



Міністерство освіти і науки України  
Міністерство охорони здоров'я України

Вищий державний навчальний заклад України  
„Українська медична стоматологічна академія”  
Студентське наукове товариство



# НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВОЇ НАЦІЇ УКРАЇНИ

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ  
70-ї ювілейної  
Всеукраїнської  
студентської наукової конференції**

**17 квітня 2014 року**

м. Полтава

Міністерство освіти і науки України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
„Українська медична стоматологічна академія”  
Студентське наукове товариство



## НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВОЇ НАЦІЇ УКРАЇНИ

**70-а ювілейна**  
**Всеукраїнська студентська наукова конференція**

*17 квітня 2014 року*

Полтава – 2014

**Редакційна колегія:**

**проф. В.М.Ждан** – ректор Вищого державного навчального закладу України „Українська медична стоматологічна академія” – головний редактор;

**проф. І.П.Кайдашев** – проректор з наукової роботи;

**проф. К. С. Непорада** – куратор СНТ;

**доц. М.М.Рябушко** – декан медичного факультету;

**доц. А.І.Сидорова** – декан стоматологічного факультету;

**проф. К.Є.Іщейкін** – декан факультету підготовки іноземних студентів,

**студ. Г.О.Левицький** – голова Ради СНТ.

## СЕКЦІЯ №1

### Клінічна медицина: терапевтичні дисципліни

#### DYNAMICS TREATMENT OF SPASTICITY AT THE PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

**Performer:** Al Azzawi Bahaa Al Deen Fathel - students of the IV course medical faculty

**Scientific director:** PhD, Associate professor Taryanyk K.A., prof. Lytvynenko N.V.

*Chair of nervous diseases with neurosurgery and medical genetics*

*Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava.*

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune disease of the central nervous system in which gradual destruction of myelin occurs in patches throughout the brain or spinal cord or both, interfering with the nerve pathways and causing muscular weakness, loss of coordination, and speech and visual disturbances. Multiple Sclerosis belongs to the prevailing neurological disorders affecting young and middle-aged people. There are about 2 million people suffering from multiple sclerosis worldwide. The cause remains uncertain and treatment unsatisfactory. The aim of our work was to research the effectiveness of different groups of myorelaxants at the patients with (MS) in remission stage.

**Materials and methods:** Was examined 35 patients, who treated in neurological department at the base of Poltava Regional Clinical hospital/ Some of this patients was outpatients and came to clinics for examining. Patients was separated on three groups: 3 groups of patients: 1-st group (8 patients), who was treatment with Baclofen oral 10 mg three times per day; 2-nd group (9 patients) received Tizalud 2 mg oral three times per day; 3 group (10 patients) was treatment with Midocalm 50 mg oral three times per day. All patients received general treatment with Cytoflavin, Neyromidin, vitamin B. Control group (8 patients), who did not receive myorelaxants. Length of treatment was 14 days. All patients underwent clinical examination, neurological examination with examining vibration sense, MRI. For assessment of spasticity used Ashvort scale. To evaluate the quality of life of patients tested for EQ-5D scale, for diagnosis the pain used Viasual Analogue Scale. All patients at the beginning and end of the study conducted electromyography (EMG) study peripheral nerves upper and lower extremities on the unit Neuro-MVP micro, Ivanovo, Russia.

**Results.** 1. In all patient groups showed a decrease in spasticity in the limbs. 2. At patients first and second groups had a faster decrease spasticity, decrease of muscle pain according to the Viasual Analogue Scale. 3. Marked increase in the amplitude of the response to the peripheral nerves of lower extremities in patients who received treatment with Baclofen (1 group). 4. We didn't receive any changes at the vibration sense in all groups after the treatment. 5. All patients, especially first and second group, showed improvement in quality of life, improvement of gait, motor activity expansion according to the EQ - 5D scale.

#### MODERN CLINICAL PICTURE OF DRUG ALLERGY

**Executant:** Chude James Obisie student of 27 group V course medical faculty

**Supervisor:** lecturer Mulyar L.A.

*Department of Experimental and Clinical Pharmacology and Allergology*

*Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy" Poltava*

Drug allergy is one of the most important problem of modern medicine. This complication can be detected in 3,9% patients with allergic diseases. Drug allergy - allergic disease, which occurs in the drug-sensitized organism after the using of this drug. Each 20th patient which is receiving drugs in the world are accompanied with side-effects (SE). 0.5% of them are severe side effects, and 0.25% are lethal. Up to 20% of budget of health service in some countries has being spending on relief of drugs side effects. Mortality from SE has the 5th place in the world after cardiovascular diseases, lung diseases, cancer, trauma. The aim of our work was to analyze the history cases of patients wich were treated in the department of allergology and clinical immunology of Poltava regional hospital. During 6 months we overlooked the patients with different types of drug allergy. We surveyed 32 patients. The most often reason of drug allegy are antibiotics (26%), vaccines and serums (22,8%), analgesics, sulfonamides (10%). The most sensitizing way of introduction is applicational (5-12%) epidermal and inhalational (15%) and less-parenteral. There are 4 types of SE. 1. Reactions which depend on dose: pharmacological, toxic. 2. Reactions which independent from dose: immunoallergic. 3. Reactions which are a result of long-term treatment: tolerance, dependence, cumulative effects. 4. Late effects: mutagenicity, carcinogenicity, teratogenicity. Allergic reaction have a number of features: lack of interrelation with the expected pharmacological action of the drug; availability of interval between the first action of the drug and the appearance of side-effect, lack of interrelation dose - response; frequent manifestation in the form of immune reactions (skin rash, serum sickness, anaphylaxis, asthma, urticaria, angioedema, etc.). The reasons for the growth of drug allergies: widespread accessibility as a result of self-medication (possibility of acquiring of drugs without a prescription); the growth of the using of drugs by the patients; polyprogmas and polytherapy; environmental pollution by industrial waste; the infections, parasitic, viral or other diseases. Clinical classification of drug allergy: Systemic and organ-specific. Systemic reactions: anaphylaxis, vasculitis, serum sickness, drug fever, autoimmune diseases induced by drugs. Organ-specific: skin reactions – urticaria and angioedema; vasculitis; toxic epidermal necrolysis syndrome; Stevens – Johnson's syndrome; multiforme erythema; contact dermatitis; photoallergic reaction. Hematological reactions, damage of lung, kidney, liver and heart are also organ-specific reactions. Principles of drug allergy treatment are: cancel all drugs except vital, hypoallergic diet, increased water regime, chelators, infusion therapy, antihistaminic drugs, in severe cases – steroids.

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

**Виконавець: Бабенко В.І.-студ.5 курсу мед.ф-ту**

**Науковий керівник: к.мед.н. Коваль Т.І.**

**Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні продовжує набувати загрозливих масштабів, що зумовлено збереженням тенденції до щорічного збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та смертності від СНІДу. Рівень інфікованості вірусним гепатитом С (ВГС) серед ВІЛ-інфікованих є значно вищим, ніж у загальній популяції, а серед ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків сягає 90%. Дотепер залишаються нез'ясованими дійсні масштаби поширеності цих інфекцій та особливості перебігу їх мікст-форм, що обумовлює необхідність досліджень в цьому напрямку.

Мета дослідження – проаналізувати епідемічну ситуацію з ВІЛ/ВГС ко-інфекції в регіоні та особливості клінічного перебігу хронічного гепатиту С у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. Проаналізовані річні звіти Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом з 2003 по 2012 рр. та дані 1707 медичних карток пацієнтів, які знаходяться під спостереженням в Центрі. Оцінювались клініко-лабораторні дані 24 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, 12 з яких були ВІЛ/ВГС ко-інфіковані.

Результати досліджень. Проведені дослідження показали, що протягом 2003-2012 років у Полтавській області спостерігався постійний підйом захворюваності на ВІЛ-інфекцію: з 9,3 у 2003 р. до 31,2 на 100 тис. населення у 2011 р. із тенденцією до стабілізації в 2012 р. – 30,2 (по Україні - 45,5 на 100 тис. населення).

Незважаючи на активне впровадження АРТ в регіоні, смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ постійно зростає з 4,9 у 2008 до 9,4 на 100 тис. населення у 2012 р. (загальнодержавний показник у 2012 р. – 8,5 на 100 тис. населення), як і смертність ВІЛ-інфікованих від причин, не пов'язаних зі СНІДом – у 2012 році 22% від усіх причин, з яких 42% були обумовлені цирозом печінки. Станом на 2012 р. інфікованість ВГС ВІЛ-позитивних осіб, які спостерігаються в Полтавській області, визначалася на рівні 51,5%. При аналізі інфікованості ВГС залежно від шляхів передачі ВІЛ, найвищий рівень зареєстрований серед споживачів ін'єкційних наркотиків – 90,5%.

При аналізі клініко-лабораторних показників серед ВІЛ/ВГС ко-інфікованих хворих достовірно частіше, у порівнянні з моноінфекцією ВІЛ, реєструвалися прояви опортуністичних інфекцій, зокрема ангулярного хейліту, грибкових уражень нігтів, туберкульозу легень та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, інфекцій, викликаних вірусом простого герпесу, серед лабораторних змін – частіше реєструвалися лейкопенія та ознаки цитолітичного синдрому. Достовірно частіше реєструвалися побічні ефекти АРТ (антиретровірусної терапії) у хворих з ВІЛ/ХГС ко-інфекцією, зумовлені зростанням активності хронічного гепатиту С.

**Висновки:**

1. Високий рівень інфікованості ВГС серед осіб, які інфіковані ВІЛ спостерігається переважно серед споживачів ін'єкційних наркотиків (до 90,5%).

2. Серед ВІЛ/ВГС ко-інфікованих пацієнтів достовірно частіше спостерігаються прояви опортуністичних інфекцій та побічні ефекти АРТ.

## АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ПРИ ТЕЛА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

**Виконавці: Батура Н.О., Скорик І.О., Омелян І.А. – студ. 5 курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: Овчаренко Л. К.**

**Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема ТЕЛА, незважаючи на активний пошук препаратів для боротьби з даним захворюванням.

Вона займає III місце серед причин смерті від серцево-судинних захворювань. Мета дослідження: вивчення факторів ризику і основних клінічних ознак летальної тромбоемболії легеневої артерії у осіб молодого віку. Був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 20 пацієнтів (всі чоловіки), які померли від ТЕЛА в різних лікувальних закладах міста Полтава з 2003-2013 рік. Середній вік склав 37 років (від 18-50 років). Із 20 хворих 9 до розвитку ТЕЛА знаходились в кардіологічних відділеннях, 5 хворих у відділеннях онкологічного профілю, 6 у травматологічних відділеннях. Ретроспективний аналіз виявив, що всі хворі мали як мінімум 2 фактори ризику розвитку ТЕЛА. Найбільшу питому вагу серед факторів ризику займав довгий (> 5 днів) постільний режим, обумовленим хірургічним втручанням чи тяжким основним захворюванням. Аналіз шкідливих звичок виявив, що 10 (50%) пацієнтів виявились курцями, серед них 5 (25%) палили більше 1 пачки сигарет в день протягом 10 років. Ожиріння діагностовано у 5 хворих, причому у 2 ожиріння III ступеня. Індекс маси тіла 28,5 +/- 5 кг/м<sup>2</sup>. Травма виявилася фактором ризику венозної тромбоемболії у 6 випадках. Джерелом ТЕЛА у всіх випадках являлися глибокі вени нижніх кінцівок. Прижиттєво тромбоз був виявлений у 15 хворих (75%). В 4 випадках первинний тромбоембол локалізувався безпосередньо в нижній порожнистий вени, у 3 в стегновій вени, 5- ілеофemorальному сегменті, 3- в різних сегментах глибоких вен гомілки. Ретроспективний аналіз ЕКГ виявив наступні ознаки: пароксизм фібриляції передсердь, у 3 хворих у більшості випадків спостерігалась тахікардія (середня ЧСС 125 +/- 25 ударів за хвилину); блокада правої ніжки пучка Гіса спостерігалась у 6 випадках; підйом сегменту ST у відведеннях AVR, AVF, V1-3 - у 3 хворих; ознаки P.pulmonale - у 4 хворих; глибокі від'ємні зубці T у V1-3 у 4 хворих. По даних паталогоанатомічних досліджень у 17 хворих- виявлено ембол стовбура чи головних гілок легеневої артерії, у 2 - ембол дольових і сегментарних артерій, у 1 випадку причиною летальності - тромбоз дрібних гілок легеневої артерії. Висновок: ТЕЛА ускладнює перебіг багатьох захворювань терапевтичного профілю у пацієнтів різного віку. Проведений аналіз факторів ризику летальності від ТЕЛА у людей молодого віку виявив відсутність випадків ідіопатичної тромбоемболії. Кожен хворих мав як мінімум 2 фактори ризику.

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОНАРТРОЗУ

**Виконавці:** Батура Н.О., Скорик І. О., Омелян І. А. – студ. V курсу мед-ф-ту.

**Науковий керівник:** Циганенко І. В.

**Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

На остеоартроз страждає кожен п'ятий мешканець планети, являючись найпоширенішою хворобою серед патології опорно-рухового апарату. Актуальність обумовлена також високим ризиком розвитку дисфункцій колінних суглобів, що супроводжується зниженням якості життя пацієнтів та неодноразово призводить до часткового порушення працездатності або інвалідизації хворих. На гонартроз за даними різних джерел страждає біля 64% людей.

Мета дослідження. Вивчення статевого диморфізму клінічного перебігу гонартрозу (ГА) з оцінюванням рентгенологічних, сонографічних ознак патологічного процесу.

Матеріали і методи. Для цього були проаналізовані основні клінічні ознаки перебігу ГА у 57 хворих різного віку (30 чоловіків та 27 жінок). Пацієнтам на етапах лікування виконували рентгенологічне та ультразвукове дослідження колінних суглобів. Індекс тяжкості ГА (F) розраховували за формулою:  $F = C^2 + E/D$ , де C – рентгенологічна стадія, E – сума рентгеносонографічних ознак, D – тривалість клінічної маніфестації захворювання.

Результати. Аналіз результатів показав, що статевий диморфізм по відношенню до тяжкості ГА майже відсутній ( $0,86 \pm 0,067$  – чоловіки,  $0,89 \pm 0,063$  жінки). В чоловічій групі параметри F позитивно корелюють зі стадією хвороби, в жіночій – зі стадією та поширеністю захворювання. Результати дослідження свідчать про певний диморфізм перебігу ГА: так у жінок на 19% частіше діагностується субхондральний склероз, та в 3,3 рази – виявляються тільця Гоффа, але на 16% рідше виявляються кісти Бейкера. У чоловіків на 21% частіше спостерігається трабекулярний набряк, в 6,5 раз – ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки, на 37% - лігаментоз, та в 5,8 - раз перилігаментит.

Висновки. ГА має істотні гендерні особливості перебігу, з яким пов'язані тяжкість хвороби, темпи прогресування та поширеність артикулярного патологічного процесу. У чоловіків частіше реєструються кісти Бейкера, трабекулярний набряк, лігаментоз, зміни передньої хрестоподібної зв'язки, перилігаментит, а у жінок – субхондральний склероз, остеокістоз, внутрішньосуглобові тільця Гоффа.

Статевий диморфізм перебігу ГА необхідно враховувати в ранній діагностиці захворювання, проведенні раціонального диспансерного спостереження та реабілітації чоловіків та жінок.

## ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ М'ЯКОТКАННОЇ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДРАБИНЧАСТОГО М'ЯЗА

**Виконавці:** Бобко Є. М. – студ. 4 курсу мед ф-ту №1; Яременко О.О. – студ. 6 курсу мед ф-ту №1.

**Науковий керівник:** кандидат.мед.н., Страшко Є. Ю.

**Кафедра: фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Синдром драбинчастого м'яза (скаленус синдром) - група симптомів котрі включають в себе біль, оніміння та слабкість в ділянці шиї, плеча, руки. Причиною виникнення даного симптомокомплексу являється стиснення або пошкодження нервів та судин в реберно-ключичному проміжку. За статистичними даними у США 19,3% випадків СДМ призводить до втрати працездатності.

Згідно рекомендацій ВООЗ важливо починати лікування СДМ на його початкових стадіях тому що, при відсутності адекватної терапії можливе значне пошкодження нервів та судин, що в подальшому призведе до втрати працездатності або хірургічного лікування (міотомія).

Значна частина пацієнтів з даною патологією звертаються до лікарів неврологів, де проходять курс медикаментозного лікування згідно протоколу: міорелаксанти, НПЗЗ, анальгетики, масаж, лфк, інколи доводиться застосовувати блокаду плечового сплетіння, дані лікарські засоби можуть викликати масу побічних ефектів та загострення супутньої патології.

У дослідженні брали участь 10 осіб віком (20-50 років) основна група (8-жінок, 2-чоловіків) застосовували методи м'якотканної мануальної терапії та масаж на протязі 10 днів. Контрольна група 10 осіб віком (20-50 років), (7-жінок, 3-чоловіків), приймали традиційну медикаментозну терапію, курс лікування тривав 15 днів.

При лікуванні даного синдрому з застосуванням методів м'якотканної мануальної терапії після обстеження в залежності від результатів включає в себе: ПІР (постізометрична релаксація)+ ішемізація, техніки стрейн-контрестрейн, раціональної психотерапії за проф. Васильєвою (баланс емоцій). Отримані результати, допомагають зменшити кількість медикаментозних препаратів на 25-50% (в залежності від складності захворювання), рівень прояву побічних ефектів зі сторони лікарських засобів знижено на 35%, а лікувальний ефект за аналоговою шкалою болю від 0-10 балів знижено на 3-5 балів після 4 - 5 процедур.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

**Виконавці:** Боровець К.В., Чижик М.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту № 1

**Науковий керівник:** к.мед.н. Кудря І.П.

**Кафедра внутрішньої медицини № 1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Серцево-судинні захворювання посідають перше місце серед причин смертності в Україні (Горбась І.М., 2012). Важливу роль у їхньому виникненні відіграють артеріальна гіпертензія (АГ), метаболічні коморбідні стани, насамперед цукровий діабет 2 типу. Кардіоваскулярне ремоделювання, яке є патогенетичним компонентом регуляції судинного тону та гомеостазу в умовах хронічного підвищення системного артеріального тиску і метаболічних коморбідних станів, стає предиктором прогресування та ускладненого перебігу АГ. Визначення типів ремоделювання лівого шлуночка та його функціональних можливостей у хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу є актуальною проблемою кардіології.

Метою дослідження було визначення типів ремоделювання лівого шлуночка та його функціональних можливостей у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження були 26 хворих на АГ II стадії, з них 12 в поєднанні з ЦД 2-го типу. Серед них було 11 осіб чоловічої статі та 15 жіночої. Середній вік хворих становив  $49,80 \pm 0,62$  (M $\pm$ SEM, де M – середнє арифметичне значення, SEM – стандартна похибка). У всіх хворих була СН II ФК (за класифікацією NYHA).

Обстеження проводилося згідно стандартам України, що включало загальноклінічне, біохімічне дослідження, запис ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився параметричними та непараметричними методами.

У хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу встановлено збільшення кінцево-діастолічного розміру та об'єму лівого шлуночка, кінцево-сistolічного розміру та об'єму лівого шлуночка, розміру лівого передсердя у порівнянні з хворими на АГ, що має компенсаторно-приспосувальний характер за умов порушеного метаболізму при ЦД 2-го типу. Виявили у хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу достовірне збільшення товщини міжшлуночкової перегородки ( $14,60 \pm 0,22$  мм,  $P < 0,05$ ) та задньої стінки лівого шлуночка ( $13,50 \pm 0,2$  мм,  $P < 0,05$ ) на відміну від хворих на АГ ( $12,80 \pm 0,14$  мм та  $12,4 \pm 0,1$  мм). Відмічається зменшення фракції викиду у хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 ( $46,70 \pm 0,8$  %,  $P < 0,05$ ) у порівнянні з хворими на АГ ( $52,40 \pm 0,6$  %,  $P < 0,05$ ).

Збільшення маси міокарду та індексу маси міокарду лівого шлуночка хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу направлене на запобігання дефіциту енергії в міокарді і гострій серцевій недостатності. Максимальна швидкість і сила, а також енергетична ефективність скорочення в гіпертрофованому міокарді знижуються, а його функціональний резерв зменшується після виникнення вираженої гіпертрофії. Виникає комплекс підвищеного зношування гіпертрофованого міокарда.

АГ в поєднанні з ЦД 2-го типу сприяє комплексній структурно-функціональній перебудові серця з виникненням концентричної гіпертрофії (72 %) та концентричного ремоделювання (28 %) лівого шлуночка.

Висновки. Для хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2-го типу характерне переважання концентричної гіпертрофії лівого шлуночка, збільшення лінійних та об'ємних показників лівого шлуночка та передсердя, зворотна закономірність спостерігається для фракції викиду лівого шлуночка. Визначення типів ремоделювання лівого шлуночка та його функціональних можливостей у хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу є передумовою до вторинної, третинної профілактики та формування програм лікування на тлі визначення індивідуальних механізмів патогенезу прогресування захворювання.

## КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ МЕТОДОМ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

**Виконавці:** Бочкарьов М.О. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н., доц. Треумова С.І., к.мед.н., ас. Боряк В.П.

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)*

*ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава"*

Актуальність теми. На сьогодні значно розповсюдилась захворюваність на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), яка останні п'ять років збільшилася у чоловіків на 25%, у жінок – на 61%, особливо в популяції після 40 років (Чучалин А.Г., 2006; Дворецкий Л.И., 2008; Конопльова Л.Ф., Руденко Ю.В., 2009; Swedberg, et al., 2008). Зростає частота тяжкого перебігу цього захворювання, стійкої втрати працездатності та смертності. У структурі смертності ХОЗЛ посідає четверте місце у світі і складає близько 2,8 мільйонів чоловік (Чучалин А.Г., 2008). Значно збільшилась кількість хворих на хронічне легеневе серце на фоні ХОЗЛ, що посідає третє місце серед причин смертності після артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця.

Тому пошук нових методів лікування являється актуальним. Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ) – це метод патогенетичної і саногенетичної терапії, тобто пригнічуючий механізми хвороби, її патогенез і одночасно стимулюючий механізми одужання (саногенез). Являється методом вибору при неефективності традиційних методів лікування, несприйняття фармакотерапії, алергізації організму, в умовах поліморбизма і проліферації.

Наукова новизна. РДТ являється новим ефективним діючим та доповнюючим методом лікування. Клінічне вивчення його ефективності дає підставу розглядати як перспективний підхід до лікування, як до методу патогенетичної і саногенетичної терапії: підвищення ефективності терапії різних патологічних станів, попередження розвитку загострень і ускладнень хронічних захворювань. Рациональне його застосування сприяє оптимізації переходу на медикаментозно-зберігаючі технології лікування і тим самим надає користь практичній охороні здоров'я.

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку результатів суб'єктивного і об'єктивного обстеження хворих на ХОЗЛ під впливом комплексної і РДТ до і після лікування з метою оптимізації терапії.

Матеріали і методи дослідження: для оцінки суб'єктивного і об'єктивного обстеження були проаналізовані 10 історій хвороб стаціонарних хворих на ХОЗЛ<sub>ист.</sub>, що перебували на лікуванні в 4 МКЛ. Хворі розподілені на 2 групи по 10 осіб в кожній, до і після лікування. В основній групі спостереження проводилося лікування методом РДТ, в порівняльній – загальноприйнятною медикаментозною терапією. Хворі були ідентичні по віку, статі, тяжкості перебігу захворювання, вихідних клінічних показників, у середньому віці  $58,4 \pm 2,3$  роки. Оцінювалися загальноклінічні методи обстеження: скарги, огляд, об'єктивні (пальпація, перкусія, аускультация). Лікування проводилося по методиці ВНИІ пульмонології професора О.М. Кокосова. Статистичну обробку результатів проводили методом параметричної статистики, достовірність оцінювалась по t-критерію Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних свідчить, що загальним симптомом ХОЗЛ хворих обох груп була задишка, яка мала переважно експіраторний характер, виникала рано, підсилювалася при незначному фізичному навантаженні і після лікування залишалася у 6 ( $60,0 \pm 6,2$ %) хворих основної групи ( $P < 0,05$ ), тоді як в порівняльній у 8 ( $80,0 \pm 6,0$ %) хворих ( $P > 0,05$ ).

Кашель виявлявся до лікування у 7 ( $70,0 \pm 8,5$ %) хворих основної групи і у всіх хворих – порівняльній. Після лікування він зменшився, але в більшій мірі у хворих основної групи. Порушення бронхіальної прохідності внаслідок бронхоспазму, затрудненого виділення харкотиння приводило до відчуття хворими хрипів у грудній клітці, які після лікування залишалися у 2 ( $20,0 \pm 9,8$ %) хворих основної групи ( $P < 0,05$ ), тоді як в порівняльній у 5 ( $50,0 \pm 6,8$ %),  $P > 0,05$ .

Це свідчить про зменшення бронхоспазму внаслідок звільнення від "зашлакованості", зниження сенсibiliзації і гіперактивності слизової оболонки бронхів, напевно, за рахунок корекції імунного статусу.

Оцінюючи клінічний стан хворих ми враховували скарги з боку інших органів і систем, особливо серцево-судинної. Так, болі в ділянці серця спостерігалися переважно колючого характеру, супроводжувалися підсиленням задишки, ціанозу. Немаловажливу роль в їх виникненні, як пояснює О.М. Кокосов, 2007, мають такі чинники, як метаболічні

порушення в міокарді внаслідок гіпоксії та інфекційно-токсичних впливів, недостатностей колатералей у гіпертрофованому міокарді. Після лікування вони залишилися в більшій мірі у хворих, які отримували медикаментозну терапію.

В оцінці ефективності РДТ і медикаментозної терапії важливе значення мають результати об'єктивного обстеження.

При об'єктивному обстеженні після лікування в обох групах хворих зменшився ціаноз. Так, в основній групі – на 20% і залишився у 6 ( $60,0 \pm 6,2\%$ ) хворих ( $P < 0,05$ ), тоді як в порівняльній групі лише на 10% і залишився у 8 ( $80,0 \pm 6,0\%$ ) хворих ( $P > 0,05$ ). Як і задишка більш частим симптомом недостатності кровообігу являються периферійні набряки. Майже ідентичні результати отримали при їх спостереженні. Слід відмітити, що такі об'єктивні симптоми, як барабанні палички, наявність тимпанічного легеневого звуку, ослабленого везикулярного дихання (як ознак ХОЗЛ) в обох групах хворих після лікування не змінювалися ( $P > 0,05$ ), що свідчить про наявність морфологічних змін бронхолегеневого апарату, розвитку емфіземи. Зменшилося число вологих хрипів відповідно групам, які виникали в результаті порушення кровообігу в малому колі із-за ослаблення скорочувальної здатності міокарда лівого шлуночка. Це підтверджується змінами лівої і правої меж відносної серцевої тупості. Так, у хворих на ХОЗЛ основної групи після лікування число хрипів залишилося у 1 ( $10,0 \pm 9,4\%$ ) хворого ( $P > 0,05$ ), тоді як у порівняльній групі у 3 ( $30,0 \pm 6,2\%$ ) хворих ( $P > 0,05$ ). Зменшення розмірів печінки за Курловим, як в основній, так і в порівняльній групі було не достовірним ( $P > 0,05$ ). Після лікування відмічено нормалізацію артеріального тиску, пульсу в коротші строки та без корекції фармакотерапії.

Таким чином, проведений аналіз клінічних суб'єктивних і об'єктивних симптомів у обстежених хворих при проведенні РДТ і медикаментозної терапії показав, що відзначається їх суттєвий регрес, але дещо більш повільний в групі хворих, які отримували медикаментозну терапію.

Висновки. Призначення РДТ дозволяє в коротші строки, з стійким покращенням стабілізувати клінічну картину захворювання.

Отримані результати доводять більшу ефективність та доцільність проведеної реабілітації захворювання в порівнянні з результатами фармакотерапії цих хворих.

РДТ – альтернативний метод саногенетичної та патогенетичної терапії сприяє значному скороченню фармакологічних препаратів.

Практичні рекомендації. РДТ слід призначати хворим на ХОЗЛ: при неефективності традиційних методів лікування; несприяттї фармакотерапії; в умовах поліморбізму і проліферації; небажанні лікуватись традиційними фармакологічними засобами.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ ПЕРОРАЛЬНИХ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЇХ КОМБІНАЦІЙ ТА ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ

**Виконавець:** Бубир Л.М. – студ. V курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** к.мед.н., доц. Дворник І.Л.

*Кафедра ендокринології з дитячими інфекційними хворобами*

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Цукровий діабет посідає третє місце серед безпосередніх причин смерті після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Основною причиною летальності у цих пацієнтів є розвиток макросудинних ускладнень (ураження коронарних, церебральних і периферичних артерій). Тому досить актуальним є пошук нових пероральних цукрознижувальних засобів та порівняння ефективності використання їх комбінацій для запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень.

Метою нашого дослідження стало вивчення порівняльної характеристики сучасних пероральних цукрознижувальних препаратів різних груп, ефективності використання їх комбінацій та вплив на розвиток серцево-судинних ускладнень.

Під нашим спостереженням знаходилось 78 хворих на ЦД 2-го типу (47 жінок і 31 чоловік) від 40 до 70 років із тривалістю захворювання від 3-х до 16-ти років, які знаходились впродовж 6 місяців на монотерапії метформіном, монотерапії гліметіридом та комбінованій терапії метформіна з гліметіридом (Амарил М). Групи хворих, що обстежувались були репрезентативними за віком та тривалістю цукрового діабету. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих згідно протоколів МОЗ України.

В динаміці до і після лікування визначалася глюкоза крові натще (ГКн), глюкоза постпрандіальна (ГКпп), глікозилований гемоглобін (HbA1c) і такі предиктори атерогенезу як підвищені рівні систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску, гіпертригліцеридемія і мікроальбумінурія (МАУ), рівень ХС ЛПВЩ.

При детальному аналізі встановлено, що ступінь зниження глікемії натще, постпрандіальної глікемії та глікозилизованого гемоглобіну на фоні прийому комбінації препаратів метформіну та гліметіриду (Амарил М) більш виражений і має статистично достовірне підтвердження, незважаючи на те, що перебіг ЦД був більш важким в групі хворих, які отримували цю комбінацію; комбінована терапія препаратом Амарил М привела до субкомпенсації вуглеводного обміну (HbA1c зменшився до  $6,50 \pm 0,23\%$ ); підтверджено статистичне зниження рівня МАУ в пацієнтів, які отримували гліметірид та більш значуще зниження МАУ в пацієнтів, які приймали комбіновану терапію.

Таким чином, порівняльний аналіз впливу різних груп антидіабетичних препаратів на ризик розвитку серцево-судинних уражень встановив неоднозначний їх вплив на різні маркери атерогенезу. За нашими даними, найкращим серцево-судинним протективним ефектом володіє комбінований препарат Амарил М, оскільки тільки в динаміці його використання зареєстроване достовірне зниження показників, які вивчалися. Також хочеться відмітити, що на тлі тривалого лікування цим препаратом відзначався найбільш високий рівень ХС ЛПВЩ, останній, як відомо, зворотною корелює з раннім розвитком атеросклерозу і частотою серцево-судинної смертності.



# ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ, ПОЄДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Виконавці: Булатецький О.Л., Пушко О.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1

Науковий керівник: доц. Третяк Н.Г.

Кафедра внутрішньої медицини №1

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми. Головною рисою сучасного пацієнта є поліморбідність. Переважна кількість хворих, що звертаються за медичною допомогою, хворіє на кілька недуг одночасно.

Особливо актуальна проблема поліморбідності для гастроентерології, де інфекційні агенти (віруси гепатиту) мають тропність до тканин інших органів, а оксиданти, алкоголь, гіперацидність шлунка, жовчний рефлюкс, дисбактеріоз та інше мають універсальний ушкоджувальний характер.

Прикладом слугує хронічний панкреатит (ХП), який майже ніколи не перебігає ізольовано, та гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – захворювання з високою поширеністю і наявністю як типових, так і нетипових клінічних проявів, які ускладнюють діагностику ГЕРХ, особливо при поєднанні з іншою патологією органів черевної порожнини. В останні роки ГЕРХ займає місце провідної патології, як за частотою, так і за спектром ускладнень.

Нерідко ГЕРХ поєднується з іншими захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), в тому числі з хронічним панкреатитом та ін. (Пахомова І.Г., 2011; Ruigomez et al., 2004), що накладає відбиток на клініку й перебіг рефлюксної хвороби. Маловивченим і актуальним залишається питання: з якою частотою зустрічається ізольована ГЕРХ і поєднана з іншими захворюваннями ШКТ, та яким чином змінюється симптоматика ГЕРХ після адекватної терапії супутнього захворювання?

Тактика ведення хворих ГЕРХ значною мірою визначається наявністю супутньої патології з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з адекватною терапією супутнього захворювання.

Мета дослідження полягала у встановленні особливостей клінічних проявів ГЕРХ у хворих із супутнім ХП.

Матеріали та методи дослідження. Джерелом інформації слугували історії хвороб хворих на ХП середньої тяжкості перебігу та ГЕРХ, які лікувалися в гастроентерологічному центрі ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського.

Під спостереженням знаходилися 40 хворих із ГЕРХ у поєднанні з ХП та ізольованою формою ГЕРХ (не мала поєднання з іншою патологією ШКТ). Із них чоловіків – 24 (60%), жінок – 16 (40%). Середній вік хворих  $59 \pm 11,52$  років.

Статистична обробка результатів проводилася з використанням середніх величин, їх стандартних відхилень і помилки ( $M \pm m$  для  $p < 0,05$ ).

Для верифікації діагнозу ГЕРХ, ХП та супутніх хвороб використовували такі методи клінічного обстеження: загальноноклінічні, ехосонаграфію органів черевної порожнини, фіброєзофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС), рН-метрію (ФЕГДС проводилася за стандартною методикою гнучким панендоскопом Fujinon WG – 88 FP, при огляді оцінювали стан слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, функцію кардіального й пілоричного сфінктерів, визначали наявність деструктивних змін слизової оболонки (ерозій, виразок) органів, що оглядаються, їх розміри й локалізацію), лабораторні (білірубін, амілаза, аланінамінотрансфераза (АлАТ), аспартатамінотрансфераза (АсАТ), лужна фосфатаза, гамаглутамілтранспептидаза (ГГТП)) та ін.

Результати дослідження. Для оцінки поширеності форм ГЕРХ аналізувалася група хворих, що знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному центрі ПОКЛ. Серед них були виділені підгрупи: ізольована форма ГЕРХ (не мала поєднання з іншою патологією ШКТ), поєднані форми – виявлене поєднання з такими захворюваннями ШКТ, як ХП (30 осіб), ХП з каменями в жовчному міхурі та після холецистектомії з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) (10 осіб).

Опитування скарг і аналіз анамнезу захворювання проводилися з використанням анкети-опитувальника. Для виявлення печії, як основного симптому при діагностиці ГЕРХ, використовувалося наступне визначення: «Неприємне відчуття, відчуття печіння, що йдуть від шлунка або нижньої третини груднини до шиї».

Характеристика печії у пацієнтів із ГЕРХ, що перебігає ізольовано, та в поєднанні з ХП: печія при ГЕРХ у поєднанні з ХП – 30 осіб (75%), печія при ізольованій ГЕРХ – 10 осіб (25%). Показники статистично достовірні.

У нашому дослідженні в 75% пацієнтів із ГЕРХ у поєднанні з ХП печія виступала як симптом загострення ХП.

Пацієнти, що страждають ГЕРХ у поєднанні з ХП, достовірно частіше відчували нудоту – 16 осіб (40%) (порівняно з 5% (2 особи) при ізольованій формі ГЕРХ), а також відрижку – 25 осіб (62,5%) (порівняно з 15% (6 осіб) при ізольованій формі ГЕРХ), що значною мірою пов'язано з порушеною евакуацією, тобто гастродуоденальним стазом, що розвивається при загостренні ХП.

Поєднаний перебіг ГЕРХ і ХП неминуче впливає на клінічну картину ГЕРХ.

У нашому дослідженні у 80% пацієнтів із ГЕРХ у поєднанні з ХП було загострення супутнього захворювання. За даними анамнезу 75% пацієнтів із ГЕРХ у поєднанні з ХП відзначали посилення та/або появу симптомів при загостренні виразкової хвороби і панкреатиту.

При проведенні ФЕГДС було виявлено гіперацидність – у 26 осіб (65%), нормацидність – у 3 осіб (7,5%), гіпоацидність – у 1 особи (2,5%), дуоденогастральні рефлюкси (ДГР) – у 14 осіб (35%), гастроєзофагеальні рефлюкси (ГЕР) – у 21 особи (52,5%), змішані рефлюкси (ДГР і ГЕР) – у 4 осіб (10%).

Яскравіша клінічна картина й виражені скарги спостерігалися у хворих ГЕРХ у поєднанні з ХП (при супутній патології – ЖКХ, постхолецистектомічний синдром), що пояснювало, поряд зі скаргами на печію, скарги на відрижку повітрям, болі в епігастрії та/або за грудиною і здуття живота, гіркота в роті, переважно вранці, відрижку гірким. Тому проведене лікування супутнього захворювання призводило до зменшення симптомів ГЕРХ у 95% випадків при ГЕРХ у поєднанні з ХП. Сучасна діагностика й лікування захворювання, що поєднується з ГЕРХ, є і профілактичним заходом і лікувальним, що призводить до зменшення й згасання симптомів ГЕРХ. У більшості хворих, що отримували в складі основної терапії інгібітори протонної помпи (ІПП), спостерігалось усунення таких скарг, як гіркота в роті, відрижка гірким, печіння в епігастрії.

Висновки. При поєднаному варіанті захворювань може посилюватися симптоматика ГЕРХ або на перший план виступають симптоми поєднаної патології (ХП та ін.). У клінічній картині, крім скарг на печію, переважають скарги на відрижку гірким, нудоту. Проведене лікування супутнього захворювання призводило до зменшення симптомів ГЕРХ у 95% випадків. Застосування ІПП призводить до ранішого усунення цих симптомів. У пацієнтів із ГЕРХ необхідний цілеспрямований пошук супутньої патології ШКТ і проведення адекватної терапії виявлених захворювань, що вимагає від лікаря виваженого клінічного мислення і лікування хворого, бо нинішні стандарти й протоколи обстеження та лікування орієнтують на окрему нозологічну одиницю, ігноруючи поліморбідність.

## ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**Исполнители:** Василенко М.С. - студ. III курса стом. ф-ту.

**Научный руководитель:** доц. Дигтярь Н.И., доц. Герасименко Н.Д.

**Кафедра внутренней медицины № 3**

*ВДНЗУ "Українська медичинська стоматологічна академія", г. Полтава*

Цель настоящей статьи — привлечь внимание докторов к некоторым эпидемиологическим вопросам вирусного гепатита В [ВГВ], связанным со здоровьем как стоматологического больного, так и врача.

Гепатит относится к группе заболеваний вирусной этиологии с характерным механизмом передачи инфекционного агента. Заражение происходит при переливании крови и ее компонентов, различных инвазивных лечебно-диагностических манипуляциях.

Одновременно возник целый ряд новых проблем, представляющих теоретический интерес и имеющих важное практическое значение. К ним следует отнести и проблему профессионального заражения медицинских работников.

Результаты проведенных в этом направлении исследований не вызывают в настоящее время сомнений в том, что медицинские работники любого профиля представляют собой группу высокого риска заражения, однако наиболее высокие показатели инфицирования наблюдаются у сотрудников отделений гемодиализа, хирургов и медицинских сестер, отмечается также высокий риск заражения стоматологов, особенно хирургов.

Изучение условий заражения медицинских работников показало, что оно осуществляется в лечебных учреждениях преимущественно через кровь.

Однако неоспоримо доказано, что слюна, слезная жидкость, вагинальный секрет, сперма, моча, грудное молоко также могут содержать вирус гепатита В и стать причиной заражения. Чаще всего полный набор маркеров ВГВ обнаруживается в крови инфицированных лиц. Поэтому при контакте с кровью источника ВГВ риск заражения значительно выше, чем с другими его выделениями, так как в крови вирус находится в наиболее полноценном состоянии и в высокой концентрации. С кровью ВГВ может сохраняться во внешней среде при комнатной температуре продолжительное время (до 7 мес.)

При анализе анамнестических данных об оперативных вмешательствах, переливаниях крови было установлено, что эти факторы риска заражения с одинаковой частотой отмечались у медицинских работников как с выявленными маркерами вируса ГВ, так и без них, что указывает на профессиональный характер заражения ВГВ. Профилактика ВГВ у стоматологических больных заключается, прежде всего, в совершенствовании традиционных мер асептики и антисептики. Большое значение имеет дезинфекция и предстерилизационная обработка инструмента.

Таким образом, при выборе дезинфицирующих средств необходимо учитывать, что для дезинфекции стоматологических инструментов допускается применение только таких дезинфицирующих средств, которые обладают бактерицидным, вирулицидным, фунгицидным и спороцидным действием. Не допускается использовать для дезинфекции стоматологических инструментов дезинфицирующие средства I-II класса опасности, а также средства, не обладающие вирулицидным действием, а для дезинфекции поверхностей помещений — средства, обладающие только статическим действием, то есть действием, только задерживающим рост микроорганизмов.

## МІТОХОНДРІАЛЬНА ТОКСИЧНІСТЬ КСЕНОБІОТИКІВ. ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

**Виконавці:** Василько М.Ю. – студ. I курсу стомат. ф-ту, Лимар М.А. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** професор Почернясва В.Ф.

**Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною.**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава.*

Досягнення сучасної науки у вивченні процесів внутрішньоклітинної регуляції все частіше вказують на глибокий взаємозв'язок порушень енергетичного обміну у клітині з розвитком різних хронічних захворювань і патологічних станів, наприклад, метаболічного синдрому (МС), цукрового діабету II типу, артеріальної гіпертензії, стеатозу печінки.

Провідну роль у процесах вироблення енергії і клітинах відіграють мітохондрії (Мх). У клітинах ссавців 80-90 % АТФ зосереджено в Мх. При цьому Мх є не тільки головним джерелом вироблення активних форм кисню, але й головною мішенню їхньої ушкоджувальної дії. Саме мітохондріальна дисфункція відіграє вирішальну роль у розвитку гіпоксії, яка супроводжує практично всі форми патології. Тому, метою нашої роботи стало вивчення токсичної дії ксенобіотиків на функціональну активність Мх та визначення шляхів її запобігання.

