєнко З. О. 1.Р.617
Шайдич В. Д. 1.Р.799
Шалагай С. М. 1.Р.418, 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524, 1.Р.832
Шаламай М. О. 1.Р.56
Шалковський Є. І. 1.Р.471
Шальмін О. С. 1.Р.734
Шамрай М. Ю. 1.Р.499, 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.834
Шаповал І. І. 1.Р.471
Шахова О. О. 1.Р.275
Шаяхметова Г. М. 1.Р.643
Швед М. І. 1.Р.265
Швейкіна В. Б. 1.Р.920
Швець О. В. 1.Р.307, 1.Р.336
Швець О. М. 1.Р.521, 1.Р.891
Шебеко С. К. 1.Р.182
Шевельов О. В. 1.Р.468
Шевельова О. В. 1.Р.482, 1.Р.483
Шевцова З. І. 1.Р.3, 1.Р.5, 1.Р.8, 1.Р.143
Шевцова О. М. 1.Р.303, 1.Р.607
Шевченко Б. Ф. 1.Р.413, 1.Р.414, 1.Р.545
Шевченко М. Ю. 1.Р.68, 1.Р.75
Шевченко О. М. 1.Р.372, 1.Р.494
Шевченко О. С. 1.Р.286, 1.Р.521
Шевченко Р. Л. 1.Р.715
Шевченко Ю. Ю. 1.Р.68, 1.Р.75
Шевчук Д. В. 1.Р.95
Шемаруліна А. І. 1.Р.197
Шепітько К. В. 1.Р.617
Шеремет М. І. 1.Р.369, 1.Р.412
Шестакова О. Д. 1.Р.508, 1.Р.513, 1.Р.524
Шикула Р. Г. 1.Р.280
Шило М. М. 1.Р.932
Шило О. Р. 1.Р.791
Шимко В. В. 1.Р.431
Широков О. В. 1.Р.23
Ширшов Ю. М. 1.Р.219
Шишкань-Шишова К. О. 1.Р.388
Шищук В. Д. 1.Р.50
Шідловський В. О. 1.Р.368, 1.Р.369, 1.Р.409, 1.Р.412
Шідловський О. В. 1.Р.369, 1.Р.409, 1.Р.412
Шкандрій С. Б. 1.Р.769
Шкапо В. Л. 1.Р.237
Шкарівський Ю. Л. 1.Р.394
Шкатула Ю. В. 1.Р.158
Шкільняк Л. І. 1.Р.629
Школьний С. Ю. 1.Р.815
Шкробанець І. Д. 1.Р.96
Шлапа Ю. Ю. 1.Р.27
Шнайдер С. А. 1.Р.632
Шорніков А. В. 1.Р.614
Шоробура М. С. 1.Р.487
Шостак М. А. 1.Р.403
Шостакович-Корецька Л. Р. 1.Р.482, 1.Р.483
Шпетний О. А. 1.Р.617
Шпиленко О. Ф. 1.Р.442
Штриголь Д. В. 1.Р.183
Штриголь С. Ю. 1.Р.175, 1.Р.176, 1.Р.178, 1.Р.179, 1.Р.180, 1.Р.183, 1.Р.185, 1.Р.197
Штрімайтіс О. В. 1.Р.151
Шульга А. В. 1.Р.861
Шумко Г. І. 1.Р.278
Шупенько М. М. 1.Р.585
Шупер В. О. 1.Р.278
Шурма А. І. 1.Р.312
Шустерман Т. Й. 1.Р.614
Щеглов Д. В. 1.Р.592, 1.Р.600, 1.Р.601, 1.Р.602, 1.Р.608
Щербак В. В. 1.Р.940
Щербак Е. В. 1.Р.169
Щербиніна М. Б. 1.Р.297
Щербіна О. В. 1.Р.534
Эргашев Б. Б. 1.Р.842
Юдкевич Т. К. 1.Р.274
Юзвенко Т. Ю. 1.Р.675, 1.Р.686
Юнгін О. С. 1.Р.17, 1.Р.406
Юр'єва Л. М. 1.Р.614
Юрцева А. П. 1.Р.944
Юсипчук У. В. 1.Р.250
Ющенко Л. О. 1.Р.141
Яворовський О. П. 1.Р.23
Яворський А. 1.Р.216
Ягенський А. В. 1.Р.246
Ягмур В. Б. 1.Р.293, 1.Р.341, 1.Р.342
Ядловський О. Є. 1.Р.184
Яковенко О. К. 1.Р.281, 1.Р.283
Яковичук Н. Д. 1.Р.481
Яковлева Л. М. 1.Р.271
Якубець О. А. 1.Р.403
Якушкін Є. С. 1.Р.860
Ямборко Г. В. 1.Р.188
Янковська Д. О. 1.Р.456
Янковський О. А. 1.Р.456
Яресько О. В. 1.Р.853
Ярешко В. Г. 1.Р.354, 1.Р.442
Ярешко Н. О. 1.Р.400
Яркова Н. В. 1.Р.68, 1.Р.75
Ярмолюк С. М. 1.Р.184
Яров Ю. Ю. 1.Р.636
Ярова С. П. 1.Р.636
Ясницька Е. Г. 1.Р.493
Ястремська І. О. 1.Р.265
Яцков М. В. 1.Р.105
Яцула М. С. 1.Р.763, 1.Р.799
Aedla N. R. 1.Р.729
Afshari M. 1.Р.737
Aggoune S. 1.Р.774
Ahn J. 1.Р.440
Akhanova N. Y. 1.Р.33
Akhmedov E. Yu. 1.Р.207
Aksonova I. I. 1.Р.206
Albert C. M. 1.Р.661
Aminisefat A. 1.Р.737
Amirian S. 1.Р.737
Andrievsky A. G. 1.Р.731
Andriychuk N. Y. 1.Р.604
Antoniv A. A. 1.Р.362
Antonova O. I. 1.Р.588
Arseniev O. V. 1.Р.160
Atiqur Rahman 1.Р.951
Babich O. V. 1.Р.30
Bahfie F. 1.Р.34
Balytskyy V. V. 1.Р.447
Baranenko R. 1.Р.615
Baula O. P. 1.Р.186
Baulin D. S. 1.Р.94
Bazi A. 1.Р.737
Bektas M. 1.Р.120
Belchina Y. B. 1.Р.382
Belchina Yu. B. 1.Р.376
Belli S. 1.Р.642
Beniuk S. V. 1.Р.689
Benyuk V. O. 1.Р.689, 1.Р.741
Berezin A. E. 1.Р.268
Biberoglu K. 1.Р.687
Bida O. V. 1.Р.625
Biduchak A. S. 1.Р.54
Bobkovych K. 1.Р.504
Bobrova N. O. 1.Р.63
Bogaert G. 1.Р.952
Bogueva D. 1.Р.116
Bokhonko R. L. 1.Р.432
Bondarchuk O. M. 1.Р.261
Bondarenko T. V. 1.Р.923
Bondareva O. O. 1.Р.264
Bredun O. 1.Р.941
Brunjadze S. 1.Р.377, 1.Р.605
Bryhada O. V. 1.Р.129
Bukhtiarova T. 1.Р.191