В процесі виконання роботи вивчено функціонування дихального ланцюга Мх, проаналізовані дані світової літератури по вивченню ушкоджувальної дії ксенобіотиків різної природи, в тому числі лікарських засобів (цитостатиків, антибіотиків, нестероїдних протизапальних засобів) на структури Мх, визначені заходи по їх захисту. Отримані результати дозволили сформулювати стратегію енерготропної терапії яка передбачає такі завдання: активувати доставку кисню; гальмувати активність гліколізу; нормалізувати роботу кисень-транспортних систем енергозабезпечення; комплексно діяти на всі ланки енергетичного обміну задля запобігання тканинної гіпоксії.

Реалізація даного підходу в клінічній практиці дозволить надавати диференційовану патогенетичну терапію при всіх патологічних станах, які супроводжується тканинною гіпоксією, а також запобігати розвитку багатьох хронічних неінфекційних захворювань.

## НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРОМЕНЕВІЙ ДІАГНОСТИЦІ (РАДІОІЗОТОПНА ДІАГНОСТИКА, МРТ, КТ)

**Виконавці:** Желіба Ж.В., Трубецький М.В. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Марченко В.Ю.

**Кафедра: Онкології та радіології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Сьогодні в медичній практиці надзвичайно актуальною є радіоізотопна діагностика, МРТ, КТ, які охоплюють своїми дослідженнями практично всі органи людського організму і відрізняються високою ефективністю. Радіоізотопний метод базується на унікальних електричних особливостях радіоактивних ізотопів і можливості реєстрації їх випроміню-

вання. Радіоактивні ізотопи, приймаючи участь в метаболізмі організму, дозволяють вивчати особливості його перебігу, не спотворюючи фізіології досліджуваного процесу.

Ізотопи можуть вводитися перорально чи внутрішньовенно: радіоактивний фосфор ( $P^{32}$ ) - з метою діагностики пухлин кісток, хлорид міді ( $Cu^{64}$ ) вводяться перорально, з метою діагностики захворювань нирок, радіоактивний йод ( $I^{123}$ ) перорально чи внутрішньовенно - для діагностики захворювань щитовидної залози, а  $I^{125}$  - для діагностики захворювань нирок і т.д.

Для визначення функції, величини та форми за допомогою радіоізотопних препаратів, застосовують досить складну апаратуру: лічильники Гейгера, різні дозиметри, скенери, радіоманіпуляційні установки та ін.

За допомогою радіоізотопної діагностики надається можливість вивчити функцію і топографію органу, його форму, величину та контури, визначити ступінь розповсюдження пухлини і її взаємовідношення з оточуючими тканинами, виявляти наявність метастазів. Крім того, за допомогою ізотопів можна в динаміці спостерігати за патологічним процесом та оцінювати ефективність проведеного лікування.

Магнітно-резонансна томографія – сучасна технологія, яка дозволяє без найменшої шкоди для організму провести обстеження внутрішніх органів людини. У технології магнітно-резонансної томографії використовуються магнітні хвилі, а не шкідливе для людини рентгенівське випромінювання, яке широко використовувалося при діагностиці внутрішніх органів у минулому столітті. Новітні розробки в цій області дозволили відмовитися від апаратів з горизонтальним магнітним полем, від апаратів з горизонтальною трубою, які обмежують можливості застосування магнітно-резонансної томографії та викликають відчуття дискомфорту у пацієнтів, схильних до клаустрофобії.

Існує два види томографії: магнітно-резонансна та комп'ютерна, хоча дуже часто навіть не всі лікарі в лікарнях і поліклініках знають про це, не кажучи вже про їхніх пацієнтів. Магнітно-резонансна та комп'ютерна томографії - це зовсім різні технології, засновані на різних технологічних процесах і призначені вони для різних досліджень. Так, при дослідженнях комп'ютерною томографією на знімках краще видно кістки людини, а магнітно-резонансна томографія дозволяє краще вивчити м'які тканини організму (головний мозок, нервові волокна, хрящові тканини, паренхіматозні органи черевної порожнини). І, звичайно, основною перевагою магнітно-резонансної томографії, на відміну від комп'ютерної, є відсутність впливу на організм шкідливого випромінювання. Магнітно-резонансна томографія не має протипоказань і абсолютно нешкідлива, виключаючи наявність в організмі людини імплантатів, на які може вплинути магнітне поле, яке використовується в цій технології.

## ВИЗНАЧЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ ПРОХІДНОСТІ У КУРЦІВ

**Виконавці: Збарський Д., Соболь Р.О. – студ. III курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: д.мед.н., доц. Треумова С.І., к.мед.н., доц. Петров Є.Є.**

**Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)**

**ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава"**

Актуальність теми. В розвитку бронхіальної патології важливе місце займає порушення бронхіальної прохідності, яка спричиняє розвиток легеневої недостатності. В порушенні бронхіальної прохідності значне місце займає паління тютюну.

В літературі доведено, що довготривале тютюнопаління (індекс паління 10-20 пачко-років) приводить до виникнення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і являється причиною смертності від раку легень в 90%, хвороб серцево-судинної системи в 25% випадків, ускладнень, як емфізема легень, розвитку ендотеліальної дисфункції (ЕД). Дослідженнями В.В. Єфімова, В.І. Блажко (2005) показано, що хімічні компоненти тютюнового диму, а їх близько чотирьох тисяч, визивають незворотні зміни шару гладко-м'язових клітин бронхів, розвиток ЕД та сприяють виникненню бронхоспазму.

Значимість проведеного дослідження в тому, що необхідно діагностувати зміни бронхіальної прохідності на ранньому етапі розвитку захворювання до виникнення бронхоспастичного синдрому та ускладнень.

Наукова новизна. Доведено, що у осіб, які палять, ще до розвитку ХОЗЛ виявляються значно знижені показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), які свідчать про виникнення бронхіальної прохідності та бронхолітичний ефект (БЕ).

Мета дослідження. Вивчити показники бронхіальної прохідності та бронхолітичний ефект у осіб, які палять (курці), в порівнянні з групою здорових осіб та хворими на ХОЗЛ<sub>ІІІ</sub>, з метою передбачення розвитку бронхоспастичного синдрому.

Матеріали і методи дослідження. Проведено вивчення показників бронхіальної прохідності методом пневмотахометрії і пікфлоуметрії у 15 осіб чоловічої статі (курці) у середньому віці  $26,5 \pm 1,2$  роки (основна група) в співставленні з даними обстеження 10 здорових осіб, які не палять (порівняльна група), та з 10 хворими на ХОЗЛ<sub>ІІІ</sub>, ідентичних по віку, статі, оцінювався БЕ. В основній групі та у здорових осіб виключалися захворювання бронхолегеневої системи. Вивчалися показники ФЗД: пікфлоуметрія (ПШВ), пневмотахометрія вдиху та видиху (ПТХМ<sub>вд.</sub>, вид.). Оцінювався БЕ до і через 10 хвилин після вдиху 200 мкг сальбутамолу (1-2 вдихи) з урахуванням довжної величини. Статистичну обробку результатів проводили методом параметричної статистики, достовірність оцінювалась по t – критерію Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних свідчить, що у осіб, які палять – курців (основна група), такий швидкісний показник бронхіальної прохідності, як ПТХМ<sub>вд.</sub> склав  $3,6 \pm 0,5$  л/сек, ПТХМ<sub>вд.</sub> –  $3,9 \pm 0,6$  л/сек ( $P < 0,05$ ), тоді як у здорових осіб (порівняльна група) ПТХМ<sub>вд.</sub> –  $4,2 \pm 0,8$  л/сек ( $P > 0,05$ ). ПТХМ<sub>вд.</sub> залишилася без змін. Пікфлоуметрія, яка свідчить про пікову швидкість видиху у основній групі, склала  $422 \pm 8,3$  л/хв. ( $P < 0,05$ ), тоді як у порівняльній –  $508 \pm 9,3$  л/хв. ( $P > 0,05$ ), що відображає наявність бронхообструкції і являється орієнтиром для призначення лікування.

Вивчені показники бронхіальної прохідності свідчать про значне зниження видиху в основній групі – ознаки бронхообструкції, що слід пояснити впливом паління на їх бронхи. Це підтверджується вивченням цих показників до і через 10 хв. після вдиху бронхолітика сальбутамолу в дозі 200 мкг.

Бронхолітичний ефект вивчався згідно розробленої нами (Треумова С.І., Редчиць І.В., Бойко Н.Г., 1990) формули:

$$M = \frac{M_{\text{вихідне}} - M_{\text{післябронхолітика}}}{M_{\text{належне}}} \times 100\%$$

. Тест проводився за допомогою середньої величини від суми ПТХМ<sub>вд.</sub>

У осіб основної групи (курці) бронхолітичний ефект збільшувався на 12%, що свідчить про наявність бронхоспазму, тоді як у здорових осіб він майже не спостерігався. Це вказує на те, що здорові бронхи не реагують на бронхолітик, тому бронхолітичний ефект відсутній.

У десяти хворих на ХОЗЛ<sub>лст.</sub>, помірна ступінь, ці показники були ще більш змінені. Так, ПТХМ<sub>вид.</sub> у них склала  $3,2 \pm 0,4$  л/сек, ПШВ –  $380 \pm 11,0$  л/хв. ( $P < 0,05$ ). Отримані дані свідчать про ознаки бронхообструкції у хворих на ХОЗЛ, які нарастають з тяжкістю перебігу захворювання, розвитком ускладнень, як хронічне легеневе серце, що доведено дослідженнями С.І. Треумової (2011).

При вивченні показників ФЗД виявлена основна закономірність – чим більше тривалість та вираженість бронхообструкції, тим вірогідніше формування тяжкості перебігу захворювання, а її зворотність при цьому знижується.

**Висновки.**

Отримані нами результати дослідження підтвердили, що паління – це один із чинників ризику бронхолегеневих захворювань; методом дослідження бронхіальної прохідності – пневмотахометрії і пікфлоуметрії можна передбачити її розвиток, перебіг; вивчення змін показників бронхіальної прохідності, бронхолітичного ефекту у хворих на бронхолегеневу патологію націлює на доцільне призначення бронхолітичної терапії.

\*Рационалізаторська пропозиція №1128 УМСА.

## ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ

**Виконавець:** Корж Я.О. – студ. IV курсу, мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** Дельва І.І.

*Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Актуальність. Хронічна запальна демієлінізуюча поліневропатія (ХВДП) вперше була описана в 1958 р. J.H. Austin. Насьогодні її відносять до аутоімунних захворювань периферичної нервової системи із спадковою схильністю. Частота зустрічає мості її складає 1–3 на 100 тис. населення на рік. Збільшення поширеності ХВДП останнім часом пов'язано як із зростанням числа патогенних факторів (алкоголь, промислові отрути, токсичні лікарські препарати, тощо), так і з поліпшенням виявлення захворювання у зв'язку з впровадженням нових методів об'єктивізації поліневритичного процесу. Проблема ранньої діагностики та цілеспрямованого лікування хворих на ХВДП має велике практичне значення, перш за все тому, що перебіг і результат його багато в чому визначається термінами початку лікування, лікування ж ХВДП в даний час недостатньо розроблено.

**Мета і завдання дослідження.** Підібрати найбільш ефективний комплекс лікувальних заходів в терапії ХВДП.

**Матеріали і методи дослідження.** Під спостереженням знаходилися 9 хворих ХВДП. Вік початку захворювання коливався від 31 до 48 років. Критеріями діагностики ХВДП були міжнародні стандарти (AHRopper et al., 1991, G.Walton et al., 1994. Спостереження за хворими здійснювалось протягом двох років.

**Результати.** Виявлено три основних типи перебігу захворювання: монофазний, рецидивуючий і прогресуючий. Виділення всіх варіантів перебігу ґрунтувалося на ретроспективних даних. У 3 хворих (33,3%) відзначалася монофазна форма хвороби з одужанням або незначним неврологічним дефіцитом. У 4 хворих (44,5%) спостерігався рецидивуючий перебіг ХВДП. Інтервал між рецидивами становив від 7 до 11 місяців. Найбільш важкою була форма ХВДП з прогресуючим перебігом, яка відзначалася у 2 хворих (22,2%). Лікування, починали з програмного плазмаферезу (5–6 процедур). При відсутності ефекту призначалася пульс-терапія метилпреднізолоном (солу-медрол, метипред) в сумарній дозі 3–5 г з подальшою підтримуючою терапією преднізолоном в дозі 20–30 мг. Таку ж терапію отримали 4 хворих з хорошим ефектом від плазмаферезу, який швидко почав слабшати (через 12–14 днів після закінчення процедури). Трьом хворим в якості основної терапії використовували внутрішньовенне введення імуноглобуліну людини нормального (іммунологічно активна білкова фракція імуноглобуліну G) (150–200 мл) протягом 3–5 днів. Хворі з прогресуючим перебігом мало реагували як на плазмаферез, пульс-терапію кортикостероїдами, так і на імуноглобуліни. Спостерігалися хворі через 2 роки після початку захворювання мали високу ступінь інвалідності.

**Висновки.** Виявлено три варіанти перебігу ХВДП. При монофазному і рецидивуючому перебігу однаковий лікувальний ефект спостерігався при застосуванні програмного плазмаферезу, пульс-терапії метилпреднізолоном, імуноглобуліну людини нормального. Однак перші два методи виявилися малоефективними при прогресуючому перебігу захворювання, проте помірний ефект досягався застосуванням імуноглобуліну людини нормального.

## ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ А-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИХ РАДИКУЛОПАТІЯХ

**Виконавці:** Костенко К.О., Чернова Т.Р. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** ас. Кривчун А.М.

*Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Актуальність проблеми: вертеброгенна патологія займає друге місце в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Одними з найчастіших проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта є компресійні синдроми, що призводять до розвитку радикулопатій, тому проблема розробки їх комплексного патогенетичного лікування залишається актуальною.

Наукова новизна роботи: застосування α-ліпоєвої кислоти (вітаміноподібна субстанція, що володіє властивостями збільшення ендоневрального кровотоку, посилення функції антиоксидантних систем і відновлення енергетичного балансу в нерві, прискорення росту, протизапальна дія) в комплексній терапії радикулопатій компресійно-ішемічного генезу.

**Мета дослідження:** вивчення терапевтичної ефективності α-ліпоєвої кислоти в комплексній терапії пацієнтів із вертеброгенними радикулопатіями, обумовленими дегенеративно-дистрофічними змінами поперекового відділу хребта.

**Методи досліджень:** комплексне клініко-неврологічне обстеження 46 пацієнтів із вертеброгенним синдромом, які розділені на дві групи (I група - 23 пацієнти, які в комплексі з базисною терапією отримували α-ліпоєву кислоту, а 23 пацієнти II групи отримували тільки базисну терапію). Для оцінки больового синдрому використовували: візуально-аналогову шкалу (ВАШ), шкалу інтенсивності больового синдрому, опитувальник болю Мак-Гілла. Ступінь порушення життєдіяльності визначали за допомогою опитувальника Роланда-Морріса. Для оцінки психоемоційного стану пацієнтів використовували шкалу депресії Бека та опитувальник Спілберга-Ханіна. Для функціональної діагностики ураження периферичної нервової системи проводили стимуляційну електронейроміографію (ЕНМГ).

**Результати досліджень:** після проведеного лікування протягом 1 місяця за даними ВАШ зареєстровано зменшення вираженості больового синдрому в 2 рази в I групі та в 1,8 разів в II групі. Ранговий індекс болю Мак-Гілла став меншим у 1,6 разів у хворих II групи, у 2 рази - у пацієнтів I групи. У хворих обох груп зменшилась кількість балів за шкалою інте-

нсивності більшого синдрому. Зростання повсякденної рухової активності та об'єму рухів в попереково-крижовому відділі хребта більш виражене у пацієнтів I групи за даними опитувальника Роланда-Морріса ( $4,4 \pm 0,54$  бали – II група,  $2,5 \pm 0,54$  бали – I група). За показниками психологічного тестування відмічалось зменшення депресивних проявів. При аналізі ЕНМГ спостерігалася позитивна динаміка мінімальної швидкості поширення збудження по F-хвилі (великогомілкового нерва) та кількості блоків проведення збудження по F-хвилі даних показників у обох групах, але статистично значуща різниця у збільшенні мінімальної виявлена у I групі ( $34,26 \pm 2,37$  м/с та  $42,97 \pm 1,53$  м/с ( $p < 0,05$ )).

Висновки: Проведене дослідження показало безпечність та високу клінічну ефективність  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти у комплексній терапії хворих із вертеброгенними синдромами: відмічалось зменшення больового синдрому; виявлено зростання повсякденної рухової активності та об'єму рухів в попереково-крижовому відділі хребта; покращення психоемоційного стану у пацієнтів, покращення швидкості проведення збудження і скоротливої функції м'язів.

## ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН ЖОРСТКОСТІ СУДИН У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

**Виконавець:** Криворучко І.Г. – студ. VI курсу I мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Гопко О.Ф.

**Кафедра внутрішньої медицини №1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Ряд великих досліджень останнього десятиліття показав, що жорсткість артерій є незалежним предиктором розвитку серцево-судинних захворювань і серцево-судинної смертності в популяції, особливо важливо, що її прогностична цінність висока на доклінічних стадіях розвитку захворювань. Судини – один з головних органів-мішеней, який уражається при різних захворюваннях. Зміни судинної стінки відзначаються при артеріальній гіпертензії, цукровому діабеті, хронічній нирковій недостатності, атеросклерозі, старінні.

Методи оцінки еластичності або жорсткості артерій набувають все більшої популярності, оскільки вони дозволяють оцінювати не тільки структуру, але і функцію судин. Для оцінки структурно-функціонального стану великих судин застосовуються прямі візуалізуючі (ультразвукові та рентгенологічні дослідження) та непрямі методи (контурний аналіз пульсової хвилі, плетизмографія, сфигмографія та ін.). Безсумнівно, в клінічній та амбулаторній практиці найбільш привабливими є неінвазивні, доступні і легко відтворювані методи.

Мета дослідження – оцінка порушення еластичності судин у осіб молодого віку в залежності від тютюнопаління.

Матеріали і методи. Обстежено 52 осіб чоловічої статі віком від 18 до 30 років, які розподілені на 2 групи в залежності від наявності тютюнопаління в анамнезі: I група ( $n=28$ ) – особи, які не мали шкідливої звички та II група ( $n=28$ ) – особи, які палять. При клінічному обстеженні виключались обстежувані, які мали в анамнезі прояви кардіо-васкулярної патології. Жорсткість судин визначали за допомогою системи SphygmoCor (AtCor Medical, Австралія) за допомогою якого пульсові хвилі реєструються послідовно високоточним аплаційним тонометром, який накладається на проксимальну (сонну) і, з коротким проміжком, на дистальну (стегнову) артерії, при цьому одночасно реєструється ЕКГ. Визначали індекс аугментації (IA), максимальний нахил у кривій тиску променевої артерії ( $dP/dt \text{ Max}$ ), пульсовий тиск (PP), аугментація тиску (AP) при дослідженні пульсової хвилі, швидкості поширення пульсової хвилі (ШППХ). Швидкість пульсової хвилі реєструвалася на каротидно-феморальному (м'язовий тип) сегментах артерій. Дані вважались достовірними при коефіцієнтах репрезентативності і повторюваності не менше 0,890 та 0,935 відповідно.

Результати. Золотим стандартом вимірювання жорсткості – оцінка ШППХ. На відміну від ШППХ, індекс аугментації і центральний тиск є непрямими маркерами підвищення судинної жорсткості. IA – показник, який, в першу чергу, характеризує вираженість відбитої хвилі та її внесок у збільшення пульсового артеріального тиску. За результатами даного дослідження встановлено, що у обстежуваних II групи показник IA мав позитивні значення ( $+9,45 \pm 1,08$  %). Так, IA мав прямий кореляційний зв'язок з індексом тривалості тютюнопаління ( $r=0,66$ ;  $p<0,02$ ). У обстежуваних I групи даний показник мав від'ємне значення ( $-4,61 \pm 0,98$  %). В нормі даний показник коливається у осіб 20-30 років від -4,67% до 3,03%. Нами встановлено, що у осіб, які мають шкідливу звичку ШППХ була вищою у 1,9 рази ( $p<0,01$ ), а також виявлена залежність ШППХ від тривалості тютюнопаління ( $r=0,72$ ;  $p<0,01$ ).

Таким чином, тютюнопаління негативно впливає на показники еластичності судин, причому вплив на ці показники є дозозалежним.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2011-2013 РОКАХ

**Виконавець:** Кузьменко Д.В. – студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Дудченко М.О.

**Кафедра шкірних та венеричних хвороб з судовою медициною**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність проблеми. Проблема поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), є надзвичайно актуальною в зв'язку з негативним впливом ІПСШ на стан репродуктивного здоров'я населення, перебіг вагітності та розвиток плоду, а також тим фактом, що ІПСШ є одними із основних етіологічних чинників виникнення хронічних запальних процесів сечостатевої сфери як чоловіків так і жінок.

Зниження в останні роки рівня захворюваності на ІПСШ в країні в цілому та регіоні призвело до втрати, певною мірою, інтересу до вивчення їх епідеміології, що є невинуватим.

Мета дослідження. Метою даного дослідження є актуалізація, на підставі отриманих даних про динаміку поширення ІПСШ в регіоні, конкретних задач для лікарів загально-лікувальної мережі по своєчасному виявленню ІПСШ.

В дослідженні застосовувалися статистичні методи. Об'єктом спостереження були державні та галузеві статистичні звіти – форми 9, 9-коротка та 34 за 2011-2013 роки в порівнянні з середньореспубліканськими показниками.

Встановлено, що захворюваність на сифіліс в області за останні 3 роки знизилася з 8,7 до 4,5 вип. на 100 тис. нас. і є в 2013 році найнижчою в Україні. В той же час питома вага пізніх і непоточнених форм сифілісу зросла з 10,1 до 18,5 %, а ранній прихований сифіліс стабільно перевищує 52,0 % всього виявленого сифілісу. Виявлення прихованих та пізніх форм сифілісу можливе лише шляхом неухильного виконання вимог регламентуючих документів стосовно серологічного обстеження на сифіліс визначених контингентів пацієнтів в лікувально-профілактичних закладах всіх рівнів надання меддопомоги.

Виявлення і реєстрація гонореї за цей же період знизилася з 18,0 до 14,7 вип. на 100 тис. нас., трихомоніазу - з 120,9 до 93,7 вип. на 100 тис. нас., хламідіозу - з 98,6 до 76,9 вип. на 100 тис. нас., уреа- та мікоплазмозу – з 177,0 до 137,5 вип. на 100 тис. нас.

Вивчення поширеності окремих ІПСШ в різних регіонах області показує, що 60-65 % хворих на хламідіоз та 90-95 % хворих на уреа- та мікоплазмоз стабільно реєструються в м.м.Полтаві та Кременчуці, в лікувально-профілактичних закладах районного рівня діагностика цих інфекцій поки що не організована на належному рівні.

Характерною особливістю поширення ІПСШ в області в останні роки є відсутність реєстрації сифілісу та гонореї у дітей до 14 років та вродженого сифілісу.

**Висновки:**

1. Зростання питомої ваги прихованих та пізніх форм сифілісу в області надзвичайно актуалізує задачу неухильного виконання вимог регламентуючих документів стосовно серологічного обстеження на сифіліс визначених контингентів пацієнтів в лікувально-профілактичних закладах всіх рівнів надання меддопомоги.

2. З метою профілактики негативного впливу на репродуктивне здоров'я населення гонококової, трихомонадної, хламідійної, уреа- та мікоплазменної інфекції необхідно посилити контроль за якістю виявлення ІПСШ та їх достовірною реєстрацією лікарями усіх спеціальностей, особливо в лікувально-профілактичних закладах, розташованих в сільській місцевості, та забезпечити повноцінне обстеження і якісне лікування статевих та побітових контактів виявлених хворих.

## РОЛЬ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

**Виконавці:** Кулинич І.О., Федченко В.А. – студ. IV курсу мед. ф – ту №1

**Науковий керівник:** ас. Малик Л.В.

**Кафедра внутрішньої медицини №1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що проявляється характерними симптомами та/або запаленням дистальних відділів стравоходу внаслідок рефлюксу – регулярно повторюваного закиду у стравохід шлункового вмісту. Проблема цієї хвороби є однією із найбільш актуальних у сучасній гастроентерологічній науці та практиці. Захворювання має високу поширеність, стійкий та швидко рецидивуючий після припинення лікування перебіг, погіршує якість життя пацієнтів; нерідко діагностується на стадії розвитку ускладнень, що є причиною значних економічних та соціальних збитків. Тому більше 15 останніх років ГЕРХ займає одне з перших місць серед захворювань органів травлення, яким вчені всього світу приділяють певну увагу з метою подальшого вивчення і удосконалення визначення поняття, етіології, патогенезу, класифікації та диференціального діагнозу. Експерти ВООЗ вважають ГЕРХ хворобою XXI століття.

Мета дослідження: дослідити роль інгібіторів протонної помпи (ІПП) в діагностиці та лікуванні ГЕРХ.

Матеріали та методи: для дослідження було відібрано хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному центрі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. І.М.Скеліфосовського, з такими симптомами: печія, відрижка кислим та загрудинний біль з частотою 5 разів на тиждень протягом 4-х тижнів. Було застосовано тест з інгібіторами протонної помпи та проведено фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), під час якої було виявлено зниження характерного блиску слизової оболонки стравоходу та поява ерозивного ураження. Обстежених було 28 хворих (15 жінок і 13 чоловіків) на ГЕРХ стадія А Лос-Анджелеської класифікації, віком від 24 до 56 років. Щоб оцінити даний тест хворих розділили на 2 групи по 14 чоловік у кожній.

1-а група – хворі, які приймали рабепразол 20 мг 2 р.д. за 40 хв. до їжі.

2-а група – хворі, які приймали омепразол 20 мг 2 р.д. за 40 хв. до їжі.

Результати: Було визначено, що на фоні прийому рабепразолу (незалежно від віку чи статі хворих) симптоми у 1-ї групи досліджених, а саме печія (хворі скаржилися на відчуття жару, паління та дискомфорту за грудиною та в епігастральній ділянці), відрижка кислим та загрудинний біль зменшилися на 2-й день прийому, а на 6-й день зникли взагалі. У 2-ї групи всі ці симптоми (печія, відрижка кислим та загрудинний біль) зберігалися до 6-ти днів, а потім поступово почали зникати.

Висновки: Наведені вище дані дослідження дозволяють зробити висновок, що інгібітори протонної помпи являються ефективними не тільки в діагностиці гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, але і в лікуванні даної патології, так як спостерігається тенденція до зменшення симптомів, характерних для цього захворювання. Тому даний метод діагностики та лікування є досить виправданим, за рахунок своєї точності та швидкості.

## ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, АСОЦІЙОВАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

**Виконавець:** Кулінка О.С. – студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Катеренчук І.П.

**Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Актуальність проблеми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та цукровий діабет 2 типу (ЦД) за своєю розповсюдженістю, практичною значимістю, ризиками розвитку кардіоваскулярних ускладнень складають найбільш актуальну проблему сучасної кардіології та клініки внутрішньої медицини. Результати експериментальних і клінічних досліджень, проведених в останні роки, підтвердили концепцію про важливий причинно-наслідковий зв'язок між ендотеліальною дисфункцією та розвитком і прогресуванням атеросклерозу.

Наукова новизна. Детальне вивчення патогенетичних механізмів розвитку, прогресування та особливостей терапії поєданого перебігу ІХС і ЦД сприятиме зниженню ризику серцево-судинних ускладнень, дозволить вийти на якісно нові позиції лікування та профілактики.

Метою роботи було вивчення динаміки ендотелій залежної (ЕЗВД) і ендотелій незалежної (ЕНВД) вазодилатації плечових артерій у хворих з поєднанням ІХС і ЦД на фоні стандартної терапії та стандартної терапії з додаванням кардіоаргініну. Методи дослідження. Обстежено 44 хворих ІХС стабільною стенокардією напруги II-III ФК на фоні цук-

рового діабету середнього ступеня важкості тривалістю 2-5 років. Контрольну групу склали 12 здорових осіб. Групи обстежуваних були співставними за статтю і віком. Судиннорухому функцію плечової артерії вивчали за допомогою датчика за методикою D.Celermajer c соавт., 1992. При цьому проводили пробу з реактивною гіпертемією (ЕЗВД) і нітрогліцерином (ЕНВД). В залежності від проводимої терапії хворі були розподілені на 2 групи: лікування пацієнтів І групи (26 чол.) включало стандартну терапію, хворим 2-ї групи (18 чол.) додатково призначали кардіоаргінін. Критеріями виключення з дослідження були декомпенсація ЦД, артеріальна гіпертензія, запальні захворювання.

Результати дослідження. У хворих ІХС на фоні ЦД 2 типу при реактивній гіперемії визначали менш значні зміни швидкості кровотоку, середні значення дилатації викликані потоком. Одночасно виявлялись аномальна вазодилатація і порушення ЕЗВД. Ступінь вазодилатації мала зворотній кореляційний зв'язок з тривалістю ЦД.

У 1-й групі хворих реакція судин на оклюзію і прийом нітрогліцерину не змінювалась. У 2-й групі ЕЗВД зростала на 78,4% ( $p < 0,05$ ), ЕНВД при цьому достовірно не змінювалась, час відновлення кровотоку зріс на 32,4% ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Одержані дані свідчать про покращення вазодилатуючих властивостей плечової артерії у хворих на ІХС, поєднану з ЦД 2 типу на фоні додаткового призначення кардіоаргініну до стандартної терапії, що проявлялось зменшенням дисфункції ендотелію, збільшенням тривалості вазодилатації, які відбувались на фоні стабільного діаметра артерії. Застосування лише стандартної терапії ішемічної хвороби серця, поєднаної з ЦД не забезпечувало усунення ендотеліальної дисфункції. Одночасно комплексна стандартна терапія з додатковим призначенням кардіоаргініну позитивно позначалась на клінічному перебігу захворювань, усувала прояви вегетативної та психосоматичної дисфункції.

## АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТІЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

**Виконавець:** Лопушняк А.С. – студ. 4 курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник –** к.мед.н., Таряник К.А.

**Кафедра нервових хвороб із нейрохірургією та медичною генетикою**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Ураження лицевого нерва посідають перше місце серед мононевритів та мононевропатій з уражень черепних нервів. У різних регіонах світу захворюваність на неврит лицевого нерва становить від 16,0 до 30,1 на 100000 населення. При лікуванні захворювання традиційними методами у 8 – 15% хворих залишається грубий дефект обличчя внаслідок глибокого парезу м'язів, а у 16 – 32 % розвивається постневритична контрактура.

Метою нашого дослідження було провести аналіз ефективності лікування гострих невропатій лицевого нерва різного генезу. Задачі дослідження: 1. Вивчити клінічний перебіг невропатій лицевого нерва різного генезу. 2. Визначити діагностичну та прогностичну цінність ЕНМГ показників на фоні лікування захворювання. 3. Визначити клініко-ЕНМГ критерії для вибору тактики лікування невропатії ЛН та оцінки його ефективності.

Матеріали та методи дослідження: нами було обстежено 32 хворих із невропатією лицевого нерва різного генезу, які знаходились на обстеженні та лікуванні в неврологічному, нейрохірургічному та у відділенні щелепно-лицевої хірургії ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського. Середній вік хворих склав  $26 \pm 9,2$  роки. Хворих розподілено на 3 клінічні групи: 1 група – хворі з травматичними ураженнями та їх наслідками. 2 група – з невропатією інфекційно-запального генезу. 3 група – судинного генезу. Хворим призначались протизапальна, судинна терапія, антихолінестеразні препарати, електростимуляція. Курс лікування склав 2 тижні. Клінічна діагностика базувалась на таких засадах: загально-клінічне обстеження, повне неврологічне обстеження, МРТ головного мозку. Тяжкість ураження невропатій оцінювали за 6-ступеневою шкалою House-Brackmann. Всім пацієнтам на початку та в кінці курсу лікування для оцінки перебігу захворювання, проводилось електронейроміографічне дослідження із використанням стимуляційної міографії, вивчення мигального рефлексу на 2-канальному електронейроміографі фірми «Нейрософт», Іваново, Росія.

Результати дослідження: У 3 пацієнтів 1 групи виявлено повний невротизис, посттравматичне ураження ЛН V ст. (аксонотмезис) – у 3 хворих, IV ст. – у 5 хворих. Під впливом лікування виявлено наростання амплітуди м'язової відповіді на стимуляцію, відновлення компонентів мигального рефлексу у пацієнтів із ступінню тяжкості не вище IV. У пацієнтів 2 групи діагностовано внутрішньоканальне ураження ЛН III ст. – у 2, II ст. – у 6 хворих. У всіх хворих виявлено вірогідне збільшення тривалості іпсилатеральної R2-відповіді на боці ураження за даними мигального рефлексу. Під впливом лікування відбулося значне покращення м'язової відповіді, зменшення проявів асиметрії обличчя. У пацієнтів 3 групи - часткове аксональне ураження лицевого нерва із зниженням скоротливої діяльності м'язів, що підтверджено даними ЕНМГ. Під впливом лікування відбулось поступове часткове покращення M-відповіді.

Висновки: Встановлена діагностична та прогностична цінність ЕНМГ- показників і компонентів мигального рефлексу для визначення тяжкості ураження ЛН та прогнозу відновлення невропатій лицевого нерва. Встановлено, що покращення функції м'язів спостерігалось при ступені ураження не вище IV по шкалі House-Brackmann.

## СВОЄЧАСНЕ ВІЯВЛЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗКИ З ЧИННИКАМИ РИЗИКУ – МОЖЛИВИЙ ШЛЯХ ДО ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

**Виконавці:** Медет А.Я., Саприкіна М.С., Селіщева Н.О., Таланкіна Є.О., Терех Д.І. – студ. від. «Сестр. справа-бакалавр»

**Науковий керівник:** к. м. н., доц. Резніченко Л. І.

**Відділення:** «Сестринська справа – бакалавр»

*Донецький базовий медичний коледж, м. Донецьк*

За поширенням, моральним і матеріальним збитком, що заподіяний суспільству, артеріальна гіпертензія (АГ) – одна із головних медико-соціальних проблем охорони здоров'я.

Мета нашого дослідження – запобігти появленню нових випадків (інцидентів) АГ.

Своїм завданням ми ставили своєчасне виявлення осіб з АГ та її чинників ризику (ЧР) для проведення первинної профілактики. Обстеження проводилося в чотирьох вікових групах: I гр. – 16-20 років, II гр. – 21-25 років, III гр. – 26-30 років, IV гр. – 31-35 років. Всі дані заносилися до спеціально створеної анкети. У кожній групі було по 150 чоловік. За осіб з АГ ми приймали осіб із систолічним АТ (САТ)  $\geq 160$  мм рт. ст. або діастолічним АТ (ДАТ)  $\geq 90$  мм рт. ст., а особами з пограничною гіпертензією (ПГ) ми вважали осіб з САТ  $\geq 140$ -159 мм рт. ст. або ДАТ  $\geq 90$ -94 мм рт. ст. Поширеність АГ і ПГ по групах була в I гр. – 9,7 % і 10,8%; в II – 11,9% і 12,8%; в III – 15,2 % і 17,6%; в IV – 20,6% і 21,4% відповідно, тобто ці цифри ще раз доказують високий ризик розвитку АГ у молодих людей, і ще раз підтверджують зв'язок АГ та ПГ

з віком. У IV групі в 2-3 рази ( $p < 0,01$ ) рівень АГ і ПГ більше, ніж в I-й. Під час аналізу можливих ЧР виявили зв'язок АГ і ПГ із спадковою обтяженістю – генетично обумовлена АГ або ПГ визначалася в 2-4 рази частіше, ніж без такової та складала 60% і 47% випадків відповідно. Незважаючи на те, що вік і спадковість відносяться до «неуправляючих» ЧР ми вважаємо, що встановлення їх значення має великий сенс, так як їх необхідно враховувати при формуванні груп з підвищеним ризиком розвитку АГ, особливо в сполученні з іншими «управляючими» ЧР. Одним з них ми вважаємо споживання повареної солі. Виявлено, що серед осіб, які завжди досоложують їжу (іноді навіть не пробуючи її), особи з АГ складають 73,8%, а особи з нормальним АТ лише 9,7%. До речі саме в осіб із спадковістю АГ відмічався чіткий корелятивний зв'язок із смаковою звичкою завжди досоложувати їжу. Можливо це пов'язано з високим смаковим порогом до повареної солі у батьків-гіпертоніків та їх сімейною смаковою звичкою завжди досоложувати їжу. Цікаво, що серед осіб з необтяженою спадковістю АГ в 4-6 разів (у різних вікових групах) рідше ( $p < 0,001$ ) зустрічаються любителі рясно присолювати їжу. Аналізуючи зв'язок паління з частотою АГ, ми виявили, що в усіх вікових групах серед тих, які палять більше 20 сигарет на день, частота АГ була майже в 2 рази ( $p < 0,05$ ) більше, ніж серед тих, хто не палить (18,4%) і тих, хто кинув палити (20,4%). Крім того, ті що палять, частіше досоложують їжу (коэф. кор. 0,85) ніж ті, що не палять, тобто можливо, що у тих, що палять, підвищений поріг смакової чутливості до повареної солі. Ми також виявили, що особи, які мають сполучення 3-х ЧР: спадковість, паління та рясно присолюючи їжу, мають високий ризик розвитку АГ. Так особи з АГ з 3-ма ЧР складали в I гр. – 66,7%, в II гр. – 79,7%, в III – 81,4%, в IV гр. – 86,2% порівняно з тими, що не мають цих чинників – 7,3%; 9,0%; 10,7%; 14,2% відповідно.

Таким чином, своєчасне виявлення осіб з високим рівнем ризику та активний медико-профілактичний вплив на широкі верстви населення методом популяризації знань про вагомі ЧР може бути ефективною мірою в первинній профілактиці АГ.

## ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВІ УРАЖЕННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ В ДИНАМІЦІ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ: ФАКТОРИ РИЗИКУ

**Виконавці:** Микитенко О.Ю., Муратова О.В., Савлук О.В. – студ. IV курсу II мед. ф-ту

**Науковий керівник:** ас. Маслова Г.С.

**Кафедра внутрішньої медицини №1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Лікування хворих на гострі лейкемії (ГЛ) продовжує залишатись складною задачею. Протоколи специфічної поліхіміотерапії (ПХТ) ГЛ потребують чіткого дотримання доз і режимів введення цитостатиків з урахуванням прогностичних факторів, що є необхідною умовою для отримання та підтримки клініко-гематологічної ремісії. Безумовно проведення ПХТ передбачає адекватного забезпечення симптоматичного лікування з метою зниження ризику розвитку ускладнень, які можуть бути причиною ранньої та пізньої летальності. Ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) можуть виникати на фоні онкогематологічного захворювання, що пов'язано з порушенням мікроциркуляції слизової оболонки (СО) гастроудоденальної зони (ГДЗ) і, як наслідок, зниженням регенераторних можливостей епітелію та прямою токсичною дією ПХТ. Принципово важливим аспектом проведення цитостатичного лікування ГЛ є урахування факторів ризику розвитку ускладнень та призначення профілактичних засобів.

Мета роботи – вивчити провідні фактори ризику розвитку ерозивно-виразкових уражень ГДЗ у хворих на ГЛ в динаміці ПХТ.

Матеріали і методи. Проаналізовано 57 історій хвороб пацієнтів із ГЛ (34 – гостра мієлоїдна лейкемія (ГМЛ), 23 – гостра лімфоїдна лейкемія (ГЛЛ), вік 17-74 рр, чоловіки 54,7%, жінки 45,3%. Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від варіанту ГЛ та призначеної схеми ПХТ. I ( $n=34$ ) – хворі на ГМЛ, схема ПХТ згідно режиму «7+3» та «5+2» з цитозин арабінозидом та антрацикліном; II ( $n=23$ ) – хворі на ГЛЛ, схема ПХТ згідно протоколу Hoelzer (преднізолон, вінкрістин, даунорубіцин, L-аспарагіназа). Оцінювали частоту розвитку ерозивно-виразкових уражень ГДЗ в залежності від наявності захворювань верхніх відділів ШКТ (виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки, хронічний гастрит) в анамнезі, схеми ПХТ та наявності і рівня нейтропенії.

Результати. Ерозивно-виразкові ураження ГДЗ під час проведення I-го курсу індукції ремісії розвинулись у 13 (38%) пацієнтів із ГМЛ I групи, в схемі лікування яких не входили глюкокортикоїди, та у 12 (52,2%) хворих на ГЛЛ II групи, в схемі лікування яких включений преднізолон у дозі 60 мг/м<sup>2</sup>. В анамнезі захворювання ГДЗ були виявлені у 9 (69,2%) хворих I групи та 10 (83,3%) пацієнтів II групи. Підвищення відсотку уражень СО верхніх відділів ШКТ у хворих на ГЛ в динаміці ПХТ зумовлено ульцерогенною дією глюкокортикоїдів та зниженням резистентності слизового бар'єру ГДЗ за умов наявності в анамнезі виразкової хвороби шлунку і 12-палої кишки та хронічного гастриту. Ураження СО ГДЗ у пацієнтів досліджуваних груп зафіксовані в період тяжкої нейтропенії III і IV ступеню (нейтрофілі периферичної крові нижче  $1,0$  і  $0,5 \times 10^9$ /л), коли під впливом цитостатиків відмічається максимальне руйнування всіх клітин, які швидко проліферують, в тому числі і епітелію ШКТ.

Таким чином, у хворих на ГЛ на фоні вагомими факторами ризику формування ерозивно-виразкових уражень ГДЗ можна вважати наявність захворювань верхніх відділів ШКТ в анамнезі, застосування в схемах ПХТ високих доз глюкокортикоїдів та нейтропенію III і IV ступеню.

## ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я

**Виконавці:** Осипенко Є.В. – студ. II курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Трибрат Т.А.

**Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики сімейної медицини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Повноцінне раціональне харчування, як доведено світовим медичним досвідом і численними науковими дослідженнями, є фундаментом профілактики багатьох неінфекційних захворювань. Неприпустимо низьким є рівень освіти населення з питань здорового, раціонального та лікувально-профілактичного харчування. Метою дослідження було вивчення стану, тенденцій та медико-соціальних аспектів проблеми харчування в Україні.

Методи та результати досліджень. Було здійснено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми харчування, статистичної інформації бази даних „Здоров'я для всіх” ЄРБ ВООЗ та офіційних статистичних матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за 2003 - 2013 роки, анкетування пацієнтів.

Аналіз сучасного стану харчування населення України протягом 2003 - 2013 рр. свідчить про наявність негативних тенденцій у стані харчування населення, що може негативно впливати на біосинтез гемоглобіну, викликати пору-



шення діяльності нервової системи, обмінних процесів, фізичного розвитку, зниження імунітету, і спричинювати розвиток аліментарно зумовлених хвороб (анемію, ендокринні хвороби, захворювання серцево-судинної системи, аліментарну дистрофію й інші хвороби).