Butikofer L. 1.P.662
Caner Baysan 1.P.149
Casais P. 1.P.730
Charlorin P. 1.P.851
Cherniavskyi V. V. 1.P.580
Chernobrovchenko V. S. 1.P.32
Chernova V. M. 1.P.350
Cherviakova S. A. 1.P.376, 1.P.382
Chikhradze A. 1.P.377
Chukray N. L. 1.P.935
D'Souza R. 1.P.730
Davydova N. V. 1.P.397
Demchenko V. L. 1.P.35
Demianovych T. M. 1.P.432
Denison F. C. 1.P.729
Denova L. D. 1.P.365
Denysenko O. M. 1.P.206
Diachenko O. 1.P.615
Diamond A. 1.P.729
Didenkul N. V. 1.P.731
Diehl C. 1.P.108, 1.P.707
Dieva T. 1.P.79
Dieva T. V. 1.P.78
Dogan H. S. 1.P.952
Doroshak A. I. 1.P.432
Doroshenko S. I. 1.P.930
Dreval Yu. D. 1.P.129
Druzhinin A. A. 1.P.223
DuBuske L. 1.P.279
Dudarko O. A. 1.P.193
Dyadyura K. O. 1.P.32
Dyndar O. A. 1.P.741
Elimam N. E. 1.P.590
Elizabeth J. 1.P.500
Emelyanov D. V. 1.P.351
Emelyanova N. Yu. 1.P.351
Eraslan O. 1.P.642
Eskitascioglu G. 1.P.642
Fadieienko G. D. 1.P.350
Fannan A. 1.P.655
Fedorchenko V. I. 1.P.63
Fedorov S. V. 1.P.264
Fedorova N. S. 1.P.328
Fedorova T. D. 1.P.29
Fedulenkova Yu. Ya. 1.P.160
Fesenko O. I. 1.P.30
Fesenko V. I. 1.P.260
Feyza Gokben Kahveci 1.P.883
Filak Ya. F. 1.P.298
Filipenko V. A. 1.P.478
Filipets N. D. 1.P.604
Filippova A. Yu. 1.P.357
Fircak M. 1.P.325
Firmansyah Yo. 1.P.500
Friederichsen L. 1.P.662
Friesen I. 1.P.52
Furdychko O. 1.P.107
Gabdullin M. T. 1.P.33
Gasso V. Ya. 1.P.215
Gavrylyuk N. A. 1.P.33
Gaydar Yu. A. 1.P.328
Glazunov O. A. 1.P.130
Goloskokova A. 1.P.378
Goncharenko L. A. 1.P.35
Goncharenko V. M. 1.P.741
Gorbyk P. P. 1.P.193
Gosal D. 1.P.500
Grinchuk M. M. 1.P.460
Gruzdeva A. A. 1.P.130
Grygorian E. K. 1.P.160
Grynko T. V. 1.P.53
Guda B. B. 1.P.382
Gumeniuk K. V. 1.P.460
Gupta R. K. 1.P.626
Gutierrez-Castrellon P. 1.P.938
Gutor T. G. 1.P.51
Hancock B. W. 1.P.717
Handoko A. S. 1.P.34
Harahuts Yu. I. 1.P.531
Haroon M. Z. 1.P.93
Hasan A. 1.P.109
Hasret Ayyildiz Civan 1.P.883
Haurylenka D. I. 1.P.363
Hendsun H. 1.P.500
Herlina U. 1.P.34
Hernandez L. 1.P.938
Herrmann B. 1.P.215
Holovkin V. V. 1.P.206
Hor K. 1.P.729
Horielyshev S. A. 1.P.94
Hryhorieva N. P. 1.P.397
Hrynchuk N. 1.P.191
Hryshchuk L. 1.P.52
Hurzhii O. I. 1.P.921
Husieva T. A. 1.P.486
Hvozdecka L. S. 1.P.580
Hychka N. M. 1.P.741
Ilashchuk T. 1.P.504
Isaiev O. A. 1.P.653
Ishchenko L. 1.P.191
Iurzhenko M. V. 1.P.35
Ivanets H. V. 1.P.94
Ivanets M. H. 1.P.94
Ivanov D. D. 1.P.365
Ivanova A. S. 1.P.486
Ivanova M. D. 1.P.160
Jamil B. 1.P.93
Jimenez-Escobar I. 1.P.938
Jimenez-Gutierrez C. 1.P.938
Joshi M. 1.P.109
Jukic M. 1.P.118
Jyrki Makela 1.P.433
Kajaia M. 1.P.377
Kandybei N. V. 1.P.205
Kapiton A. 1.P.615
Kasungu L. F. 1.P.739
Katamadze Sh. 1.P.377
Kaushanska O. V. 1.P.362, 1.P.381
Kavyn V. O. 1.P.65
Keag O. 1.P.729
Keikhaie K. R. 1.P.737
Kekenadze M. 1.P.377, 1.P.605
Khan M. J. 1.P.93
Khara G. I. 1.P.160
Kharchenko R. A. 1.P.531
Kharmanska I. B. 1.P.922
Khomenko I. P. 1.P.460
Kliuchka Ya. 1.P.21
Kmet O. G. 1.P.604
Kmet T. I. 1.P.604
Kniazieva O. V. 1.P.260
Kobets A. V. 1.P.268
Kobylinskyi S. M. 1.P.35
Kochuiev G. I. 1.P.248
Kochuieva M. M. 1.P.248
Kolesnikov A. S. 1.P.29
Kolisnyk S. V. 1.P.207
Komisarenko M. A. 1.P.207
Kopchak A. V. 1.P.631
Kopytsya M. P. 1.P.268
Korniichuk N. M. 1.P.193
Korniievska V. H. 1.P.205
Korniievskyi Yu. I. 1.P.205