В останнє десятиліття серед населення України, як і багатьох економічно розвинених країн світу спостерігається виразна тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння. Це пов'язано не тільки з тим, що у більшості населення харчовий раціон складається з дешевої, некорисної їжі, а й з патологічними порушеннями центральної нервової системи, з гормональними зрушеннями. Щорічно з приводу ожиріння здійснюється 1,0 тис. первинних звернень в лікувально-профілактичні заклади. Значимість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідизації пацієнтів молодого віку і зменшенням загальної тривалості життя в зв'язку з розвитком тяжких супутніх захворювань.

Також вчені проводять пряму залежність між вживанням у їжу трансгенів і погіршенням здоров'я людства в останні десять років (ожиріння, зростання онкологічних захворювань, різного виду алергії).

Отже, враховуючи важливу роль аліментарних чинників у формуванні здоров'я, необхідне регулювання та контроль якості і безпеки продуктів харчування на рівні норм міжнародного законодавства в галузі харчування. Освіта та інформування громадськості про здорове харчування в школах, на робочих місцях, в магазинах, об'єктах громадського харчування впливає на звички харчування. Роботу медичного персоналу закладів первинної ланки охорони здоров'я необхідно спрямовувати на проведення ефективних освітніх заходів з метою підтримання здорових навичок харчування, пропагування сучасних науково обґрунтованих дієтологічних рекомендацій, що відповідають поняттям раціонального харчування, сприяють налагодженню здорового харчування і знижують ризик виникнення аліментарно зумовлених захворювань.

## ПСИХОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ

**Виконавці:** Павленко А.В. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** асистент кафедри Артеменко А.Ф.

**Кафедра:** Шкірних та венеричних хвороб з судовою медициною

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Соматоформні розлади є розповсюдженною патологією, яка у більшості випадків зустрічається в осіб молодого віку. Корекція соматоформних розладів досить складна у зв'язку з широким спектром функціональних розладів і труднощами підбору адекватної терапії. Тілесно-орієнтована психотерапія - одно з сучасних напрямів психіатрії, що включає як пряму дію на тіло, так і психологічний аспект при лікуванні психосоматичних порушень. Комплексна техніка тілесної роботи включає теоретичну модель людини як цілісної ієрархічної системи, що об'єднує усі рівні вертикалі "тіло-душа-дух"; методи аналізу і дослідження структури конкретної людини, які б давали можливість здійснювати цілеспрямовану орієнтовану корекцію. Психодерматологія - це розділ психосоматичної медицини, що вивчає взаємозв'язок психіки і шкіри, як у разі здоров'я, так і у разі хвороби. Метою дослідження було вивчити психологічні і психічні порушення у хворих псоріазом. Вивчені наступні чинники: пацієнти є молодшими або єдиними дітьми в сім'ї, лідером в сім'ї виступає мати, сім'я висуває суперечливі вимоги до них, в компанії однолітків пацієнти не займають ведучих позицій, у пацієнтів в різному ступені присутні психічні розлади тривожно-депресивного і афективного характеру, 25% хворих відчують лише невеликий психологічний дискомфорт, третина хворих не відмічає психологічних проблем. При патології дзеркальних нейронів які відповідають за імітацію, розуміння інших людей, емпатію, за сприйняття самих себе виникає спотворення психічного розвитку на структурних рівнях особи, яке спричиняє тілесні прояви, в даному випадку псоріаз. Одування можливе при відновленні взаємозв'язку усіх структурних рівнів особи. Впровадження тілесно-орієнтованих методів в медичну практику, безумовно, підвищує якість терапії. При цьому, якими б перспективними не здавалися нам ці методики, їх необхідно розглядати лише як додаткові до основного методу лікування.

## ЧАСТОТА ТА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТА РЕЦИДИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Виконавці:** Палько В.С., Кравцова К.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Воробушкіна А.К.

**Кафедра фтизіатрії**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми. На сьогодні серед всіх інфекційних захворювань туберкульоз є другою найпоширенішою причиною смерті серед дорослих, викликаючи приблизно 1,7 млн. випадків смертей у всьому світі кожного року. Особливо тяжкими є випадки розвитку мультирезистентного туберкульозу. За даними ВОЗ у світі поширеність МРТБ серед нових хворих складає 3,7%, та 20% - у попередньо лікованих, в Україні- 14,4% та 32% відповідно. Причини та основні фактори розвитку МРТБ на даний момент вивчені недостатньо.

Мета дослідження – визначити частоту та причини виникнення резистентного туберкульозу у вперше діагностованих хворих та при рецидиві ТБ.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проаналізовано результати дослідження тестів на стійкість мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів у хворих на туберкульоз легень з бактеріовиділенням по Полтавській області за 2010-2013 роки.

Результати. Статистичні дані свідчать про те, що з 2010 по 2013 роки в Полтавській області серед проведених тестів на чутливість до протитуберкульозних препаратів серед вперше діагностованих хворих (1048 випадків) стійкість виявили у 38% випадків, з них 12% були монорезистентними, при чому даний вид стійкості найбільш поширений до стрептоміцину (6%), найменше-до рифампіцину (1%). Резистентність до ізоніазиду та етамбутолу становила відповідно 3% та 2%. Мультирезистентність загалом визначалася у 13,2%, при чому найчастіше вона проявлялася до комбінації HRSE та HRS (7,9% та 3,7%), дещо рідше – до HR (1%) і HRE (0,6%). Інші випадки резистентності (крім монотата мультирезистентності) склали 12,8%. Резистентність до ізоніазиду в цілому (окремо та в поєднанні з іншими протитуберкульозними засобами) визначалася у 25%, рифампіцину – у 15,6%, етамбутолу – у 17,7%, та стрептоміцину – у 28%.

З рецидивів туберкульозу (299 випадків) стійкість мікобактерій туберкульозу визначалася у 55%, з них 12,7% були монорезистентними (5% - до стрептоміцину, 4,4% - до ізоніазиду, 2,3% - до етамбутолу, та 1% - до рифампіцину). Мультирезистентність була виявлена у 27% (з них до HR – 2,3%, HRE – 0,67%, HRS – 7,36%, HRSE – 16,7%). Інші випадки резистентності (крім моно- та мультирезистентності) склали 15,3%. Резистентність до H в цілому становила 41,5%, R – 30,7% E – 26,8%, S – 42,8%.

Серед інших випадків лікування (до даної категорії включена решта випадків повторного лікування, включаючи «лікування після перерви» та «невдале лікування») проведено 238 тестів на чутливість до антибактеріальних препаратів, з них стійкість була виявлена у 143 хворих (60%), монорезистентними були 13,8% (5% - до стрептоміцину, 5% - до ізоніазиду, 2,1% - до етамбутолу, та 1,7% - до рифампіцину), мультирезистентними – 29,8% (з них до HR – 1,68%, HRE – 0,84%, HRS – 7,56%, HRSE – 19,75%). Інші випадки резистентності (крім моно- та мультирезистентності) склали 16,4%. Резистентність до H в цілому становила 42,9%, R – 38 % E – 31,9%, S – 43,69%.

Висновки. 1) Резистентність до протитуберкульозних препаратів найчастіше виникає у хворих, що включені до категорії «інші випадки лікування» і складає 60%, у хворих з рецидивами туберкульозу – 55%, у хворих з вперше діагностованим туберкульозом – 38%.

2) Частота виявлення мультирезистентного туберкульозу у хворих, що включені до категорії «інші випадки лікування» – 29,8%, у хворих з рецидивами ТБ – 27%, у хворих з вперше діагностованим туберкульозом – 13,2%

3) Частота виникнення резистентності та мультирезистентності мікобактерій туберкульозу найчастіше спостерігається у хворих, що включені до категорії «інші випадки лікування» та при рецидивах туберкульозу і виникає майже в 2 рази частіше, порівняно з вперше діагностованим туберкульозом.

4) Наведені дані свідчать, що найбільш поширеними причинами розвитку резистентності мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів є перерване лікування, порушення режиму, невдале лікування.

Рекомендації: Націлювати хворих туберкульозом на дотримання безперервного режиму лікування (на обходах та при спілкуванні з хворим, родичами); забезпечити надання психологічної допомоги хворим з обтяжуючими факторами (алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД).

## ЧАСТОТА Й ПРЕДИКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

**Виконавець:** Пушко О.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Шуть С.В.

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність проблеми. Надзвичайно актуальними є проблеми сімейної медицини, а головне, питання доцільності первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), які обговорюються як діями охорони здоров'я (ОЗ), так і всіма тими, кого хвилює стан вітчизняної медицини. Про сімейну медицину можна говорити як про науку, що займається здоров'ям родини, методами його вивчення, збереження та зміцнення. За висловом директора Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) М. Чен: «Розвиток ПМСД – ключовий елемент для досягнення прийнятного рівня здоров'я для всіх людей у цьому світі». Згідно з документами ВООЗ, ПМСД є фундаментом усієї системи медичної допомоги. Вона закладає основу формування громадського здоров'я, несе найбільшу відповідальність за його втрату, визначає раціональне та ефективне використання коштів ОЗ. Кардіоваскулярна патологія (КВП) відноситься до провідних причин смертності і втрати працездатності в усьому світі. На даний час все більшу увагу вчених привертає проблема раннього старіння, в тому числі серцево-судинної системи (ССС). Через велику розповсюдженість та високий ризик небезпечних для життя ускладнень КВП наносить непоправну шкоду здоров'ю населення й призводить до значних матеріальних втрат. У нашій країні зареєстровано понад 12 млн. людей, хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить 32% дорослого населення. Проблема метаболічного синдрому (МС) та АГ стала вкрай актуальною останнім часом. Мета дослідження – проаналізувати частоту і предиктори КВП серед пацієнтів на першому етапі надання медичної допомоги в центрі ПМСД №3 м. Полтава. Матеріали та методи дослідження. Нами опрацьовано 222 амбулаторні картки та статистичні талони для реєстрації заклучених (уточнених) діагнозів пацієнтів, які вперше виявлені або вперше звернулись за медичною допомогою в ПМСД №3 м. Полтава за січень – лютий 2014 року.

Результати дослідження. Патологія ССС становить 42,34% (94 особи) від терапевтичної патології. Із них 63 жінки (67,02%) і 31 чоловік (32,98%), вік хворих знаходився в межах від 30 до 78 років. При аналізі анамнестичних та об'єктивних даних, серед хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із МС (59,57%), переважали жінки (84,04%), частіше зустрічалась спадкова схильність до АГ й цукрового діабету (ЦД) (у жінок – 95%, у чоловіків – 51%), слабкість, швидка втомлюваність, підвищення маси тіла та ознаки абдомінального ожиріння.

Висновки. Оскільки суть ОЗ полягає в її орієнтації на пацієнта, своєчасності, безпеці та справедливості, раціональності й ефективності, то при виявленні хворого з високим кардіоваскулярним ризиком сімейному лікарю перш за все необхідно розробити стратегію немедикаментозної корекції й медикаментозної терапії, які в комплексі складають основу зниження ризику, а отже підвищення якості й збільшення тривалості життя.

## ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ФОРМУВАННЯ ЕСЕНЦІЙНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ

**Виконавець:** Сидорчук А.Р. – студ. III курсу, 1-го мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Лукашевич І.В.

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Актуальність. Есенціальна артеріальна гіпертензія (ЕАГ) є багатофакторним, полігенним захворюванням, пандемічний характер якої останніми роками вагомою часткою зумовлений способом життя населення. При цьому вплив чинників навколишнього середовища реалізується в зв'язку з генотипом окремого індивідуума, котрий у змінених соціально-побутових умовах починає проявляти своє потенційне патогенетичне призначення і стає індивідуальним фактором ризику. Саме тому, вивчення генетики серцево-судинних захворювань, у т.ч. ЕАГ, набуває важливого соціально-економічного та медичного значення сьогодні.

Мета. Встановити частоту зустрічання тяжких стадій ЕАГ (II і III) та гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих на ЕАГ залежно від I/D поліморфізму гена ангіотензин-перетворювального ферменту (ACE) та t894g гена ендотеліальної NO-синтази (eNOS).

Матеріал і методи. Етап скринінгу пройшло 120 хворих на ЕАГ I-III стадій тяжкості. Серед пацієнтів 12,5% (15) осіб – із ЕАГ I, 60,0% (72) – із ЕАГ II, 27,5% (33) – із ЕАГ III ст.; 48,3% (58) жінок і 51,7% (62) чоловіків, середній вік –  $52,91 \pm 9,24$  року, тривалість захворювання від 2-х до 28-и років (у середньому  $15,73 \pm 8,02$  року). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. ГЛШ вивчали за даними ЕКГ та Ехо-КГ (збільшення індексу маси міокарда лівого шлуночка  $\geq 125 \text{ г/м}^2$  у чоловіків,  $\geq 110 \text{ г/м}^2$  у жінок) [ESH 2007, 2009]. Алелі поліморфних ділянок генів вивчали методом ПЛР аналізу.

Результати. За сімейним анамнезом появи ЕАГ у батьків у віці матері до 55 років, батька до 65 років, чи родичів по прямій лінії, серед носіїв генотипів гена ACE вагової різниці не спостерігали ( $p > 0,05$ ). Тоді як носійство ТТ-генотипу гена eNOS асоціювалось із частішим у 2,5 і 1,9 разу успадкуванням ЕАГ у жінок та чоловіків, ніж за наявності GG-генотипу ( $\chi^2=9,26$ ,  $p=0,002$  та  $\chi^2=5,05$ ,  $p=0,025$ ), відповідно. Прогностична цінність позитивного результату появи ЕАГ II-III стадій у носіїв D-алеля гена ACE та T-алеля гена eNOS склала понад 70,0%, а при поєднанні 2-х "не-сприятливих" генотипів (DD- гена ACE та ТТ- гена eNOS) – 100,0%. Групами високого ризику ураження органів-мішеней, зокрема ГЛШ, за геном ACE стали носії D-алеля (DD+I/D-генотипи) гена ACE: у 2,1 разу частіше зустрічали гіпертрофічні моделі лівого шлуночка (ЛШ) – у 91,2% (31) і 85,5% (29) vs 41,7% (11) випадків у хворих із II-генотипом ( $p < 0,001$ ), (OR=6,15, 95%CI OR=1,24-15,9); та носії ТТ-генотипу гена eNOS, у котрих відносна частота концентричної ГЛШ у 1,4 і 1,5 разу більша, ніж у таких із TG- та GG-генотипами: 66,7% (6) проти 46,9% (30) і 44,7% (21) ( $\chi^2=29,9$ ,  $p < 0,001$ ). Натомість, нормальну геометрію та концентричне ремоделювання ЛШ у 2,3 рази частіше реєстрували у гомозиготних носіїв I-алеля, ніж у власників D-алеля: 54,2% (13) vs 23,4% (12), відповідно ( $p=0,048$ ) та у хворих із GG-генотипом гена eNOS ( $p \leq 0,003$ - $0,001$ ). Прогностична цінність позитивного результату наявності ГЛШ (за ІММЛШ) за присутністю D-алеля гена ACE та ТТ-генотипу гена eNOS – 94,2%, чутливість – 80,3%, специфічність – 86,4%, діагностична точність – 81,9% і 83,4%, відповідно.

Висновки. Поліморфізм генів ACE (I/D) та eNOS (T893G) є додатковим маркером появи ЕАГ та формування ГЛШ, що дає змогу виокремити групи ризику пацієнтів з метою вторинної профілактики.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК В ПОКЛ ІМ.М.В.СКЛІФІСОВСЬКОГО – АНОМАЛІЯ ДЕНДІ-УОКЕРА З ВИРАЖЕНОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ

**Виконавці:** Скорик М.В.– студ. 4 курсу мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** к.мед.н.Гладка В.М.

*Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії та медичної генетики*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Гідроцефалія – розширення шлуночкових систем мозку і субарахноїдальних просторів за рахунок надлишкової кількості цереброспінальної рідини. Розвиток гідроцефалії може бути пов'язаний як зі збільшенням продукції, так і з порушенням його резорбції. Також порушення ліквородинаміки може бути наслідком пороків розвитку центральної нервової системи, запальних процесів в оболонках мозку, травм в перинатальному і постнатальному періодах. Частота вродженої гідроцефалії становить від 0,2 до 4 випадків на 1000 новонароджених. Однією з причин гідроцефалії може бути аномалія Денді-Уокера, яка характеризується зарощенням отворів Мажанді і Люка, кістозним розширенням 4-го шлуночка, гіпоплазією або аплазією черв'яка мозочка. Характерним є уповільнення моторного розвитку дитини, прогресуюче збільшення черепа, ознаки внутрішньочерепної гіпертензії (дратівливість, нудота, блювання, судомний синдром, порушення зору), а також мозочковою симптоматикою, часті розлади з боку черепних нервів. Синдром Денді-Уокера часто поєднується з недорозвиненням мозолистого тіла, аномаліями розвитку серця, лицевого скелета, пальців.

У неврологічне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні 25 грудня 2013 року поступив хворий А., 15 років зі скаргами на періодичний головний біль, судомні напади (1-2 рази на рік) з втратою свідомості, піною з рота, переважно вночі або на фоні високої температури тіла. У 2007 році при проведенні МРТ виявлено виражену внутрішню гідроцефалію, синдром Денді-Уокера. В неврологічному статусі: мозкова частина черепа більше виражена, від лицевої. Сухожилляна анізорексія, глибокі рефлекси пожвавлені. Черевні рефлекси – в'ялі. Позитивний кистьовий симптом Россолімо, симптом Бабінського з двох сторін. Виражений хобітковий рефлекс. Дистальний гіпергидроз. Загальноклінічні аналізи без патології. На ЕЕГ помірні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку без чіткого вогнища. РЕГ: міжпівкульна асиметрія, об'ємний кровотік обох півкуль знижений, підвищений тонус судин прекапілярного русла. Психічний розвиток пацієнта відповідає віковій нормі. На МРТ: виражена внутрішня гідроцефалія, аномалія Денді-Уокера (агенезія мозолистого тіла, ознаки шизенцефалії в лобно-тім'яних областях, арахноїдальні лікворні кісти в скроневих областях). Хворому був встановлений діагноз: наслідки органічного ураження ЦНС в ранньому дитинстві у вигляді вираженої внутрішньої гідроцефалії з двобічною рефлекторно-пірамідною недостатністю, вегетативною дисфункцією за змішаним типом, епісиндромом у вигляді генералізованих тоніко-клонічних судом (два рази на рік). У наведеного хворого при МРТ-картині вираженої гідроцефалії повністю відсутні клінічні ознаки внутрішньочерепної гіпертензії, що зустрічається рідко і вказує на компенсовану форму гідроцефалії.

Знання клінічних проявів вроджених аномалій головного і спинного мозку дозволяє лікарю загальної практики (сімейному лікарю) при підозрі на порок розвитку своєчасно направити дитину на консультацію до спеціаліста (невролога чи нейрохірурга) для визначення подальшої тактики лікування та сумісного ведення хворого. Але наведений приклад показує, що існують компенсовані форми, коли клінічна симптоматика практично відсутня при виражених змінах за даними нейровізуалізаційних обстежень і порок розвитку виявляється як випадкова знахідка при проведенні МРТ.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ, ЯКІ УСКЛАДНЮВАЛИ ПАНДЕМІЧНИЙ ГРИП ТА ГРВІ

**Виконавці:** Тимошенко А.А., Панасенко Т.О., Корпан А.С. – студ. VI курсу мед. ф-ту №1

**Наукові керівники:** проф. Дубинська Г. М., ас. Прийменко Н.О.

**Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Найчастішим ускладненням грипу є пневмонія, яка виявляється у 10% всіх захворілих і приблизно у половини госпіталізованих. Мета дослідження – визначити особливості перебігу пневмонії, що завершилася одужанням, у хворих на грип А/Н1N1.

Матеріали та методи. Проаналізовано клініко-лабораторні дані 105 хворих на грип А/Н1N1, ускладнений пневмонією, які перебували на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні в листопаді 2009- березні 2010 рр. Група порівняння включала 24 хворих на позагоспітальну пневмонію, що розвинулася на фоні перенесених гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ). Для підтвердження діагнозу грипу А/Н1N1 проводили дослідження змивів із носа та ротоглотки за методом полімеразної ланцюгової реакції, а також визначали специфічні антитіла в реакції гальмування гемаглютинації з грипозними діагностикумами. Діагноз пневмонії підтверджували рентгенологічно, ступінь її тяжкості визначали за шкалою Fine.

Результати досліджень. Проведені дослідження показали, що фактори ризику ускладненого перебігу грипу виявлялися у 21,9% хворих. При грипі тяжкість пневмонії частіше відповідала III та IV класу ризику (44,7% і 24,7% хворих відповідно), а при ГРВІ – II та III (66,6% і 33,3% хворих відповідно). Прояви пневмонії були типовими у пацієнтів обох груп, однак у хворих на грип переважало двобічне ураження легень (50,4% хворих проти 25,0%). Слід відмітити, що в групі пацієнтів з грипом перебіг пневмонії мав особливості: відмічався кров'янистий характер харкотиння (6,6%), зниження рівня сатурації крові та аускультативні прояви випереджали рентгенологічні зміни на 2-3 дні, розсмоктування інфільтратів тривало понад 10 днів. Аналіз результатів бактеріологічного дослідження харкотиння при пневмоніях показав, що при грипі А/Н1N1 спектр виділених мікроорганізмів був ширшим (10 збудників), на відміну від групи порівняння (2 збудники).

Висновки. Таким чином, проведені дослідження показали, що пневмонія у хворих на грип А/Н1N1 має особливості перебігу, які потрібно знати та враховувати практичним лікарем.

## ХРОНІЧНА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЬ: МЕХАНІЗМИ, ТРИГЕРИ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

**Виконавець:** Третяк І.М., – студ. IV курсу мед. ф-ту №1

**Наукові керівники:** проф. Кулішов С.К., ас. Приходько Н.П.

**Кафедра внутрішньої медицини №1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність проблеми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) залишаються основною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу, в тому числі й Україні, внаслідок їх впливу на показники серцево-судинної смертності та захворюваності населення (Коваленко В. М., Корнацький В. М., 2005). Незважаючи на сучасні досягнення в лікуванні, захворюваність на ІХС і АГ прогресивно зростає, відповідно збільшується і кількість хворих з ускладненим перебігом цих хвороб. Стрес, який супроводжує людину в процесі її діяльності, передусім ішемічному ушкодженню серця та зумовлює його розвиток (Воробєєва О.В., 2009). Невід'ємною частиною патогенезу ІХС і ГХ є системна запальна активність, що проявляється взаємодією прозапальних та протизапальних цитокінів (Серкова В. К., Вознюк Л. А., 2009). Основна причина розвитку ІХС – це атеросклероз як одна з форм хронічного запалення за наявності дисліпідемії (Серкова В. К., Вознюк Л. А., 2009). Хронічна ІХС, артеріальна гіпертензія, поліморбідність є вік-залежними процесами, прояви яких залежать від експресії генів старіння.

Мета роботи. Визначити механізми, тригери хронічної ІХС та поліморбідності для покращання якості діагностики як передумови корекції лікування.

Наукова новизна роботи. Уточнена роль порушення метаболізму низько інтенсивного запалення в патогенезі хронічної ІХС в поєднанні з цукровим діабетом, патологією травної системи, погіршенню вільно-міокардіальної адаптації. Визначені алгоритми діагностики індивідуальних механізмів послідовності ураження органів та систем у хворих на поліморбідність. Методи дослідження. Загальноклінічні, лабораторно-біохімічні, інструментальні (ехокардіоскопія, вибірково-холтеровське електрокардіографічне моніторування та добове моніторування артеріального тиску).

Результати дослідження. Проведене дослідження дозволило визначити більш виражені прояви хронотропної неспроможності, систолічної артеріальної гіпертензії, гіперглікемії у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу в поєднанні з патологією травної системи. Для хворих у поєднанні з постінфарктним кардіосклерозом, типовим було зниження фракції викиду, збільшення сечовини крові, моноцитарних прозапальних реакцій на тлі ангіопатій (таблиця 1).

**Таблиця 1**

**Параметрична і непараметрична кореляція віку, наявності діабетичних ангіопатій, постінфарктного кардіосклерозу, хронотропної і інотропної дисфункції серця, показників запальних процесів, сечовини.**

Показники кореляції	Кореляція по Пірсону - r	Pg – достовірність кореляції по Пірсону	Кореляція по Спірмену - R	P(R) – достовірність кореляції по Спірмену
Наявність постінфарктного кардіосклерозу (Ps-w = 0.006 - непараметричний) і рівень сечовини в ммоль/л (Ps-w = 0.458-параметричний)	0.702	0.005	0.667	0.009
Наявність постінфарктного кардіосклерозу (Ps-w = 0.006-непараметричний) і значення фракції викиду в % (Ps-w = 0.096-параметричний)	-0.533	0.032	-0.543	0.037
Наявність ангіопатій (Ps-w = 0.0001-непараметричний) і відносна кількість моноцитів в % (Ps-w = 0.492-параметричний)	0.893	0.042	-	-

*Примітка: Ps-w-значимість по Шапіро-Вилку, для визначення характеру розподілу варіабельностей, зокрема параметричні і непараметричні.*

Активізація системи згортання крові була більш виражена у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу без поєднання з патологією травного тракту, а глюкозурія - у тих, у кого була супутня патологія травної системи.

Більш виражена фібриногенемія була у хворих на стабільну стенокардію напруги, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу в поєднанні з патологією травної системи, а тенденція до збільшення протромбінового часу - у тих, у кого не було такого поєднання (таблиця 2).

Таблиця 2

Відмінності показників ( $M \pm SEM$ ,  $SD$ , 95%  $CI$ ,  $Med$ ,  $Q$ ) згортання крові у хворих на стабільну стенокардію напруги, цукровий діабет в залежності від наявності або відсутності патології травної системи

Показники	Хворі на хронічну ішемічну хворобу серця, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу в залежності від наявності або відсутності патології травної системи:	
	З наявністю	З відсутністю
Фібриноген крові, г/л	2.83±0.28;0.79;(2.166-3.496);2.66;(2.27-3.72) Ps-w=0.236 (параметричний) Plevene=0.642 (гомогенний) Pst=0.048	2.63±0.28;0.803;(2.96-4.30);3.55;(2.94-4.33) Ps-w=0.431 (параметричний)
Протромбіновий час, секунди	16.87±0.76;2.16;(15.06-18.68);16.00;(16.00-17.00) Ps-w=0.001 (непараметричний) Pmw=0.058	18.00±0.65;1.85;(16.45-19.54);17.50;(17.00-18.75) Ps-w=0.078 (параметричний) Plevene=0.900 (гомогенний) Pst=0.284

Примітка:  $M$  - середня,  $SEM$  - стандартна похибка середньої,  $SD$  - стандартне відхилення, 95 %  $CI$  - 95% довірчий інтервал,  $Med$  - медіана,  $Q$  - квартилі,  $Ps$  -  $w$  - значимість за Шапіро-Вілком визначення характеру розподілу варіабельностей, зокрема параметричні і непараметричні,  $Plevene$  - значимість гомогенності даних,  $Pst$  - значимість відмінності порівнюваних груп за тестом Стьюдент-Фішера,  $Pmw$  - значимість відмінності порівнюваних груп за тестом Манн-Уїлні.

Провідними проявами у хворих з поліморбідністю (поєднанням серцево-судинної патології з цукровим діабетом, патологією травного тракту) були: порушення метаболізму, низькоінтенсивне запалення, прокоагулянтні зміни, дезадаптація серцево-судинної системи.

Хронізація патологічного процесу на рівні судин серця, інших органів та систем відбувається внаслідок фракталізації прозапальних та протизапальних зрушень на фоні дисліпідемії.

Висновки. Типовими проявами у хворих на хронічну ІХС в поєднанні з цукровим діабетом, патологією травної системи були порушення метаболізму, низькоінтенсивне запалення, прокоагуляційні зміни, коронарно-міокардіальна дезадаптація.

Діабетичні ангіопатії, атеросклеротичні ураження аорти та її гілок є факторами ризику ініціювання, потенціювання порушень вуглеводного обміну, внаслідок хронічної ішемізації підшлункової залози.

Алгоритми діагностики індивідуальних механізмів послідовності ураження органів і систем у хворих патологією серцево-судинної, травної систем і цукровим діабетом, зводяться до поетапного аналізу первинності або вторинності, паралельності ушкоджень серцево-судинної системи і бета-клітин острівців Лангерганса.

## ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Виконавець: Шинкаренко В.С. – студ. III курсу стомат. ф-ту

Наукові керівники: доц. Дігтяр Н.І., викл. Стасюк О.А.

Кафедра внутрішньої медицини №3, кафедра патофізіології

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема стоматологічних захворювань у людей, які мають серцево-судинну патологію. Відомо, що у таких хворих стоматолог має обирати спеціальну тактику лікування. Також стоматолог має приділяти велику увагу профілактиці захворювань порожнини рота. Отже, виконуючи цю роботу, нашою метою було оцінити стоматологічний статус і потребу в лікуванні пацієнтів з серцево-судинною патологією.

Спочатку нами було обрано дві групи людей по 15 чоловік: перша група дослідна, друга – контрольна. До першої групи увійшли пацієнти з терапевтичного відділення 1 МКЛ, а до другої – студенти третього курсу стоматологічного факультету УМСА.

Огляд включав: збір анамнезу, оцінку стоматологічного статусу, стан серцево-судинної системи (об'єктивний огляд, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та ЕКГ).

Досліджували інтенсивність ураження зубів карієсом. З цією метою визначали індекс КПУ. Оцінку рівня гігієни порожнини рота проводили по динаміці індекса гігієни порожнини рота ОНІ-S. Оцінку динаміки запального процесу в яснах проводили по індексу РМА.

В ході досліджень були отримані такі результати:

Вікова група	КПУ	ОНІ-S	Індекс РМА
Студенти (19-25 років)	7,4	1,65	22,5
Пацієнти (41-60 років)	16,3	3,15	41,2
Пацієнти (старше 60 років)	20,3	5,62	62,3

Після проведення стоматологічного огляду і об'єктивного дослідження стану порожнини рота було визначено потребу в стоматологічному лікуванні.

У структурі індекса КПУ у студентів та пацієнтів 41-60 років переважав компонент «П». А у людей старших 60 років – компонент «В».

У студентів індекс гігієни був у середньому задовільний, а у хворих з серцево-судинною патологією – поганий. Також у пацієнтів 41-60 років був виявлений гінгівіт середнього ступеня, а у людей старше 60 років – гінгівіт важкого ступеня.

Отже, в ході дослідження ми побачили, що хворі з серцево-судинною патологією мають високу інтенсивність карієса та хвороб пародонта. Індекс КПУ у них в середньому в два рази вище, ніж у осіб без супутньої патології. В структурі захворювань пародонта частіше всього зустрічається періодонтит. У них, як правило, відсутня раціональна гігієна порожнини рота і спостерігається висока потреба в комплексному стоматологічному лікуванні.

## ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

**Виконавець:** Шкроб Я.М. – студ. V курсу мед. ф-ту № 2

**Науковий керівник:** доц. Гуцаленко О.О.

**Кафедра внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Актуальною проблемою у наш час є поширеність поєднаної соматичної патології у терапевтичній практиці, яка в останні роки постійно зростає. Обстеження сучасного терапевтичного хворого потребує уваги не лише до захворювання, з приводу якого він звернувся, а й активного цілеспрямованого виявлення супутніх хвороб. Аналіз послідовності приєднання одного захворювання до іншого у кожного хворого набуває важливого практичного значення у профілактиці можливих ускладнень. Виявлення етіопатогенетичних зв'язків та послідовності розвитку основного, поєднаних та паралельно протікаючих захворювань та їх клінічний взаємовплив багато в чому визначає індивідуальний підхід по вибору тактики лікаря стосовно консервативного або оперативного лікування, прогноз та наслідки захворювання, покращення якості життя цих хворих. Наукова новизна роботи. Досліджено частоту наявної поєднаної соматичної патології у хворих неврологічного профілю. Мета дослідження - вивчити частоту наявної поєднаної соматичної патології у хворих, які знаходилися на лікуванні у неврологічному відділенні міської клінічної лікарні. Завданням дослідження було провести аналіз та оцінку різних поєднань захворювань (поліморбідних уражень, поліпатій) у хворих неврологічного профілю. Матеріали та методи дослідження. Для вирішення даної мети було відібрано та проведена експертна оцінка 54 історій хвороб осіб, які лікувалися в неврологічному відділенні 5' МКЛ, основним діагнозом яких відповідно була неврологічна патологія. Обстеження включало клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Всі хворі були оглянуті доцентом кафедри внутрішньої медицини № 2, а при необхідності проведено додаткові обстеження, необхідні для верифікації соматичної патології.

Результати дослідження. Результати аналізу показали, що серцево-судинні захворювання були найчастішою супутньою патологією у неврологічних хворих – 67,56%. У 35,95% хворих перебіг неврологічної патології обтяжувався супутніми захворюваннями органів травлення, у 7,85% - хворобами нирок, а група інших хвороб (асоційованих поліпатій) склала 8,89%. Найбільша частота асоційованих станів у неврологічних хворих припадає на артеріальну гіпертензію – 56,82%, як найпоширенішу патологію як в групі серцево-судинних, так і цереброваскулярних захворювань та одним із основних факторів ризику їх розвитку. В структурі супутніх кардіоваскулярних хвороб у неврологічних хворих на артеріальну гіпертензію переважали ІХС (15,64%), порушення серцевого ритму (15,27%), патологія нирок (13,09%) та цукровий діабет (11,64%).

Висновки. Обстеження неврологічних хворих не повинно обмежуватися вивченням та лікуванням лише основної патології, а й вимагає всебічного обстеження, в першу чергу стану серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту пацієнта. Досить висока частота поліпатій, зокрема у неврологічних хворих, є свідченням того, що проблема асоційованих поліморбідних станів є міждисциплінарною, до розв'язання якої повинні бути залучені лікарі багатьох спеціальностей. Призначення терапії при коморбідних станах потребує строго індивідуального підходу у виборі препаратів з урахуванням імовірності розвитку побічних ефектів та несприятливих взаємодій з іншими лікарськими засобами.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МЕТОДОМ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

**Исполнитель:** Яковлева Д.В., – студ. III курса стомат. ф-ту

**Научные руководители:** доц.Дигтяр Н.И., ас.Стасюк А.А.

**Кафедра внутренней медицины № 3, кафедра патофизиологии**

*ВГУЗ Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия", г.Полтава*

На сегодняшний день в Украине заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в структуре распространенности среди всех заболеваний занимают 3-е место (9,3%), а в структуре заболеваемости – 7-е (4,2%). С каждым годом отмечается четкая тенденция к увеличению этих показателей. Так, с 2000 по 2012 год число гастроэнтерологических больных в Украине увеличилось с 4,6 до 6,3 млн больных, то есть почти в 1,4 раза. Одна из основных причин заболеваний желудка - это *Helicobacter pylori*, микроорганизм, который заселяет пищеварительный тракт уже с 6-7-го года жизни человека. Жизнедеятельность этого микроба впоследствии приводит к язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, ракам и опухолям пищеварительной системы. Поскольку рецепторное поле полости рта оказывает влияние на секреторную и моторную функцию кишечника, мы решили установить обратное влияние заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на состояние полости рта. Учитывая широкую распространенность патологии желудочно - кишечного тракта (ЖКТ), целью нашей работы явилось выявление проявлений болезней ЖКТ в полости рта методом визуальной оценки. Объектами исследования послужили две группы по 15 человек разного пола и возраста: первая группа – пациенты терапевтического и поликлинического отделений 1 ГКБ г.Полтава, страдающие заболеваниями ЖКТ, вторая - контрольная, которой были студенты 3 и 4 курса стоматологического факультета ВГУЗ Украины "УМСА". Результаты исследования. В ходе исследования мы получили следующие показатели: слизистая оболочка полости рта людей с *язвенной болезнью желудка* - бледно-розового цвета, недостаточно увлажнена, спинка языка покрыта бело-серым налетом, имеется гипертрофия сосочков, больные жаловались на жжение языка, нарушение вкуса. У больных, страдающих *гастритом*, отечная, гиперемизованная слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта, гиперемия языка, сглаженность рельефа спинки языка, отпечатки зубов на боковых поверхностях языка, десны гиперемизованы, отечны, больные жаловались на извращение вкусовых ощущений, металлический привкус во рту, слизистая оболочка вестибулярной поверхности губ гиперемизована, на красной кайме губ - трещины, в углах рта - заеды.

На основании полученных данных можно выделить субъективные и объективные признаки проявления заболеваний ЖКТ в полости рта. **Субъективные признаки:** жжение языка, изменение вкусовых ощущений. **Объективные:** изменение цвета и степени увлажненности слизистой оболочки полости рта, твердого и мягкого неба, состояния десен, нарушение рельефа языка, появление на нем налета, трещины и заеды углов рта и губ.

Таким образом, благодаря описанной методике диагностики заболеваний внутренних органов, специалисты разного профиля смогут вовремя определить имеющиеся у пациента нарушения в работе систем организма. При выявлении стоматологом признаков патологии в полости рта пациента, означающей нарушения в работе ЖКТ, он немедленно направит пациента к соответствующему специалисту.

## СЕКЦІЯ №2

### КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

#### ОЦІНКА СТАНУ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ЛІКУВАННІ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

**Виконавець:** Алекса Я.М., Коробенко А.А.- студ. V курсу мед. ф-ту

**Керівник:** ас. Могильник А.І.

*Курс анестезіології та інтенсивної терапії.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Актуальність. Більшість патологій потребуючих інтенсивної терапії перебігають на фоні гіперметаболізму і потребують адекватної нутритивної підтримки. Тому метою нашого дослідження стало покращення нутритивної підтримки хворих, які перебувають на лікуванні в відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Склясовського шляхом дослідження її адекватності.

Матеріали і методи. Було обстежено 35 хворих віком від 19 до 81 року та проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих та листи інтенсивної терапії. Середній вік хворих становив  $43 \pm 4,1$  роки. Розподіл по нозологіям, які потребували інтенсивної терапії: гостра хірургічна патологія ( $n=9$ ), нейрохірургічна патологія ( $n=15$ ), політравма ( $n=11$ ). Адекватність харчування визначали шляхом розрахунку повинної кількості калорій за формулою Харріса-Бенедикта з врахуванням додаткових потреб (гіпертермія, фактори активності та пошкодження). Недостатність харчування визначалася у хворих за зміною лабораторних показників, які оцінювалися на 2-у, 7-у і 11-у добу перебування у стаціонарі.

Результати дослідження. У всіх хворих було виявлено дефіцит між отримуваним та розрахованим калоражем. Відмінність становила 1000-3100 ккал., в середньому  $2724 \pm 473$  ккал. Нами була доведена чітка кореляційна залежність між визначенням дефіциту калоражу та лабораторними критеріями, яка становила  $r=-0,56$  для абсолютної кількості лімфоцитів,  $r=-0,66$  для рівня глюкози, і  $r=-0,85$  для протеїнемії.

У 59,5% хворих виявлено зниження абсолютного числа лімфоцитів до  $1,0 \pm 0,1 \times 10^9$  /л на 11-й день перебування в реанімаційному відділенні, що відтверджувалося лабораторними показниками і відповідає II ступеню нутритивної недостатності (Новицька–Усенко Л. В., 1997).

Зниження рівня загального білка виявлено в 67,6% пацієнтів на 11-й день перебування в відділенні реанімації до  $50,2 \pm 0,6$  г/л, що відповідає II ступеню нутритивної недостатності (Новицька–Усенко Л. В., 1997).

Висновки. Хворі, які знаходяться у відділенні інтенсивної терапії потребують щоденного розрахунку добової потреби калоражу з корекцією на фактор пошкодження, активності та температурний. Показники глікемії, загального білка, абсолютного числа лімфоцитів є достовірними критеріями адекватності харчування.

#### ВАГИНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ

**Исполнитель:** Ананченко Ю.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата

**Научный руководитель:** проф. Золотухин Н.С., к. мед. н. Запорожченко А.П.

*Отделение бакалаврат*

*Донецкий базовый медицинский колледж г. Донецк*

Проведение влагалищных операций не так трудно, как полагают некоторые. В большинстве случаев трудности возникают при неправильной технике. При правильной же технике – это типичные операции, которые вполне могут быть освоены каждым хирургом. Неуверенность многих хирургов при проведении влагалищных операций отчасти объясняется тем, что в большем числе руководств по оперативной гинекологии содержатся лишь немногие указания о технике проведения операций. Особенно это касается к операциям на придатках. Влагалищные брюшнополостные операции мы производим на протяжении 15 лет. Нами произведен ретроспективный анализ истории болезни 70 женщин, у которых была произведена операция на матке и придатках влагалищным доступом. У 35 женщин произведена экстирпация матки без придатков по методике от параметриев. А у 35 выполнена операция на придаток матки по методике описанной нами. Все женщины проходили клинико-лабораторное обследование и УЗИ органов малого таза. Операция производилась в плановом порядке. Возраст пациенток колебался от 18 до 55 лет. Вагинальная гистерозэктомия без придатков произведена у 25 женщин с придатками у 10. Средняя продолжительность операции  $40 \pm 5,5$  минут. Односторонняя овариозэктомия произведена у 10 (28,6%). Двухсторонняя резекция яичников у 6 (17,1%). Односторонняя цитосальпингоэктомия у 6 (17,1%). Двухстороннее лигирование маточных труб у 5 женщин (14,3%). Средняя продолжительность овариозэктомии составила  $20 \pm 1,5$  мин. При двухсторонней резекции яичников  $25,5 \pm 1,3$  минуты, односторонней цитосальпингоэктомии  $18,3 \pm 1,8$  мин. Односторонней сальпингоэктомии  $25,6 \pm 1,6$ . При двухсторонней сальпингоэктомии  $25,6 \pm 1,6$ . При двухстороннем лигировании маточных труб (стерилизации)  $15,4 \pm 1,4$  минуты. Кровопотеря при гистерозэктомии составила  $110,3 \pm 20,5$  мл. При операции на придатках  $70,5 \pm 15,3$  мл. Средняя длительность пребывания в стационаре  $4,0 \pm 0,8$  дня. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Таким образом, при соблюдении соответствующих правил вагинальная гистерозэктомия, овариозэктомия и сальпингоэктомия являются особенно изящным быстрым и надежным хирургическим вмешательством.

#### СТРУКТУРА ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Виконавці:** Бабаєв Т.О.- студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** асистент Муковоз О.Є.

*Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність. За даними канцер-реєстру Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру всього на обліку знаходиться 34477 особи із злоякісними новоутвореннями різної локалізації.