Korol O. 1.P.378
Korrapati N. H. 1.P.109
Korzh M. O. 1.P.478
Kosakivska I. 1.P.941
Kostyshyn A. B. 1.P.64
Koval H. 1.P.279
Kovalevska I. V. 1.P.627
Kovaliuk T. V. 1.P.689
Kovtunenko O. V. 1.P.655
Kovzun O. I. 1.P.376, 1.P.382
Kozlov S. V. 1.P.160
Kravchenko Y. V. 1.P.689
Krivaya C. V. 1.P.627
Krupskyi O. P. 1.P.53
Krychun I. I. 1.P.922
Kryvoshei V. V. 1.P.357
Kucuk O. 1.P.642
Kulyk T. V. 1.P.193
Kurinna O. G. 1.P.350
Kurtash O. O. 1.P.752
Kurudamannil R. A. 1.P.109
Kuryk O. H. 1.P.447
Kushnir I. E. 1.P.350
Kusyak A. P. 1.P.193
Kusyak N. V. 1.P.193
Kutsevol N. V. 1.P.531
Kuzmin N. V. 1.P.731
Kvashnina A. A. 1.P.852
Labunets O. 1.P.79
Labunets O. V. 1.P.78
Labunets V. 1.P.79
Labunets V. A. 1.P.78
Lamza N. V. 1.P.655
Latypova M. A. 1.P.29
Lazorenko Ya. P. 1.P.222
Legrara H. 1.P.380
Leng J. 1.P.687
Leshchuk S. Ey. 1.P.935
Levenets S. 1.P.884
Liakh-Kaguy N. S. 1.P.223
Liapunova O. O. 1.P.627
Lira-Hernandez K. 1.P.938
Lisianyi O. M. 1.P.541
Lizogub V. G. 1.P.261
Loban G. A. 1.P.63
Lohr M. 1.P.357
Lopez-Velazquez G. 1.P.938
Los O. V. 1.P.186
Losytskyy M. Yu. 1.P.531
Louima O. 1.P.851
Lukavenko I. M. 1.P.221
Lukinac J. 1.P.118
Lurin I. A. 1.P.460
Lutai I. V. 1.P.486
Lyschenko D. V. 1.P.655
Lysytsia Yu. N. 1.P.780
Maidanyuk V. P. 1.P.460
Maksymenko A. I. 1.P.934
Malhame I. 1.P.730
Malyi R. R. 1.P.541
Mamilov S. O. 1.P.222
Mamitova A. D. 1.P.29
Manasova G. S. 1.P.731
Marchuk M. S. 1.P.589
Maria A. G. 1.P.851
Marinova D. 1.P.116
Marrero J. 1.P.440
Martyniuk V. Yu. 1.P.921
Maslii Yu. S. 1.P.627
Maslov O. Yu. 1.P.207
Matviychuk O. B. 1.P.432
Matvyeyeva S. L. 1.P.520
Matysina Z. A. 1.P.33
Maya-Barrios A. 1.P.938
Mazur I. P. 1.P.623
Mehmet Ugur Karabat 1.P.149
Melnikov O. 1.P.941
Melnychenko M. G. 1.P.852
Mikhalchuk O. Ya. 1.P.745
Milevskyi S. 1.P.21
Milne A. 1.P.729
Mirzaie H. 1.P.737
Misyura A. G. 1.P.222
Mitsai V. P. 1.P.222
Mochulska O. 1.P.884
Moghadam M. N. 1.P.737
Moiseienko R. O. 1.P.921
Monoarul Islam Talukder 1.P.953
Morgachova G. K. 1.P.655
Moshenets K. I. 1.P.379
Mozu V. I. 1.P.206
Mudrak H. 1.P.107
Mudrak O. 1.P.107
Muge Hendek Ertop 1.P.120
Murji A. 1.P.687
Myroshnychenko M. S. 1.P.160
Mysiuk V. O. 1.P.92
Nag M. 1.P.626
Naizabekov A. B. 1.P.29
Nastych M. M. 1.P.326
Nazar O. V. 1.P.921
Nebel S. 1.P.662
Nedzvetska N. V. 1.P.327
Nedzvetsky V. S. 1.P.215
Negoduiko V. V. 1.P.460
Neverovskyi A. V. 1.P.580
Nevoia M. V. 1.P.780
Nezhyva M. O. 1.P.92
Nicka O. M. 1.P.922
Nijman J. M. 1.P.952
Nika O. M. 1.P.362, 1.P.381
Nikiforova Ya. V. 1.P.350
Nikolchenko O. A. 1.P.30
Nine V. A. 1.P.661
Nomerovska E. E. 1.P.78
Novitsky R. O. 1.P.215
Novoshytskyy V. E. 1.P.623
Novykova O. O. 1.P.94
Nurjaman F. 1.P.34
Nykytyuk S. 1.P.884
Ojetunde A. O. 1.P.387
Oleksyn K. Z. 1.P.624
Oleshko V. F. 1.P.741
Olkhovsky V. O. 1.P.160
Oranska O. I. 1.P.193
Ortiz-Hernandez A. 1.P.938
Ostadrahimi P. 1.P.737
Ostrovska K. O. 1.P.223
Ostrovskii I. P. 1.P.223
Othman M. 1.P.730
Ozgul Salihoglu 1.P.883
Palianytsia B. B. 1.P.193
Pallikaris I. 1.P.653
Panasenko O. I. 1.P.206
Panda A. 1.P.32
Panteleienko L. V. 1.P.590
Parakhoniak V. V. 1.P.256
Parooie F. 1.P.737
Pashkovska N. 1.P.279
Pavlyukovich N. D. 1.P.362
Peigne R. 1.P.851
Pertseva N. O. 1.P.379
Petranovska A. L. 1.P.193

Petyunina O. V. 1.P.268
Pidgaiska O. O. 1.P.478
Pidverbetska O. V. 1.P.55
Pidverbetskyi O. Ya. 1.P.55
Pierre G. S. 1.P.851
Podgaina M. V. 1.P.77
Polanska V. P. 1.P.63
Polianytsia I. M. 1.P.432
Poluian S. M. 1.P.207
Pomytkin A. P. 1.P.33
Popov S. V. 1.P.746
Popova O. M. 1.P.460
Popovych D. V. 1.P.935
Popovych I. O. 1.P.541
Popsuishapka K. O. 1.P.478
Potabashniy V. A. 1.P.260
Prasetyo E. 1.P.34
Pratap B. 1.P.626
Profatylo A. O. 1.P.746
Prysiazhniuk I. 1.P.504
Prysyazhnyuk V. 1.P.504
Psarova V. H. 1.P.248
Pushkarev V. M. 1.P.376, 1.P.382
Pushkarev V. V. 1.P.376, 1.P.382
Pypa L. V. 1.P.780
Rachinsky S. 1.P.79
Rachinsky S. V. 1.P.78
Radchenko V. O. 1.P.478
Radmayr C. 1.P.952
Rahimova I. 1.P.378
Raksha N. G. 1.P.261
Rawashdeh Y. F. H. 1.P.952
Razumniy R. V. 1.P.287
Reddy R. 1.P.440
Reho O. Yu. 1.P.352
Reji F. 1.P.109
Reynolds R. M. 1.P.729
Rizwan Ahmad Khan 1.P.951
Rozhko M. M. 1.P.624
Ruban O. A. 1.P.627
Ruda V. I. 1.P.780
Rudakova O. P. 1.P.33
Rybalchenko V. F. 1.P.852
Sabbir Karim 1.P.953
Sabovchyk K. V. 1.P.352
Salekhi D. D. 1.P.397
Saliy O. O. 1.P.186
Sandrakov G. 1.P.231
Sapalov S. A. 1.P.641
Saturska H. 1.P.52
Savchuk O. M. 1.P.261
Savonik S. M. 1.P.930
Savvova O. V. 1.P.30
Schnayder S. 1.P.79
Schnayder S. A. 1.P.78
Seckl M. 1.P.717
Seher Palanbek Yavas 1.P.149
Semianiv I. 1.P.279
Serdiuk V. M. 1.P.653
Seredyuk N. M. 1.P.256
Seredyuk V. N. 1.P.256
Sermer M. 1.P.730
Shagufta Wahab 1.P.951
Shahramian I. 1.P.737
Shaienko Z. 1.P.384
Shamekhi F. 1.P.364
Sharovatova O. P. 1.P.129
Shchur D. V. 1.P.33
Shehata N. 1.P.730
Sheikh M. 1.P.737
Shevchenko O. 1.P.279
Shevchenko O. S. 1.P.520
Shmatko O. 1.P.21, 1.P.378
Shovkova Z. V. 1.P.207
Shpak I. V. 1.P.731
Shumynskyi Ie. V. 1.P.631
Shypulin V. P. 1.P.580
Sichkoriz O. Ye. 1.P.51
Silay M. S. 1.P.952
Silivontchik N. N. 1.P.117, 1.P.363
Silversides C. K. 1.P.730
Singh K. 1.P.383
Sirchak Ye. S. 1.P.326
Sirko A. H. 1.P.541
Skakun O. Z. 1.P.256
Skobska O. E. 1.P.541
Skoryna Yu. 1.P.205
Sliptsova N. A. 1.P.77
Smiian O. I. 1.P.746
Smyrnova Yu. O. 1.P.30
Sokolova L. I. 1.P.589
Sokolova L. K. 1.P.376, 1.P.382
Solomentseva T. A. 1.P.350
Soloviev A. I. 1.P.20, 1.P.232
Sorokina S. O. 1.P.588
Sotnikova-Meleshkina Zh. V. 1.P.745
Srinivasan C. R. 1.P.380
Srividya R. 1.P.380
Stadnyk I. S. 1.P.432
Stadnyk U. O. 1.P.935
Stasyshyn A. R. 1.P.432
Stein R. 1.P.952
Stepanov Yu. M. 1.P.327, 1.P.328, 1.P.353
Stoikevych M. V. 1.P.328
Striukov V. V. 1.P.53
Strochenko Ye. O. 1.P.80
Stryzhak V. V. 1.P.352
Stute P. 1.P.662
Sukmana I. 1.P.34
Sultana Parvin 1.P.953
Sumardi S. 1.P.34
Suprunovych I. M. 1.P.623
Susanti D. 1.P.34
Svistilnik R. V. 1.P.780
Syed Amjad Ali Rizvi 1.P.951
Symonenko I. A. 1.P.221
Szircsak Ye. S. 1.P.298, 1.P.352
Tarasova T. S. 1.P.328
Tekgul S. 1.P.952
Tereschenko L. A. 1.P.655
Tertyshnyi S. V. 1.P.460
Thomson A. J. 1.P.740
Tidy J. 1.P.717
Tishchenko V. V. 1.P.580
Titova M. V. 1.P.327
Toderika Ya. I. 1.P.55
Todoriko L. 1.P.279
Todoriko L. D. 1.P.55
Tronko M. D. 1.P.376, 1.P.382
Tsoka S. A. 1.P.298
Tsymbal B. M. 1.P.129
Turchyn M. I. 1.P.731
Turchyna V. U. 1.P.186
Tutuk V. V. 1.P.77
Tymkul D. M. 1.P.604
Tyravska Yu. V. 1.P.261
Tyshchenko D. 1.P.615
Ualkhanova M. 1.P.33
Ulrichs T. 1.P.52
Usevych I. A. 1.P.689
Ustymenko S. B. 1.P.653
Vandzhura Ya. L. 1.P.256
Vashadze Sh. 1.P.377, 1.P.605
Vasjuk V. 1.P.504
Vasylieva N. V. 1.P.922
Vatseba T. 1.P.392
Vazhnichaya E. 1.P.191
Vazov R. G. 1.P.53
Virych P. A. 1.P.531
Voloshyna L. 1.P.504
Voronov H. K. 1.P.30
Vorontsova T. 1.P.884
Vrynchanu N. 1.P.191
Wald R. M. 1.P.730
Xiumei Guo 1.P.116
Yablon O. S. 1.P.923
Yanrui Wu 1.P.116
Yashchuk V. M. 1.P.531
Yermishev O. 1.P.107
Yevseiev S. 1.P.21
Yuriev S. 1.P.279
Yuzvenko T. 1.P.383
Zachepylo S. V. 1.P.63
Zagorulko I. V. 1.P.33
Zahner C. 1.P.662
Zaika S. O. 1.P.129
Zaitsev A. V. 1.P.655
Zakharash M. P. 1.P.447
Zaliavska O. V. 1.P.362, 1.P.381
Zavhorodnia N. Yu. 1.P.353
Zemskova O. V. 1.P.541
Zhyhyr N. O. 1.P.353
Zimenkovsky A. B. 1.P.51
Zinchenko M. S. 1.P.589
Zinchuk O. H. 1.P.745
Zolotarenko An. D. 1.P.33
Zolotarenko O. D. 1.P.33
Zolotarenko Ol. D. 1.P.33
Zorii I. A. 1.P.922
Zorii N. I. 1.P.55