В 2013 році було взято 5032 хворих яким вперше встановлений діагноз «злоякісне новоутворення», із них 126 хворих із онкологічною патологією щелепно-лицевої ділянки. Метою дослідження було ретроспективний аналіз захворюваності на ра щелепно-лицевої ділянки. Результати дослідження. В Полтавській області за 2013 рік зареєстровано 5438 випадків злоякісних новоутворень, із них 133 із локалізацією в щелепно-лицевій ділянці, становить 9,1 випадків на 100 тис. населення. В структурі загальної онкозахворюваності онкостоматологічна складає 2,5%. За локалізацією найчастіше зустрічається рак слизової оболонки порожнини рота та оболонка щоки, альвеолярних відростків, твердого та м'якого піднебіння – 51 випадків. На другому місці рак язика – 31 випадок, на третьому місці рак губи – 29 випадків, на четвертому місці – рак великих слинних залоз – 22 випадки.

Збільшилась кількість занедбаних випадків злоякісних новоутворень порожнини рота із 27 за 2008 рік до 44 – за 2013 рік. Захворюваність на злоякісні новоутворення порожнини рота на 100 за 2011 р. склала 5,3; 2012 р. – 6,6; 2013 р. – 7,1 (Україна за 2013 р. 5,1). Злоякісні новоутворення ротової порожнини досить легко діагностуються візуально при оглядах, але на жаль часто діагностується пізно. Відсоток занедбаних онкологічних захворювань ротової порожнини за 2013 р. становить 44,3% (Україна за 2013 рік – 44,4%). При анамнезі причин занедбаності встановлено, що в основному це неповне диспансерне обстеження хворих, неповне обстеження по диспансерному спостереженню, помилки при клінічному обстеженні (недооцінка клінічних даних, рентгенологічні помилки, низький відсоток верифікації діагнозу та додаткових методів обстеження). Із 126 хворих онкостоматологічного профілю патологію було виявлено при профогляді у 37 випадків (31%). Прогноз лікування раку слизової оболонки ротової порожнини залежить від стадії протікання онкологічного захворювання. Коли рак порожнини рота виявляють у ранній стадії виживаємість складає 80-90%. В 2013 році смертність від онкологічної стоматологічної патології Полтавської області склала 4,3 випадків на 100 тис. населення (Україна 2013–5,8). Головним завданням в діяльності загальнолікувальної мережі з питань онкології – це рання діагностика злоякісних пухлин та проведення системної санітарно-просвітницької роботи.

Висновки. Вищевикладене вказує на необхідність моніторингу злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки населення області, налагодження спеціалізованої медичної допомоги, налагодження диспансеризації хворих з пердраковими захворюваннями, проведення санітарно-просвітницької роботи, підвищення грамотності лікарів з питань онкології.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПЕРЕЛОМІВ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ НА ФОНІ ОСТЕОПОРОЗУ В ЖІНОК

**Виконавці:** Войтенко К. М., Руденко А. В. – студ. V курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник:** к.м.н. Пелипенко О. В.

*Курс травматології та ортопедії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема остеопоротичних переломів, оскільки в Україні на сьогоднішній день відсутня офіційна статистика поширеності остеопоротичних переломів, зокрема взаємозв'язку між переломами променевої кістки в типовому місці (переломів Колеса і Сміта) на фоні остеопорозу. Перелом Колеса і Сміта – один з найбільш частих переломів у жінок у постменопаузальному періоді. (Cummings S. R. et al., 1985). В останні десятиріччя дана проблема набула особливого значення внаслідок двох тісно пов'язаних демографічних процесів: різкого збільшення в популяції кількості людей літнього й старечого віку, зокрема жінок у постменопаузальному періоді життя (Поворознюк В. В., 2000; Riggs B. L., Melton L., 1986). Приблизно у кожній третій жінки після 65 років спостерігається як мінімум один перелом кісток (Kanis J. A., 1993).

Метою нашого дослідження було виявити взаємозв'язок частоти переломів променевої кістки в типовому місці та остеопорозом. Для цього нами проводилась оцінка частоти переломів за період з 20 вересня 2013 року по 31 січня 2014 року серед людей, що звернулися в 1 міську лікарню. Враховувалися переломи, що підтверджені рентгенологічним методом. На хворих заводилась історія хвороби, куди вносились паспортні дані пацієнта з адресою, віком на момент перелому, причиною травми. Докладно описували характер травми. Інформація про переломи була отримана на основі аналізу документації травматологічного стаціонару 1 міської лікарні і травматологічного пункту при ній. За період вивчення було зареєстровано 437 переломів серед жінок, з яких 304 складали переломи променевої кістки в типовому місці (69,5%). З цих переломів ми звертали особливу увагу на переломи променевої кістки в типовому місці на фоні остеопоротичних змін, що підтверджені методом денситометрії, на частку яких припадало 182 переломи (59,9%). При аналізі вікових особливостей переломів Колеса і Сміта на фоні остеопорозу, було отримано дані: перелом променевої кістки в типовому місці серед жінок до 50 р. – 24,6% ; після 50р. – 75,4%.

Таким чином, як показав аналіз даних проведеного нами дослідження, більшість жінок після 50р. відносяться до групи високого ризику виникнення переломів Колеса і Сміта, зокрема на фоні остеопорозу. Тому, у зв'язку з високою частотою виникнення остеопоротичних переломів променевої кістки в типовому місці, основним завданням є проведення заходів, спрямованих на профілактику виникнення переломів Колеса і Сміта. До них можемо віднести раннє виявлення хворих з групи високого ризику, зокрема за допомогою використання ультразвукової денситометрії, як ефективного методу скринінгу для виявлення осіб відносно майбутніх остеопоротичних переломів променевої кістки в типовому місці, та активну диспансеризацію таких жінок. Враховуючи високу частоту виникнення остеопоротичних змін, необхідною умовою є раннє та обґрунтоване призначення антиостеопоротичних лікарських засобів, зокрема призначення препаратів кальцію, вітамінів групи D, які можуть вважатися базовими, та можливим комбінуванням їх з іншими: біофосфонатами, кальцитоніном, біофлавоноїдами, гормональною терапією.

## ОСОБЛИВОСТІ МІКОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

**Виконавці:** Говтвяниця Н.В., Кононенко С.В.– студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Лобурець В.В.

*Кафедра оториноларингології та травматології та ортопедії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Розповсюдженою формою мікотичного ураження верхніх дихальних шляхів та навколоносових пазух є міцетома. Найчастіше це захворювання викликається грибками *Aspergillus*. Ці гриби поширені в природі. Їхні спори можуть попадати на слизову оболонку носа й навколоносових пазух при кожному вдиху.



Метою проведеного дослідження було підвищення ефективності діагностики, лікування і реабілітації хворих з хронічними мікотичними захворюваннями носа і навколоносових пазух на основі даних функціональних та ендоскопічних досліджень архітекtonіки різних навколоносових пазух і внутрішньоносових структур.

Матеріал та методи дослідження. Для вирішення поставлених цілей, нами було проведено обстеження і лікування 156 хворих у віці від 18 до 65 років з хронічними запальними захворюваннями навколоносових пазух грибкової етіології та їх ускладненнями. За методами лікування хворі були розподілені на дві групи: 1 група – основна та 2 – група порівняння, 113 та 43 пацієнти відповідно. За співвідношенням за віком, статтю та захворюваннями обидві досліджувані групи були однорідними.

Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб із числа студентів, на яких проведено дослідження стану мукоциліарного кліренсу (сахариновий тест) та дихальної функції носа – ринопневмометрія. Всім обстежуваним пацієнтам нами проводилося дослідження стану аеродинаміки порожнини носа.

Результати досліджень та їх обговорення. При проведенні клінічних та мікологічних досліджень встановлено, що у 134 (85,9%) пацієнтів діагностована хронічна неінвазивна форма грибкового синуситу – міцетомма. При цьому найбільш розповсюдженою локалізацією виявлено верхньощелепну пазуху – 84 пацієнта. Інвазивна форма грибкового синуситу спостерігалась у 18 випадках.

Основними скаргами при одонтогенному запаленні максиллярного синусу був біль або тяжкість у проекції пазухи (84,5%) і гнійні виділення з носа (79,1%). Характерною відмінною ознакою для одонтогенних верхньощелепних синуситів можна назвати відчуття неприємного запаху в носі (85,5%). Утруднення носового дихання відзначали 80% хворих на риногенну форму синуситу і тільки 40,9% пацієнтів – з одонтогенним. При одонтогенному синуситі набряк м'яких тканин в проекції максиллярного синусу констатовано в 2,5 рази частіше, ніж при риногенному (62,7% та 20% відповідно).

У 2-й, групі порівняння, пацієнтів на 10 добу нами спостерігалася позитивна динаміка зі статистично недостовірним відставанням від основної групи: утруднення носового дихання відзначалося у  $73,9 \pm 5,1\%$ , рідкі гнійні виділення з носа, виділення з носа у вигляді «рідкого сиру» з запахом» цілілі» і відчуття тиску в підглазничній області більше не спостерігалися. У  $4,3 \pm 4,2\%$  зберігався біль в зубах верхньої щелепи, головний біль зберігалася у  $58,7 \pm 7,4\%$  з  $62,7 \pm 6,1\%$ , зниження носа зберігалася у всіх  $19,7 \pm 5,1\%$ , слезотеча не спостерігалася. У пацієнтів 1 групи в жодному випадку протягом 1 року післяопераційного спостереження рецидиву поліпозного процесу ми не спостерігали. У 3 пацієнтів групи порівняння (6,98%) спостерігався рецидив поліпозного процесу протягом 8 – 12 місяців післяопераційного періоду.

Висновки. У переважній більшості пацієнтів (78,6%) з мікотичним ураженням навколоносових пазух мають місце морфологічні порушення внутрішньоносових структур, що створюють умови для порушення дренажу та вентиляції навколоносових пазух. Порушення функції мукоциліарного кліренсу порожнини носа спостерігаються у 67,9% пацієнтів з міцетоммами навколоносових пазух і корелюють з внутрішньоносовими аномаліями.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНА

**Виконавець: Гришина І.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту № 1**

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пелипенко О.В.**

**Курс травматології та ортопедії**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Проблема лікування хворих з переломами шийки стегнової кістки є надзвичайно актуальною. Це пов'язано, насамперед, зі зростанням у світі популяції людей похилого і старечого віку. У таких пацієнтів переломи шийки стегнової кістки складають до 50% усіх переломів нижніх кінцівок. 90% випадків таких переломів трапляються у осіб віком понад 60 років.

Як відомо, при консервативному лікуванні переломів шийки стегна у осіб похилого віку, головним чином, унаслідок гіпокінетичних ускладнень, летальність складає 26–52,4%. Спроби остеосинтезу шийки стегнової кістки металоконструкціями у 20-30% випадків призводять до утворення несправжнього суглобу, у 15-20% - до розвитку асептичного некрозу голівки стегнової кістки.

Мета нашого дослідження полягала у проведенні аналізу результатів лікування пацієнтів похилого віку з переломами шийки стегнової кістки, яким було проведено тотальне ендопротезування кульшового суглобу.

Дослідження виконувалось на базі ортопедичного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні відновного лікування та діагностики з обласними центрами планування сім'ї та репродукції людини, медичної генетики. Вивчалися історії хвороби пацієнтів після тотального ендопротезування кульшового суглобу у період з 2011 по 2013 рр.

Було відібрано 33 пацієнта з медіальними переломами проксимального відділу стегнової кістки віком від 60 до 87 років, з них – 12 чоловіків, 21 жінка. Згідно з діючою віковою класифікацією Європейського бюро ВООЗ пацієнти були поділені на 2 групи: літнього віку (60-74 роки) – 18 чол., з них 9 чоловіків, 9 жінок; старечого віку (75-87 років) – 15 чол., з них 3 чоловіки, 12 жінок.

Всі хворі були ретельно обстежені в передопераційному періоді. Для вибору методу раціонального знеболення, профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень, обов'язково виконувалось УЗД вен нижніх кінцівок, денситометрія. Супутні захворювання були виявлені у 91 %, серед них виражені клінічні прояви атеросклерозу відмічені у 51,5%, емфізема та пневмосклероз – 30,4 %, гіпертонічна хвороба – 21,2 %, бронхіальна астма у 3 % і цукровий діабет у 9,1 %. У 15 % хворих атеросклероз поєднувався з хронічною легеневою патологією.

Практично всі пацієнти (28 - 85%) мали остеопоротичні зміни скелету, що доводило доцільність застосування цементного ендопротезування для запобігання можливій нестабільності елементів ендопротезу.

Вивчення особливостей реабілітаційного післяопераційного періоду в порівнянні з існуючими рекомендаціями ведення хворих після остеосинтезу шийки стегнової кістки показало, що термін вертикалізації пацієнтів при використанні ендопротезування набагато менший, що дозволило запобігти ускладнень, пов'язаних з гіподинамією. Перевагою при використанні ендопротезування була також більш рання можливість пересування з опорою та повним навантаженням (у 2-3 рази).

Проведене дослідження дозволило зробити висновки:

1. Успіх медичної реабілітації переважно залежить від своєчасного проведення операції та попередженні порушень гемодинаміки і зовнішнього дихання.

2. Методом вибору лікування переломів шийки стегнової кістки у пацієнтів літнього і старечого віку є тотальне ендопротезування кульшового суглобу.

## ТАКТИКА ВЕДЕННЯ БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА.

Исполнитель: Зайцева В.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата

Научный руководитель: проф. Золотухин Н.С., к. мед. н., Запороженченко А.П.

Отделение бакалаврат

Донецкий базовый медицинский колледж, г. Донецк

Среди причин внутрибрюшного кровотечения на апоплексию яичника приходится 0.5-2.5%, что определяет актуальность темы. Благодаря внедрению новых технологий в диагностике патологических состояний органов малого таза за последние годы изменился подход к ведению больных с апоплексией яичника.

Целью нашей работы явилось изучение влияния методики с использованием новых технологий на качество диагностики и лечения больных с апоплексией яичника.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных поступивших в гинекологическое отделение Клинической Рудничной больницы г. Макеевки с диагнозом: Апоплексия яичника за 2007 год и за 2013 год. В 2007 году таких женщин было 281. Они составили II группу, где применялся общепринятый подход, кровь в брюшной полости - оперативное лечение. В 2013 году таких больных было 171, и они составили I группу, где использовали тактику ведения с использованием новых технологий. Для определения тяжести состояния и тактики ведения при поступлении в отделение всем больным проводилось измерение артериального давления, пульса, температуры тела, общего анализа крови с определением гематокрита; ультразвуковое исследование органов малого таза с определением объема жидкости в брюшной полости и кульдоцентез.

Результаты исследования и обсуждения. Проведенный сравнительный анализ ведения больных с апоплексией яичника исследуемых групп показал, что из 281 поступивших в 2007 г. у 93 была произведена операция, из них 45 женщин лапароскопически, а в 2013 г. было пролечена 171 женщина, а оперативным путем 27, у 16 операция выполнена лапароскопически. По возрасту существенного различия в исследуемых группах не было. По времени поступления в стационар как в I так и во II группе у 42% пациенток оно составляло 2-4 часа после начала болей и у 41% 24 и больше часов. Общее состояние при поступлении в отделение было удовлетворительным у 82% женщин II группы и 75% и 25% соответственно в I группе. Из 93 прооперированных женщин II группы у 67 (72%) кровопотеря от 100 мл, от 350-450 мл у 15 (16%), 500 мл и выше у 11(12%). А в первой группе из 27прооперированных кровопотеря 200-300 мл была у 3(11%), 350-500 мл у 8 (29.6%), 550-800 мл у 14(51,8%), 900-1000 мл у 2 (7,4%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что полученная при кульдоцентезе кровь не всегда является прямым показанием для оперативного лечения. Ультразвуковое исследование совместно с данными анамнеза, лабораторных методов и клинической картины позволяют установить объем кровопотери и выбрать адекватную тактику.

При кровопотере до 300 мл и удовлетворительном состоянии женщины с отсутствием нарушения гемодинамики показано динамическое наблюдение – консервативная тактика.

Внедренная тактика ведения больных с апоплексией яичника позволяет снизить частоту хирургического лечения данной патологии на 50 %

## ПОРІВНЯННЯ ДЕКСКАТОПРОФЕНУ ТА РОФЕКОКСИБУ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНІЙ АНАЛГЕЗІЇ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Виконавці: Климов І.О.- студ V курсу мед. ф-ту, Муковоз Б.Т.- студ III курсу мед. ф-ту

Науковий керівник: ас. Бодулев О.Ю.

Курс анестезіології та інтенсивної терапії

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Біль після апендектомії має полімодальну структуру та включає як центральні так і периферичні механізми. Серед останніх значну роль займають запальні зміни з активацією метаболізму простагландинів. Саме тому анальгетики з вираженим протизапальним ефектом займають провідне місце в терапії цього виду болю.

В дослідженні брали участь 22 пацієнти віком 18 – 58 років, госпіталізовані до клініки в ургентному порядку, з давністю захворювання від 4 до 36 годин. Хворі були рандомізовані методом послідовних номерів. Групи були репрезентативні за віковим та гендерним складом. Нами було вирішено відмовитись від плацебо-контролю через завідомо недостатній рівень знеболення. Всі хворі оперовані в умовах збалансованої ендотрахеальної анестезії. Обсяг втручання – апендектомія через доступ Волковича-Д'яконова.

Рівень болю оцінювали в спокої за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) через 6, 24 та 48 годин після завершення оперативного втручання.

Пацієнти 1-ї групи в складі премедикації, за 40 хв. до оперативного втручання, отримували 50 мг рофекоксибу внутрішньом'язово. Післяопераційне знеболення проводилось шляхом планового введення рофекоксибу 25 мг на добу. Пацієнти 2-ї групи в складі премедикації, за 40 хв. до оперативного втручання, отримували 50 мг декскетопрофену. Післяопераційне знеболення проводилось шляхом планового введення декскетопрофену 50 мг кожні 8 годин. При рівні болю вище 30 за ВАШ хворим обох груп додатково вводився метамізол 1000 мг внутрішньовенно, одноразово. Якщо рівень болю перевищував 50 за ВАШ або введення метамізолу не зменшувало рівень болю нижче 30 протягом 30 хв. пацієнти отримували 10 мг морфіну.

Ми не виявили достовірної різниці між групами в динаміці інтенсивності періопераційного больового синдрому. Середній рівень болю через 6 годин після оперативного втручання становив  $25,6 \pm 7,45$  для рофекоксибу та  $21,3 \pm 5,12$  для декскетопрофену. Через 24 години ці показники становили  $15,67 \pm 3,49$  та  $20,73 \pm 2,68$  а через 48 годин –  $15,67 \pm 3,49$  та  $16,43 \pm 3,05$  відповідно.

В першу добу у пацієнтів, що отримували рофекоксиб зареєстровано 39 випадків додаткового введення анальгетиків, із них 3 випадки використання наркотичного анальгетика. У групі декскетопрофену додаткове введення анальгетиків відмічено в 43 випадках, з яких 4 – випадки введення наркотичного анальгетика. На другу добу в групі рофекоксибу зареєстровано 8 випадків додаткового знеболення ненаркотичними анальгетиками, в групі декскетопрофену – 6 таких випадків. Потреби в наркотичних анальгетиках на другу добу в жодній з груп не було.

Висновки: 1. Використання НПЗЗ в премедикації перед апендектомією відповідає стратегії preemptive analgesia. 2. Монотерапія як декскетопрофеном так і рофекоксибом не дозволяє досягти адекватного контролю болю у всієї популяції пацієнтів, що перенесли апендектомію, але може бути рекомендована в якості базисного знеболення. 3. Відсутня статистично достовірна різниця в якості післяопераційного знеболення декскетопрофеном 50 мг кожні 8 год. та рофекоксибом 25 мг кожні 24 год.

## ПРОБЛЕМА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В УРОЛОГІЇ

**Виконавець:** Литвиненко С. В. – студ. VI курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** д. м. н., проф. Саричев Л.П.

*Кафедра урології, медичної сексології та анестезіології та інтенсивною терапією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Після операцій на органах малого тазу тромбоз глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок реєструють у 40–45% випадків (W. Geerts, 1997; В.Перепечин, І.В.Чернышев, 2012; В.Н. Бойко та співавт., 2013). Ризик тромбоутворення як низький розцінюють при трансуретральній резекції простати (ТУРП) та як високий - при більш травматичних відкритих оперативних втручаннях на передміхуровій залозі (А.В.Варданян і соавт., 2009). До факторів ризику, не пов'язаних з операцією, відносять вік > 40 років, ожиріння, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, недостатність кровообігу, інфекцію органів малого тазу, сепсис, нерухомість > 4 діб, дегідратацію, зловживання новоутворення, ТГВ в анамнезі, параліч нижніх кінцівок, тромбофілію (Samama C., Samama M., 1999; Vran Hemelrijck M. et al., 2013).

Мета роботи полягала в аналізі ефективності попередження та лікування тромбоемболічних ускладнень в урології.

Матеріали та методи. Нами проведений аналіз лікування 185 хворих на доброякісну гіперплазію простати, що знаходились на лікуванні в урологічному відділенні Полтавської ОКЛ ім. М. В. Скліфосовського у 2013 р. ТУРП виконана 69 пацієнтам (37,3%) та позадулонна простатектомія - 116 (62,7%). Усім хворим (100,0%) у післяопераційному періоді проводилась профілактика ТГВ: компресійна терапія (еластичні бинти на нижні кінцівки перед операцією); рання активізація; гемодилуція; призначення препаратів, що покращують реологічні властивості крові (трентал, пентоксифілін, реосорбілакт); призначення низькомолекулярних гепаринів (фленокс, клексан); антибактеріальна терапія.

Результати. У післяопераційному періоді клінічні ознаки ТГВ нижніх кінцівок мали місце у 8 пацієнтів (4,3%), в усіх випадках після відкритих оперативних втручань на передміхуровій залозі. В 1 хворого мав місце двобічний ТГВ нижніх кінцівок.

Труднощі діагностики тромботичних ускладнень пов'язані з відсутністю специфічної симптоматики. Так, лише 6 із 8 хворих (75,0%) скаржились на спонтанний біль у гомілці та стопі, у 2 пацієнтів (25,0%) мав місце набряк гомілки і стопи, в 1 пацієнта (12,5%) спостерігався посилений венозний малюнок. В усіх хворих (100,0%) відмічався біль у литкових м'язах при тильному згинанні стопи та передньо-задньому стисканні гомілки, у 5 хворих (62,5%) – біль при пальпації уздовж магістральних судин. За результатами ультразвукової доплерографії кровообігу у системі підколінно-стегнового сегменту в усіх пацієнтів підтверджений діагноз ТГВ нижніх кінцівок. В 1 спостереженні терапія антикоагулянтами прямої дії (низькомолекулярними гепаринами) була доповнена перев'язкою гирла підшкірної вени стегна. У 2 пацієнтів, на 4 та 6 добу після операції, без клінічних ознак ТГВ нижніх кінцівок, мала місце тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Доповнення терапії системним тромболізом виявилось ефективним в одного хворого. У другому випадку реанімаційні заходи ефекту не дали, ТЕЛА закінчилась смертю хворого.

**Висновки.** ТГВ з поширенням тромбоутворення на легеневу артерію є найбільш частою причиною післяопераційної летальності в урології. Усі хворі, оперовані на органах малого тазу, потребують комплексу мір, спрямованих на профілактику тромбоемболічних ускладнень. Ультразвукова доплерографія кровообігу у системі підколінно-стегнового сегменту, на рівні клубових вен та нижньої порожнистої вени є інформативним скринінговим методом діагностики ТГВ та моніторингу динаміки патологічного процесу.

## СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Виконавці:** Луксен В.Б., Олексієнко Б.О. – студ. V курсу мед.ф-ту №2

**Науковий керівник:** доц. Шкурупій Д.А.

*Курс анестезіології та інтенсивної терапії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Проблема синдрому професійного вигорання (СПВ) у лікарів хірургічного профілю впливає на якість надання медичної допомоги населенню, особливо - в умовах реформування системи медичного обслуговування, яке передбачає збільшення професійного навантаження на спеціалістів вузького профілю, що є одним з провідних факторів розвитку даного синдрому. Мета дослідження: обґрунтування шляхів підвищення ефективності праці лікарів хірургічних спеціальностей на основі аналізу формування СПВ. Проведено анкетування 62 лікарів хірургічного профілю: анестезіологи (n=23), хірурги (n=17), акушер-гінекологи (n=13), травматологи (n=9) із стажем роботи від 0,5 до 25 років. Дослідженні групи рандомізовані за віком, стажем роботи та. В досліджуванні аналізувались суб'єктивні характеристики анкетованого щодо режиму праці і відпочинку та рівень професійного вигорання за методом К. Маслач і С. Джексона в модифікації Н.С. Водопьяновой (2008). Статистична оцінка результатів проводилась методами описової і непараметричної статистики. За рівень імовірності помилки вважали  $p \leq 0,05$ .

За віковими характеристиками найбільший рівень СПВ був виявлений у лікарів зі стажем роботи 11-20 років, найменший – у лікарів зі стажем роботи 4-10 років. Аналіз ступеня СПВ за спеціалізацією виявив найбільшу виразність цього синдрому у анестезіологів, найменшу - у травматологів. Рівень деперсоналізації (цинізму) був найвищим у лікарів зі стажем роботи понад 21 рік та у лікарів-травматологів, найнижчий - у лікарів зі стажем 4-10 років та лікарів - хірургів. Рівень мотивації до професійного росту був найвищим у лікарів зі стажем 0,5-3 роки та у акушер-гінекологів, найнижчий - у лікарів зі стажем роботи понад 21 р., та лікарів - анестезіологів.

Виникнення конфліктних ситуацій на робочому місці з адміністрацією, колегами суміжних спеціальностей, з пацієнтами та їх родичами були найвищими у лікарів із стажем роботи відповідно 0,5-3, 4-10 та 11-20 років; ті ж показники залежно від спеціалізації були найвищими відповідно у анестезіологів, травматологів та хірургів, акушерів-гінекологів. Причини страху при виконанні професійних дій через брак досвіду були констатовані у лікарів із стажем роботи 0,5-3 роки; в інших вікових групах він був пов'язаний із розумінням можливих ризиків на основі власного досвіду. Більшість лікарів хірургічного профілю віддають перевагу 8 годинному робочому дню та плановим робочим дням. Психологічну напругу від роботи лікарі із стажем 0,5-3 роки нівелюють сном і вживанням алкоголю, із стажем 4-10 років - сном і палінням, із стажем 11-20 років - заняттям спортом і вживанням алкоголю, із стажем від 21 року - спілкуванням з близькими і палінням. Анестезіологи переважно знімають робочу напругу сном і вживанням алкоголю, акушери-гінекологи - спілкуванням з близькими і палінням, травматологи - заняттям спортом і вживанням алкоголю, хірурги – сном і палінням.

Виявлені вікові та професійні психологічні особливості дозволяють удосконалити робочий режим лікарів хірургічних спеціальностей для підвищення ефективності їх праці.

## РОЛЬ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ І БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ДІАГНОСТИЦІ І ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

**Виконавці:** Мазурок І.О., Голоднік О.Е. - студ. І курсу сестр. справа

**Науковий керівник:** к.х.н. Колесникова Л.І.

Гострий панкреатит (ГП) є однією з актуальних проблем сучасної хірургії, займаючи третє місце серед гострої патології хірургічних стаціонарів. За останні 30 років спостерігається неухильне збільшення кількості пацієнтів з цим захворюванням.

Летальність від ГП протягом останніх десятиліть не має тенденції до зниження і коливається в межах 3-5%. Абсолютна більшість смертельних результатів при ГП припадає на важкі, деструктивні форми захворювання, летальність від яких досягає 38%.

Метою нашої роботи було: вивчення ролі загальноклінічних і біохімічних показників крові пацієнтів з ГП у прогнозуванні перебігу захворювання.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено досвід спостережень за 49 хворими ГП, які перебували на лікуванні в Інституті невідкладної і відновної хірургії АМН України ім.Гусака В. К. м. Донецька з 2010 по 2013 рр. .

Обстеження хворих включало в себе загальноклінічні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограму, біохімічне дослідження крові, імунологічне дослідження крові, а також: рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, електрокардіографію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Визначення активності ферментів: аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, лактатдегідрогенази, лужної фосфатази, глутамілтрансферази, холінестерази,  $\alpha$ -амілази крові, діастази мочі, вмісту загального білка, холестеролу, тригліцеролу, альбуміну, загального і прямого білірубину проводили фотометричним методом за допомогою напівавтоматичного біохімічного аналізатора Eppendorf та відповідних наборів реактивів.

Всі отримані результати статистично оброблялися на персональному комп'ютері Pentium - IV з використанням ліцензованого пакету прикладної статистики StatSoftInc. (1999) " Statisticafor Windows ".

Результати визначення біохімічних показників є важливим інструментом для ранньої діагностики, оцінки активності, тяжкості лікування, прогнозу хвороби та ефективності проведеної терапії. Серед цих показників найбільше клінічне значення для діагностики мають  $\alpha$ -амілаза крові та діастаза сечі. Для прогнозування перебігу захворювання важливими є прокальцетамін, С- реактивний білок, лейкоцити крові (особливо палочкоядерні), ШОЕ, і з інструментальних методів - УЗД і КТ черевної порожнини.

Таким чином, використання цих показників при надходженні хворого і в динаміці лікування допоможуть прогнозувати результат захворювання і розвиток ускладнення, а раннє адекватне лікування та профілактика ускладнень сприятимуть поліпшенню результатів лікування хворих з ГП .

## ПРОБЛЕМА СИНДРОМУ «ГОСТРОЇ КАЛИТКИ» У ДІТЕЙ

**Виконавець:** Максименко О.С. – студент IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Саричев Л.П.

*Кафедра урології, медичної сексології з анестезіологією та інтенсивною терапією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

До 60% патологічних станів, що спричиняють копулятивні та репродуктивні порушення у чоловіків, розвиваються у дитячому віці. Одним із таких станів є синдром «гострої калитки», який в структурі невідкладних операцій у дітей посідає 2-ге місце після апендикомії. Проблема виникає серед повного здоров'я, після фізичного навантаження, гральних видів спорту, травми, на фоні інфекційних хвороб та алергічних реакцій. Серед причин «гострої калитки» у дітей близько 17% припадає на перекут яєчка, причина якого пов'язана з анатомічними особливостями, коли tunica vaginalis окутує сім'яний канатик вище, ніж у нормі, створюючи умови для більшої рухомості нефіксованої його частини навколо своєї осі. Рідко під синдромом «гострої калитки» може маскуватися ущемлена грижа та пухлина яєчка. Актуальність проблеми поглиблюється тим, що навіть після невідкладного хірургічного втручання, у 50% спостережень розвивається атрофія яєчка. Якщо ліквідація перекуту відбувається до 6 годин, «виживання» яєчка сягає 80%, через 12 годин можливість врятувати орган зменшується до 20%, після 24 годин оперативне втручання, як правило, закінчується видаленням яєчка (G.Wandschneider, P.Narath, 1987; G.Tamkin, 2000; А.Ф.Возианов, А.В.Люлько, 2001).

Мета роботи полягала в обґрунтуванні активної хірургічної тактики при синдромі «гострої калитки».

Матеріали та методи. Нами проведений аналіз лікування 93 хлопчиків віком від 3 місяців до 16 років (середній вік  $9,1 \pm 3,6$  років ), що знаходились на лікуванні у клініці дитячої хірургії Полтавської ДКЛ впродовж 2013 року з діагнозом «гостра калитка».

Результати. Труднощі діагностики пов'язані з тим, що схожа клінічна картина спостерігалася при перекуті яєчка, підвіски (гідатиди), орхіті, епідидиміті, травмі органів калитки. За результатами дослідження, найбільш інформативним методом діагностики виявилася ультрасонографія з доплерівським картуванням кровообігу. При перекуті яєчка спостерігалися збільшення яєчка, різке зниження чи відсутність кровообігу, при перекуті гідатиди – невелика кількість випоту навколо яєчка, при орхоепідидиміті - збільшення та набряк яєчка і додатка, скопичення випоту навколо яєчка.

Із числа 93 госпіталізованих з приводу гострого болю у калитці, у 1 хлопчика діагностований запальний процес шкіри калитки та у 1 – травма калитки, які були успішно проліковані консервативно. Структура патології у дітей, що були прооперовані у невідкладному порядку з приводу синдрому «гострої калитки» поділилася наступним чином: перекут гідатиди - 75 (82,4%), перекут яєчка - 3 (3,3%), гострий епідидиміт – 8 (8,8%), водянка оболонки яєчка – 2 (2,2%), гострий орхіт, викликаний гельмінтом (диروفіляріоз) – 1 (1,1%), двобічний орхіт на тлі інфекційного паротиту – 1 (1,1%), посттравматична гематома калитки (1,1%).

У перші години маніфестації патологічного процесу госпіталізовано лише 3 малюків (3,3%) та у першу добу – 37 (40,7%). До 1 години від госпіталізації оперовані 7 пацієнтів (7,7%) та до 3 годин – 62 (68,1%), В усіх випадках перекуту гідатиди (100,0%) відмічались незворотні трофічні зміни гідатиди, що стало показанням для її видалення, в 1 із 3 випадків перекуту яєчка (33,3%) останнє виявилось нежиттєздатним, що стало показанням для орхідектомії.

Висновки. Несвоєчасне оперативне втручання з приводу гострого болю у калитці пояснюються недостатньою обізнаністю батьків, лікарів-педіатрів та хірургів відносно небезпеки перекуту яєчка у дітей. Активна хірургічна тактика при синдромі «гострої калитки» дозволяє попередити атрофію яєчка та органовиносну операцію.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В УРГЕНТНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Виконавець:** Максименко О.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Наукові керівники:** проф. Малик С.В., ас. Безручко М.В.

**Кафедра хірургії №3**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Актуальність та наукова новизна. На сьогоднішній день до 65% пацієнтів госпіталізуються в хірургічний стаціонар загального профілю в ургентному порядку. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини (ОЧП) це основні патологічні процеси, які потребують невідкладної хірургічної допомоги. На обстеження таких пацієнтів, встановлення діагнозу та вирішення подальшої лікувальної тактики час вкрай обмежений. В план обстеження повинні включатись найбільш інформативні та доступні методи, одним з яких є ультразвукове дослідження (УЗД) ОЧП. Чутливість та специфічність цього методу складає 70 – 96%. Позитивними сторонами методу є неінвазивність, відсутність тривалої та специфічної підготовки.

Метою дослідження було довести високу інформативність УЗД в ургентних пацієнтів не зважаючи на відсутність підготовки; необхідність забезпечення УЗД цілодобовою доступністю в ургентному стаціонарі.

Матеріал та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано історії хвороби 1116 пацієнтів госпіталізованих з гострою патологією ОЧП в хірургічний стаціонар 1-ї МКЛ м. Полтави протягом 2013р, з них 201 (18%) пацієнту (основна група), крім загальноприйнятого комплексу обстежень, для вирішення питань лікувальної тактики виконувалось ургентне УЗД (лише в денний час). Контрольна група складала 915 (82%) пацієнтів яким виконували загальноприйнятний комплекс обстежень без виконання УЗД. Обидві групи були співставимі за віком, статтю, нозологічними одиницями. Після УЗД за нозологією пацієнти основної групи розподілились наступним чином: гострий холецистит встановлено у 94 (46,8%) випадках, гострий панкреатит – у 76 (37,8%) випадках, кишкова непрохідність – в 9 випадках (4,5%); закрыта травма живота – в 22 випадках (10,9%).

Результати дослідження. За результатами УЗД в ургентному порядку прооперовано 46 (22,9%) пацієнтів, не оперовано – 155 (77,1%). В структурі оперованих пацієнтів з гострим холециститом склали 27 (58,7%), з гострим панкреатитом – 8 (17,4%), гострою кишковою непрохідністю – 4 (8,7%) та закрытою травмою живота – 7 (15,2%). Ультразвуковими критеріями які сприяли обранню оперативної тактики були: при гострому холециститі – потовщення стінки, виявлення псевдомембран в просвіті та подвоєння котуру жовчного міхура; при гострому панкреатиті – класичні ознаки запалення підшлункової залози з накопиченням вільної рідини в навколопанкреатичному просторі, сальниковій сумці, черевній порожнині з ознаками його інфікування; при гострій кишковій непрохідності – делятація тонкої кишки (діаметр > 3см), наявність рівнів рідини та маятникоподібного коливання рідини в кишечнику; при закрытій травмі живота – наявність порушення цілісності капсули печінки чи селезінки та вільної рідини в черевній порожнині.

Висновки. Отримані результати свідчать, що УЗД є неінвазивним, доступним та достатньо інформативним методом, який дозволяє прискорити встановлення діагнозу та вирішити подальшу тактику лікування. Забезпечення цілодобового УЗД в ургентних хірургічних стаціонарах буде сприяти підвищенню якості надання хірургічної допомоги пацієнтам з гострою хірургічною патологією ОЧП.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ МЕТОДОМ «TENSION FREE» З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

**Виконавець:** – Мошура Д.В. студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н Стороженко О.В.

**Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Вступ. Інтенсивний розвиток хірургії черевної порожнини призвів до значного збільшення кількості ускладнень післяопераційного періоду, зокрема післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС), частота яких як у разі ускладненого, так і за неускладненого перебігу становить 20-30%. У літературі немає об'єктивних даних щодо обґрунтування вибору тієї чи іншої методики операції у різних клінічних ситуаціях. Тому метою нашої роботи була розробка алгоритму вибору оптимального способу хірургічного лікування ПОГЧС з використанням сучасних синтетичних матеріалів методом «вільного натягу».

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 106 хворих із ПОГЧС. З них пацієнтів з первинними грижами було 41 (38,7%), з рецидивуючими – 65 (61,3%). Жінок було 73 (68,9%), а чоловіків – 33 (31,1%). Для об'єктивного порівняння перебігу раннього післяопераційного періоду було створено дві групи пацієнтів. У першій групі (64 хворих) застосовували традиційні методи герніопластики, у другій (42 хворий) – алопластику без натягу. Грижі класифікували за загально прийнятою європейською класифікацією Chevrel-Rath (SWR-classification).

Результати та їх обговорення. У хворих обох груп із ПОГЧС та суб- чи декомпенсацією функції зовнішнього дихання і кровообігу проводили відповідну доопераційну підготовку, спрямовану на корекцію супутньої патології. За результатами дослідження функції зовнішнього дихання дихальну недостатність 0 ступеня до операції діагностовано у 17,0 % хворих, I ступеня – у 32,2 % випадків, II ступеня – у 28,3%, III ступеня – у 20,7%. Прогресування дихальної недостатності у перші 3 доби виявлено у 66,2% хворих 1-ї групи і лише у 32,1% - 2-ї. Скоротливу здатність міокарда вивчали за даними ехокардіоскопії. Нормальну скоротливу функцію міокарда на доопераційному етапі виявлено у 61,3% пацієнтів, I ступеня – у 24,1%, II ступеня – у 10,3%, а III ступеня - у 2,8%. Наростання ознак серцевої недостатності в ранньому післяопераційному періоді мало місце у 12,2% хворих 1-ї групи та у 7,4% - 2-ї. Нагноєння післяопераційної рани відзначено у 6,6% хворих (9,2% з 1-ї групи та 2,4% - з 2-ї).

Висновки. 1. Використання безнатяжних методів алопластики в хірургії ПОГЧС свідчить про те, що ця технологія є більш радикальною, вона дає змогу ліквідувати будь-які грижі незалежно від їхнього розміру та анатомічного стану тканин, розширює показання до оперативних втручань у хворих із фоновою та супутньою патологією. 2. Застосування стійких до інфекції синтетичних алотрансплантатів та без натяжних методів алопластик з використанням монофіламентного шовного матеріалу, адекватної доопераційної підготовки та оптимізації ведення післяопераційного періоду дало змогу знизити частоту випадків прогресування серцево-легеневої недостатності в ранній післяопераційний період, зменшити кількість ранових ускладнень та запобігти розвитку рецидиву грижі.

## РОЛЬ МІКРОФЛОРИ В РОЗВИТКУ РІЗНИХ ФОРМ ДАКРІОЦИСТИТИВ НОВОНАРОДЖЕНИХ

**Виконавець:** Наконечний Д.О. – студ. V курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** проф. Безкоровайна І.М.

**Кафедра офтальмології з дитячою хірургією**

*ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Актуальність. Дакріоцистит новонароджених (ДН), на думку офтальмологів, є одним з найбільш поширених захворювань слізозивідних шляхів у дітей раннього віку, він зустрічається у 2-4% новонароджених та складає 7-14% всієї офтальмопатології дитячого віку [Бржеский В.В. 2011, Сомов Е.Е. 2012].

Наукова новизна роботи. Встановлено роль різних видів мікрофлори у формуванні клінічних форм ДН.

Мета дослідження. Вивчити види мікрофлори різних клінічних форм ДН та їх чутливість до антибактеріальних препаратів. Матеріали і методи дослідження. В умовах дитячого офтальмологічного відділення ДМКЛ м. Полтава було досліджено 30 дітей віком від 0 до 1 року, у яких було діагностовано ДН. Залежно від форми захворювання вони були поділені на три групи: катаральна форма (КФ) ДН – 14 дітей, гнійна форма (ГФ) ДН – 8 дітей, флегмонозна форма (ФФ) ДН – 4 дітей. Четверту групу з 4 дітей склали пацієнти без офтальмологічної патології. Методи дослідження включали в себе клінічне обстеження: збір анамнезу, метод бокового (фокального) освітлення, дослідження стану слизових органів; лабораторне обстеження: взяття мазка з кон'юнктиви на дослідження мікрофлори і чутливості до антибактеріальних препаратів. Результати дослідження. При КФ ДН у 42,9% випадків висіяно *Staphylococcus* (S.) *epidermidis*, 21,4% – *S. aureus* та в 7,1% *Enterococcus faecium*, у 14,3% випадків мікрофлора не встановлена. Всього було виявлено 6 збудників. При ГФ ДН найбільш поширеним були: *S. aureus* (37,5%), *S. haemolyticus* (25,0%), *Pneumococcus pneumoniae* (25,0%), *S. epidermidis* (12,5%). У 12,5% хворих була виявлена мікст-інфекція, при цьому зустрічалася комбінація *S. epidermidis* та *Pneumococcus pneumoniae*.

При ФФ ДН було виявлено лише 3 види мікроорганізмів. На першому місці *S. aureus* (50,0%), далі – *S. epidermidis* (25,0%), *Alcaligenes faecalis* (25,0%).

Найбільш високою виявилася чутливість знайденої мікрофлори до офлоксацину і моксіфлоксацину, а у випадку наявності *S. epidermidis* – до мірамистину. Найбільш резистентними виявилися мікроорганізми до тобраміцину і хлорамфеніколу. Враховуючи отримані результати, при санації ока перед проведенням зондування у дітей з ДН переважно використовувався мірамистин при КФ і офлоксацин чи моксіфлоксацин при ГФ та ФФ у вигляді 4-разових інстиляцій. При цьому бажаний клінічний ефект на фоні інстиляції мірамистину був досягнутий в першу добу – у 87,0% дітей, офлоксацину – у 100% дітей і моксіфлоксацину – у 98,0% дітей. Зникнення мікрофлори з кон'юнктивального мішка, за даними посіву, через 5 діб відмічена у всіх дітей, що отримували моксіфлоксацин, у 97,0% дітей, що отримували офлоксацин і у 74,0% дітей, що отримували мірамистин.

Висновки. Основним збудником КФ ДН є *S. epidermidis*. Основними збудниками ГФ ДН є *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *Pneumococcus pneumoniae*, *S. epidermidis*; ФФ ДН є *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Alcaligenes faecalis*.

Встановлено, що штами бактерій, які викликають різні клінічні форми ДН відрізняються по своїй чутливості до антибактеріальних препаратів. Найбільш високою чутливість мікроорганізмів-збудників ДН є до моксіфлоксацину та офлоксацину, а при наявності *S. epidermidis* при КФ ДН – до мірамистину.

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ОСНОВНИХ ТИПІВ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ ВЕНОЗНОГО КРОВООБІГУ В СІТКІВЦІ

**Виконавець:** Нелень С.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н. Максимук О.Ю.

**Кафедра офтальмології з дитячою хірургією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Розподіл гострих порушень венозного кровообігу в сітківці на ішемічний та не ішемічний типи та їх диференціація є не до кінця вивченою проблемою, водночас надзвичайно важливою як для визначення підходів до лікування, так і в прогностичному значенні. Метою нашої роботи було вивчення основних диференційно-діагностичних відмінностей у клінічному перебігу та флюоресцеїнанографічній картині очного дна хворих на гострі порушення венозного кровообігу в сітківці. Під спостереженням перебувало 72 хворих з тромбозами ретинальних вен. Тромбоз центральної вени сітківки був у 35 хворих, тромбоз гілок – у 37 хворих.

Офтальмологічне обстеження включало визначення гостроти зору, офтальмоскопію, периметрію, тонометрію, флюоресцеїнанографічну ангіографію очного дна. Під час офтальмоскопії у хворих з ішемічним тромбозом виявлялися інтратетинальні геморагії, що займали все очне дно. Значна кількість геморагій мала форму полум'я, локалізація їх – поверхневі шари сітківки. Ураження глибоких шарів сітківки виявлялося множинними мікрогеморагіями. Вени сітківки значно розширені, звивисті, переповнені кров'ю. Артеріоли звужені. Межі зорового нерва у більшості випадків не визначалися внаслідок вираженого набряку і перипапільярних геморагій. Сітківка набрякла, макулярна ділянка не доступна огляду. На флюоресцентних ангіограмах хворих на ішемічний тромбоз ЦВС нами виявлено значне подовження часу ретинальної циркуляції, а також асиметрію в контрастуванні гілок ЦВС. Основна ознака ішемічного тромбозу – обширні гіпо- і нефлюоресцентні ділянки сітківки. Офтальмоскопічна картина хворих з неішемічним тромбозом картина характеризувалася розширенням і звивистістю всієї венозної системи сітківки. Ретинальні крововиливи були поліморфного характеру – від дрібних крапкових до полосатих різних розмірів, розташовані вони були, в основному, на периферії і уздовж вен сітківки. На флюоресцентних ангіограмах хворих на неішемічний тромбоз реєструвалося подовження часу венозної перфузії, час контрастування артерій відповідав нормальним показникам. В артеріо-венозну фазу виявлялася гіперфлюоресценція ретинальних венул, екстравазація великих судин, розширення капілярів і венул. Зустрічалася гіперфлюоресценція диска зорового нерва, макулярної ділянки сітківки в результаті набряку. Обширних ділянок капілярної неперфузії і ретинальної неоваскуляризації у хворих з неішемічним тромбозом нами не виявлено.

Аналіз результатів клінічного обстеження хворих з різними типами тромбозу дозволив розподілити їх на дві групи, що відрізнялися за клінічним перебігом, офтальмоскопічною і флюоресцеїнанографічною картиною:

- 1) з низькою гостротою зору, характерними клінічними, офтальмоскопічними та флюоресцеїнанографічними ознаками ішемічного тромбозу вен сітківки (площа ішемічних зон сітківки менш як 50 %);
- 2) з високою гостротою зору, клінічними офтальмоскопічними і флюоресцеїнанографічними ознаками неішемічного тромбозу (площа ішемічних зон сітківки менш як 50 %).

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ СОЧЕТАНИИ МИОМЫ МАТКИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**Исполнитель:** Сапрыкина М.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата

**Научный руководитель:** профессор Золотухин Н.С., к. мед. н., Запороженко А.П.

**Отделение бакалаврат**

*Донецкий базовый медицинский колледж, г. Донецк*

Пролапс гениталий относится к часто встречающейся патологии на долю которой в структуре гинекологических заболеваний приходится 1,7-28%. По поводу этого состояния выполняются операции у 15% больных. Нередко наблюдается сочетание миомы матки с пролапсом гениталий. Это вызывает необходимость поиска оптимальных методов операции в пределах одного оперативного вмешательства.

Целью исследования было изучить и оценить эффективность применения восстановительной операции с экстирпацией матки при сочетании опущения стенок влагалища и фибромиомы матки.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни у 111 женщин, которым производилось оперативное лечение в гинекологическом отделении клинической Рудничной больницы г. Макеевки по поводу пролапса гениталий. Возраст больных колебался от 40 до 80 лет. У 40 женщин данная патология сочеталась с фибромиомой матки. Они составили основную группу. У 71 больной отмечались нормальные размеры матки – они составили контрольную группу. У всех женщин была выполнена восстановительная операция (ВО) в объеме влагалищной экстирпации матки без придатков с передней и задней кольпоррафией с леваторопластикой. В группе женщин с сочетанием фибромиомы матки и пролапса гениталий применялась модификация вагинальной гистерэктомии.

При выполнении модификации гистерэктомии, которая заключалась в дополнительной отсепаровки треугольного лоскута слизистой передней стенки влагалища и отслаивании стенки мочевого пузыря от края разреза, удаляли матки до 10-11 нед беременности с наличием множества узлов; так как при этом размеры отверстия стенки влагалища значительно увеличивались и улучшалось выведение увеличенной матки. При затруднении использовали выщипывание или кускование узлов. Течение послеоперационного периода при этом варианте операции было гладким и не отличалось от такового после традиционных влагалищных операций. Самостоятельно мочиться начинали на 2 сутки, опправлялись на 3-4 сутки после клизмы. Выписывались из отделения на 5 сутки. Внутрикожный викариловый шов на промежности не снимали.

Таким образом, применение модификации многоэтапной восстановительной операции дает возможность удалить матку, увеличенную до размеров, когда обычно выполняют абдоминальную операцию, а вторым этапом проводят пластику пролапса гениталий. И не оказывает негативного влияния на послеоперационное восстановление функции смежных органов и течение послеоперационного периода.

## ВИКОРИСТАННЯ ЕФЕРЕНТНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ОПІКОВИХ ХВОРИХ

**Виконавці:** Солдатенко Л.П.-бак. 3 курсу сестр. справа, Добрева І.А.- бак. 2 курсу сестр. справа.

**Наукові керівники:** лікар опікового відділення Сперанський І.І, к.х.н. Колеснікова Л.І.

*Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака,*

*Донецький базовий медичний коледж м. Донецьк.*

В інтенсивній терапії критичних та поверх критичних опіків використовуються різні види лікування, насамперед екстракорпоральні засоби детоксикації (ЕКД). Комбіновані режими що використовуються до цього часу, як правило, не приводять до зменшення летальності. Незалежний механізм природної детоксикації та виведення продуктів розпаду уражених тканин в умовах гіпоксії не дає надії на сприятливий вихід тільки за рахунок відновлення кровообігу, вентиляції легень, стимулювання функції печінки та нирок і антибіотикотерапії. Метою цього дослідження є вивчення впливу ЕКД на зменшення ускладнень опікової хвороби, та поліпшення результатів лікування.

Новизна: проведений аналіз різних засобів ЕКД у різні періоди опікової хвороби.

Методи роботи: Проведен ретроспективний аналіз лікування 67 хворих, що були на лікуванні у Донецькому опіковому центрі у 2012 – 2013 роках. Чоловіків було 45, жінок – 22. Вік хворих коливався від 21 до 65 років. Опіки по лум'ям були у 37, опіки окропом – 23, опіки полум'ям електродуги та одіжі -7. Площа ураження коливалася від 30 до 60%, з них глибоких від 15 до 30%. Запальні ускладнення були у 17 хворих, у 5 в них діагностовано сепсис. 10 хворим було застосовано ультрафіолетове опромінювання (УФО) крові, 7 хворим - гемосорбція.

Всім обпаленим робили загальний аналіз крові, сечі, біохімічні аналізи в день поступлення, та у процесі лікування. На основі загального аналізу крові вивчали індекси ендогенної інтоксикації.

Результати дослідження: У всіх хворих на 3- 5 добу після травми були виражені зміни в загальному та біохімічному аналізах. З цього часу зростали індекси ендогенної інтоксикації, погіршувався стан хворих, а у деяких були признаки енцефалопатії. Після 1 – 2 сеансів гемосорбції показники індексів інтоксикації зменшувалися на 30 -50%, поліпшувався стан хворого. Після ультрафіолетового опромінювання крові індекси інтоксикації поліпшувались на другий день. Ті хворі, що не отримували ЕКД почували себе гірше, показники аналізів крові та ендогенної інтоксикації погіршувалися. Після ЕКД відмічалось покращення в ранах та раніше можливо було їх оперувати.

Таким чином використання ЕКД дозволяє покращати стан хворого, зробити раннє оперативне втручання та поліпшувати результати лікування. Проведення ЕКД при запальних ускладненнях опікової хвороби не даремна трата часу і грошей, а ефективне направлення лікування опікових хворих, особливо при лікуванні септичних ускладнень різного ступеня тяжкості.

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Виконавці:** Стародубова Л.М.– студ. 6 курсу мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** к.мед.н.Гладка В.М.

*Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії та медичної генетики*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Вегетативні порушення є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, що передусім обумовлено їх значною розповсюдженістю. Вплив екстремальних подій, гострої чи тяжкої хронічної стресової ситуації призводять до розвитку психовегетативного синдрому (ПВС) з послідовним порушенням адаптації організму. Вегетативні порушення часто поєднуються з емоційними розладами – астеничними, тривожними, депресивними.

Нами було обстежено 15 пацієнтів хірургічного відділення (1 група), яким планово (8 осіб) чи ургентно (7 осіб) була проведена холецистектомія та 10 практично здорових осіб відповідного віку (2 група). Пацієнти обстежувалися в день проведення оперативного втручання. Діагностика ПВС базувалася на активному виявленні полісистемних вегетативних порушень. Вік пацієнтів складав від 23 до 55 років. Дослідження вегетативної сфери включало: визначення вегетативного тону (використовували «Опитувальник для виявлення вегетативних порушень» за О.М. Вейном, який заповнювався досліджуваним), вегетативного забезпечення діяльності (ортокліностатична проба). Досліджували короткочасову пам'ять (тест запам'ятовування 10 слів), здатність до концентрації уваги (коректурна проба). Для визначення рівня тривоги використовували шкалу Спілберга-Ханіна. Наявність та рівень депресивних розладів визначали за шкалою депресії Бека, також проводили тест Люшера, який виявляв направленість особи на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найбільш сталі риси особи.

У групі пацієнтів переважали скарги астеничного характеру: загальна слабкість (93%), швидка стомлюваність (86%), зниження уваги та пам'яті (86%), неможливість зосередитися (79%). У неврологічному статусі найчастіше виявляли психоемоційну лабільність (93%), похвалення сухожилкових і періостальних рефлексів (86%), легкий тремор повік і пальців кистей (33%), загальний гіпергідроз (33%). Також виявлялися типові психічні симптоми, які часто супроводжують вегетативну дисфункцію: знижений (тужливий) настрій, стурбованість або почуття провини, дратівливість, плаксивість, відчуття безнадійності, зниження інтересів, зміна апетиту, порушення сну, а також погіршення сприйняття нової інформації. За результатами опитувальника вегетативні порушення мали 79% осіб 1 групи. Середні показники систолічного АТ становили у хворих 1 групи  $156,1 \pm 5,8$  мм рт.ст.; ЧСС складала  $80,1 \pm 6,1$  уд./хв. Проведення ортокліностатичної проби виявило надмірне вегетативне забезпечення у 27% пацієнтів що виявилось достовірним збільшенням показників діастолічного АТ і ЧСС. За допомогою коректурної проби та проби на запам'ятовування 10 слів зареєстровано зменшення здатності до концентрації уваги. Так, виявлено зростання часу, затраченого на виконання тесту Бурдона ( $213 \pm 23$ с в групі хворих, проти  $152 \pm 12$ с в контрольній групі) та зростання кількості помилок ( $5,3 \pm 1,1$  в групі хворих проти  $1,5 \pm 0,6$  в контрольній групі). У пацієнтів спостерігалось зниження короткочасної пам'яті, про що свідчило зменшення кількості слів, повторених через 1 годину після прослуховування ( $4,8 \pm 0,2$  в групі хворих проти  $6,7 \pm 0,2$  в контрольній групі). За шкалою Спілберга-Ханіна високий та середній рівень тривоги мав місце у 86% пацієнтів, за шкалою депресії Бека більше 20 балів (депресія середньої тяжкості та тяжка депресія) – мали 67% хворих. 47% пацієнтів відчували потребу позбавитися стресу (згідно тесту Люшера). Таким чином більшість пацієнтів хірургічного профілю мали клінічні прояви ПВС.

Вегетативна нервова система приймає активну участь в процесах адаптації і патогенезі більшості захворювань, тому оцінка її стану є відіграє важливу роль в комплексній терапії пацієнтів хірургічного профілю.

## ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ

**Виконавці:** Филенко Я.М. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.м.н., завуч кафедри Мітюніна Н.І.

**Кафедра акушерства та гінекології**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Діагноз безпліддя ставиться жінці, якщо після року регулярного статевого життя без використання контрацептивів вагітність у неї не настає. Про абсолютне безпліддя говорять у тому випадку, якщо у пацієнтки наявні необоротні зміни, які роблять зачаття неможливим. При відносному безплідді, причини, які його викликали, можуть бути скориговані під впливом лікування. Мета роботи: визначити основні фактори, що впливають на репродуктивну функцію жінки та проаналізувати анамнез захворювання пацієнток. Методи дослідження: нами був проведений аналіз 30 амбулаторних карток хворих, що страждають безпліддям. Результати досліджень: вік обстежуваних жінок коливався від 25 до 41 року. Жінки віком від 25 до 30 років становлять -30%, віком від 31 до 35 років найбільшу частку - 50%, від 36 до 41 року – 20% від загальної кількості жінок. У результаті дослідження було виявлене як первинне, так і вторинне безпліддя. Первинне спостерігалось у 43,3% жінок, а вторинне у 56,7% жінок. Серед жінок із вторинним безпліддям аборт в анамнезі були у 46,6% жінок, пологи у 13,3%. Розлади ендокринної функції відмічались у 43,2% обстежуваних, а саме гіперпролактинемія становила 23,3%, гіперпрогестеронемія-10%, підвищення рівня естрадіолу- 6,6%, знижений рівень антимюллерівського гормону 3,3%. При дослідженні результатів посівів із піхви паличкова флора була виявлена у 43,3% жінок, кандиди – у 33,3%, трихомонади у 3,3% жінок. У результаті полімеразноланцюгової реакції були виявлені: уреоплазма – 30%, вірус простого герпесу у -16,5%, хламідії – 13,3%, папілома вірус у – 9,9%, мікоплазма у – 6,6%, токсоплазма у -6,6% пацієнток. Крім того були виявлені такі захворювання жіночих статевих органів, як інфекції що передаються статевим шляхом – 87%, кісти яєчників у 33,3%, хронічний сальпінгоофорит у 30%, злуква хвороба органів малого тазу у 23,3%, порушення менструального циклу у 20%, ерозія шийки матки у 13,3%, склеропопелістоз у 9,9%, фіброзна мастопатія у 6,6%, ендометріоз у 6,6%, гідросальпінкс у 6,6% жінок.

Висновок: було встановлено, що основними факторами, що впливають на репродуктивну функцію жінки є: 1) інфекції, що передаються статевим шляхом; 2) перенесені в анамнезі аборт; 3) розлади ендокринної регуляції; 4) захворювання статевих органів.

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ФРОНТИТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

**Виконавці:** Шульга К.Я. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Гасюк Ю.А.

**Кафедра оториноларингології з травматологією та ортопедією**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Основною причиною виникнення фронтиту є вірусно-бактеріальне інфікування на фоні недостатніх вентиляції та дренажу фронтального синусу. Це може бути обумовлено вузькістю природного отвору, наявністю додаткових гратчастих клітин, викривленням переділки носа. Нерідко при фронтиті виникає необхідність надання екстреної допомоги, тому що він може призводити до розвитку важких внутрішньочерепних або орбітальних ускладнень.

Традиційні хірургічні методи лікування не завжди приводять до задовільних функціональних результатів. З впровадженням у клінічну практику ендоскопічних технологій, погляди на питання діагностики та лікування цих захворювань істотно змінилися. Усього нами було проведено лікування 58 хворих на гострі та хронічні форми фронтиту. На діагностичному етапі крім загальноклінічних методів дослідження, усім хворим застосовувалася комп'ютерна томографія або МРТ навколосилових пазух, що дозволяє визначити наявність ексудату в пазусі, набряк тканин, кісткову



деструкцію, мінімальні зміни остіомеатального комплексу, виявити наявність аномалій чи особливостей варіантів будови, що є істотним чинником для передопераційної оцінки. Метою дослідження було з'ясування стану остіомеатального комплексу, лобної кишені, передньої групи клітин ґратчастого лабіринту у хворих на рецидивуючі та хронічні форми фронтиту. Традиційно методи діагностики та лікування хворих на гострі та хронічні фронтити у більшості випадків включали застосування інвазивних методик: екстраназальної фронтотомії. При цьому пошкодження ділянки дренажного отвору з боку лобної пазухи в більшості випадків призводило до його рубцювання. Усім досліджуваним хворим проведено ретельний аналіз даних КТ та МРТ, оптична ЛОР-ендоскопія. При проведенні ендоскопії досліджувалися всі особливості будови остіомеатального комплексу і, особливо, лобної кишені.

Застосовувалися ендоскопи з 0°, 30°, 45° та 70° кутом зору. При виявленні патологічних утворень – грануляцій, поліпів, кіст, додаткових патологічно розташованих клітин ґратчастого лабіринту, проводилось їх видалення. Слизова оболонка, у тому числі й набрякла, максимально зберігалася. Після візуалізації дренажного отвору пазухи в нього обережно вводився зонд-провідник. По зонду у лобну пазуху вводилася дренажна трубка діаметром близько 0,2 см. Як провідник і дренаж ми використовували стандартний набір для катетеризації підключичної вени.

Серед досліджуваних хворих (58 пацієнтів) у 21 відмічався гострий фронтит, у 26 – хронічний, і у 11 – стан загострення після попередньо проведених фронтотомій за традиційними методиками. В 6-ти випадках паралельно з ендоназальним втручанням було проведено ощадливу екстраназальну фронтотомію (за Скоробогатим В. В.). В цих випадках природний отвір фронтального синусу не дозволяв маніпулювати у віддалених ділянках. Для запобігання розвитку запального процесу і для забезпечення м'якого судинозвужувального ефекту в порожнині носа в післяопераційному періоді робили його зрошення деконгестантами та сольовими розчинами. Серед додаткових методик застосовували дослідження мукоциліарного кліренсу порожнини носа та повітряного потоку. Спостереження у динаміці показали високу ефективність дренування лобної пазухи через природний вивідний отвір.

## УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ОПЕРАТИВНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

**Виконавці:** Яременко О.О. – студ. VI курсу мед. ф-ту; Бобко Є.М. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н. доц. Тарасенко К.В.

**Кафедра акушерства та гінекології №1**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Лапароскопічний метод є одним з основних сучасних і ефективних методів діагностичного обстеження, а також видом хірургічного втручання на внутрішніх органах, що досить широко практикується в усьому світі. Медичне обладнання, за допомогою якого проводяться лапароскопічні операції є досить дорогим і вимагає для роботи на ньому проходження спеціальної професійної підготовки лікаря. Але все це повністю компенсується тими перевагами, які має даний метод перед звичайними хірургічними операціями на органах грудної, черевної або тазової порожнини. Впровадження новітніх технологій у навчальний процес студентів вищих медичних закладів є гострою необхідністю яку диктує ХХІ століття. Нашою метою було виготовлення лапароскопічного тренажеру з мінімальною кількістю матеріальних витрат, що зробить дану експериментальну модель доступною для навчального процесу і надасть можливість в подальшому відпрацьовувати практичні навички на створеному муляжі. Для цього нами було використано: веб-камера сапуон spg-wcam813, ендоскопічні маніпулятори зразків різних років, найстарший 1974 року виготовлення, світло-діодну стрічку для додаткового освітлення, набір одноразових троакарів, хірургічні голки і шовний матеріал, пластиковий муляж тіла людини для максимальної реалістичності моделювання і виконання запланованої роботи. Відеосигнал з виконанням маніпуляцій транслювався на звичайний ноутбук, звідки здійснювався візуальний контроль. Веб-камера була вмонтована в муляж в точці яка в реальності відповідає параумбікальній точці доступу, що дало можливість отримати гарне поле огляду. Всередину муляжу ми розмістили світло-діодну стрічку для забезпечення освітлення робочої зони, точки розміщення троакарів для маніпуляторів відповідали правій і лівій здухвинній ділянці. Точки доступу можливо змінювати в залежності від бажаної ситуації. Аналізуючи проведену роботу ми можемо зробити висновок, що максимально знизивши матеріальні витрати нам вдалося створити модель лапароскопічного тренажеру доступну для студента та молодого фахівця, яка дає можливість відпрацьовувати практичні навички, а також розширювати теоретичні знання в даній галузі медицини. Даний прототип лапароскопічного тренажеру створює умови для вивчення точок доступу при виконанні ендоскопічних втручань як апендектомія, гістеректомія, операцій на придатках матки, з відображенням їх на муляжі, можливістю більш широкого висвітлення даного питання за рахунок графічного зображення на тренажері топографії судинних магістралей, проводити вивчення спеціального обладнання для виконання лапароскопічних операцій, освоїти правила його експлуатації і догляду за ним. На даному прототипі можна відпрацьовувати практичні маніпуляції, такі як переміщення дрібних об'єктів, оволодіваючи технікою роботи двома руками одразу, навчитись техніки прошивання тканин (у нашому випадку губки), накладання екстра- і інтракорпоральних вузлів. Вважаємо, що впровадження в навчальний процес даної методики значно покращить теоретичний і практичний рівень майбутніх лікарів.

## СЕКЦІЯ №3

### ПЕДІАТРІЯ

#### АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ СТАТУС ТА ОЦІНКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

**Виконавець:** Алекса Я.М., Кушніревич М.П. – студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н., проф.Крючко Т.О.

**Кафедра педіатрії №2**

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Стрімка поширеність ожиріння в дитячій популяції обумовлює інтерес до дослідження метаболічних порушень у дітей та підлітків, асоційованих з надлишковою масою тіла. Метаболічний синдром (МС) є кластером антропометричних, фізіологічних та біохімічних порушень, що призводять до підвищеного ризику розвитку цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) та серцево-судинних захворювань. Відомо, що пацієнти з МС мають максимальний ризик розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), яка в 90% випадків асоційована з цукровим діабетом 2 типу, абдомінальним ожирінням, атерогенною дисліпідемією.

Метою нашого дослідження є визначення особливостей антропометричного статусу та характеристика порушень ліпідного спектру крові у дітей з НАЖХП на фоні ожиріння.

Всього під спостереженням знаходилося 67 дітей віком від 7 до 17 років. До першої групи (n=34) ввійшли діти, в яких на фоні ожиріння було діагностовано НАЖХП, другу групу (n=33) склали пацієнти з діагностованим екзогенно-конституційним ожирінням (ЕКО). Антропометричне обстеження включало в себе розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), абдомінальний тип жиророзподілу визначали за відношенням об'єму талії (ОТ) до об'єму стегон (ОС) та об'єму талії (ОТ) до зросту. Всім обстеженим проводили аналіз ліпідного спектру крові з визначенням рівня загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) з розрахунком коефіцієнту атерогенності (КА).

Підвищення ІМТ вище допустимого рівня по перцентильним таблицям за статтю та віком відмічалось у всіх обстежених дітей, і хоча, середні значення були дещо вищими у дітей з НАЖХП, проте достовірної різниці виявлено не було ( $30,4 \pm 0,62$  та  $28,7 \pm 0,63$  – відповідно,  $p > 0,05$ ). Абдомінальний тип ожиріння мала переважна кількість пацієнтів – майже 90%, але показники співвідношення ОТ/ОС були достовірно вищими в групі дітей з порушенням функції печінки ( $0,96 \pm 0,01$  та  $0,86 \pm 0,01$  – відповідно,  $p \leq 0,01$ ). Достовірно вищими в даній групі пацієнтів виявилися і показники відношення об'єму талії до зросту ( $p \leq 0,05$ ). При дослідженні ліпідного спектру крові відмічено статистично значимі зниження рівня ЗХ ЛПВЩ та підвищення ЗХ ЛПНЩ і ЗХ ЛПДНЩ ( $p \leq 0,01$ ) в групі дітей з діагностованою НАЖХП порівняно з пацієнтами з аліментарним ожирінням без порушення функції печінки. Виявлені зміни вказують на формування високого проатерогенного потенціалу в даній групі пацієнтів, про що свідчить і коефіцієнт атерогенності (КА), підвищення якого майже вдвічі відмічалось у дітей з НАЖХП порівняно з хворими з ЕКО ( $3,68 \pm 0,2$  та  $2,12 \pm 0,1$  – відповідно,  $p \leq 0,01$ ).

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що саме абдомінальний тип жиророзподілу є одним з предикторів розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки в дитячому віці. Супутні зміни ліпідного обміну, які характерні для дітей з НАЖХП свідчать про те, що вже з дитинства йде формування патологічних ланок метаболізму, загрозливих в дорослому віці розвитком серцево-судинних захворювань - артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця.

#### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ НА ФОНІ АНТИСЕКРЕТОРНОЇ ТЕРАПІЇ

**Виконавці:** Бондарук В.В., Любич Ю.В. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н., проф.Крючко Т.О., ас. Рум'янцева М.О.

**Кафедра педіатрії №2**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Функціональна диспепсія (ФД) є кислотозалежною патологією, поширеність якої серед дітей постійно зростає, і за даними різних авторів становить від 20 до 50 %. Проте постійно зростаючий арсенал антисекреторних препаратів, поява нових ізомерів, поколінь препаратів, використання генеричних ліків, затруднює вибір лікаря ефективної антисекреторної терапії при даній патології.

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності антисекреторної терапії у дітей з функціональною диспепсією.

Під нашим спостереженням перебувало 127 дітей (від 3 до 15 років) з епігастрально-больовою формою (62,2%), постпрандіальним дистрес –синдромом (37,8%) та змішаною формою функціональної диспепсії. Діагноз встановлювали на основі комплексного обстеження, що передбачало загальноклінічні, лабораторні, інструментальні методи. Ступінь колонізації Н. Ругі визначали за уреазним дихальним тестом. Контроль лікування проводився за допомогою ацидогастрографу АГ М-1 за методикою В.М. Чорнобрового. Всі діти були розділені на 2 групи: перша група отримувала Н2-блокатор гістамінових рецепторів, друга група – блокатор протонної помпи.

По даним результатів дослідження позитивна динаміка скарг, загального самопочуття, об'єктивних та лабораторних даних у дітей обох груп була на різних рівнях. Нами встановлено, що серед обстежених дітей з ФД переважали дівчатка (65% проти 35% - відповідно). Тривалість захворювання у більшості (82,2%) дітей становила від 6 місяців до 1 року. Серед особливостей клінічного перебігу ФД слід підкреслити залежність клінічної симптоматики ФД від функціонального стану шлунка. Так, за умов гіперацидності провідними в клінічній картині захворювання були: інтенсивний періодичний біль в епігастрії, який виникав особливо вночі, і «голодний», печія — в наших дослідженнях у 60,0% дітей. За умов нормоацидності відмічалися: постійний тупий розпираючий біль або дискомфорт, що виникав або посилювався після вживання їжі, нудота, раннє насичення, відригування повітрям. Результати проведених спосте-

режень показали, що після лікування H2-блокатором гістамінових рецепторів у більшості хворих повністю зникли клінічні прояви епігастрально-больового синдрому на відміну терапії блокаторами протонної помпи (больовий симптом - 35,4%, печія - 2,37%, відрижка - 26,6%) та постпрандіального дистрес-синдрому і тільки у невеликої кількості хворих зберігались окремі симптоми, вираженість яких була незначною у дітей 2 групи (нудота - 35,42%, раннє насичення - 33,3%, відчуття переповнення - 6,25%).

Таким чином, після застосування блокаторів H2-гістамінових рецепторів відбувся повний регрес клінічних проявів як епігастрально-больового синдрому так і постпрандіального, на відміну від збереження окремих симптомів функціональної диспепсії у незначній кількості хворих після застосування блокаторів протонної помпи.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Виконавці:** Бубир Л.М., Зимовець Л.Ю. – студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.м.н., ас. Несіна І.М.

**Кафедра педіатрії №2**

*Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Якість життя (ЯЖ) дітей з захворюваннями органів травлення з позиції доказової медицини розглядається як один із головних критеріїв кінцевої оцінки лікування і прогнозу даної патології.

Метою роботи було дослідження ЯЖ дітей старшого шкільного віку з хронічними гастродуоденальними захворюваннями в періоді загострення.

Під нашим спостереженням знаходилось 89 дітей (перша група) в віці 11-18 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно протоколів МОЗ України. Другу групу склали 48 практично здорових дітей. ЯЖ визначали психометрично за допомогою опитувальника GASTRO-INTESTINAL QUALITY LIFE INDEX (GIQLI). Діти заповнювали опитувальник самостійно, в основній групі – при госпіталізації з приводу загострення захворювання. Опитувальник GIQLI складається із 14 розділів (шкал), кожне запитання має 5 варіантів відповідей, які виражаються в балах від 1 до 5. Значення ЯЖ оцінювалось по кожному розділу в балах, сумарний бал підраховувався з кількості балів по всім розділам опитувальника. Відмінності між групами вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

Аналіз результатів дослідження показників ЯЖ у дітей першої групи дозволив встановити їх достовірне зниження в порівнянні зі здоровими дітьми по сумарному результату більшості розділів опитувальника ( $124,9 \pm 3,3$  проти  $139,3 \pm 2,7$ ,  $p < 0,05$ ). Відсутність відмінностей, тобто вираженого негативного впливу на ЯЖ було встановлено по шкалам, які характеризують насолоду від прийому їжі, стійкість до стресів, неспокій від прийому ліків, власну оцінку стану здоров'я. Вивчення показників ЯЖ залежно від статі виявило достовірний негативний вплив гастродуоденальної патології на ЯЖ дівчаток, в порівнянні з хлопчиками ( $129,2 \pm 2,3$  проти  $120,6 \pm 2,2$ ,  $p < 0,05$ ). Дослідження показників ЯЖ здорових дітей, залежно від статі також виявило достовірне її зниження у дівчаток ( $137,3 \pm 1,7$  проти  $142,8 \pm 2,1$ ,  $p < 0,05$ ) по шкалам, які характеризували частоту негативних емоцій, порушення сну, переживання з приводу зовнішності.

Порівнюючи результати показників ЯЖ здорових дітей молодшої (11 – 14 років) та старшої (15 – 18 років) вікових груп нами виявлено достовірне зниження ЯЖ старших дітей ( $145,3 \pm 1,3$  проти  $130,4 \pm 2$ ,  $p < 0,05$ ). Дані за ЯЖ у дітей молодшої і старшої груп з гастродуоденальною патологією не виявило відмінностей по сумі балів ( $125,3 \pm 2$  проти  $124,2 \pm 2,8$ ), але значне їх зниження порівнюючи з даними здорових дітей.

Результати проведеного дослідження свідчать про валідність опитувальника GIQLI для оцінки ЯЖ у дітей старше 11 років, аналіз якого відображає особливості психічного і соматичного здоров'я та може застосовуватись для вивчення ефективності схем лікування гастродуоденальної патології.

## ВПЛИВ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА НЕГАТИВНИХ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ

**Виконавці:** Бубир Л.М., Зимовець Л.Ю.- студ. V курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** к.мед.н. Фастовець М.М.

**Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією**

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

У сучасному світі все більшу актуальність набуває проблема здоров'я підлітків, показники якого з кожним роком погіршуються. Це зумовлене підвищеною чутливістю організму в пубертатному періоді до впливу несприятливих чинників, які викликають напруження адаптаційних механізмів та розвиток нейроендокринних порушень. Ожиріння, яке починається у дитячому віці, прогресує і призводить до розвитку ускладнень, які поєднують в поняття «метаболічний синдром» (МС). Найбільш значущими медичними наслідками ожиріння є цукровий діабет II типу та серцево-судинні захворювання. Вивчення еволюції первинного ожиріння у дітей та, особливостей його клінічного перебігу має велике медичне і соціальне значення, бо дозволяє своєчасно вибрати адекватну тактику лікування та зменшити вірогідність формування ускладнень.

Метою нашої роботи було визначення впливу маси тіла при народженні (МТН) та негативних перинатальних факторів на формування компонентів метаболічного синдрому у хлопців-підлітків.

Проведено аналіз первинної медичної документації щодо стану здоров'я 188 дітей віком до 18-ти років, мешканців Полтавської області. Особи, що мали МТН 2500г або менше, були віднесені до групи з малою МТН (ММТН), більше 4000г – великою МТН (ВМТН), 2501-3999г – нормальною МТН (НМТН).

Обстеження включало аналіз скарг, вивчення особливостей перебігу вагітності, від якої народилася особа, МТН дитини, перебігу періодів новонародженості, раннього дитинства та пубертату; анамнез життя та хвороби з урахуванням наявності супутніх захворювань, об'єктивне обстеження з визначенням антропометричних показників, аналіз біохімічних показників (глюкоза плазми крові, ліпідограма крові).

Виявлене патогенетичне значення ВМТН у розвитку ендокринопатій вже в дитячому та підлітковому віці, а саме: серед дітей, які народилися з масою тіла більше 4000г вірогідно частіше – у 11,3%, ніж серед однолітків, які народилися з масою тіла, менш ніж 2500г – у 5,3% діагностується ожиріння, гіпоталамічний синдром пубертатного періоду та цукровий діабет I типу ( $p < 0,001$ ).

Хлопці-підлітки, які мали ВМТН, тобто внутрішньоутробно сформований інсулінорезистентний фенотип, являли собою групу ризику щодо розвитку в пізньому онтогенезі функціональної недостатності β-клітин підшлункової залози. Підлітки, які народилися з ММТН, становили групу ризику щодо формування судинних проявів інсулінорезистентності. Транзиторна артеріальна гіпертензія мала місце у осіб, які народилися з ММТН, у 1,63 рази частіше, ніж у осіб з НМТН, та 1,3 разів частіше, ніж у осіб з ВМТН ( $p < 0,05$ ).

МТН є також додатковим чинником ризику формування дисліпідемій в дорослому віці у хворих на ожиріння. В підлітковому віці хлопці, які народилися з ММТН та ВМТН, мали більш високий атерогенний ризик у порівнянні з однолітками, які народилися з НМТН.

У хворих всіх вікових груп з ожирінням не встановлено клінічних відмінностей захворювання в залежності від таких факторів перинатального розвитку, як перебіг вагітності та пологів у матерів.

## СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА

**Выполнили:** Грибовод В.В., Острополец А.С. – студ. IV курса, мед. ф-ту №2.

**Научный руководитель:** Охупкина О.В.

*Кафедра пропедевтики педиатрии №1*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков*

**Актуальность.** Проблема распространенности патологии костной ткани становится все более актуальной проблемой в педиатрии, что создает потребность в изучении экзо- и эндогенных факторов, влияющих на костное моделирование.

**Материалы и методы.** Обследованы 129 практически здоровых детей от 7 до 16 лет. Все дети были тщательно опрошены, проведен полный осмотр вместе с эндокринологом и гинекологом, проведена оценка физического развития по центильным таблицам, денситометрия аппаратом «Sonost 2000». Для оценки формирования пика костной массы был использован соматометрический градиент костной массы (G), с использованием показателей скорости распространения ультразвука (SOS, м/с), широкополостного ослабления ультразвука (BUA, дБ/МГц). При этом остеопороз и остеопения диагностировали по Z-критерию. Статистический анализ проводился с помощью пакетов программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

**Результаты.** Средний возраст учащихся составил 12,1 лет, ИМТ  $19,4 \pm 3,3 \text{ кг/м}^2$ . При этом остеопороз зарегистрирован у 14,7% (19 детей), остеопения – у 62,8% (81 детей), а нормальное структурно-функциональное состояние (СФС) КТ – всего лишь у 22,5% (29 детей). Среди девочек наблюдаются лучшие показатели – 18% (11 детей) с нормальным СФС КТ против 26,1% (18 детей) среди мальчиков. Средний G составил 0,76, причем наблюдается достоверная разница между мальчиками и девочками – 0,83 и 0,68 соответственно,  $p > 0,01$ .

Наблюдается отрицательная корреляция между G и возрастом детей ( $r = -0,59$ ), причем наибольшие показатели градиента наблюдаются в группе мальчиков 10 лет (1,41).

**Выводы.** Ультразвуковая денситометрия является высокоинформативным методом оценки структурно-функционального состояния костной ткани детей школьного возраста. Ухудшение общего уровня соматического здоровья детей сопровождается патологией костной ткани, приводящей к дальнейшей заболеваемости, инвалидизации и ухудшении качества жизни. Это иллюстрируется тем, что нормальное структурно-функциональное состояние костной ткани наблюдается всего лишь у 14,7% детей школьного возраста. При этом сохраняющееся нарушение СФС КТ в старшей школьной группе обуславливает необходимость введения скрининговых денситометрий для детей 15-17 лет.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

**Виконавець:** Дем'янюк Я.Ю. – студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н. Гасюк Н.І.

*Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Щороку в Україні збільшується питома вага передчасно народжених дітей. Ці показники мають тенденцію до збільшення в зв'язку з тим, що з 01.01.2007 року Україна перейшла на критерії реєстрації перинатального періоду відповідно до рекомендацій ВООЗ, а саме: реєстрація передчасних пологів з повних 22-х тижнів вагітності, новонароджених дітей – з 500 г маси тіла при народженні. Перехід на нові критерії реєстрації перинатального періоду зумовлює збільшення питомої ваги передчасних пологів, кількості дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ) та екстремально малою масою тіла (ЕММТ).

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей стану здоров'я та розвитку передчасно народжених дітей на першому році життя. Нами був проведений аналіз 51 індивідуальної карти розвитку передчасно народженої дитини. Дана категорія дітей спостерігається в центрі розвитку дітей раннього віку Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Серед цих дітей було 13,72% - з ЕММТ (менше 1000 г) при народженні, 29,41% - з ДММТ (менше 1500 г), 56,86% - з ММТ (менше 2500 г). Умовно діти були розділені на дві групи. В першу групу ввійшли діти з ДММТ та ЕММТ, другу групу склали діти з ММТ (малою масою тіла) при народженні. Були вивчені дані перинатального анамнезу, захворюваність на першому році життя, особливості темпів фізичного та психомоторного розвитку (ПМР). Аналіз перинатального анамнезу в більшості випадків свідчить про ускладнений перебіг вагітності та пологів. Відмічено неодноразове переривання вагітності (75%), розвиток гестозів (81%), анемію (58%). У 62% жінок мала місце екстрагенітальна патологія (хронічний пієлонефрит, артеріальна гіпертензія, ендокринна патологія, серцево-судинні захворювання тощо), 56% - урогенітальна патологія. У 90,9% дітей, які народилися з ДММТ та ЕММТ (I група) до першого року життя найчастіше зустрічалися наслідки перинатального ураження ЦНС різного ступеня тяжкості, а у дітей, які народилися з ММТ (II група) лише 62,1%, при цьому практично здоровими були 37,9%. У дітей I групи встановлено діагноз бронхолегеневої дисплазії у 63,6%, в другій – лише у 13,79%. Рання анемія частіше виявлялась у дітей I групи – 81,8%, у II групі – 55,2%. Ретинопатія відповідно 88,36% і 20,68%, рахіт, остеопенія – 68,18% і 41,37%, респіраторні захворювання – 72,7% і 51,72%, функціональні гастроінтестинальні порушення (дитячі кольки, зривування, закрепи, дитяча диспезія) – 89,4% і 62,1%.

Основним критерієм оцінки темпів росту і розвитку глибоко недоношених дітей є вік досягнення ними параметрів доношеної дитини. Проводячи моніторинг фізичного та ПМР нами виявлені наступні закономірності: 63,6% дітей з першої групи, в той час, як в другій групі 75,86% дітей досягли рівня фізичного розвитку доношених однолітків. За-

тримка ПМР в різних ступенях виявлена як в першій, так і в другій групі дітей. На першому році життя показники психомоторного розвитку відповідали віку у 54,5% дітей з I групи і 82,75% дітей з II групи.

Таким чином, діти з ДММТ та ЕММТ мають більш значні проблеми зі здоров'ям, а саме: затримку фізичного та психомоторного розвитку, наслідки перинатального ураження ЦНС різного ступеня тяжкості, бронхолегеневу дисплазію, ретинопатію, рахіт, анемію, функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, часті інфекційні захворювання.

## РЕЗУЛЬТАТИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У ДИТЯЧІЙ МІСЬКІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ М.ПОЛТАВИ

**Виконавці:** Євтушина Г.П., Галайба О.В - студ. III курсу мед.ф-ту №2

**Науковий керівник:** асист. Мизгіна Т.І.

**Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Колонізація організму новонародженого з перших хвилин життя мікрофлорою матері має важливе роль у формуванні мікробіоценозу та становленні власного імунітету дитини, тому у дітей з перинатальною патологією відзначається високий ризик нозокоміальних інфекцій. З метою розробки схем лікування нозокоміальних інфекцій у відділенні інтенсивної терапії та патології новонароджених слід проводити регулярний мікробіологічний моніторинг.