Покажчик періодичних та продовжуваних видань

Агроекол. журн. — 2020. — № 2
1.Р.107

Актуал. питання фармацевт. і мед. науки та практики. — 2021. — 14, № 3
1.Р.41, 1.Р.70, 1.Р.170, 1.Р.200, 1.Р.202, 1.Р.203, 1.Р.205, 1.Р.206, 1.Р.207, 1.Р.277, 1.Р.332, 1.Р.373, 1.Р.588, 1.Р.680

Архів клініч. медицини. — 2020. — № 2
1.Р.16, 1.Р.64, 1.Р.66, 1.Р.79, 1.Р.111, 1.Р.256, 1.Р.392, 1.Р.500, 1.Р.624, 1.Р.752

Архів офтальмології України. — 2022. — 10, № 1
1.Р.644, 1.Р.646, 1.Р.648, 1.Р.651, 1.Р.652

Бізнес Інформ. — 2020. — № 6
1.Р.138, 1.Р.145, 1.Р.148

Бізнес Інформ. — 2021. — № 7
1.Р.92

Буков. мед. вісн. — 2022. — 26, № 2
1.Р.54, 1.Р.60, 1.Р.104, 1.Р.168, 1.Р.263, 1.Р.270, 1.Р.312, 1.Р.355, 1.Р.397, 1.Р.405, 1.Р.481, 1.Р.489, 1.Р.604, 1.Р.620, 1.Р.638, 1.Р.685, 1.Р.922

Вісн. Вінниц. політехн. ін-ту. — 2022. — № 4
1.Р.71

Вісн. Київ. нац. ун-ту. Сер. Фіз.-мат. науки. — 2021. — Вип. 1
1.Р.216

Вісн. Київ. нац. ун-ту. Сер. Фіз.-мат. науки. — 2021. — Вип. 2
1.Р.162

Вісн. Нац. ун-ту "Львів. політехніка". Сер. Інформ. системи та мережі. — 2022. — Вип. 11
1.Р.112

Вісн. стоматології. — 2021. — 39, № 1
1.Р.78, 1.Р.623, 1.Р.625, 1.Р.631, 1.Р.641, 1.Р.930, 1.Р.935

Вісн. стоматології. — 2021. — 40, № 2
1.Р.73, 1.Р.80, 1.Р.130, 1.Р.368, 1.Р.618, 1.Р.622, 1.Р.629, 1.Р.630, 1.Р.632, 1.Р.633, 1.Р.634, 1.Р.635, 1.Р.639, 1.Р.649, 1.Р.664, 1.Р.792, 1.Р.911, 1.Р.929, 1.Р.934

Гастроентерологія. — 2021. — 55, № 3
1.Р.3, 1.Р.288, 1.Р.290, 1.Р.303, 1.Р.327, 1.Р.442, 1.Р.545, 1.Р.580

Гастроентерологія. — 2021. — 55, № 4
1.Р.143, 1.Р.299, 1.Р.325, 1.Р.326, 1.Р.328, 1.Р.341, 1.Р.354, 1.Р.356, 1.Р.363, 1.Р.414, 1.Р.550

Гастроентерологія. — 2022. — 56, № 1
1.Р.5, 1.Р.117, 1.Р.291, 1.Р.298, 1.Р.301, 1.Р.342, 1.Р.352, 1.Р.353, 1.Р.413, 1.Р.607

Гастроентерологія. — 2022. — 56, № 2
1.Р.8, 1.Р.293, 1.Р.294, 1.Р.295, 1.Р.310, 1.Р.317, 1.Р.319, 1.Р.330, 1.Р.370

Держава та регіони. Сер. Держ. упр. — 2021. — № 1
1.Р.43

Держава та регіони. Сер. Соц. комунікації. — 2021. — № 2
1.Р.81

Держава та регіони. Сер. Соц. комунікації. — 2021. — № 4
1.Р.142

Доп. НАН України. — 2021. — № 6
1.Р.124, 1.Р.376

Доп. НАН України. — 2022. — № 1
1.Р.189

Доп. НАН України. — 2022. — № 3
1.Р.181, 1.Р.382

Доп. НАН України. — 2022. — № 4
1.Р.272

Екон. вісн. ун-ту/Ун-т Григорія Сковороди в Переяславі. — 2022. — Вип. 53
1.Р.110

Збалансов. природокористування. — 2020. — № 2
1.Р.199

Здоров'я дитини. — 2021. — 16, № 1
1.Р.135, 1.Р.345, 1.Р.390, 1.Р.479, 1.Р.745, 1.Р.763, 1.Р.787, 1.Р.797, 1.Р.800, 1.Р.803, 1.Р.808, 1.Р.884, 1.Р.908

Здоров'я дитини. — 2021. — 16, № 3
1.Р.149, 1.Р.778, 1.Р.779, 1.Р.817, 1.Р.876, 1.Р.883, 1.Р.912

Інженерія природокористування. — 2020. — № 4
1.Р.121

Клініч. хірургія. — 2021. — 88, № 11/12
1.Р.372, 1.Р.400, 1.Р.423, 1.Р.424, 1.Р.428, 1.Р.429, 1.Р.431, 1.Р.436, 1.Р.437, 1.Р.444, 1.Р.445, 1.Р.453, 1.Р.460, 1.Р.465, 1.Р.509, 1.Р.535, 1.Р.552