Метою нашого дослідження було визначення спектру мікроорганізмів у новонароджених при поступленні у відділення патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави, оцінка змін мікробіоценозу під час перебування у відділенні та аналіз особливостей чутливості виділеної мікрофлори до антибактеріальних препаратів.

Було проаналізовано 239 історій хвороби новонароджених. Які перебували у відділенні упродовж 2013 року. Всім пацієнтам при поступленні проведено бактеріальні дослідження посівів зі слизової оболонки дихальних шляхів, очей, пупкової ранки, прямої кишки, з визначенням антибактеріальної чутливості флори, що висівалася. В динаміці посіви проводилися на 7-10 добу перебування у відділенні. При поступленні новонароджених у відділення було проведено 1272 бактеріологічні дослідження, з них отримано 42,8% позитивних результатів. У посівах з дихальних шляхів було 70,5% позитивних результатів: виявлено домінування грам-позитивної флори (*St. aureus* - 28,7%, *St. epidermidis* - 44,7%), в меншій кількості посівів виявлено грам-негативні мікроорганізми (*Citrobacter* - 14,5%, *E.coli* - 9,2%, *Kl.pneumon.* - 6,3%). В посівах з пупкової ранки було отримано 68% позитивних результатів, з переважанням стафілококів (72%). При аналізі даних досліджень зі слизової оболонки очей позитивні результати було отримано у 29,6% випадків (*St.aureus* - 29,7%, *St.epidermidis* - 30,1%, *Str.agalactica* - 12,2%, *E.coli* - 11,5%). Позитивні результати було отримано більш ніж в третині посівів з прямої кишки. Переважали *Citrobacter*(31,3%) та *Kl.pneumon.*(29,7%). Мікроорганізми, висіяні при поступленні пацієнтів мали високу чутливість до напівсинтетичних пеніцилінів, макролідів, аміноглікозидів, цефалоспоринов 3-ої генерації та захищених цефалоспоринов. На 7-10 добу перебування у відділенні пацієнтам були проведені повторні бактеріологічні дослідження, було отримано 38,5% позитивних результатів. У висівах з дихальних шляхів відзначалася значна частота *Kl.pneumon.*(33,8%), *Enterobacter*(13,8%) та *Citrobacter*(16,9%), доля стафілококів зменшилася до 9,45%. При дослідженні кишкового біоценозу позитивні результати отримано у 19,7% випадків: *Kl.pneumon.* - 36,8%, *Enterobacter* - 5,26%, *St.aureus* - 10,5%, *Kl.oxytoca* - 15,8%. При проведенні досліджень в динаміці було виявлено, що надалі зберігається чутливість мікроорганізмів до аміноглікозидів, зростає до захищених цефалоспоринов, фторхінолонів.

**Висновки.** 1. В первинних посівах дітей, переведених з пологових відділень, переважає грам- позитивна флора, представлена, головним чином стафілококами. Ці мікроорганізми мають найбільшу чутливість до аміноглікозидів, захищених цефалоспоринов, напівсинтетичних пеніцилінів, глікопептидів, що визначає можливість їх використання у якості стартової антибактеріальної терапії.

2. При тривалому перебуванні пацієнтів у відділенні має місце заміна в них грам- позитивної флори на грам- негативну, з високою чутливістю до аміноглікозидів, фторхінолонів та захищених цефалоспоринов.

## СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

**Виконавець:** Куцук А.М. - студ.ІV курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник –** к.м.н.Козакевич В.К.

**Кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Адекватне потребам і збалансоване споживання харчових речовин та енергії є ключовим фактором в забезпеченні оптимального розумового розвитку, формування імунної компетентності та тривалого здоров'я. Якщо до недавнього часу основна увага приділялась особливостям харчування дітей першого року життя, то останнім часом акцент робиться на питанні харчування дітей другого та третього року життя. Традиційно коров'ячому молоку (КМ) належить помітне місце у раціоні харчування дітей перших років життя. Але цільне немодифіковане КМ не забезпечує потребу дитини в важливих харчових нутрієнтах. Останнім часом у світі визначилась тенденція до створення спеціальних заміників молока, склад яких орієнтований на дітей віком до 3-х років. В нашій країні на ПАТ «Хорольський молококонсервний комбінат дитячих продуктів» вперше освоєне виробництво модифікованого коров'ячого молока (дитячої молочної суміші «Малютка premium 3» з пребіотиками та нуклеотидами») для харчування дітей від 12-ти місяців.

Метою даної роботи було вивчити адекватність складу молочної суміші потребам дітей раннього віку, її переносимість та ефективність в попередженні та корекції порушень травлення у дітей з 12 місяців.

Матеріали та методи. Клінічне дослідження проведене на базі дитячого поліклінічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави. Продукт отримували 37 дітей віком від 1 до 3 років (18 дівчаток і 19 хлопчиків). 12 дітей були практично здоровими, а інші мали функціональні розлади шлунково-кишкового тракту. Тривалість спостереження становила 3 місяці.

Результати та їх обговорення. Період адаптації до апробованого продукту перебігав у досліджуваних дітей цілком задовільно, відмови від нової молочної суміші зафіксовано не було. Більшість дітей (в тому числі й діти із зниженим апетитом) охоче їли запропоноване харчування, що вказує на високі смакові якості продукту. Середня прибавка маси тіла та зросту під кінець дослідження склали  $420 \pm 80$  г та  $1,85 \pm 0,5$  см відповідно, що свідчило про достатнє харчування при вигодовуванні сумішшю «Малютка premium 3». Індекс маси тіла більшості дітей (85%) знаходився в ме-

жах медіани. При введенні до раціону суміші «Малютка premium 3» з пребіотиками та нуклеотидами» спостерігалось значне зниження епізодів закріпів, а через три тижні використання даної суміші – повне їх зникнення. Даний позитивний ефект батьки спостерігали в середньому через  $7 \pm 4$  дні. Відмічена позитивна динаміка у складі мікрофлори кишечника (достовірно підвищення концентрації біфідо- і лактобактерій та зменшення умовно-патогенної мікрофлори,  $p < 0.05$ ).

**Висновки.** Результати проведених клінічних випробовувань молочної суміші «Малютка premium-3 з пробіотиками та нуклеотидами» свідчать про її добру переносимість, як відносно здоровими дітьми, так і дітьми з особливими потребами в харчуванні.

## МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЇЇ СИСТЕМНІ НАСЛІДКИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ

**Виконавці:** Олексієнко Б.О., Луксен В.Б. – студ. V курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** доц. Шкурупій Д.А.

*Курс анестезіології та інтенсивної терапії*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема виходжування новонароджених є важливим соціальним та морально-етичним аспектом розвитку нації. Підтвердженням цього є введення в Україні міжнародних критеріїв живонароджуваності і впровадження загальнонаціональних програм, зокрема – Національного проекту під патронатом Президента України «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства». Більшість новонароджених які вимагають лікарської допомоги, підлягають лікуванню в умовах відділення інтенсивної терапії (ВІТ) через виникнення синдрому поліорганної недостатності, причиною якого є недостатність імунної системи. У цих станах одним з основних патогенетичних механізмів є бактеріальна транслокація, причиною якої є недостатність гастроінтестинальної системи. Саме тому вивчення цієї проблеми є ключем до діагностики та лікування критичних станів у новонароджених і визначає новизну даної роботи.

Мета дослідження: встановлення механізмів формування гастроінтестинальної недостатності і пов'язаних з нею системних порушень у новонароджених в умовах інтенсивної терапії.

Обстежено 46 новонароджених віком від 1 до 25 днів життя з наслідками асфіксії при народженні і перинатального інфікування. Новонароджені рандомізовані за фактом необхідності лікування у неонатальному ВІТ (1-ша група;  $n=36$ ) і у відділенні патології новонароджених (2-га група). За статевим, віковим представництвом, характером патології і базисної терапії групи досліджень були статистично тотожними. В динаміці оцінювались клінічні характеристики хворого, визначались ознаки синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), рівень С-реактивного білку крові, характер ентерального харчування, внутрішньочеревний тиск (ВЧТ), ступінь гастроінтестинальної недостатності (ГІН). Статистична оцінка результатів проводилась методами описової і непараметричної статистики. За рівень імовірності помилок вважали  $p \leq 0.05$ .

У новонароджених 1-ої групи встановлена достовірно вища частота формування ССЗВ ( $83,3 \pm 6,22\%$ ;  $n=30$ ) проти  $0\%$  ( $n=0$ ) в 2-ій групі ( $\chi^2=23,96$ ;  $p < 0,0001$ ). Розвиток ССЗВ був пов'язаний із формуванням ГІН, про що свідчать прямі кореляційні зв'язки із застосуванням штучного харчування ( $R=0,29$ ;  $p=0,04$ ), ступенем ГІН ( $R=0,73$ ;  $p=0,0001$ ), підвищенням ВЧТ ( $R=0,7$ ;  $p=0,0001$ ). Формування самої ГІН корелювало із рівнем ВЧТ ( $R=0,92$ ;  $p < 0,0001$ ), впливало на обсяг засвоєння ентерального харчування ( $R=-0,53$ ;  $p=0,0001$ ) підвищувало рівень С-реактивного білка ( $R=0,61$ ;  $p < 0,0001$ ), знижувало рівні сироваткового альбуміну ( $R=-0,32$ ;  $p=0,03$ ) і вагу в динаміці ( $R=-0,54$ ;  $p < 0,0001$ ). Також встановлено, що у новонароджених 1-ої групи на 1-у, 5-у і 10-у доби спостереження показники ВЧТ і ступеня ГІН мали тенденцію до зменшення, але достовірно не різнилися між собою і залишались достовірно високими порівняно із показниками новонароджених 2-ої групи.

Таким чином, у новонароджених в критичних станах підвищення ВЧТ формує ГІН, що в свою чергу сприяє розвитку системного запалення і зниженню пластичних функцій організму.

## ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕМОРБІДНИХ ФАКТОРІВ ЯК ОСНОВИ РАННЬОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

**Виконавці:** Паламарчук Д.В., Оскоменко М.М. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф.Крючко Т.О., ас. Остапенко В.П.

*Кафедра педіатрії №2*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Інтерес до проблеми пієлонефриту серед дослідників, що працюють у дитячій нефрології, визначається не тільки поширеністю цього захворювання (47-68% хворих нефрологічного профілю), але й постійним збільшенням кількості дітей з хронічними формами такої патології. Встановлено, що у 50-65% дітей запалення призводить до незворотніх пошкоджень паренхіми нирок із заміщенням ушкоджених ділянок сполучною тканиною, що в подальшому призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН) і артеріальної гіпертензії. Актуальність даної проблеми визначає необхідність в комплексному вивченні особливостей клінічного перебігу хронічного пієлонефриту (ХП) у дітей з детальним аналізом факторів ризику захворювання, що дасть змогу розробити для кожної дитини оптимальні первинні профілактичні заходи.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення найбільш частих провокуючих факторів реалізації хронічного пієлонефриту та клініко-генеологічних особливостей розвитку даної патології у дітей. Обстежено 130 хворих дітей віком від 1 до 15 років, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу загострення хронічного пієлонефриту, групу контролю склали 39 практично здорових дітей. Для визначення ролі спадковості в розвитку ХП ми визначали генеалогічний індекс (ГІ), який підраховували згідно формули Л.М.Мачуліної.

Результати досліджень демонструють, що до основних факторів, які індукують реалізацію хронічного пієлонефриту у дітей, належать: спадкова обтяженість за нефрологічними захворюваннями ( $70,77 \pm 5,7\%$ ), патологічний перебіг вагітності ( $68,46 \pm 4,4\%$ ), наявність TORCH-інфекції у матері ( $53,85 \pm 5,3\%$ ) та перенесені гострі респіраторні інфекції в ранні строки вагітності ( $40,77 \pm 5,1\%$ ), дисбіоз кишечника на першому році життя ( $61,54 \pm 5,3\%$ ). В ході дослідження у 24,61% дітей основної групи отримано високий ГІ, на відміну від контрольної, в якій взагалі не зустрічався даний рівень спадковості. Необхідно зазначити вагомість обтяженого анамнезу за двома родоводами, яка простежувалася в сім'ях 17 ( $13,08 \pm 3,8\%$ ) дітей хворих на ХП: із них, у 14 ( $14,89\%$ ) спостерігалась більш рання маніфестація клінічних проявів (до 3 років) та тяжкий перебіг захворювання, порівняно з дітьми, в сім'ях яких не виявлялася неф-

рологічна патологія. Необтяжений анамнез спостерігався лише в 38 хворих на ХП. Слід зауважити, що обтяженість сімейного анамнезу за лінійю матері та батька зустрічалась достовірно рідше, відповідно  $10,26 \pm 5,6\%$  та  $7,69 \pm 6,3\%$  ( $p < 0,001$ ). Також необхідно підкреслити міцний кореляційний зв'язок обтяженого нефрологічного анамнезу за 3 родичами із ранньою маніфестацією клінічних проявів ХП та високим генеалогічним індексом.

Тому, комплексний підхід в обстеженні дітей із групи ризику в поєднанні із анамнестичними, клініко-функціональними та психологічними методами обстеження може вдосконалити ранню діагностику ХП, що, в свою чергу, позитивно позначиться на показниках якості життя дитячого населення.

## ВПЛИВ ПЕРСИСТУЮЧОГО ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6-ГО ТИПУ (HHV-6) НА ФОРМУВАННЯ ГРУПИ ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ

**Виконавці:** Резніченко Є.О., Статкевич Н.В. – студ. III курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник:** доцент Зюзіна Л.С

*Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава.*

Проблема часто хворіючих дітей залишається однією з актуальних медико-соціальних проблем. Кількість дітей цієї групи коливається від 15% до 60% у залежності від їх віку. Основною причиною високої захворюваності є часті епізоди ГРВІ, що займає 80% діяльності лікаря-педіатра як амбулаторно, так і в стаціонарі. В багатьох випадках це пов'язано з віковою дисфункцією імунної системи у дітей перших років життя, але в останні два десятиріччя все більш актуальним у формуванні статусу часто хворіючої дитини вважається вплив персистуючих внутрішньоклітинних інфекцій, зокрема герпесвірусних, які мають можливість діяти на організм ще з пренатального періоду розвитку дитини. Метою нашої роботи було визначення впливу герпесвірусної інфекції 6-го типу (HHV-6) на формування групи часто хворіючих дітей. Робота проводилась на базі відділення раннього дитинства міської дитячої клінічної лікарні м.Полтава. Нами були виділені та проаналізовані 46 історій хвороб дітей віком від 9 місяців до 3,5 років (2,1- середній вік), які протягом 2013 року знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні з приводу ГРВІ з ускладненнями. Діти госпіталізувались з частотою від 6 до 8 разів на рік. Після проведеного аналізу первинної медичної документації було виявлено інфікування герпесом 6-го типу у 25 дітей, що складає 54% від групи часто хворіючих дітей. Приводом до госпіталізації стали: обструктивний бронхіт – 11 (44%), пневмонія – 7 (28%), ларинготрахеїт – 4 (16%), фебрильні судоми – 5 (20%). У всіх 25 дітей (100%) діагностувалась генералізована лімфоаденопатія, у 22 – гепатомегалія (88%). Середня тривалість перебування дітей у стаціонарі складала  $12,6 \pm 0,27$  ліжкоднів. Обстеження включало ретельний аналіз скарг, особливостей перебігу вагітності, періоду новонародженості та раннього дитинства з урахуванням наявних супутніх захворювань. Діти мали особливості анамнезу життя: недоношеність – 4 (16%), перинатальна енцефалопатія – 3 (12%), екзантема новонароджених – 1 (4%). Тільки 13 матерів (52%) були обстежені під час вагітності на внутрішньоклітинні інфекції: ЦМВ – 3 (23%); герпес 1-2 типу – 2 (15%); вірус ЕБ – 1 (7,6%); HHV-6 – 1 (7,6%). Таким чином, результатом проведеного дослідження було виявлено, що у дітей раннього віку з рецидивуючими захворюваннями респіраторного тракту та ЛОР-органів наявна висока частота герпесвірусного інфікування HHV-6, що, враховуючи ранній вік пацієнтів, має активний вплив на формування групи ЧТХ.

Дія несприятливих факторів в антенатальному та постнатальному періодах призводить до розвитку фонового вторинного імунodefіцітного стану. З метою профілактики раннього інфікування HHV-6 та подальшої персистенції в організмі малюків доцільно своєчасне виявлення, санація хронічних вогнищ інфекції у сім'ї.

## РОЛЬ ЗНАНЬ ЖІНКИ ЩОДО ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ЙОГО ПІДТРИМЦІ

**Виконавець:** Смолякова К.В. - студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.м.н., професор Голованова І.А.

*Кафедра соціальної медицини організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність. З основних напрямків пріоритетного національного проекту в сфері охорони здоров'я є охорона здоров'я дитячого населення. Важливу роль у реалізації цього напрямку відіграє підтримка грудного вигодовування (ГВ) [О.А.Синенко, І.А. Голованова, 2013]. Вважається, що вигодовування дитини процес природний, що не потребує певних навичок, але як показують наукові дослідження, важливе значення в цьому процесі має інформаційна та психологічна підтримка матері саме в момент становлення лактації [Абольян А. В., 2010].

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше за допомогою багатофакторної моделі встановлено відношення між знаннями жінки щодо ГВ та його становленням.

Метою дослідження було інформаційне обґрунтування становлення лактації.

Матеріали та методи дослідження. Наукова робота виконана на вибірковій статистичній сукупності. Згідно спеціально розробленої анкети вивчали період грудного вигодовування у 487 жінок, діти яких досягли 2-х річного віку. Під інформаційними причинами брали джерела інформації, з якої жінка могла її отримати.

Так як кожна жінка давала по декілька відповідей на поставлене запитання, ми використовували багатофакторну модель причин становлення лактації [Флетчер Р.]. Отримані епідеміологічні дані опитування оброблені автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм "MicrosoftOfficeExcel2003" та "SPSS".

Результати дослідження. При вивченні впливу інформаційної причини на грудне вигодовування встановили, що не мають про нього знань 0,1 % жінок, при цьому середній термін годування грудьми був 1,0 місяця. Громадські організації та знайомі займали приблизно однакові позиції 3,3 % і 2,5 % відповідно. При цьому середній термін годування грудьми був 8,6 і 8,9 місяців. Способи масової інформації на сходинок вище 6,6 % (середній термін годування грудьми - 9,4 місяця), інтернет 5,4 % (середній термін годування грудьми - 8,5 місяця). Найбільше число жінок вказало на отримання інформації від пологового будинку 32,95 % (середній термін годування грудьми - 9,2 місяця) і жіночої консультації 34,1 % (середній термін годування грудьми - 9,5 місяця). Проміжне місце зайняло отримання інформації від сім'ї 14,94 % (середній термін годування грудьми - 8,3 місяця).

При вивченні причини, яка мала найбільший вплив встановили, що інформація отримана в жіночій консультації та пологовому будинку є необхідною, оскільки являє собою найбільший елемент всіх достатніх причин. Тоді, як достатню причину формує інформація отримана з усіх зазначених джерел.

**Висновки.**

1. Використання багатофакторної моделі дозволяє виділити основні причини становлення лактації.

2. До необхідної інформаційної причини належить отримання інформації від пологового будинку та жіночої консультації 32,95% (середній термін годування грудьми - 9,2) 34,1% (середній термін годування грудьми - 9,5 місяця%) відповідно.

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СУЧАСНОГО ПІДЛІТКА-КУРЦЯ

**Виконавці:** Стародубова Л.М., Солоха А.Г. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н., ас. Вовк Ю.О.

**Кафедра педіатрії №2**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Стан здоров'я дітей та підлітків відноситься до важливих медико-соціальних проблем, тому що від нього залежить майбутнє держави, її трудовий та інтелектуальний потенціал. Паління підлітків є багатогранною проблемою, що має медичний, соціальний, психологічний та економічний аспекти та повинно розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики й відповідного лікування.

Тому з метою створення медико-соціального портрету сучасного підлітка-курця нами проведено анкетування та вивчення медичної документації 33 юнаків та 28 дівчат, які палять та 42 підлітків, що ведуть здоровий спосіб життя віком 14-17 років на базі підліткового кабінету ПОДКЛ. Матеріали та методи: фізикальне обстеження, спірографія, тест Д.Векслера, дослідження структури інтелекту; тест Дж.Гілфорда та М.Саллівена «Соціальний інтелект»; шкала тривоги СМАС (адаптація А.М.Прихожан); діагностика рівня самооцінки (Фетіскін Н. П.).

Не залежно від групи обстежених перше та друге місце займала гастропатологія та захворювання респіраторної системи відповідно. Третє місце належить порушенню осанки. Особливу увагу було присвячено оцінці фізичного розвитку підлітків. Відмічено, що до 18 років зростає питома вага осіб, які мали дефіцит маси з 22,6% в 15 років до 25,9% в 18-річному віці. Однак, підлітки, що палять гірше переносять навантаження в школі, часто перевтомлюються.

За даними спірографічного обстеження, в курців і здорових підлітків до провокаційної проби нами було встановлено певну різницю в показниках функції зовнішнього дихання: у підлітків-курців порівняно зі здоровими виявлено вірогідно нижчий показник ФЖЄЛ ( $p < 0,005$ ) та показник ОФВ1 ( $p < 0,005$ ). Отримані дані дали підстави вважати, що в обстежених підлітків є прихована обструкція бронхів без видимих клінічних проявів.

Щодо шкідливих звичок майбутнього покоління, то, як правило, мотивацією підлітків розпочати палити було: прагнення наслідувати дорослих, відчувати себе «справжнім» дорослим (68%), спосіб завоювання авторитету в однолітків та старших (49%), завести знайомства (24%), полегшення спілкування (54%), протест проти диктату і заборон дорослих (49%), засіб релаксації, «зняття» негативних емоцій (58%), нездатність сказати «ні» на пропозицію закурити (26%), випадкове паління «за компанію». Для проведення дослідження ми використали анкету, яка дозволила охарактеризувати як соціально-психологічні особливості, так і соціальні проблеми з якими стикаються час від часу підлітки. Аналіз результатів в ході анкетування показав, що в обох групах дослідження перевагу в спілкуванні підлітки віддають друзям (42%), потім однокласникам (17%) і лише потім батькам (10%). Переважна більшість (55%) мають задовільну успішність в школі, відповідно, навчальна діяльність не є для них пріоритетною. Однак, підлітки, які палять в порівнянні з однолітками без шкідливих звичок, менш інтелектуально розвинуті, у них достатньо низький рівень соціальної адаптації та самооцінки та високий рівень тривожності. При чому, чим молодший підліток, тим сильніше порушується кровопостачання мозку під дією нікотину. погіршуються координація рухів, здатності до логіки, обсяг короткочасної пам'яті, уваги.

Отримані дані про стан здоров'я дітей і вплив на нього різних факторів середовища диктують необхідність перегляду існуючої системи виховання дітей і підлітків.

## ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ХОЛТЕР-МОНІТОРІНГУ ПРИ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНАХ У ДІТЕЙ

**Виконавці:** Таран А.С., Трипольська К.І. – студ. VI курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н., доц. Таняньська С.М.

**Кафедра педіатрії №2**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Синкопальні стани у дітей – одна із актуальних проблем сучасної педіатрії. Як, відомо, найбільш часто ці стани характерні для епілепсії та інших органічних ураженнях ЦНС, але нерідко епілептичні напади (особливо їх безсудомні форми) іноді необхідно диференціювати з пароксизмами кардіального походження (порушення ритму серця та провідності, синдром слабкості синусового вузла та інші). Найбільш ефективним методом виявлення порушень серцевого ритму є добовий Холтер-моніторинг ЕКГ.

З метою диференційної діагностики генезу синкопальних станів у дітей нами проведено обстеження 24 хворих віком 8-15 років (14 дівчаток і 10 хлопчиків) з синкопальними станами неясної етіології, які лікувались на кардіологічних ліжках в педіатричному відділенні №1 ПОКДЛ. Всім обстеженим проведені загальнолабораторні (аналізи крові та сечі, біохімічні – гострофазові показники, протеїнограма, електроліти) та інструментальні (електрокардіограма (ЕКГ), реоенцефалограма (РЕГ), електроенцефалограма (ЕЕГ), ехокардіографія (ЕхоКС) для виключення запальної патології (неревматичного кардиту, гострої ревматичної лихоманки). Треба зазначити, що в групу дослідження були включені діти, у яких при проведенні ЕЕГ не виявлено органічних змін.

Аналіз отриманих результатів обстеження виявив порушення ритму серця у 18 (75%) обстежених дітей. Номотопні порушення ритму серця у вигляді синусової тахі- та брадикардії реєструвались у 14 (58,3%) дітей, але частіше відмічались гетеротропні порушення ритму. У 8 (33%) хворих зафіксовано суправентрикулярну, а у 4 (17%) – часту шлуночкову екстрасистолію, причому у всіх дітей вона мала алоритмічний характер у вигляді бі-, три- або квадригемії. Пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія зареєстрована у 3 (12,5%) хворих, а шлуночкова форма пароксизмальної тахікардії – тільки у 1 дитини. Порушення функції провідності у вигляді передсердно-шлуночкової блокади I ст. були у 3 (12,5%) обстежених, у 2 дітей відмічена блокада II ст. (тип Мобітц І). У 4 (16,6%) пацієнтів (9,3%) зафіксовано подовження інтервалу Q-T, що є предиктором синдрому раптової серцевої смерті.

Таким чином, отримані результати дослідження свідчать про необхідність включення в план обстеження дітям з синкопальними станами добового Холтер-моніторингу, що підвищує рівень диференційної діагностики кардіальних чинників цих станів та сприяє оптимізації ведення хворих з призначенням адекватної терапії.



## СЕКЦІЯ №4

### ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

#### STUDY OF UNDERSTANDING THE IMPORTANCE TO DEEP THE KNOWLEDGE ON HIV AMONG MEDICAL STUDENTS

**Performers** Al Azzawi Bahaa Al deen Fathel, IV-th year, medical faculty.

**Scientific supervisor:** PhD Naduta-Skrynnik Ksenia Konstantinivna.

**Department of Social Medicine, organization and health care economics.**

*HSEE Ukrainian Medical Stomatological Academy.*

According to the new researches proved there are more than 35 million people living with HIV/AIDS worldwide, according to the (WHO), the majority of them in sub-saharan Africa.

HIV or ( Human Immunodeficiency Virus) It is the big problem that we face in our days with the absence of symptoms that prove if this person infected or no, and poor knowledge of the society about it that make the spreading of infection very easy and without limits.

For this purpose the main aim of our investigation was to study the public opinion of foreign students studying in Ukrainian Medical Stomatological Academy(UMSA) regarding their awareness of methods of diagnosis, prevention, treatment of HIV and their interest in deepening knowledge in this area, with the aim of participating in health education programs for prevention of growth of HIV infection in the world.

The research was conducted by the sociological survey method.

Survey was conducted among the 50 foreign students from medical and dental departments of UMSA. Among them were 1-6-th year students from 8 different countries. The distribution of students was like the following: Gender: males 76% (38), females 20% (10), not mentioned 4% (2). Department: stomatological 36% (18), Medical 50% (25), not mentioned 14% (7). 4. Courses: The first 14% (7), second 20% (10), third 24% (12), fourth 14% (7), fifth 14% (7), sixth 6% (3), not mentioned 8% (4).

The questionnaire was used in research included the following questions: 1. Do you need more information about HIV treatment methods? 2. Is it good idea to share information about HIV statistics, transmissions ways, prophylaxis between students society? 3. Would you like to be a volunteer and take part in sanitary - educational programs to collect and disseminate information about HIV? 4. Do you think that strong knowledge of medical students and society students about HIV could help in prophylaxis from it and reduce the infection rate?

According to their answers been received the next results: analysis of responses answers to 1-st question have found the following distribution: 57,9% (22 person) respondent gave a positive answer, 29% (11) - negative, 13,1% (5) were undecided. Analysis of responses answers to 2-st question have found the following distribution: 68,4% (26 person) respondent gave a positive answer, 31,5% (12) – negative. Analysis of responses answers to 3-rd question have found the following distribution: 42,1% (16) respondent gave a positive answer, 39,5% (15) - negative, 18,4 % (7) were undecided. Analysis of responses answers to 4-th question have found the following distribution: 94,7% (36) respondent gave a positive answer, 2,6% (1) - negative, 2,6% (1) were undecided. So according to the results that we got from the students answers were found high level of interest (57%) of students to improve their knowledge about HIV prevention and treatment. (68,4%) of students expressed their desire to take part in HIV prophylaxis program. Nearly all (94,7%) of students understand the importance of disseminating information for reduced population growth rates of infection.

Results of our research shows us that students understand importance their role as a future medical staff, who may in the future become a way to spread awareness among the society and put people on the right way to prevent the spreading of HIV infection and reduce the morbidity and mortality rate from HIV reasons among the population.

#### ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ М'ЯКОТКАННОЇ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДРАБИНЧАСТОГО М'ЯЗА

**Виконавці:** Бобко Є. М. – студ. 4 курсу мед ф-ту №1; Яременко О.О. – студ. 6 курсу мед ф-ту №1.

**Науковий керівник:** кандидат.мед.н., Страшко Є. Ю.

**Кафедра:** фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Синдром драбинчастого м'яза (скаленус синдром) - група симптомів котрі включають в себе біль, оніміння та слабкість в ділянці ший, плеча, руки. Причиною виникнення даного симптомокомплексу являється стиснення або пошкодження нервів та судин в реберно-ключичному проміжку. За статистичними даними у США 19,3% випадків СДМ призводить до втрати працездатності.

Згідно рекомендацій ВООЗ важливо починати лікування СДМ на його початкових стадіях тому що, при відсутності адекватної терапії можливе значне пошкодження нервів та судин, що в подальшому призведе до втрати працездатності або хірургічного лікування(міотомія).

Значна частина пацієнтів з даною патологією звертаються до лікарів неврологів, де проходять курс медикаментозного лікування згідно протоколу: міорелаксанти, НПЗЗ, анальгетики, масаж, лфк, інколи доводиться застосовувати блокаду плечового сплетіння, дані лікарські засоби можуть викликати масу побічних ефектів та загострення супутньої патології.

У дослідженні брали участь 10 осіб віком (20-50 років) основна група (8-жінок, 2-чоловіків) застосовували методи м'якотканної мануальної терапії та масаж на протязі 10 днів. Контрольна група 10 осіб віком (20-50 років), (7-жінок, 3-чоловіків), приймали традиційну медикаментозну терапію, курс лікування тривав 15 днів.

При лікуванні даного синдрому з застосуванням методів м'якотканної мануальної терапії після обстеження в залежності від результатів включає в себе: ПІР (постізометрична релаксація)+ ішемізація, техніки стрейн-констрейн, раціональної психотерапії за проф.Васильєвою (баланс емоцій). Отримані результати, допомагають зменшити кількість медикаментозних препаратів на 25-50% (в залежності від складності захворювання), рівень прояву побічних ефектів зі сторони лікарських засобів знижено на 35%, а лікувальний ефект за аналоговою шкалою болю від 0-10 балів знижено на 3-5 балів після 4 - 5 процедур.

## ПСИХОЛОГІЧНА І ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я ТА ЗАСОБИ ДО ЇЇ МОТИВАЦІЇ

**Виконавці:** Бражник О.С. – студ. II курсу, мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викладач Ємець А.В.

**Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Актуальною проблемою початку нового тисячоліття є проблема здоров'я людини, особливо молоді.

Наукова новизна роботи: сьогодні значний вплив на біосоціальне здоров'я молоді людини здійснюють новітні технології, що стрімко розвиваються. Автоматизація і механізація праці, використання комп'ютерних технологій на виробництві та в побуті та кіно знищують фізичну активність молоді і навпаки, підвищують вплив психологічного навантаження на організм, а також неадекватні психічні прояви людей. Мета дослідження: аналіз фактичних матеріалів про життєдіяльність студентів. Результати дослідження. Як підкреслюють фахівці, на сьогоднішній день процес навчання студента може призвести (і призводить) до патологічного стресу у вигляді невротичних станів. Цьому сприяють такі фактори як: інформаційні перенавантаження, дефіцит часу, нездоровий спосіб життя. Об'єктивною дійсністю нашого часу є стрімке зростання об'єму наукових знань, які необхідно засвоїти. Отже, нездоровий спосіб життя неминуче призводить до перевтомлення, загострення хронічних хвороб та неврозів.

Теоретичний аналіз експериментальних досліджень встановив, що головними складовими, детермінуючими особливості й величину психічного навантаження студентської молоді є: інформаційна, ситуативна (стрес, фрустрація, конфлікт, криза) та особистісна складова.

Одним з головних, але слабо розроблених питань психології здоров'я є відношення молоді до здоров'я: що треба зробити, щоб здоров'я стало пріоритетом, організаційною потребою людини протягом цього життя. Мова йде про формування культури здоров'я та створення засобів мотивації людини до збереження, укріплення та розвитку свого здоров'я. Специфіка практичної діяльності в процесі виконання фізичних вправ, ігор і змагань, дозволяє вдосконалювати такі інтелектуальні здібності, як аналіз, порівняння і проектування своїх дій. Вона відтворює життєві ситуації, а тому має важливе значення для розвитку студентської молоді і не, випадково, називається педагогами «лабораторією формування особистості». Під впливом занять фізичними вправами розвивається рухова, слухова, зорова пам'ять, спостереження і увага.

Висновок. Здоров'я – це не просто реалізація проявів біологічних та соціальних функцій, а саме потреба в само-реалізації власних можливостей. Можливості реалізуються через досягнення цілей, які ставить перед собою людина. Тому збереження й укріплення здоров'я в більшості визначаються саме активністю, стійкістю людини до впливу негативних факторів психічного навантаження.

## ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

**Виконавці:** Галько А.В., Дядькова В.С.- студ. I курсу, мед. ф-ту

**Науковий керівник:** – доц. Губка П.І.

**Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини.**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Бронхіальна астма є однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що обумовлено високою захворюваністю і смертністю, а також значними економічними витратами внаслідок цієї хвороби. У той самий час лікування бронхіальної астми є складною і невирішеною проблемою. Отож це підкреслює актуальність проблеми цього захворювання і піднімає ряд питань, які вимагають розробки комплексів організаційно методичних заходів фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення дихальних функцій організму.

Мета: дослідити вплив фізичних вправ на перебіг захворювання та стан хворих бронхіальною астмою.

Результати досліджень: На основі аналізу літературних джерел та документальних матеріалів ми отримали і узагальнили наступні результати. Засоби лікувальної фізкультури є невід'ємною складовою частиною реабілітаційних заходів хворих бронхіальною астмою. Фізіотерапія у хворих на бронхіальну астму можна застосовувати як під час нападу (неважкого), так і в період між нападами. З профілактичними цілями у періоди між нападами доцільно призначати лікувальну гімнастику, плавання в басейні, загартовуючи водні процедури. Основними завданнями лікувальної фізичної культури є: відновлення бронхіальної прохідності, ослаблення або зняття бронхоспазму, зменшення ступеня алергічних реакцій, очищення бронхів від слизу, зміцнення дихальної мускулатури, придушення патологічних стереотипів дихання шляхом вироблення правильного дихання, відновлення та закріплення фізіологічного стереотипу дихання, підвищення стійкості організму до психоемоційних та фізичних навантажень, нормалізація і розширення резервів зовнішнього дихання. Літературні данні свідчать про позитивний вплив спеціальних дихальних вправ і різних видів масажу на зменшення бронхоспазму і збільшення вентиляції легень. Дихальна гімнастика і спеціальні вправи з вимовою звуків на видиху, рефлексивним шляхом зменшують спазм бронхів і бронхіол. Вібрація їх стінок при звуковій гімнастиці проводить міромасаж, розслабляючи тим самим їх м'язи. Таким чином, лікувальна гімнастика не лише тренує дихальну систему хворого, але і дає можливість уникнути зайвого використання ліків. Складність та кількість вправ при заняттях лікувальною гімнастикою слід підбирати індивідуально для кожного, враховуючи стан його здоров'я.

Висновки. Застосовуючи фізичні вправи у студентів з бронхіальною астмою досягається нормалізація функції зовнішнього дихання, зменшуються симптоми захворювання, підвищуються функціональні можливості організму.

## ДОСВІД ПОСТСОЦІАЛІСТИЧНИХ КРАЇН В ЕКОНОМІЧНОМУ РЕФОРМУВАННІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Виконавець:** Гаркавенко М.О. – студ. 5 курсу, лікувальний ф-т

**Кафедра соціальної медицини організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством**

*ВДНЗУ «Українська стоматологічна медична академія», м. Полтава*

Актуальність: Охорона здоров'я є невіддільним елементом суспільного життя та соціальної політики держави. Такі фактори, як складний політичний стан, економічна криза, а також неефективне використання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я негативно вплинули на стан здоров'я населення України. [3. Гладун, Л. Жаліло, С. Осташко, М. Ковалевський, Н. Найговзина, Я. Радиш, І. Солоненко, А. Таранов та інші]. Однак, системи охорони здо-

ров'я закордонних країн змінюються з часом. Тому вивчення їх змін та досвіду залишається своєчасним для України в нинішніх умовах зближення з країнами Європейського союзу.

Метою нашої роботи став аналіз систем охорони здоров'я країн Східної Європи, що дасть можливість оцінити позитивні та негативні сторони кожної із них з метою надання пропозицій адаптації та запровадження їх в Україні.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше проведений аналіз економічних реформ постсоціалістичних країн. Матеріали та методи дослідження: кваліметричний, ретроспективний, контент аналізу, дедуктивного осмислювання, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Результати дослідження та їх обговорення. Система охорони здоров'я, яка була успадкована країнами Східної Європи, забезпечувала загальне медичне обслуговування і характеризувалася широким охопленням населення. Але якість медичного обслуговування не відповідала стандартам, які застосовуються у розвинутих європейських країнах. Методи лікування застаріли та були менш ефективними при зростанні хронічної захворюваності [Найштетік В.]. У всіх країнах з перехідною економікою становище ускладнилося зниженням доходів населення, а економічний спад приніс значне зниження доступності медичного обслуговування. Перед усіма країнами колишнього союзу постало складне завдання – збалансувати ефективність витрат, доступність та якість медичного обслуговування [Буздуган Я.]. Як відомо, неолік коштів, виділених державою на охорону здоров'я призводить до: зменшення обсягу обслуговування, неможливості капітального ремонту медичних закладів, оновлення обладнання, низької заробітної плати персоналу. Основними напрямками перебудови організації охорони здоров'я є єдиний національний страховий фонд із регіональними відділеннями, як це існує нині в Польщі, Чехії та Болгарії, який здійснює збір страхових внесків та забезпечує своєчасну оплату медичних послуг. Кошти фонду не включені до складу Державного бюджету, а лише використовуватися фондом у цільових напрямках.

Таким чином досвід економічного реформування галузі охорони здоров'я постсоціалістичних країн міг би стати прикладом для України, особливо в час економічної кризи.

## РОЛЬ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я

**Виконавець: Демиденко О.В.- студ. ІІ курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: Донченко В.І.**

**Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

У наш час актуальним є збереження та охорона здоров'я в усьому світі, в тому числі і в Україні. Цьому сприяє профілактичний характер сучасної медицини, розповсюдженість кваліфікованого безкоштовного лікування, загальнодоступність медицини, широка мережа лікувально-профілактичних закладів (санаторіїв, профілакторіїв тощо). Особливе місце у системі охорони здоров'я належить фізичній культурі та спорту, а отже, і фізичному вихованню. Гімнастика, фізичні вправи, ходьба повинні міцно увійти до повсякденного побуту кожного, хто хоче зберегти працездатність, здоров'я, повноцінне і радісне життя. Малорухливий спосіб життя робить організм людини беззахисним при розвитку різних захворювань.

Мета роботи – провести дослідження рухової активності серед студентів академії та на прикладі ходьби показати, як важливі активні рухи в повсякденному житті.

В рамках поставленої мети вирішували наступні завдання: оздоровчі, освітні, виховні завдання.

Як показують результати дослідження, різке збільшення рухової активності тих, що вчаться (до 30 і більше годин в тиждень) і перевищує 30 тисяч кроків є позамежним. Така рухова активність для студентів перевершує еволюційно придбану біологічну потребу людини в рухах. В той же час, 10 тисяч кроків є явно недостатніми. В такому випадку в добовому руховому режимі людини створюється дефіцит рухової активності, що становить від 50 до 70%. Як надлишок, так і неолік рухової активності студентів відбиваються, перш за все, на діяльності серцево-судинної системи. Навіть незначний час відсутності повної рухової активності у нетренованих людей (до 7-8 діб) погіршує скорочення скелетних м'язів. За цей час з кісткової тканини вимивається кальцій. При цьому знижується реакція організму до чинників середовища – перегрівання, охолодження, неоліку кисню. Гіподинамія у них призводить до розладу, перш за все, складно-координаційних рухових дій.

Як висновок дослідження можемо сказати, що оптимальний об'єм фізичних вправ сприятливо впливає на розвиток кісткового апарату та серцево-судинну систему. Якщо рухів мало, то така людина не може бути здоровою. Рухова активність – біологічна потреба. Щоб людина розвивалася нормально, вона повинна неорганізовано займатися будь-яким фізичним навантаженням не менше двох годин, організовано – одну годину щодня. А пульс повинен підніматися до тренувального ефекту, а значить, не менше 140 ударів за хвилину.

## РЕЗУЛЬТАТИ АНОНІМНОГО ОПИТУВАННЯ ЩОДО ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ, МАРИХУАНИ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

**Виконавець: Істратов Д.А., Телегань В.О.- студ. ІV курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: к.мед.н, Бойко Д.М.**

**Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Вживання тютюнових виробів та марихуани несе в собі значний ризик виникнення цілого ряду патологічних змін у легенях. У курців марихуани спостерігається виникнення гіперінфляції та зростання резистентності у великих бронхах, тоді як у курців тютюну переважають обструктивні зміни. Вживання підлітками марихуани збільшує ризик раку легень на 8% щорічно, а тютюну – на 7%. Враховуючи таку актуальність, проблема вживання тютюнових виробів та марихуани потребує більш глибокого вивчення, в тому числі, з урахуванням національних, регіональних та вікових особливостей. Мета дослідження. На основі анонімного анкетування дослідити стан проблеми вживання тютюнових виробів та марихуани, а також окремі показники здорового способу життя для розробки подальших напрямків наукових досліджень. Матеріали та методи. У дослідженні прийняло участь 30 осіб, віком 20,96±4,12 року, які добровільно виявили бажання заповнити анонімні анкети, присвячені проблемі тютюнопаління та марихуани, а також окремим аспектам здорового способу життя. Анкета одного учасника була виключена через некоректне заповнення. Усіх осіб було розподілено на чотири групи: курці тютюну та марихуани; курці тютюну; курці марихуани; некурці. Стаж паління тютюнових виробів оцінювали за показником пачко-років. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою ліцензованого програмного забезпечення (AnalystSoft, StatPlus. Версія 2009).

За результатами дослідження було виявлено 49% (14/29) курців тютюну і марихуани та 51% (15/29) некурців. Серед осіб, які вживають тютюнові вироби та марихуану найбільшу групу склали ті, що вживають обидва продукти - 51,14% (8/14)). Лише марихуану серед учасників дослідження вживали 4/14, а тільки тютюн - 2/14. Не можна не відмітити, що серед споживачів тютюнових виробів і марихуани достовірно ( $p < 0,05$ ) переважали особи, які регулярно займаються фізичною активністю. Переважна більшість учасників проекту вважають себе здоровими людьми.

Підсумовуючи результати дослідження, варто зазначити, що проблема розповсюдженості вживання тютюнових виробів та марихуани є актуальною серед осіб віком  $20,96 \pm 4,12$  року та потребує розробки цільових заходів по профілактиці. Також можна говорити про вищий рівень прихильності до легких наркотичних препаратів, а саме марихуани, у курців тютюну. Зменшення поширення тютюнопаління серед молоді сприятиме зниженню споживання марихуани.

## ЖИТТЄВА ЄМНІСТЬ ЛЕГЕНЬ ЯК ПОКАЗНИК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ

**Виконавець:** Коляда К. А. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** ст. викл. Сосненко Євген Павлович

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я фізичної реабілітації, спортивної медицини  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Проблемі дослідження дихальної системи організму присвячена чимала кількість робіт. До найбільш відомих джерел останніх 20 років відносяться роботи авторів А.Г.Хрипкової, М.В.Антропової, Д.А.Фарбера, Т.Ю.Круцевич (2001) та інших. Спільною думкою у роботах названих авторів є констатація того, що: ЖЕЛ залежить від статі, віку, розмірів тіла і стану тренуваності. Вказується також, що життєва ємність легень (ЖЕЛ) коливається у діапазоні від 2,5 до 4 л у жінок та від 3 до 5,5 л у чоловіків. У спортсменів ЖЕЛ більша, ніж у нетренованих: у важкоатлетів вона складає близько 4000 мл, у футболістів – 4200 мл, у плавців – 4900, у веслувальників – 5500 мл і більше. Розрізняють фактичну ФЖЕЛ – зафіксовану у дослідженні – та належну (НЖЕЛ) – розраховану за формулою. У здорових осіб ЖЕЛ факт. може бути нижчою від НЖЕЛ на 10 – 15%, тобто ЖЕЛ факт. = 85 – 90% НЖЕЛ. Якщо ЖЕЛ факт. > НЖЕЛ, то це свідчить про високий функціональний стан легень. Така ситуація характерна для тих, хто займається бігом, лижним спортом, тобто циклічними видами, які розвивають витривалість. Ріст ЖЕЛ після занять фізичними видами свідчить про їх ефективність.

Результати дослідження проведеного порівняльного аналізу належних та фактичних показників життєвої ємності легень у студентів 1-2 курсів академії дозволяють констатувати, що ЖЕЛ студентів складає у середньому 4300 мл. Однак відповідність індивідуального показника цьому значенню ще не свідчить про високу функціональну здатність легень та потужність апарату зовнішнього дихання, тому орієнтуватися слід не на середньостатистичні показники, а на значення індексів та величину НЖЕЛ, які враховують індивідуальні показники фізичного розвитку, а до того ж прості розрахунки та доступні для використання. Так, у нашій роботі аналіз названих індивідуальних показників вказує на наявність таких та потребу збільшення ЖЕЛ у 41% юнаків. Подальші дослідження плануються спрямувати на пошук шляхів підвищення ЖЕЛ студентів у процесі фізичного виховання у ВНЗ та на вивчення впливу фізичних видів різного спрямування на названі показники.

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

**Виконавець:** Коник Г. П. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** Ляхова Н. О.

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я  
з біостатистикою та медичним правознавством*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

В комплексі медичних показників здоров'я захворюваність посідає особливе місце, її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що в свою чергу призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення.

Матеріали про захворюваність населення в практичній діяльності лікаря необхідні для оперативного керівництва роботою закладів охорони здоров'я; оцінки ефективності проведених лікувально-оздоровчих заходів, у т. ч. диспансеризації; оцінки здоров'я населення і виявлення факторів ризику; планування обсягу профілактичних оглядів; визначення контингенту для диспансерного спостереження, госпіталізації, санаторно-курортного лікування, працевлаштування певного контингенту хворих. Відомості про захворюваність необхідні для поточного та перспективного планування кількості медичних кадрів, мережі різних служб і підрозділів охорони здоров'я; прогнозу захворюваності.

Основними методами вивчення захворюваності є методи, що передбачають використання таких даних: звертань за лікарською допомогою в медичні заклади; медичних оглядів окремих груп населення; про причини смерті; опитування населення; спеціальних вибірових досліджень.

Найбільш прийнятним є метод вивчення захворюваності за звертаннями за медичною допомогою, перевага якого пов'язана з обов'язковою реєстрацією захворювань, що здійснюється в лікувально-профілактичних закладах.

При вивченні захворюваності за даними медичних оглядів забезпечується найбільш повний облік раніше невідомих хронічних захворювань, або тих, з приводу яких населення активно не звертається до медичних закладів. Перевагою цього методу є також виявлення початкових форм і стадій захворювань, уточнення діагнозу деяких хронічних захворювань тощо.

Вивчення захворюваності за даними причин смерті є додатковим методом до двох вищевказаних. Він особливо актуальний щодо обліку тих захворювань, які можна зареєструвати тільки при звертанні за одержанням лікарського свідоцтва про смерть (йдеться про хворих, що раніше не звертались до медичних закладів і померли вдома), а також раптових хвороб, які дають високу летальність і не були виявлені обома першими методами (інфаркти, інсульти, травми тощо).

В попередні роки методи вивчення захворюваності за даними звертань і медичних оглядів були провідними, але в сучасних умовах, при наявності значного числа недержавних медичних закладів і особливо при впровадженні елементів страхової медицини, найбільш повна інформація про захворюваність може бути отримана за даними спеціальних вибірових досліджень і опитування населення. Перевагою методу опитування є можливість обліку захворю-

вань, з якими населення не зверталось з тих або інших причин за медичною допомогою. Спеціальні вибіркові дослідження визначають регіональні, статеві-вікові особливості захворюваності при різних рівнях медичного забезпечення

Таким чином, кожний метод має позитивні сторони та недоліки, жоден з них не дає вичерпного уявлення про захворюваність населення. Тільки їх використання у поєднанні дозволяє отримати досить повну інформацію.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ З РІЗНОМАНІТНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Виконавці:** Лаптева А.О., Васильчик А.А.-студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** ст.викл. Лупало О.В.

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Актуальність проблеми полягає в тому, щоб забезпечити повноцінне відновлення організму після перенесеної хвороби, травми. Реабілітація відіграє одну з провідних ролей у досягненні стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті». Реабілітації щорічно у світі піддається понад 500 млн. інвалідів та хворих.

Наукова новизна роботи: удосконалення методів профілактики та відновлюваного лікування захворювань і травм, покращення якості життя, зменшення ускладнень та інвалідизації населення. Мета: розкрити вплив та застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною і лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я. Здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого над формулюванням реабілітаційного діагнозу до початку реабілітації, проведення реабілітації за програмою, укладену з урахуванням оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів у динаміці і після завершення курсу реабілітації, складання рекомендацій щодо наступних етапів реабілітації. Методи та результати досліджень: проведення опитування серед молоді та складання відповідної статистики при оцінці результатів. Організація та методика обстежень у фізичній реабілітації. Загальний спортивний анамнез, додаткові обстеження та спеціальні дослідження фізичного розвитку та опорно-рухового апарату молоді, для внесення корективи у тренувальний процес.

Висновки: донести до слухачів позитивний вплив застосування фізичних вправ у комплексному процесі відновлення здоров'я. Ранній початок проведення реабілітаційних заходів важливий з погляду профілактики можливості дегенеративних змін та побічних ефектів хвороби. Раннє включення в лікувальний процес реабілітаційних заходів, адекватних стану хворого, багато в чому забезпечує більш сприятливу течію і результат захворювання, служить одним з моментів профілактики інвалідності, патології та інших хвороб.

## ПОІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПРОБЛЕМОЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

**Виконавці:** Максименко Я.О. – студ. V курсу мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** к.мед.н. Плужнікова Т.В., к.мед.н. Надута-Скринник О.К.

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогоднішній день артеріальна гіпертензія (АГ) - це захворювання, основним проявом якого є підвищений артеріальний тиск. Проблема надзвичайно важлива сьогодення. По-перше, це захворювання характеризується високою поширеністю. По-друге, АГ нерідко протікає безсимптомно, особливо на ранніх стадіях. Не випадково її називають «безмовним вбивцею». Досвід показує, що навіть при дуже високому тиску самопочуття хворого може залишатися задовільним. Такий суб'єктивно-спокійний перебіг АГ, з одного боку, призводить до того, що людина просто не знає про наявність у нього серйозної патології.

Метою дослідження було вивчення поінформованості та методів профілактики населення Полтавської області щодо проблеми АГ.

Дослідження проводилось медико-соціологічним методом з використанням анонімної анкети.

Як свідчать дані опитування, про рівень свого артеріального тиску обізнані (44% опитуваних), можуть вказати цифру свого артеріального тиску (30% опитуваних), про рівень свого артеріального тиску не знають (26% опитуваних). Офіційні стандарти нормального артеріального тиску відомі (66% опитуваним). Вимірюють власний артеріальний тиск регулярно (25% опитуваних), лише за потребою (43% опитуваних), тільки при зверненні до лікаря (17% опитуваних), взагалі не вимірюють (15% опитуваних).

Потрібно відмітити, що необхідність вивчення поінформованості та методів профілактики населення Полтавської області щодо проблеми АГ є доцільним, тому що такі дані - це основа для розробки, удосконалення та впровадження різних методів профілактики артеріальної гіпертензії серед населення Полтавської області.

Аналіз отриманих даних дає підстави стверджувати, що поінформованість населення Полтавської області щодо проблеми АГ знаходиться на низькому рівні. Тому необхідно визначити відповідальних за проведення санітарної освіти й забезпечення санітарно-просвітницькими матеріалами, збільшити кількісно та якісно профілактичні заходи, а також вести систематичний контроль за показниками артеріального тиску у населення Полтавської області та забезпечити доступність засобів контролю за артеріальним тиском, якісної медичної допомоги, сучасних лікарських засобів.

## ІПОТЕРАПІЯ. АНАЛІЗ ПРОТИПОКАЗАНЬ ЗГІДНО МЕДИЧНИХ ПРОТОКОЛІВ В РІЗНИХ КРАЇНАХ

**Виконавець:** Петреман Т.В. – студ. IV курсу мед.ф-ту №2

**Науковий керівник:** ас.Страшко Є.Ю.

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації та спортивної медицини.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність проблеми. Останнім часом використання лікувальної верхової їзди стало популярним методом в медичній та соціально-педагогічній реабілітації. На сьогоднішній день перелік медичних протипоказань досить коливається в різних країнах. Для лікарів які призначають іпотерапію як метод фізичної реабілітації важливо мати чітко визначені протипоказання, проте для українських лікарів це питання і надалі залишається відкритим.

Мета дослідження – провести порівняльний аналіз переліку медичних протипоказань щодо лікувальної верхової їзди згідно медичних протоколів в різних країнах. Матеріали та методи дослідження. Нами було проаналізовано протоколи лікування 16 дітей хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу (ДЦП) яким було проведено іпотерапію на базі Миколаївського іпоцентру “Ветер перемен”, проведено аналіз переліку протипоказань в медичних протоколах різних країн (Сполучені Штати Америки (США), Німеччина, Україна). Результати. Згідно медичних протоколів Німеччини протипоказаннями до рекомендації лікарем іпотерапії є: високий ступінь спастичної м’язової гіпертонії, неможливість сидання на коня, вивих бедра, стан після операції на хребті, запальні зміни кісток та суглобів, синдром Дауна (можлива атлантаксіальна нестабільність), епілепсія. Як видно із вищеперерахованого синдром Дауна та епілепсія є чітко визначеними протипоказаннями для призначення іпотерапії як методу фізичної реабілітації в Німеччині. Для проведення іпотерапії у Німеччині до роботи з пацієнтом залучається низка спеціалістів: фізіотерапевт, лікар-реабілітолог, коневод. У США на відміну від Німеччини синдром Дауна і епілепсія (у період відсутності нападів) є показанням для використання лікувальної верхової їзди, як методу соціальної реабілітації пацієнтів. Щодо інших протипоказань для іпотерапії згідно протоколів США, вони є наступними: порушення м’язового тону, балансу та координації, порушення сенсомоторної функції і дисфункція лімбічної системи. В Україні на даний час немає чітко визначених протипоказань згідно із медичним протоколом оскільки іпотерапія при спастичних формах ДЦП рекомендована МОЗ України як другорядний метод санаторно – курортного лікування. Хворим на епілепсію в Україні не рекомендована кінезотерапія та інтенсивна фізична реабілітація, до складу якої входить лікувальна верхова їзда протягом 8-10 місяців після епілептичного нападу. В інших випадках лікар в Україні, який рекомендує іпотерапію, повинен самостійно визначати доцільність призначення верхової їзди та ризик виникнення ускладнень у випадку кожного конкретного хворого.

Висновки. Згідно отриманих результатів чітко видно що фізична реабілітація хворих в США направлена не лише на фізичну але й на соціальну адаптацію пацієнта. Що стосується Німеччини, то медичні протоколи по використанню іпотерапії є найдосконалішими, і мають найбільший перелік протипоказань. В Україні це питання і надалі залишається відкритим, на даний час для українських медиків чудовим прикладом є медичні протоколи Німеччини, оскільки вони є найбільш обґрунтованими з медичної точки зору. Розробкою такого нормативного документу для України, де було б чітко вказані показання та протипоказання для іпотерапії при спастичних формах ДЦП наразі займається Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ПОШИРЕННЯ ЗНАНЬ З ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ

**Виконавці:** Просяник І.А – студ. курсу мед.ф-ту №2, Дейко І.А – студ. II курсу мед.ф-ту. №1

**Науковий керівник:** канд.мед.н. Шевченко В.В

*Кафедра медичних надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією та топографічною анатомією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Зважаючи на останні природні, техногенні та соціально-політичні надзвичайні ситуації, нас зацікавили питання цивільного захисту, оскільки вони не висвітлювались у шкільній програмі, позаурочний час, навчання школярів з цивільного захисту не проводились.

Цивільний захист - це система організаційних, інженерно-технічних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та інших заходів, які здійснюються органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, підпорядкованими їм підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, добровільними рятувальними формуваннями з метою реалізації державної політики, спрямованої на забезпечення безпеки та захисту населення і територій від негативних наслідків надзвичайних ситуацій у мирний час та в особливий період. Сили і засоби цивільного захисту - особовий склад і працівники органів та підрозділів цивільного захисту, добровільні рятувальні формування, пожежна та аварійно-рятувальна техніка, пожежно-технічне та аварійно-рятувальне обладнання, засоби пожежогасіння та індивідуального захисту, інше майно, призначене для гасіння пожеж, ліквідації наслідків аварій, повеней, землетрусів та інших катастроф техногенного, екологічного, військового характеру. Деякі питання, що стосуються цивільного захисту ми вже розглядали на предметах основи безпеки життєдіяльності населення та медицина надзвичайних ситуацій, але останні події у суспільному житті України та інших держав, потенційна загроза терористичних актів проти мирного населення, застарілість технічного обладнання, стан автомобільних та залізничних шляхів, тощо наводить на думку, що нами одержані до цього часу базові знання недостатні для забезпечення нашої особистої безпеки, безпеки наших сімей та осель, надання допомоги нашим друзям та оточуючим у разі виникнення надзвичайних ситуацій природного, техногенного, а особливо соціально-політичного характеру.

Тому ми маємо бажання привернути увагу студентської спільноти до цього актуального питання та хотіли б мати можливість в умовах ВДНЗУ «УМСА» додатково одержувати знання з дисципліни «цивільний захист» та поширювати їх вже зараз, не очікуючи вивчення дисципліни на четвертому курсі, зокрема стосовно характеристик різних осередків зараження та ураження, які виникають у умовах надзвичайних ситуацій мирного та воєнного часу та способів і засобів захисту населення і території від уражачих факторів аварій, катастроф, стихійних лих, великих пожеж, а також нашої поведінки у випадках соціальних заворушень, паніки серед населення, терористичних актів, можливого застосування зброї масового ураження, зокрема хімічної, шляхом самоосвіти за допомогою електронного навчання, занять та навчань у позааудиторний час, тощо. Формування позитивної думки серед студентської спільноти про обов'язкове навчання з питань цивільного захисту та надання першої медичної допомоги, починаючи з дошкільного та шкільного віку, активне залучення студентських громадських організацій до вирішення цього питання, на нашу думку, можуть допомогти переходу до безперервного навчання населення основам цивільного захисту, що відповідає вимогам інтеграції національних закладів вищої освіти до Європейського освітнього середовища.

## ХРОНІЧНА ВТОМА І РУХОВА АКТИВНІСТЬ

**Виконавець:** Саманова О.О.– студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** ст. викл. Погребняк О.І.

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

За останній час нерідко можна почути від людей різного віку скарги на самопочуття: постійну втому, запаморочення, біль в області грудей, відсутність здорового сну, роздратованість. Такий стан здоров'я в медицині прийнято називати – хронічною втомою.

Що являє собою це захворювання, яке зараз прогресує у всьому світі? Хронічна втома являє собою сукупність симптомів та ознак, серед яких стійка незрозуміла втома, яка триває декілька місяців.

Причиною цього для сучасної людини є екологія, неякісне харчування, психічні перенавантаження, стреси, занадто низька рухова активність і нарешті спосіб життя.

Проводячи анкетування та медичне обстеження 60 студентів мед. академії стоматологічного факультету, які не відвідують спортивних секцій і 60 студентів, які систематично займаються різними видами спорту, дослідження показали, що у першій групі – 14.3% студентів (чоловіків) і 24.4% (жінок), скаржаться на загальний стан самопочуття, дискомфорт, роздратованість, низьку працездатність і постійну втому. Друга група студентів – спортсменів, практично таких скарг не мала.

Отже одним із оптимальних методів боротьби з хронічною втомою являються систематичні заняття фізичними вправами. В таких умовах потрібно через фізичне виховання, яке є засобом збереження здоров'я, підвищенням працездатності, профілактикою хронічних захворювань, компенсувати витрачений потенціал організму і підвищити його фізичні та психологічні можливості.

## ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ГОСПОДАРСЬКО ПИТНОГО ВОДОПОСТАЧАННЯ В ГЛОБІНСЬКОМУ РАЙОНІ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Виконавці: Сінельник Ю.В, Борсук Ю.В. – студ. III курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: доцент Саргош О.Д.**

**Кафедра гігієни, екології та охорони праці**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Вода являється одним з найважливіших ресурсів життя, без якої неможливе існування усього живого на Землі. На сьогодні екологічна безпека водних ресурсів розглядається не тільки як суто еколого-соціальна проблема, а й як складова національної безпеки України. Територія Полтавської області належить до Дніпровського артезіанського басейну.

Здоров'я людей значним чином залежить від якості води, яку вони споживають. Тому потрібно з великою відповідальністю ставитися до контролю щодо водозабезпечення населення.

Мета: вивчення санітарно-хімічної та бактеріологічної якості водопостачання у Глобінському районі (Полтавської області) та визначення шляхів покращення води, що споживають люди для пиття та харчування.

Матеріали та методи: дослідження проводилося у Глобінському районі Полтавської області. Проведена оцінка господарсько-питного водопостачання населення району в 2012 та 2013 роках.

Джерела водопостачання 2012р	К-сть об'єктів	Кількість досліджених проб			
		На сан-хім показники		На бактеріологічні показники	
		Усьо-го	Не відповід. нормам	Усьо-го	Не відповідають нормам
Джерела централізованого водопостачання	53	93	53	205	5
Комунальні	5	42	21	100	2
Відомчі	13	31	25	59	1
Сільські	35	20	7	46	2

Джерела водопостачання 2013р	К-сть об'єктів	Кількість досліджених проб			
		На сан-хім показники		На бактеріологічні показники	
		Усьо-го	Не відповід. нормам	Усьо-го	Не відповідають нормам
Джерела централізованого водопостачання	53	46	17	165	27
Комунальні	5	16	2	71	1
Відомчі	13	19	13	30	11
Сільські	35	11	2	64	15

Висновок: дивлячись на ці дані, можна говорити про покращення динаміки по санітарно-хімічним та бактеріологічним показникам у порівнянні 2012 з 2013 роком. Але потрібно далі проводити заходи щодо забезпечення покращення якості питної води для людей, адже від цього буде залежати стан їхнього здоров'я.

## РОЛЬ ЗНАНЬ ЖІНКИ ЩОДО ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ЙОГО ПІДТРИМЦІ

**Виконавець: Смолякова К.В. - студ. IV курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: д.м.н., професор Голованова І.А.**

**Кафедра соціальної медицини організації та економіки охорони здоров'я**

**з біостатистикою та медичним правознавством**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність. З основних напрямків пріоритетного національного проекту в сфері охорони здоров'я є охорона здоров'я дитячого населення. Важливу роль у реалізації цього напрямку відіграє підтримка грудного вигодовування (ГВ) [О.А.Синенко, І.А. Голованова, 2013]. Вважається, що вигодовування дитини процес природний, що не потребує певних навичок, але як показують наукові дослідження, важливе значення в цьому процесі має інформаційна та психологічна підтримка матері саме в момент становлення лактації [Абольян А. В., 2010].

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше за допомогою багатофакторної моделі встановлено відношення між знаннями жінки щодо ГВ та його становленням.

Метою дослідження було інформаційне обґрунтування становлення лактації.

Матеріали та методи дослідження. Наукова робота виконана на вибірковій статистичній сукупності. Згідно спеціально розробленої анкети вивчали період грудного вигодовування у 487 жінок, діти яких досягли 2-х річного віку. Під інформаційними причинами брали джерела інформації, з якої жінка могла її отримати.

Так як кожна жінка давала по декілька відповідей на поставлене запитання, ми використовували багатофакторну модель причин становлення лактації [Флетчер Р.]. Отримані епідеміологічні дані опитування оброблені автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм "MicrosoftOfficeExcel2003" та "SPSS".

Результати дослідження. При вивченні впливу інформаційної причини на грудне вигодовування встановили, що не мають про нього знань 0,1 % жінок, при цьому середній термін годування грудьми був 1,0 місяць. Громадські ор-

ганізації та знайомі зайняли приблизно однакові позиції 3,3 % і 2,5 % відповідно. При цьому середній термін годування грудьми був 8,6 і 8,9 місяців. Способи масової інформації на сходинку вище 6,6 % (середній термін годування грудьми - 9,4 місяця), інтернет 5,4 % (середній термін годування грудьми - 8,5 місяця). Найбільше число жінок вказало на отримання інформації від пологового будинку 32,95 % (середній термін годування грудьми - 9,2 місяця) і жіночої консультації 34,1 % (середній термін годування грудьми - 9,5 місяця). Проміжне місце зайняло отримання інформації від сім'ї 14,94 % (середній термін годування грудьми - 8,3 місяця).

При вивченні причини, яка мала найбільший вплив встановили, що інформація отримана в жіночій консультації та пологовому будинку є необхідною, оскільки являє собою найбільший елемент всіх достатніх причин. Тоді, як достатню причину формує інформація отримана з усіх зазначених джерел.

Висновки.

1. Використання багатофакторної моделі дозволяє виділити основні причини становлення лактації.

2. До необхідної інформаційної причини належить отримання інформації від пологового будинку та жіночої консультації 32,95% (середній термін годування грудьми - 9,2) 34,1% (середній термін годування грудьми - 9,5 місяця%) відповідно.

## ОЖИРІННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

**Виконавець: Станіславчук Н.М. – студ. II курсу стомат.ф-ту**

**Науковий керівник: Донченко В.І.**

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальною проблемою теперішнього покоління є ожиріння – одна з найбільш важливих проблем для сотень мільйонів людей і суспільства в цілому в зв'язку з високою поширеністю його в більшості країн світу та ранньою інвалідизацією цієї категорії пацієнтів.

Метою роботи є висвітлення проблеми ожиріння в Україні.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) близько 1,7 млрд людей мають надлишкову масу тіла. В Україні від 23 до 25% чоловіків і від 28 до 30% жінок мають ожиріння.

Ожиріння — це накопичення жиру в організмі, що призводить до збільшення маси тіла. Ожиріння характеризується надмірним накопиченням жиру в жирових депо організму. Спільні зусилля повинні бути направлені на стабільне зниження маси тіла, зменшення частоти супутніх захворювань.

У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. Розрахунки експертів ВООЗ засвідчують, що до 2025 р. число хворих на ожиріння в світі становитиме 300 млн осіб. Відзначається збільшення кількості осіб із ожирінням серед дитячого населення. До хвороб, що супроводжують ожиріння, відносять цукровий діабет 2 типу, АГ, дисліпідемію, атеросклероз і пов'язані з ним захворювання, синдром нічного апное, гіперурикемію, подагру, репродуктивну дисфункцію, жовчокам'яну хворобу, остеоартрити, онкологічні захворювання (у жінок – рак ендометрію, шийки матки, яєчників, молочних залоз, у чоловіків – рак простати; рак прямої кишки в осіб обох статей), варикозне розширення вен нижніх кінцівок, геморої.

Ожиріння – результат тривалого існування позитивного енергетичного балансу, що виникає у разі переваги надходження енергії над її витратою. В результаті це призводить до нагромадження жирової тканини і збільшення маси тіла. Для зменшення ваги необхідно створити негативний енергетичний баланс, що досягається внаслідок зменшення надходження енергії та збільшення її витрати завдяки підвищенню фізичної активності.

Важливою складовою для зменшення маси тіла є підвищення фізичної активності. Фізичні тренування сприяють зменшенню ваги за рахунок безпосередніх енергетичних витрат, але в той же час розглядаються й інші механізми, згідно з якими підвищена фізична активність дозволяє досягти зменшення, а головне –

підтримання маси тіла. Найбільш ефективними є аеробні вправи: ходьба, біг, плавання, їзда на велосипеді, лижний спорт, стрибки на скакалці. Основними умовами виконання вправ для зменшення маси тіла є регулярне виконання аеробних фізичних вправ (не менше 3-4 разів на тиждень), поступове збільшення інтенсивності і тривалості занять, підбір індивідуальних варіантів із врахуванням супутніх ускладнень.

Отже, поєднання раціонального харчування з підвищенням фізичної активності забезпечить зменшення маси тіла, а зміна стилю життя – збереження досягнутого результату.

## ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ПРОФІЛАКТИКА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

**Виконавець: Ткаченко Ю.С. - студ. I курсу мед. ф-ту №1**

**Науковий керівник: ст. викл. Петришин О.В.**

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Надзвичайно актуальною проблемою в наш час є захворювання опорно-рухової системи остеохондроз хребта займає перше місце, більше того відзначається неухильна тенденція до його почастищення. Незважаючи на те, що «хондрос» по-грецьки означає «хрящ», під остеохондрозом найчастіше розуміють не всі ушкодження хрящової тканини, а тільки проблеми з хрящами хребта. При остеохондрозі порушується будова, а, отже, і функція міжхребцевих дисків - особливих хрящових структур, які забезпечують нашому хребту гнучкість і рухливість. У міру прогресування хвороби незворотні зміни виникають і в самих хребтах.

Метою дослідження є показати застосування лікувальної фізичної культури як засобу профілактики при неврологічних проявах остеохондрозу хребта.

Для дослідження ми взяли дві групи людей, які страждають на остеохондроз. У комплексному лікуванні неврологічних проявів остеохондрозу хребта лікувальній фізкультурі відводиться дуже важливе місце. А у профілактиці, тобто попередженні загострення хвороби, вона грає, мабуть, головну роль. Лікувальна фізкультура зменшує навантаження на уражені міжхребцеві диски, знімає напругу м'язів, покращує їх живлення, приплив крові і особливо відтік, покращує обмін речовин в тканинах, надає тонізуючого впливу на психіку хворого. В цілому під впливом фізичних вправ зменшується вираженість запальних та дегенеративно-дистрофічних змін в опорно - руховому апараті. Починати вправи слід з найпростіших рухів. Першій групі запропонований був комплекс вправ №1, які виконувалися з акцентування лише на певний відділ хребта. Другій групі - комплекс вправ №2, де задіяний кожний з відділів.



Результатами першої групи є зменшення болю на 30,1%, покращення рухів на 29,5%, гнучкості на 22,7%, загальна оцінка 82,7%. Друга група покращила гнучкість на 22,7%, відбулося зменшення болю на 30,3%, покращення рухів на 31,0%, загальна оцінка 93,7%.

Проаналізувавши результати обох груп, ми дійшли висновку, що при виконанні комплексу №1 у учасників відзначається покращення тону м'язів, зменшення болю в ділянках хребта. В учасників 2 групи при виконанні комплексу №2 відзначається тонус тіла, легкість, зменшення болю, покращення стану здоров'я, адже насамперед задіяний кожен відділ хребта, покращився приплив крові і особливо відтік, відбувалося не лише лікування певного відділу, а й профілактика інших відділів.

## РОУП-СКІППІНГ ЯК ОДИН З НОВИХ ВИДІВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

**Виконавець:** Трибрат А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Губка П.І.

**Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Надзвичайно актуальним в наш час є раціональне застосування доступних та ефективних засобів фітнесу, які мають вибірковий характер впливу на організм і багато у чому забезпечують досягнення мети фізичного виховання студентської молоді. Вибір спрямованості, обсягу та інтенсивності персональної фізкультурної діяльності студентів визначається станом здоров'я, функціональними можливостями організму, статтю, віком, рівнем фізичної підготовленості. Одним із видів фітнесу є роуп-скіппінг. Ці вправи розвивають витривалість, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, розвивають стрибучість, допомагають позбавитися від жирових запасів, зміцнюють м'язи ніг, роблять фігуру стрункою і привабливою.

Мета дослідження. Розглянути роуп-скіппінг, як вид фізкультурної діяльності.

Методи та результати досліджень. Стратегія інтеграції фітнесу в фізичну культуру студентів повинна бути спрямована на формування цінностей здорового способу життя; виховання активної особистості позиції в досягненні гармонічного розвитку; використання здоров'язберігаючих фітнес-технологій у навчальному процесі; реструктуризацію дозвілля з використання засобів фітнесу. Саме тому існує безліч найрізноманітніших програм, які в тій чи іншій мірі є невід'ємною складовою частиною фітнесу.

Роуп-скіппінг – це новий вид рухової активності, що являє собою комбінацію стрибків, акробатичних елементів, танцювальних елементів з однією або двома скакалками, які виконуються індивідуально або в групах. Одне заняття зі скакалкою не повинно бути коротшим ніж 10 хвилин. Найбільшою ефективністю будуть заняття тривалістю від 30 хвилин в день. Роуп-скіппінг має декілька напрямків. Оздоровча спрямованість включає у себе навантаження помірної інтенсивності. Рекреативна спрямованість – це ігри, естафети зі скакалками. Важливо правильно підібрати довжину скакалки, бо це - обов'язкова умова якісних та ефективних тренувань.

Займаючись скіппінгом здійснюється підвищення рівня фізичної підготовленості – розвиток основних рухових якостей: спритність і координація, швидко-силові якості і витривалість, висока емоційність, поступовість в освоєнні елементів роуп-скіппінгу, підвищений інтерес до таких занять, простота і доступність, дозволяють широко використовувати скакалку як засіб рекреації. Його елементи можна використовувати в спортивних святах, в змаганнях і на заняттях фізичного виховання.

Отже, скіппінг - це найпопулярніший на сьогоднішній день вид фітнесу і захоплюючий вид спорту, який залучає велику кількість молоді та формує у них позитивне ставлення до здорового способу життя.

## ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА РАЗОВОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

**Виконавець:** Трубецький М.В –студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доцент Саргош О.Д.

**Кафедра гігієни, екології та охорони праці в галузі**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Однією з найбільш актуальних проблем збереження та зміцнення здоров'я дітей та підлітків є забезпечення їх повноцінним харчуванням, яке відповідає фізіологічним і гігієнічним вимогам в кількісному та в якісному відношенні. Для такого чинника навколишнього середовища, як харчування, є певний перелік інформативних показників, кількісні критерії яких дозволяють прогнозувати відповідні зміни стану здоров'я дитини.

Надзвичайно актуальною в наш час стала проблема адекватності харчування дітей, адже від неї залежить їх здоров'я та фізичний розвиток.

Мета: вивчення харчування організованого колективу дітей у Старокостянтинівській гімназії (Хмельницька область) та визначення шляхів його оптимізації з врахуванням сучасних вимог розвитку суспільства.

Матеріали та методи: дослідження було проведено на базі Старокостянтинівської гімназії Старокостянтинівської міської ради Хмельницької області. Проведена оцінка тижневого харчового раціону школярів двох вікових груп при разовому харчуванні в 2012 році. Порівняння проведено з нормами згідно постанови про «Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах» { Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ N 873 ( 873-2007-п) від 26.06.2007 N 734 ( 734-2012-п) від 08.08.2012 N 1086 ( 1086-2012-п) від 28.11.2012 }

Результати досліджень: було проведено аналіз харчування у Старокостянтинівській гімназії за обсягом порцій та їх калорійністю, за нормами (табл.1, 2).

**Таблиця 1**  
**Порівняння обсягу порції меню та нормою**

Страва	Обсяг порції	
	норма	меню
Холодні закуски	50-75 г	60 г
Перші страви	250 г	250 г
Другі страви	75-130 г	100 г
Гарніри	150-200 г	150 г
Напої	200 г	200 г

Таблиця 2

## Порівняння енергетичної цінності порції меню та нормою

Енергоцінність, ккал	норма	меню
	794	795-800

В результаті підрахунку калорійності порції взятої в окремі день тижня калорійність складає в середньому 795-800 ккал для дітей від 6 до 10 років, а за обсягом порції перші страви складають 250 г, другі 100г, напої 200 г, гарніри 150 г, що відповідає затвердженим нормам.

З аналізу отриманих даних необхідно зробити наступні висновки:

Харчування по обсягу порції та енергетичною цінністю відповідає нормам згідно постанови про «Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах» { Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ N 873 ( 873-2007-п) від 26.06.2007 N 734 ( 734-2012-п) від 08.08.2012 N 1086 ( 1086-2012-п) від 28.11.2012 }

## ДИНАМІКА ТА ГЕОГРАФІЯ АБОРТІВ В УКРАЇНІ (2005-2012 РОКИ)

**Виконавці:** Федченко В. А., Кулинич І. О. – студ. IV курс мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** Ляхова Н. О.

*Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Переривання небажаної вагітності залишається однією з основних соціальних проблем. Противником здійснення абортів завжди виступала церква та певний сектор громадських організацій, що захищали право на життя у ненародженої дитини. Інша категорія захисників «права жінки на особистий вибір», відстоюють прерогативу жінок у вирішенні долі ненароджених дітей. Законодавство кожної країни світу регулює це питання по-різному, від легального здійснення до категоричної заборони. Україна входить до переліку держав, де аборт є легальним. Основною підставою до заборони абортів є морально-етичний бік та ймовірні ускладнення у жінок зі станом здоров'я після його здійснення, адже від 5% до 20% безплідності у жінок зафіксовано внаслідок здійснення штучного переривання вагітності.

Законодавство європейських країн в переважній більшості дозволяє вільне здійснення абортів за бажанням жінки, та в деяких країнах існують певні обмеження. Обмежуючи вільне здійснення абортів, влада даних країн намагається попередити небажану вагітність та регулювати чисельність населення, стимулюючи жінок народжувати.

В Україні показники штучного переривання небажаної вагітності за останнє двадцятиріччя зазнали значних позитивних змін. У радянські часи число абортів сягало майже мільйона, 1995 - 740 тисяч, у 2000 – 430 тисяч. За останнє десятиріччя спостерігається позитивна динаміка до скорочення випадків переривання вагітності. Частка здійснення абортів відчутно знизилася, та все рівно показники чисельності абортів на 1000 народжених одні з найвищих в Європі. У 2005 році частка здійснених абортів становила 58,83%, а в 2012 – 27,15%. Тобто, протягом 2005-2012 рр. число абортів скоротилося більш ніж вдвічі, 588 проти 272 на 1000 народжених осіб. Дана позитивна динаміка забезпечена як збільшенням абсолютної чисельності народжених, так і зменшенням абортів. Динаміка показників є обернено пропорційною, адже чим менше абортів – тим більше народжених.

Поширення абортів в нашій країні має суттєві географічні відмінності. На заході їх найменше, в центральних, східних областях та столичному регіоні – найбільше. Лідерами за здійсненням абортів на 1000 народжених є м. Севастополь – 405, Київська область – 403, Донецька – 397, Луганська – області – 372. Найменше абортів здійснюється на Рівненщині – 95, Закарпатті – 139, Івано-Франківщині – 154 на 1000 народжених. Також позитивна тенденція до зменшення абсолютного числа проявів штучного переривання вагітності забезпечена суттєвим зменшенням частки небажаної вагітності, з 75.33% до 64.80%, що в свою чергу свідчить про помітний позитивний вплив просвітницької роботи з молоддю та жінками.

Таким чином, однією з центральних соціальних проблем є регулювання народжуваності та здійснення абортів, вирішення яких позитивно вплинуло б на виховання молоді, планування сімей та поліпшення демографічної ситуації в країні. Зменшення проявів здійснення абортів має стати пріоритетним напрямком діяльності профільних управлінь та закладів охорони здоров'я, громадських та релігійних організацій. Найбільш дієвими способами боротьби з абортами є просвітницька, освітня та релігійна робота для попередження небажаної вагітності, ймовірних наслідків для здоров'я та емоційного стану жінок, які все ж таки наважаться на такий крок, а також матеріальна допомога при народженні дитини.

## МЕТОД ПЛАНТОГРАФІЇ ЯК СКРИНІНГОВИЙ МАРКЕР ОРТОПЕДИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

**Виконавець:** Ярошенко П.В. – студ. 4 курсу, мед.ф-ту №1

**Науковий керівник:** ас. Страшко Є.Ю.

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогоднішній день в Україні, за даними медичної статистики, встановлено, що вперше виявлені патології опорно-рухового апарату у дітей не зменшуються у порівнянні з минулими роками, незважаючи на сучасні методи лікування в дитячій ортопедії. Мета: дослідити зв'язок між порушеннями форми стопи у дітей віком від 5 до 14 років з іншою ортопедичною патологією; визначити відсоток виявленої патології у дітей з сільської місцевості.

Методи та результати досліджень: проведено ретроспективний аналіз результатів плантографії на базі ПОКДЛ кабінету ЛФК за 2013 рік. Фахівцями поліклініки було проведено плантографії 341 дитині з супутньою ортопедичною патологією, результати плантографії дітей віком до 5 років в нашому дослідженні не враховувалися, зважаючи на те, що склепіння стопи формується до 5 років; досліджувана група 198 пацієнтів(58.1%) діти віком від 5 до 14 років, з цієї групи діти з сільської місцевості 95 осіб (48%). В досліджуваному пакеті плантографій дітей з супутньою ортопедичною патологією віком від 5 до 14 років у 185 (93.4%) виявлено різноманітні порушення склепіння стопи різного ступеню. В дітей з сільської місцевості з супутньою ортопедичною патологією у 93 (98%) виявлено порушення склепіння стопи. Діти які пройшли обстеження були направлені до ортопеда педіатрами, дитячими неврологами та кардіологами.

Отже, вважаємо, що метод плантографії може виступати, як скринінговий маркер виявлення порушень з боку опорно-рухового апарату. За доцільне вважаємо використання плантографії, як швидкого об'єктивного методу, в районних лікарнях для ранньої діагностики порушень, тому що в наслідок пізньої діагностики, відсоток дітей з порушенням склепіння стопи серед сільського населення вищий.

**СЕКЦІЯ №5**  
**СТОМАТОЛОГІЯ**  
**Підсекція №1**  
**Терапевтична стоматологія**

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МІЦНОСТІ ФОТОПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ.**

**Виконавці:** Байдо О. С., Рубцов А. О. – студ. V курсу, стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Марченко А.В., ас. Попович І.Ю., викл. Макаренко В.І.

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

На сьогоднішній день розповсюдженість карієсу у населення України залишається на високому рівні. Фірми-виробники стоматологічних матеріалів постійно розробляють нові матеріали, які використовуються при лікуванні карієсу зубів.

Одним з факторів успішної реставрації зуба є правильний вибір композитного матеріалу.

На етапі реставрації коронкової частини зуба лікарі-стоматологи застосовують різноманітні реставраційні матеріали: фотополімерні композитні матеріали звичайної в'язкості, текучі композити та матеріали об'ємного внесення.

Метою нашої роботи стало порівняння міцності різних реставраційних матеріалів в залежності від товщини шару матеріалу.

Для досягнення поставленої мети була визначена міцність наступних матеріалів: мікрогібридного матеріалу «Charisma», нанопаповненого композиту «Filtek Ultimate», текучого композитного матеріалу «Jen LC» та «Latelux», композитного матеріалу об'ємного внесення «SDR» та «Bulk fill flow».

З кожним з цих матеріалів було виготовлено по 6 зразків товщиною 1,2,3 та 4 мм. Всі зразки піддавались навантаженню на стиск до моменту появи тріщин в зразку матеріалу.

У результаті проведених лабораторних досліджень з'ясовано наступне. Нанопаповнені композитні матеріали необхідно використовувати при реставрації каріозних порожнин глибиною не менше 2 мм. Для реставрації каріозних порожнин глибиною менше 2 мм слід застосовувати мікрогібридні матеріали. Текучі композитні матеріали та матеріали об'ємного внесення необхідно використовувати як допоміжні матеріали в якості адаптивного шару. Нанопаповнені композитні матеріали необхідно використовувати разом з текучими композитними матеріалами або матеріалами об'ємного внесення.

**ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНОЇ КІСТИ МАТЕРІАЛОМ АПЕСКДЕНТ З ЙОДОФОРМОМ**

**Виконавці:** Василенко М.С. – студ. III курсу стом.ф-ту.

**Науковий керівник:** к.мед.н., доц. Петрушанко В.Н.

*Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія“, м. Полтава*

Мета дослідження. Провести лікування радикальних кіст матеріалом Апексдент з йодоформом (ВладМиВа) та визначити ефективність даного матеріалу.