Клініч. хірургія. — 2021. — 88, № 9/10
1.Р.296, 1.Р.407, 1.Р.419, 1.Р.420, 1.Р.421, 1.Р.422, 1.Р.434, 1.Р.438, 1.Р.441, 1.Р.443, 1.Р.459, 1.Р.527, 1.Р.534, 1.Р.538, 1.Р.540, 1.Р.544, 1.Р.551, 1.Р.657

Лікар. справа. — 2021. — № 5/8
1.Р.2, 1.Р.249, 1.Р.269, 1.Р.498, 1.Р.543, 1.Р.694

Львів. клініч. вісн. — 2022. — № 1/2
1.Р.109, 1.Р.139, 1.Р.246, 1.Р.265, 1.Р.280, 1.Р.334, 1.Р.394, 1.Р.395, 1.Р.480, 1.Р.490, 1.Р.504, 1.Р.719

Мед. перспективи. — 2022. — 27, № 1
1.Р.23, 1.Р.40, 1.Р.51, 1.Р.53, 1.Р.72, 1.Р.86, 1.Р.91, 1.Р.93, 1.Р.160, 1.Р.215, 1.Р.233, 1.Р.260, 1.Р.276, 1.Р.282, 1.Р.287, 1.Р.357, 1.Р.379, 1.Р.432, 1.Р.447, 1.Р.529, 1.Р.541, 1.Р.562, 1.Р.640, 1.Р.653, 1.Р.655, 1.Р.737, 1.Р.907

Медицина невідклад. станів. — 2022. — 18, № 1
1.Р.87, 1.Р.155, 1.Р.213, 1.Р.225, 1.Р.226, 1.Р.266, 1.Р.271, 1.Р.377, 1.Р.402, 1.Р.457, 1.Р.458, 1.Р.494, 1.Р.587

Медицина невідклад. станів. — 2022. — 18, № 2
1.Р.211, 1.Р.258, 1.Р.396, 1.Р.403, 1.Р.416, 1.Р.425, 1.Р.435, 1.Р.448, 1.Р.449, 1.Р.467, 1.Р.488, 1.Р.495, 1.Р.501, 1.Р.605, 1.Р.656, 1.Р.698

Метал та лиття України. — 2021. — 29, № 4
1.Р.11

Метал та лиття України. — 2022. — 30, № 3
1.Р.125

Мікробіологія і біотехнологія. — 2022. — № 1
1.Р.188

Наносистеми, наноматеріали, нанотехнології. — 2021. — 19, вип. 4
1.Р.30, 1.Р.222

Наук. вісн. Нац. гірн. ун-ту. — 2020. — № 6
1.Р.94, 1.Р.129

Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. — 2020. — 26, № 5
1.Р.113, 1.Р.190, 1.Р.406

Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. — 2020. — 26, № 6
1.Р.115, 1.Р.212, 1.Р.532

Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. — 2021. — 27, № 2
1.Р.201

Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. — 2021. — 27, № 3
1.Р.25

Наук. пр. Нац. ун-ту харч. технологій. — 2021. — 27, № 4
1.Р.4, 1.Р.17, 1.Р.18

Наук.-техн. бюл. Держ. н.-д. контрол. ін-ту вет. препаратів та корм. добавок і Ін-ту біології тварин. — 2021. — Вип. 22, № 1
1.Р.99, 1.Р.161

Нирки. — 2022. — 11, № 1
1.Р.358, 1.Р.359, 1.Р.360, 1.Р.361, 1.Р.364, 1.Р.365, 1.Р.660, 1.Р.661

Оптоелектроніка та напівпровідник. техніка. — 2021. — Вип. 56
1.Р.219

Ортопедия, травматология и протезирование. — 2021. — № 1
1.Р.393, 1.Р.461, 1.Р.462, 1.Р.463, 1.Р.464, 1.Р.468, 1.Р.470, 1.Р.473, 1.Р.474, 1.Р.476, 1.Р.478, 1.Р.860, 1.Р.862

Поверхня. — 2020. — Вип. 12
1.Р.169, 1.Р.192

Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. — 2021/2022. — № 16/17
1.Р.58, 1.Р.61, 1.Р.65, 1.Р.137, 1.Р.250, 1.Р.253, 1.Р.259, 1.Р.262,

1.P.264, 1.P.347, 1.P.452, 1.P.491, 1.P.492, 1.P.561, 1.P.612, 1.P.619, 1.P.709

Проблеми міцності. — 2020. — № 2
1.P.642

Проф. педагогіка. — 2020. — № 1
1.P.10, 1.P.46, 1.P.67

Репродуктив. ендокринологія. — 2020. — № 1
1.P.367, 1.P.669, 1.P.674, 1.P.683, 1.P.684, 1.P.701, 1.P.703, 1.P.706, 1.P.731, 1.P.735, 1.P.738, 1.P.741

Репродуктив. ендокринологія. — 2020. — № 2
1.P.556, 1.P.582, 1.P.662, 1.P.672, 1.P.677, 1.P.679, 1.P.687, 1.P.689, 1.P.697, 1.P.713, 1.P.720, 1.P.732

Систем. технології. — 2020. — № 3
1.P.220

Системи оброб. інформації. — 2021. — № 1
1.P.21, 1.P.103

Системи упр., навігації та зв'язку. — 2021. — Вип. 3
1.P.123, 1.P.615

Системи упр., навігації та зв'язку. — 2021. — Вип. 4
1.P.122, 1.P.378

Системи упр., навігації та зв'язку. — 2022. — Вип. 1
1.P.22, 1.P.127, 1.P.128, 1.P.456

Слобожан. наук.-спорт. вісн. — 2021. — № 5
1.P.477

Сучас. гастроентерологія. — 2021. — № 4
1.P.13, 1.P.234, 1.P.297, 1.P.302, 1.P.321, 1.P.329, 1.P.340

Сучас. гастроентерологія. — 2021. — № 5/6
1.P.14, 1.P.313, 1.P.315, 1.P.331, 1.P.336, 1.P.343, 1.P.349, 1.P.542, 1.P.793

Сучас. гастроентерологія. — 2022. — № 1/2
1.P.311, 1.P.314, 1.P.316, 1.P.320, 1.P.323, 1.P.324, 1.P.493, 1.P.502, 1.P.799

Сучас. гастроентерологія. — 2022. — № 3/4
1.P.227, 1.P.300, 1.P.305, 1.P.307, 1.P.308, 1.P.318, 1.P.549

Сучас. гастроентерологія. — 2022. — № 5/6
1.P.304, 1.P.306, 1.P.309, 1.P.322, 1.P.337, 1.P.346, 1.P.348, 1.P.350, 1.P.351

Сучас. педіатрія. Україна. — 2021. — № 2
1.P.100, 1.P.533, 1.P.759, 1.P.760, 1.P.802, 1.P.807, 1.P.918, 1.P.920, 1.P.939

Сучас. педіатрія. Україна. — 2021. — № 5
1.P.98, 1.P.136, 1.P.275, 1.P.715, 1.P.748, 1.P.772, 1.P.775, 1.P.804, 1.P.811, 1.P.872, 1.P.874, 1.P.925, 1.P.938

Сучас. педіатрія. Україна. — 2021. — № 6
1.P.505, 1.P.750, 1.P.758, 1.P.794, 1.P.810, 1.P.871, 1.P.893, 1.P.901, 1.P.915, 1.P.926

Сучас. педіатрія. Україна. — 2021. — № 7
1.P.38, 1.P.147, 1.P.506, 1.P.757, 1.P.769, 1.P.785, 1.P.796, 1.P.870, 1.P.873, 1.P.877, 1.P.880, 1.P.882, 1.P.895

Сучас. педіатрія. Україна. — 2021. — № 8
1.P.31, 1.P.56, 1.P.134, 1.P.765, 1.P.766, 1.P.767, 1.P.783, 1.P.784, 1.P.814, 1.P.897, 1.P.913

Сучас. педіатрія. Україна. — 2022. — № 1
1.P.710, 1.P.744, 1.P.782, 1.P.812, 1.P.826, 1.P.828, 1.P.904, 1.P.923, 1.P.942, 1.P.955

Сучас. педіатрія. Україна. — 2022. — № 2
1.P.48, 1.P.69, 1.P.749, 1.P.764, 1.P.777, 1.P.789, 1.P.790, 1.P.815, 1.P.852, 1.P.902, 1.P.921

Сучас. педіатрія. Україна. — 2022. — № 3
1.P.74, 1.P.141, 1.P.768, 1.P.773, 1.P.791, 1.P.805, 1.P.809, 1.P.813, 1.P.816, 1.P.818, 1.P.879, 1.P.881, 1.P.941

Сучас. педіатрія. Україна. — 2022. — № 4
1.P.780, 1.P.781, 1.P.788, 1.P.795, 1.P.798, 1.P.859, 1.P.869, 1.P.878, 1.P.903, 1.P.910, 1.P.931, 1.P.940, 1.P.956

Теорет. та эксперим. хімія. — 2021. — 57, № 4
1.P.27

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2021. — № 3
1.P.44, 1.P.163, 1.P.289, 1.P.408, 1.P.418, 1.P.499, 1.P.508, 1.P.511, 1.P.512, 1.P.528, 1.P.771

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2021. — № 4
1.P.52, 1.P.55, 1.P.82, 1.P.90, 1.P.507, 1.P.514, 1.P.523, 1.P.525

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2022. — № 1
1.P.68, 1.P.85, 1.P.88, 1.P.144, 1.P.279, 1.P.510, 1.P.522, 1.P.530, 1.P.885, 1.P.892

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2022. — № 2
1.P.165, 1.P.281, 1.P.286, 1.P.482, 1.P.513, 1.P.515, 1.P.519, 1.P.526, 1.P.734, 1.P.886, 1.P.889

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2022. — № 3
1.P.75, 1.P.283, 1.P.284, 1.P.285, 1.P.483, 1.P.496, 1.P.517, 1.P.520, 1.P.521, 1.P.524, 1.P.887, 1.P.890, 1.P.932

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2022. — № 4
1.P.42, 1.P.47, 1.P.76, 1.P.89, 1.P.503, 1.P.516, 1.P.518, 1.P.888, 1.P.891

Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2020. — № 2
1.P.566, 1.P.567, 1.P.574, 1.P.577, 1.P.583, 1.P.586, 1.P.659, 1.P.707, 1.P.905, 1.P.914

Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2022. — № 1/2
1.P.39, 1.P.84, 1.P.108, 1.P.568, 1.P.572, 1.P.575, 1.P.581, 1.P.584, 1.P.585

Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2022. — № 3/4
1.P.218, 1.P.236, 1.P.565, 1.P.569, 1.P.570, 1.P.573, 1.P.576, 1.P.578, 1.P.579

Укр. журн. Здоров'я жінки. — 2022. — № 2
1.P.668, 1.P.699, 1.P.705, 1.P.711, 1.P.717, 1.P.724, 1.P.733, 1.P.740

Укр. журн. Здоров'я жінки. — 2022. — № 3
1.P.62, 1.P.676, 1.P.682, 1.P.688, 1.P.693, 1.P.696, 1.P.702, 1.P.708, 1.P.729

Укр. журн. перинатологія і педіатрія. — 2021. — № 1
1.P.36, 1.P.97, 1.P.273, 1.P.663, 1.P.673, 1.P.692, 1.P.704, 1.P.725, 1.P.736, 1.P.762, 1.P.786, 1.P.801, 1.P.825, 1.P.843

Укр. журн. перинатологія і педіатрія. — 2021. — № 2
1.P.119, 1.P.131, 1.P.560, 1.P.564, 1.P.700, 1.P.722, 1.P.723, 1.P.727, 1.P.755, 1.P.761, 1.P.909, 1.P.937

Укр. журн. перинатологія і педіатрія. — 2021. — № 3
1.P.132, 1.P.133, 1.P.667, 1.P.681, 1.P.695, 1.P.712, 1.P.718, 1.P.721, 1.P.728, 1.P.730, 1.P.770, 1.P.776, 1.P.906

Укр. журн. перинатологія і педіатрія. — 2021. — № 4
1.P.37, 1.P.563, 1.P.666, 1.P.691, 1.P.714, 1.P.716, 1.P.726, 1.P.774, 1.P.875, 1.P.933, 1.P.936, 1.P.945, 1.P.954

Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2021. — № 4
1.P.591, 1.P.594, 1.P.600, 1.P.602, 1.P.609

Укр. інтервенц. нейрорадіологія та хірургія. — 2022. — № 1
1.P.539, 1.P.592, 1.P.598, 1.P.599, 1.P.601, 1.P.608

Укр. іст. журн. — 2021. — № 3
1.P.611

Укр. неврол. журн. — 2022. — № 1/2
1.P.255, 1.P.415, 1.P.487, 1.P.590, 1.P.595, 1.P.597, 1.P.603, 1.P.650, 1.P.917

Укр. неврол. журн. — 2022. — № 3/4
1.P.455, 1.P.471, 1.P.589, 1.P.596, 1.P.606, 1.P.645, 1.P.919, 1.P.927

Укр. терапевт. журн. — 2022. — № 1/2
1.P.114, 1.P.153, 1.P.157, 1.P.224, 1.P.239, 1.P.240, 1.P.245, 1.P.252, 1.P.267, 1.P.344, 1.P.374, 1.P.389

Укр. терапевт. журн. — 2022. — № 3/4
1.P.237, 1.P.238, 1.P.243, 1.P.247, 1.P.251, 1.P.268, 1.P.338, 1.P.371

Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — 15, № 5
1.P.20, 1.P.172, 1.P.178, 1.P.274, 1.P.557, 1.P.654

Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2021. — 15, № 6
1.P.183, 1.P.187, 1.P.191, 1.P.194, 1.P.232, 1.P.558, 1.P.593

Фармакологія та лікар. токсикологія. — 2022. — 16, № 1
1.P.176, 1.P.177, 1.P.179, 1.P.182, 1.P.185, 1.P.335, 1.P.404, 1.P.670

Фармакологія та лікар. токсикологія.— 2022.— 16, № 2

1.P.28, 1.P.171, 1.P.175, 1.P.184, 1.P.196, 1.P.197, 1.P.242, 1.P.671

Фармакологія та лікар. токсикологія.— 2022.— 16, № 3
1.P.173, 1.P.180, 1.P.195, 1.P.254, 1.P.333, 1.P.643

Фармацевт. журн. — 2021. — 76, № 6
1.P.77, 1.P.166, 1.P.186, 1.P.198, 1.P.208, 1.P.209, 1.P.210, 1.P.616, 1.P.627, 1.P.916

Фіз.-мат. моделювання та інформ. технології. — 2021. — Вип. 32
1.P.140, 1.P.231

Хімія, фізика та технологія поверхні. — 2021. — 12, № 4
1.P.35, 1.P.193

Хірургія дит. віку. — 2020. — № 3
1.P.433, 1.P.747, 1.P.824, 1.P.829, 1.P.832, 1.P.845, 1.P.857, 1.P.894, 1.P.953

Хірургія дит. віку. — 2020. — № 4
1.P.466, 1.P.820, 1.P.827, 1.P.831, 1.P.833, 1.P.834, 1.P.841, 1.P.847, 1.P.851, 1.P.856, 1.P.861, 1.P.864, 1.P.896, 1.P.951

Хірургія дит. віку. — 2021. — № 1
1.P.95, 1.P.417, 1.P.439, 1.P.475, 1.P.751, 1.P.754, 1.P.835, 1.P.838, 1.P.842, 1.P.846, 1.P.848, 1.P.849, 1.P.867, 1.P.868, 1.P.898, 1.P.943

Хірургія дит. віку. — 2021. — № 2
1.P.472, 1.P.837, 1.P.839, 1.P.844, 1.P.850, 1.P.854, 1.P.865, 1.P.866, 1.P.899, 1.P.946, 1.P.952

Хірургія дит. віку. — 2021. — № 3
1.P.426, 1.P.427, 1.P.430, 1.P.440, 1.P.756, 1.P.855, 1.P.863, 1.P.944, 1.P.947, 1.P.948, 1.P.949, 1.P.950

Хірургія дит. віку. — 2021. — № 4
1.P.571, 1.P.753, 1.P.819, 1.P.821, 1.P.822, 1.P.823, 1.P.830, 1.P.836, 1.P.840, 1.P.853, 1.P.858, 1.P.900

Ядер. фізика та енергетика. — 2021. — 22, № 3
1.P.106, 1.P.536

Cli№ical E№docri№ology a№d E№docri№e Surgery. — 2021. — № 2
1.P.257, 1.P.339, 1.P.383, 1.P.388, 1.P.391, 1.P.409, 1.P.469, 1.P.548, 1.P.553, 1.P.686

Cli№ical E№docri№ology a№d E№docri№e Surgery. — 2021. — № 3
1.P.369, 1.P.385, 1.P.411, 1.P.446, 1.P.454, 1.P.546, 1.P.547, 1.P.554, 1.P.658, 1.P.675

Cli№ical E№docri№ology a№d E№docri№e Surgery. — 2021. — № 4
1.P.366, 1.P.384, 1.P.386, 1.P.410, 1.P.412, 1.P.555, 1.P.678, 1.P.806

Easter№ Ukr. Med. J. — 2021. — 9, № 1
1.P.63, 1.P.146, 1.P.158, 1.P.241, 1.P.244, 1.P.248, 1.P.261, 1.P.362, 1.P.381, 1.P.387, 1.P.486, 1.P.739, 1.P.742, 1.P.746

Fu№ctio№al Materials. — 2020. — 27, № 1
1.P.531

J. of E№g. Scie№ces. — 2021. — 8, № 2
1.P.32

J. of №a№o- a№d Electro№ic Physics. — 2021. — 13, № 3
1.P.380, 1.P.626

J. of №a№o- a№d Electro№ic Physics. — 2021. — 13, № 4
1.P.221, 1.P.223

Metallophysics a№d Adva№ced Tech№ologies. — 2021. — 43, № 9
1.P.637

Progress i№ Physics of Metals. — 2022. — 23, № 3
1.P.33

Progress i№ Physics of Metals. — 2022. — 23, № 4
1.P.29, 1.P.34

Ukr. Food J. — 2021. — 10, № 3
1.P.120

Ukr. Food J. — 2022. — 11, № 1
1.P.116, 1.P.118