У стоматологічній практиці широко використовуються два основні методи лікування кіст:

1) хірургічний (цистектомія, цистотомія);

2) консервативний, заснований на використанні матеріалів, що мають протизапальну дію та стимулюють заміщення дефекту кістковою тканиною.

Нами для консервативного лікування радикальних кіст був використаний препарат «Апексдент» з йодоформом, який застосовується для пломбування кореневих каналів після депульпування та лікування інфікованих кореневих каналів зубів при хронічних періодонтитах з розсмоктування гранульом; для апексифікації при періодонтиті, при неформованому апексі, при перфораціях кореня, а також резорбції кістки. До складу пасту входять:

- Йодоформом (40%), який в контакт з тканинами піддається поступовому розкладу, виділяючи вільний йод, що забезпечує безперервну антибактеріальну дію;

- Гідроокис і фосфати кальцію (pH = 12,8) для стимуляції утворення кісткових остеобластів на рівні апекса; - Пастотворювач;

- Рентгеноконтрастний наповнювач.

Нами було проведено лікування радикальних кіст і гранулематозних періодонтитів таким методом у 3 пацієнтів. У всіх їх спостерігався позитивний результат при контрольних рентген-знімках через 6 місяців.

Ми працювали за такою схемою лікування, яка полягала в декількох відвідувань: I. Відвідування: під анестезією було проведено препарування порожнини зуба (трепанція), механічна ендодонтична обробка каналів, промивання каналу зуба розчином хлорексидину. Пломбування каналів матеріалом «Алексдент», з виведенням за верхівковий отвір.

II. Відвідування: Через місяць проводили постійне пломбування кореневих каналів. III. Відвідування: Контрольне відвідування через 6 місяців.

Висновок. Виходячи з нашого дослідження даний препарат «Алексдент» для консервативного лікування радикальних кіст дозволило отримати через 6 місяців зменшення дефекту в кістковій тканині про що свідчать дані рентгенологічних досліджень.

## СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ

**Виконавець:** Глушенко Ю.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** проф. Каськова Л.Ф., доц. Хміль О.В.

**Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Відомо, що скупченість зубів є одним із факторів недостатньої гігієни порожнини рота у дітей. Процес ортодонтичного лікування такої патології значно погіршує гігієнічний стан порожнини рота. На поверхні апарата крім звичайних представників мікрофлори з'являються патогенні стафілококи, змінюється кількісний і якісний склад слини, а також її нейтралізуючі й мінералізуючі властивості, які відіграють важливу роль у кислотно-лужному балансі та процесі мінералізації твердих тканин зубів.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення стану гігієни порожнини рота у дітей зі скупченістю зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи.

В основу роботи покладено дані стоматологічного обстеження дітей віком 12 років зі скупченістю зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи, діагноз яких визначали згідно класифікації Енгля (1889 р.). Нами було клінічно обстежено 100 дітей, які відвідували шкільні навчальні заклади м.Полтави. За допомогою індекса Сілнес-Лоу та Федорова-Володкіної в поєднанні з методом РНР (індекс ефективності гігієни порожнини рота Podshadley A.G., Haley J.V.) досліджували стан гігієни порожнини рота. Додатково вивчали місця локалізації зубних відкладень на поверхні зубів.

Встановлено, що гігієна порожнини рота у дітей зі скупченістю зубів гірша, ніж у здорових дітей незалежно від того, який метод дослідження використовувався. Отже таким дітям слід більш ретельно підходити до вибору предметів та засобів гігієни порожнини рота.

При скупченості зубів накопичення зубного нальоту переважно відбувалося на нижній третині медіальної частини зуба та на контактних поверхнях зубів. Тобто на тих поверхнях зубів, які найменш доступні для очищення під час проведення гігієни ротової порожнини за допомогою зубної пасти та зубної щітки. Тому дітям, що перебувають на ортодонтичному лікуванні знімними або незнімними ортодонтичними конструкціями, крім зубних паст, які мають протизапальну та ремінералізуючу дію ("Аквафреш", "Колгейт", "Лакалут фтор", "Лакалут сенситив", "Sensodine-F", "R.O.C.S."), додатково рекомендують ще й предмети гігієни: інтердентальні нитки, щітки для брекетів, зубні йоршики тощо. Цим дітям обов'язково видаляють над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення, при необхідності лікують запальні явища в тканинах пародонта, а також проводять заходи, що підвищують резистентність твердих тканин зубів.

Отже, гігієну порожнини рота в дітей зі скупченістю зубів у фронтальній ділянці слід проводити із використанням різних предметів (зубні щітки, флоси) і засобів (зубні пасти, ополіскувачі) гігієни з акцентом на очищення контактних поверхонь зубів.

Для пацієнтів з ортодонтичною патологією важливим є догляд не тільки за порожниною рота, а ще й за ортодонтичним апаратом, який слід проводити за допомогою ортодонтичних щіток ("Jordan Denture brush"), паст, таблеток ("Имудон"), антисептичних розчинів.

## ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

**Виконавці:** Давиденко А.А. – студ. III курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** к.мед.н. Островська Г.Ю., к.мед.н. Петрова Т.А.

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Патологія тканин пародонту відноситься до найбільш поширених стоматологічних захворювань і за даними ВООЗ зустрічається приблизно у 80% пацієнтів дитячого віку і практично у всього дорослого населення світу.

Захворювання пародонту виникають під впливом різноманітних місцевих і загальних чинників. Помітну роль в їх виникненні відіграють місцеві фактори – наявність зубних бляшок, мікробних токсинів, аутоімунних процесів, травмування, функціональна недостатність тканин пародонту. Серед загальних чинників слід відзначити дефіцит вітамінів, атеросклероз судин, порушення нервової трофіки, ендокринні зміни, дефекти імунної системи організму, захворювання шлунково-кишкового тракту, посилення процесів перекисного окислення ліпідів. Наприклад, накопичення токсичних продуктів активації перекисного окислення ліпідів призводить до ушкодження структур пародонта внаслідок склеротичного ураження судин. Враховуючи цей факт, певного значення у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту набуває застосування лікарських засобів з антиоксидантною дією.

У схемі комплексного лікування генералізованого пародонтиту був застосований препарат з політропною дією тіотриазоліну. Який має антиоксидантну, імуномодуючу, протиішемічну, протизапальну, мембраностабілізуючу дію, поліпшує реологічні властивості крові.

Схема передбачає наступний комплекс:

1. Ліквідація місцевих подразнюючих факторів (видалення зубних відкладень, заміна нераціональних пломб).
2. Вплив на мікрофлору зубоясенних кишень із застосуванням антисептиків та пасти остеотропного антибіотику лінкоміцину.
3. Застосування аплікацій 2% мазі тіотриазоліну, які проводилися "відкритим" та "закритим" способами.
4. Загальне лікування з включенням антибактеріальної, протизапальної терапії. Ефективність лікування оцінювали за динамікою клінічного стану пародонту (індекс Грін Вермільйона, індекс РМА, еміграцію лейкоцитів за Ясиновським).

Вивчення результатів комплексного лікування хворих генералізованим парадонтитом з використанням тіотриазоліну свідчать про більш швидке зменшення процесів запалення слизової оболонки та стабілізації процесу.

## ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНАМАЛІЯМИ

**Виконавці:** Даніленко В.В. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Андріянова О.Ю.

**Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань**

*ВДНЗ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава*

Пріоритетний напрямок розвитку сучасної стоматології дитячого віку – це збереження і підвищення рівня стоматологічного здоров'я дитини. Вказана мета досягається ранньою індивідуалізованою профілактикою стоматологічних хвороб, яка спрямована на своєчасне виявлення та усунення факторів ризику і шкідливих звичок, що сприяють виникненню стоматологічних захворювань, на підвищення резистентності організму дитини і тканин порожнини рота, раннє адекватне лікуванням найпоширеніших стоматологічних хвороб.

Для розробки та корекції багаторівневої програми профілактики будь якого захворювання, зокрема і стоматологічного, необхідний постійний моніторинг епідеміологічної ситуації в певних регіонах.

Останнім часом відмічено, що захворювання слизової оболонки та червоної облямівки губ, зубощелепні аномалії стають все більш поширеною патологією. Має місце тенденція до збільшення кількості страждаючих цією патологією і серед дитячого населення.

Мета дослідження - оцінка стану стоматологічного здоров'я дітей, які мають ураження слизової оболонки порожнини рота та зубощелепні аномалії.

При обстеженні використовували основні клінічні методи визначення стану слизової оболонки, визначали гігієнічний індекс (за методикою Федорова-Володкіної), наявність патології прикусу та шкідливих звичок.

Досліджені діти в віці 10-11 років та проведений аналіз стану їх стоматологічного здоров'я. Внаслідок проведеного обстеження з'ясовано, що у певної кількості дітей має місце патологія слизової оболонки та червоної облямівки губ (37%), патологія прикусу (46%), порушена гігієна порожнини рота – 2,96 бала, що відповідає поганому рівню.

Одним із основних «стоматологічних» факторів виникнення патології губ є порушення архітекτονіки, що проявляється в неправильному змиканні останніх. Цьому можуть сприяти ротове дихання, шкідливі звички, особливо облизування та кусання губ, та як наслідок - ортодонтична патологія. Також важливим фактором, що провокує захворювання губ, є порушення місцевого гомеостазу, однією з причин якого є порушення гігієни порожнини рота.

Лікувально-профілактичні схеми можуть включати наступні заходи – санація порожнини рота, покращення гігієни, усунення шкідливих звичок, нагляд та лікування у ортодонта, диспансерне спостереження до 12-14 років.

Таким чином, отримані результати свідчать про досить високий рівень розповсюдженості захворювань слизової оболонки губ, наявності зубощелепних аномалій на тлі порушення гігієни порожнини рота серед дітей шкільного віку, що дає підставу для розробки нових методів лікування та програм профілактики цих захворювань, що з віком мають тенденцію до прогресу.

## ЗВ'ЯЗОК ТЕМПЕРАМЕНТУ ЛЮДИНИ З ФОРМОЮ ЇЇ ЗУБІВ

**Виконавець:** Дмитраш І.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** Назаренко З.Ю.

**Кафедра професійної терапевтичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Дослідження показали, що під час знайомства з людиною майже відразу на підсвідомому рівні формується враження про неї. Велике значення в тому, яким буде це враження, відіграють зуби, їх розмір, колір, форма країв і поверхонь. Саме тому при проведенні реставрації лікар-стоматолог має приділяти значну увагу відтворенню всіх цих параметрів, які є індивідуальними для кожного пацієнта.

У літературі є велика кількість інформації про зв'язок форми зубів з формою обличчя, віком, статтю, расовою приналежністю, але мало приділяється уваги зв'язку між формою зубів та характером, типом темпераменту. Це дуже важливо, адже від цього залежить правильне сприйняття людини оточуючими. Наприклад, якщо під час реставрації людині з сильним типом темпераменту зробити зуби овальної форми, її будуть сприймати оточуючі слабою.

Наша мета: з'ясувати чи є зв'язок форми зубів з типом темпераменту, дати практичні рекомендації для проведення художньої реставрації фронтальних зубів.

У ході роботи з метою виявлення типу темпераменту за тестом Айзенка та з'ясування форми різців верхньої щелепи було досліджено 70 студентів.

Дослідження дало наступні результати.

Холерикам (сильний тип) притаманні зуби з більш гострими або прямими краями прямокутної форми, повздовжні осі зубів передньої групи паралельні.

Флегматикам (мирний тип) – квадратна форма, повздовжні осі зубів сходяться від шийки зуба.

У меланхоліків (чутливий тип) – овальна форма зубів, більш випуклі поверхні фронтальних зубів із заокругленими краями, обтічна форма переходу поверхонь та країв.

У сангвініків (динамічний тип) зуби мають трикутну форма, повздовжні осі розходяться до шийок.

Також в результаті дослідження було відмічено, що найбільшу гендерну різницю має латеральний різець, тому маленькі бокові різці роблять посмішку більш жіночною, а більш великі (схожі за розміром з медіальними) – більш мужньою.

**Висновок:** Враховуючи встановлену залежність між темпераментом людини та формою її зубів, можливим є врахування стоматологом цього фактору під час проведення реставрації фронтальних зубів.

## ВИЗНАЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У СТУДЕНТІВ ІНОЗЕМНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

**Виконавець:** Кавеліна А.І. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту.

**Наукові керівники:** доцент Бублій Т.Д., к.мед.н. Сідаш Ю.В.

**Кафедра терапевтичної стоматології.**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Актуальність проблеми. Вивчення стану стоматологічного статусу студентів-іноземців є актуальним завданням стоматології, так як здоров'я студентів має велике соціально-медичне значення. Початковий період навчання всіх студентів-медиків характеризується дестабілізацією фізіологічних функцій, значним нервово-психічним напруженням, підвищенням рівня захворюваності, що призводить до порушення механізмів адаптації. Підвищення вимог до підготовки фахівців і постійно зростаюча інтенсивність навчального процесу вимагають підвищеної уваги до здоров'я студентів - головному резерву висококваліфікованих фахівців.

Мета дослідження: оцінити стоматологічний статус студентів іноземного факультету I і II курсів стоматологічного факультету ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава.

Методи та результати дослідження. На кафедрі терапевтичної стоматології нами було обстежено 74 іноземних студента з них 66 (89%) чоловік та 8 (11%) жінок віком від 17 до 29 років. Всім пацієнтам проводилося загально клінічне обстеження порожнини рота з визначенням індексів КРВ, гігієнічного індексу (ГІ) за J.C.Green, J.R.Vermillion, стан тканин пародонта об'єктивізували на основі аналізу індексу РМА у модифікації Parma. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики.

Детальне клінічне дослідження стану твердих тканин зубів показало, що поширеність карієсу серед іноземних студентів складає 67%. Проте, інтенсивність каріозного процесу в 1,7 рази більше серед жінок в порівнянні з чоловіками. При визначенні стоматологічного статусу у студентів-іноземців індекс КРВ=2,97, при цьому у чоловіків показник КРВ=2,75 у жінок КРВ=4,75. Встановлено, що найбільшу групу 57% склали студенти з КРВ(3-6)=95, у 29% студентів КРВ(1-2)=21, а у 14% КРВ (7 і більше)=6, це показує, що найбільшу групу складають студенти з КРВ (3-6), що в 4,5 разів більше ніж з КРВ(1-2), та в 1,4 разів більше ніж з КРВ (7 і більше). При порівнянні індексу КРВ у студентів-іноземців з вітчизняними студентами виявилось, що індекс КРВ(1-2) в 1,4 рази і КРВ (3-6) в 1,1 рази частіше зустрічається в студентів-іноземців. КРВ (7 і більше) в 1,9 разів частіше зустрічається у вітчизняних студентів.

Також нами було встановлено при порівнянні вітчизняних та іноземних студентів, що відсоток здорових студентів іноземців становить 33%, а вітчизняних – 7%. Але у іноземців відсоток видалених зубів перевищує у вітчизняних, та становить 11%. Встановлена висока розповсюдженість аномалій прикусу, у чоловіків складає 85%, захворювань тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота 80% та некаріозних уражень найменше як у чоловіків (67%) так у жінок (33%).

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що поширеність карієсу, захворювань пародонту та зубощелепних аномалій у студентів іноземного стоматологічного факультету досить висока. У цьому зв'язку для поліпшення стоматологічного здоров'я молоді, що навчається, стає очевидною і актуальною розробка та проведення комплексної профілактики стоматологічних захворювань, що включає в себе наступні заходи: боротьба зі шкідливими звичками, раціональне харчування, індивідуальні гігієнічні заходи, санація порожнини рота; відновлення оклюзії (ортодонтичне та ортопедичне лікування), диспансеризація, просвітницька робота.

## СПІВПРАЦЯ ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА І ПЕДІАТРА ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

**Виконавець:** Каптуровська Т. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Каськова Л.Ф., доц. Бережна О.Е.

**Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Хвороби слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у дітей є дуже поширеними і зустрічаються починаючи вже з періода новонародженості. Ця група включає в себе велику кількість нозологічних одиниць, тому дитячому стоматологу необхідно добре орієнтуватися у клінічних проявах, особливостях перебігу та враховувати можливість первинного виникнення кожного захворювання залежно від віку пацієнтів.

У зв'язку із перебудовою у системі охорони здоров'я та виникненням сімейної медицини дитину до трьох років оглядає і робить призначення тих чи інших лікарських засобів педіатр; обов'язкових профілактичних оглядів дитячого стоматолога до цього віку немає.

Одним із перших симптомів при багатьох хворобах СОПР є підвищення температури тіла у дітей, тому батьки в першу чергу звертаються до педіатра. Як показує практика, педіатри призначають дитині антибіотикотерапію для запобігання можливих ускладнень, яка не показана в усіх випадках, а інколи і зовсім не потрібна. Прийом препаратів цієї групи може привести або до зміни клінічної картини захворювання, або до появи ускладнень, які також впливають на його перебіг, що в свою чергу ускладнює проведення диференційної діагностики.

У свою чергу велика кількість «дитячих інфекцій» розпочинається із проявів у порожнині рота, і дитячий стоматолог є першим, хто стикається з цими симптомами і може вказати батькам на хворобу, яка виникла у дитини та направити їх до педіатра.

Отже співпраця дитячого стоматолога та лікаря-педіатра є необхідною у практичній діяльності кожного спеціаліста та повинна бути направлена на своєчасне виявлення, якісну діагностику та адекватне лікування хвороб у дітей.

## ВИРОГІДНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

**Виконавці:** Корогод Т. В., Сухачов Д. П. – студ. II курсу стомат. ф-ту.

**Науковий керівник:** доц. Шундрик М.А.

**Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність теми. Після видалення зуба пошкоджуються періодонтальні лігаменти, які іннервовані трійчастим нервом, і внаслідок цього відбувається руйнування рецепторної системи. Втрата зубів призводить до втрати періодонтальних рецепторів і зниження аферентної сенсорної інформації, що надходить в мозок. У людей з різним ступенем адентії асиметрія пропріоцептивної аферентації з жувальних м'язів призводить до функціональних порушень триге-

мінальної системи і кірково-підкіркової взаємодії, що суттєво впливає на вищі психічні функції. Є припущення, що періодонтити або втрата зубів в ранньому віці можуть істотно вплинути на розвиток головного мозку, а втрата зубів в підлітковому віці викликає стан хронічного стресу, впливає на інтерперсональну взаємодію і, в подальшому – на стан когнітивних функцій.

Таким чином, втрата зубів, особливо в ранньому віці, викликає не тільки порушення травлення і різні хронічні захворювання, а також сприяє порушенню вищих психічних функцій.

Мета роботи – вивчення клініко-психологічних особливостей проявів когнітивних порушень у людей з частковою адентією. Об'єкти і методи дослідження. Проведено клінічне та психологічне обстеження (анкетування) 30 пацієнтів з частковою адентією – основна група та 15 осіб – контрольна група (без видалених зубів) у віці 18–35 років.

Результати досліджень. Виявлені нами клініко-психологічні особливості когнітивних розладів у людей з частковою адентією мають не тільки діагностичну та терапевтичну, але і прогностичну значимість.

Висновки. Результати досліджень узгоджуються з даними літератури, щодо частоти прояву різних варіантів когнітивних порушень у пацієнтів з частковою адентією.

## РОЛЬ ВИМІРЮВАННЯ ЕЛЕКТРИЧНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ ПОРОЖНИНИ РОТА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

**Виконавці:** Криворучко К.Ю., Бралоук Є.О. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед. н., асистент Мошель Т. М.

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Відомо, що різноманітні металеві включення в порожнині рота можуть викликати загальну інтоксикацію організму та алергічні реакції за рахунок іонів та солей важких металів, які утворюються внаслідок корозії зубних протезів та являються джерелом виникнення гальванізму порожнини рота (Гожая Л.Д., 2001; Зайцева А.Г., 2004; Саган Н.Н. 2006). Найбільш характерна клінічна картина захворювань, викликаних стоматологічними конструкціями з металу, виражається зміною смаку, парестезіями різних ділянок слизової оболонки порожнини рота, які завжди поєднуються з об'єктивними її змінами (гіперемія, набряк, папули, ерозії, виразки, петехії). Поряд з місцевими можуть розвиватися і загальні реакції (риніт, кропив'янка, дерматит), які або супроводжують зазначені вище симптоми або є єдиним проявом патології. Це обумовлює необхідність діагностики і усунення металевих включень в порожнині рота. Однак, у існуючих літературних джерелах відсутня достатня кількість інформації щодо нормальних показників гальванічних струмів у порожнині рота.

Метою нашої роботи було визначення показників електричних потенціалів в порожнині рота при відсутності та наявності металевих включень.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 19 пацієнтів (12 чоловіків та 7 жінок) віком від 20 до 47 років без наявної соматичної патології та відсутності захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта. Основну групу склали особи, які мають металеві включення, представлені штамповано-паяними та металокерамічними конструкціями, ретейнерами та анкерними штифтами у депульпованих зубах. До контрольної групи ми віднесли пацієнтів, які мають інтактні зуби або пломби з композитних матеріалів. Обстеження проводили за загальноприйнятою схемою. Стан гігієни порожнини рота визначали за допомогою індексу Грина-Вермільона (1964). Визначення електричних потенціалів в порожнині рота проводили на 425 зубах за допомогою апарату гальванометр. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою t-критерію Стьюдента.

В результаті проведених досліджень встановлено, що електричний потенціал в порожнині рота пацієнтів контрольної групи становив  $48,41 \pm 1,41$  мВ. У пацієнтів, які мають металеві включення, показник електричного потенціалу складав  $140,31 \pm 25,93$  мВ ( $p < 0,001$ ). При цьому суттєвої різниці у стані гігієни порожнини рота нами не було виявлено.

Висновки:

1. Нормальними показниками електричних потенціалів порожнини рота можна вважати показники у межах 50 мВ.
2. У пацієнтів, які мають металеві включення у порожнині рота, спостерігається достовірне підвищення зазначених показників.
3. Всім пацієнтам, які мають металеві конструкції у порожнині рота, для попередження явищ гальванозу показане вимірювання електричних потенціалів.

## РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

**Виконавець:** Літаврєва С.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Югов В.К.

*Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність теми. Діагностика загострення хронічного періодонтиту до теперішнього часу є найактуальнішою проблемою стоматології. Вона складає від 18 до 30% серед інших форм ускладненого карієсу, нерідко будучи причиною видалення зубів і виникнення одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової області. Хронічний періодонтит знижує неспецифічну резистентність організму, підтримує захворювання внутрішніх органів (перикардити), у зв'язку з чим є соціально значущою проблемою до теперішнього часу.

Метою дослідження було визначення рентгенологічних особливостей діагностики загострення хронічного періодонтиту.

Матеріал і методи досліджень. Клінічно і рентгенологічно (внутрішньоротова контактна рентгенографія) обстежено 10 пацієнтів. Діагноз хронічного періодонтиту у стадії загострення встановлений на підставі клініки гострого періодонтиту і рентгенологічної картини хронічного періодонтиту:

Результати дослідження. Серед суб'єктивних симптомів, що вказують на загострення хронічного періодонтиту є повторний розвиток ознак гострого періодонтиту і утворення свищів на яснах або шкірі обличчя, які ми знаходили в 50%.

У обстеженій групі встановлено: – 2 хронічних, що загострився, фіброзних періодонтитів, 3 хронічних, що загострився, гранулематозних; і 5 хронічних, що загострився, гнійних періодонтитів (у фазі відмежування – 2 і зворотного розвитку – 3). По наших даних встановлено, що частіше дає загострення хронічний гнійний періодонтит – 50%, рідше – фіброзний – 20%.

При загостренні хронічного фіброзного періодонтиту на рентгенограмах. нерівномірно розширена компактна пластинка лунки переривається в ділянці верхівки кореня в результаті розвитку деструкції яка розповсюджується і на прилеглі зони губчастої речовини де також знову з'являються і явища остеопорозу.

При хронічному гранулематозному періодонтиті у стадії загострення знаходили втрату чіткості межі деструкції кісткової тканини в апікальній частині зуба, нечіткість компактної пластинки періодонту в бічних відділах, а також появу деструкції і остеопороз по периферії від гранульоми.

Хронічний гранулюючий періодонтит, що загострився, рентгенологічно характеризується більш вираженою нечіткістю контурів вогнища деструкції на фоні, зони остеопорозу, що збільшилась.

При загостренні хронічного гнійного періодонтиту на тлі характерних для гнійного періодонтиту явищ остеосклерозу навколо ділянок деструкції з'являються свіжі ділянки деструкції і остеопороз навколо них. Найбільш помітні ділянки деструкції у багатокоренових зубів в ділянці верхівки міжкореневої перетинки, руйнування біфуркації зуба.

Висновки. При загостренні хронічного періодонтиту знов з'являються свіжі ділянки деструкції і остеопороз на тлі рентгенологічних змін характерних для тієї або іншої форми хронічного періодонтиту.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ВДНЗУ "УМСА"

**Виконавці:** Тюлюпа І.В., Юркевич А.В. – студ. IV курсу стомат. ф-та

**Науковий керівник:** доц. Ступак О.П.

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Зміна клімату, звичайного харчового раціону, психоемоційний стрес, який мають іноземні студенти, що проходять навчання в Україні, безперечно, призводять до зниження у них адаптаційних резервів організму та сприяють збільшенню захворюваності, в тому числі і стоматологічної.

Проте, в доступній літературі рідко зустрічаються роботи, які б стосувалися вивченню стоматологічного статусу та особливостей гігієни порожнини рота у даного контингенту осіб.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення стоматологічного статусу у порівняльному аспекті у вітчизняних та іноземних (російськомовних та англомовних) студентів I, IV та V курсів, що проходять навчання у Вищому державному навчальному закладі України "Українська медична стоматологічна академія".

Матеріали та методи. У студентів вивчали розповсюдженість та інтенсивність карієсу зубів, стан гігієни порожнини рота (Green-Vermillion, 1964), швидкість стимульованої та нестимульованої саливації, мінералізуючий потенціал слини (МПС).

Згідно отриманих нами результатів у іноземних та вітчизняних студентів виявлена пряма кореляційна залежність між інтенсивністю карієсу, зниженням МПС та швидкістю саливації. Але розповсюдженість карієсу у іноземних студентів була вища, що необхідно враховувати під час проведення у них профілактичних заходів, які направлені на збереження стоматологічного здоров'я.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВІД СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА

**Виконавці:** Шинкаренко В.С., Михайленко І.М. – студ. III курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Павленко С.А., ас. Павленкова О.В.

*Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема стану порожнини рота. Все більше людей починають розуміти, що від стану зубів залежить якість їхнього життя. Стоматологічне здоров'я – це частина загального здоров'я людини, яке безпосередньо впливає на нього, а також формує імідж людини. Здорова посмішка – це впевненість в собі та запорука успіху. Стоматологічне здоров'я забезпечується гарним станом зубів, тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Це означає, що гігієна порожнини рота повинна стати потребою для людини, звичкою, одним із щоденних правил.

Нажаль, часто пацієнти самі винні у поганому стані своїх зубів: незадовільна гігієна порожнини рота, відкладання візиту до стоматолога через страх.

Метою нашої роботи було дослідження залежності між станом порожнини рота студентів та їхньою якістю життя. Для цього ми провели анкетування. В ньому взяли участь 240 студентів (126 чоловіків та 114 жінок) віком 19-25 років, які навчаються у двох немедичних вузах: Полтавському університеті економіки і торгівлі та Полтавській державній аграрній академії, а також в Українській медичній стоматологічній академії.

Аналіз даних анкетування показав, що більшість студентів не відмічають зв'язку між станом своєї порожнини рота і якістю життя у відношенні харчування і мовлення. Проте, деякі студенти вважали своє харчування незадовільним, у зв'язку з наявністю проблем в порожнині рота. Загалом стоматологічні проблеми і зв'язок з ними якості життя частіше відмічали жінки. Також жінки частіше мали порушення функцій мови, харчування, відчували дискомфорт, втрачали впевненість, навіть мали негативне відношення до життя через проблеми в порожнині рота.

Аналіз відповідей на анкетування показав, що більшість студентів, особливо чоловіки, не витрачали ніяких зусиль на покращення стану порожнини рота та, знаючи про свої проблеми, не поспішали відвідати стоматолога щоб усунути їх.

Більше 50% студентів немедичних ВНЗ мали стоматологічні проблеми, які негативно впливали на стан їхнього життя. А стан студентів медичних вузів, особливо стоматологічного факультету, був набагато кращий, так як на нашу думку вони більш мотивовані до догляду за порожниною рота. Отже, недостатня увага до свого здоров'я є важливою причиною погіршення стану порожнини рота у молоді.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ

**Исполнитель:** Юрченко И.С. – студ. 4 курса, стомат. ф-та.

**Научный руководитель:** к.м.н. Дубовая Л.И., к.м.н. Островская Л.И.

*Кафедра терапевтической стоматологии.*

*ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Актуальность исследования: Термином «комплаентность» обозначают ответственное отношение пациента к своей болезни, предполагающее точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения. Современная концепция информированного согласия позволяет устранить «страх неизвестного», но порождает страх пациента перед рисками лечения, что побуждает пациента настороженно относиться к рекомендациям и зачастую игнорировать их.



Научная новизна: Недостаточные данные об изучении комплаентности в стоматологии можно расценить как неразработанность этой проблемы или как показатель низкого интереса к этому вопросу.

Цель исследования - изучение комплаентности и её взаимосвязи со стоматологической заболеваемостью у пациентов разных возрастных групп.

Методы и результаты исследований: Нами обследованы 93 пациента: 58 человек в возрасте 20-30 лет, студенты стоматологического факультета (молодой возраст), 20 человек 30-50 лет (средний возраст) и 15 человек 50-70 лет (пожилой возраст), жителей г.Полтавы. У всех определяли распространенность и интенсивность кариеса (КПУ), состояние тканей пародонта и ГИ по Фёдорову- Володкиной, а также просили ответить на вопросы: от кого получает информацию о сохранении зубов здоровыми; выполняет ли все рекомендации врача; считает ли он возможным не лечиться, если ничего не болит; может ли прекратить лечение, если симптомы болезни отступают и просили указать причины отказа от лечения у стоматолога. Выявлено, что у всех обследованных распространенность и интенсивность кариеса высокие, заболевания пародонта диагностированы у 32% молодых, 70% людей среднего возраста и у 100% пожилых. Гигиенический индекс составил, соответственно  $2,10 \pm 0,15$ ;  $2,25 \pm 0,34$  и  $3,2 \pm 0,43$  балла в каждой возрастной группе. Изучая уровень комплаентности пациентов выявлено, что 47% пожилых людей не интересуют информация о том, как сохранить зубы здоровыми. Выполняют рекомендации врача 75% пожилых, 85% лиц среднего возраста и только 37% молодых. Примерно такое же количество обследованных не считают нужным обращаться к врачу, если их ничего не беспокоит. Прерывают лечение, если симптомы болезни отступают, 87% пожилых и людей среднего возраста и только 16% молодёжи. Причиной отказа от лечения у 33% пожилых людей служит страх боли. По этой причине не лечатся 40% лиц среднего возраста и только 9,5% молодёжи. Существенной помехой для лечения является недостаток времени у всех возрастных групп и высокая стоимость лечения, особенно для лиц пожилого возраста. Неудачное лечение в прошлом испугало 6% пожилых, 10% людей среднего возраста и 18% молодых людей.

Выводы: Причиной высокой стоматологической заболеваемости обследованных пациентов может быть, в том числе, низкая комплаентность пациентов. Стоматологам необходимо уделять больше внимания санитарно- просветительной работе среди пациентов всех возрастных групп, формируя осознанное, активное отношение к своему здоровью.

## ЯК «ПОПАСТИ» В КОЛІР ПРИ ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЯХ?

**Виконавець: Яковисен В.М. – студ. 3 курсу, стомат. ф-ту.**

**Науковий керівник: к.мед.н., доцент Марченко І.Я.**

*Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології.*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава.*

Висока якість реставрації зубів в терапевтичній стоматології неможлива сьогодні без точної передачі кольору зуба і його оптичних характеристик. Визначення кольору зуба є досить складним і важливим процесом. На жаль, побудова кольорової композиції реставрації, як і реконструкція форми, часто відбувається лише на основі власної інтуїції і суб'єктивного сприйняття кольору лікарем-стоматологом. Але якщо в останньому випадку лікарі з хорошими природними мануальними можливостями зможе вирішувати в естетичних реставраціях проблему "форми", то вирішення проблеми "кольору" відбувається часом неусвідомлено і є проблематичним.

Метою нашої роботи було визначення фізичних властивостей кольору в стоматології, психології сприйняття кольору людиною, законів кольорознавства і оптичних властивостей природних тканин зуба, а також, що повинен зробити стоматолог та яких правил потрібно дотримуватися, щоб точно підібрати колір майбутньої реставрації.

Нами виготовлена індивідуальна кольорова гама для реставраційного матеріалу ESTELITE® SIGMA QUICK (Tokuyama Dental Corporation). Після чого ми порівняли її з оригінальною кольоровою гамою від Tokuyama Dental Corporation і побачили деякі розбіжності в опаковості кольорів, що мають визначальне значення при естетичному відновленні зубів.

Отже, для успішного попадання в колір та створення «невидимої» майбутньої реставрації лікар – стоматолог обов'язково повинен в своїй практиці використовувати індивідуальну кольорову гаму свого реставраційного матеріалу та дотримуватись загально визначених правил, які допоможуть правильно обрати колір майбутньої реставрації.

## ЗМІНИ БІОФІЗИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

**Виконавець: Яковлева Д.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: ас. Гленко Н.В.**

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Захворювання шлунково-кишкового тракту належать до найпоширеніших захворювань внутрішніх органів людини. За останні роки, число людей, які страждають різними захворюваннями шлунка та кишківника, зросло в 1,5 разів. Гастроентерологи пояснюють цю ситуацію погіршенням екології, зростанням тиску стресорних факторів на організм людини та збільшенням на прилавках магазинів кількості неякісних та шкідливих для здоров'я продуктів харчування.

Порожнина рота є першим відділом травного тракту, а ротова рідина бере участь в процесі механічної переробки їжі, смаковому її сприйнятті та містить ряд ферментів, що починають перетравлювання їжі в порожнині рота і продовжують цей процес в середині харчового комка в шлунку.

Метою нашого дослідження стало вивчення біофізичних параметрів ротової рідини пацієнтів із патологією шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 24 пацієнти віком 25-45 років, що зверталися в Полтавську обласну клінічну стоматологічну поліклініку з метою санації порожнини рота протягом 2013 року. Дані про захворювання шлунково-кишкового тракту отримували в ході збирання анамнезу. Всім пацієнтам проводилося загальноприйняте клінічне обстеження порожнини рота з визначенням індексів КПВ, гігієнічного індексу (ГІ) за J.C.Green, J.R.Vermillion та індексу РМА в модифікації Ратта. Ротова рідина оцінювалася за наступними показниками: поверхневий натяг, в'язкість, буферна ємність ротової рідини, мінералізуючий її потенціал та показник кристалоутворення. Поверхневий натяг та в'язкість ротової рідини досліджували по методиці Рединової Т.Л (1989), рН або буферну ємність змішаної слини визначали з використанням іономіру універсального ЗВ-74. Оцінку мінералізуючого потенціалу

слини (МПС) та показника кристалоутворення проводили за методикою Поздеева А.Р. (1993). Обробка результатів дослідження здійснювалася з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики.

Результати дослідження. Встановлено, що індекс КГВ для групи обстежених осіб становить в середньому  $13,29 \pm 1,33$ . Гігієнічний догляд за порожниною рота відповідав задовільному стану і в середньому становив  $1,17 \pm 0,11$  балів. РМА для групи обстежених пацієнтів в середньому відповідає значенню  $29,18 \pm 2,8\%$ . Виявлено ряд змін біофізичних параметрів ротової рідини у пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту. Так, встановлено, що мінералізуючі властивості ротової рідини значно знижені – мінералізуючий потенціал слини знижений більш ніж в два рази і становить в середньому  $2,04 \pm 0,24$ , а показник кристалоутворення знижений приблизно в 0,7 разів і становить  $0,41 \pm 0,03$ . Поверхневий натяг ротової рідини пацієнтів з патологією травного тракту становить в середньому  $84,27 \pm 3,61$  мН/м і є суттєво підвищеним порівняно з орієнтовною нормою (50-60 мН/м). Середнє значення в'язкості ротової рідини виявилось рівним  $4,49 \pm 1,03$  відн.од., що не суттєво перевищує нормальні значення даного параметру. Буферна ємність ротової рідини обстежених пацієнтів виявилася в межах норми і становила  $6,73 \pm 0,08$ .

Висновки. В ході дослідження встановлено ряд змін біофізичних показників ротової рідини, що може бути пов'язано з наявною у обстежених пацієнтів патологією шлунково-кишкового тракту. В подальшому планується провести аналіз отриманих показників в залежності від патології травного каналу та терміну захворювання.

## **Підсекція №2**

### **Хірургічна стоматологія, ортопедична стоматологія та ортодонція**

#### **ВІДНОВЛЕННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗА РАХУНОК УДОСКОНАЛЕНОЇ КОНСТРУКЦІЇ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗУ ПРИ ДВОХСТОРОННІХ ЕКЗОСТОЗАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

**Виконавець: Асанов С.С. - студ. III курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: доцент Кіндій Д.Д.**

**Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

За останні роки в усіх розвинених країнах світу, відбувається природний процес старіння населення, пов'язаний з покращенням життя суспільства. Цьому також сприяє прогрес науки та охорони здоров'я, що дозволяють здійснювати боротьбу з важкими соматичними захворюваннями, що призводять до передчасного старіння і смерті людей. В результаті, тільки за останні роки частка осіб похилого та старечого віку перевищила 40%.

У практиці ортопедичної стоматології в 72% клінічних випадків не дотримуються медичних показань до застосування бюгельних протезів при заміщенні часткових дефектів зубних рядів. Замість зазначеної конструкції необґрунтовано часто виготовляються часткові пластинкові протези з утримуючими кламерами або мостоподібні протези великої протяжності. Причинами недостатнього застосування бюгельних протезів в умовах повноцінного оснащення клініки, є: відмова пацієнта від знімного протезування, висока вартість бюгельних протезів, а також недостатній досвід стоматологів-ортопедів з використання цього виду протезування.

Все це висуває на передній план проблему нормального життєзабезпечення зазначеної категорії осіб, вдосконалення всіх видів їх медичного і в тому числі стоматологічного забезпечення.

Як відомо, найважливішою запорукою збереження здоров'я будь-яких груп населення і передусім осіб похилого та старечого віку є збереження або відновлення їх жувального апарату, забезпечує хороше пережовування їжі і звідси нормальне функціонування всієї травної системи. Це, в свою чергу, є профілактикою серйозних соматичних захворювань і насамперед захворювань кишково-шлункового тракту.

У зв'язку з цим вдосконалення ортопедичної стоматологічної допомоги особам похилого та старечого віку - найважливіше завдання, яке стоїть перед стоматологічною службою, та є актуальним у наш час.

Мета дослідження - підвищення якості та ефективності ортопедичної стоматологічної допомоги населенню літнього і похилого віку за допомогою вдосконаленої конструкції бюгельного протеза.

Об'єкт дослідження: пацієнти з дефектами зубного ряду нижньої щелепи I клас 1 підклас за Кеннеді та двосторонніми екзостозами.

Власні дослідження в плані удосконалення конструкції бюгельного протеза та клінічна апробація даної конструкції дозволяють стверджувати про доцільність застосування зазначеної конструкції бюгельного протеза з метою підвищення ефективності протезування бюгельними протезами і відновлення втраченої функції жування.

#### **ВИВЧЕННЯ МІЦНІСНИХ ТА АДГЕЗИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СВІТЛОПОЛІМЕРНИХ КОМПОЗИТІВ**

**Виконавці: Бані Н.О., Гергель Д.О., Жуковська Д.Р., Марцинюк М.М., Сай Б.М. – студ. I курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: Макаренко О. В.**

**Кафедра медичної інформатики, медичної і біологічної фізики**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Протягом багатьох років у реставраційній практиці стоматологи застосовують композитні матеріали як одні з основних для відновлення естетики і функції зубів з частково зруйнованою коронковою частиною. У зв'язку з тим, що останнім часом у стоматології все частіше використовуються імплантати, реставрація яких має свою специфіку, все частіше виникає потреба у використанні технічних композитних матеріалів в умовах зуботехнічної лабораторії для високо естетичної реставрації. В сучасній стоматології використовується велика кількість реставраційних композитних матеріалів, один з них TWINY. Досить важливою для реставраційного матеріалу є здатність створити міцну і стійку хімічну адгезію з емаллю та дентином зуба або елементами зуботехнічної конструкції. Якщо цей зв'язок не достатній, то це впливає на реставраційні властивості викликаючи зміну кольору, та сприяє розвитку вторинного карієсу. Крім того матеріал повинен бути достатньо міцним та стійким до стирання. Правильний вибір необхідного ма-

теріалу для тих чи інших цілей здійснюється шляхом порівняння їх властивостей, в тому числі і фізико-механічних та фізико-хімічних властивостей. Тому їх вивчення є актуальним на сучасному етапі.

Нами проведено дослідження міцнісних та адгезивних властивостей матеріалів TWINY і Luna-Wing з метою їх порівняння. Метою нашого дослідження було визначення адгезії даних композитів з емаллю зуба та їх мікротвердості.

У процесі дослідження використовувалися методи аналізу та теоретичних узагальнень літературних джерел, а також лабораторний експеримент та аналіз його результатів. Експеримент проводився на стандартних зразках. Виготовлення зразків для визначення адгезії здійснювалося шляхом нанесення фотополімеру на бічні поверхні видалених інтактних зубів в пришийковій ділянці за стандартними технологіями. Потім зуби попарно з'єднувалися цим матеріалом. Випробування зразків на визначення адгезії А та межі міцності  $\sigma_{\text{мц}}$  здійснювали за допомогою деформаційної установки МРК-1 відповідно шляхом відриву та стиску. Для визначення мікротвердості  $H_V$  – використовували мікротвердомір PMT-3. Розрахунки виконували за стандартною методикою. Результати експерименту зведено до таблиці.

	A, МПа	$H_V$ , МПа	$\sigma_{\text{мц}}$ , МПа
Luna-Wing	0,98±0,05	1525±5	245±5
TWINY	1,25±0,05	1043±5	490±5

Експеримент показав, що фотополімер TWINY є достатньо міцним і в порівнянні з Luna-Wing має майже вдвічі більшу межу міцності на стиск, але його твердість дещо менша, тобто він більш «м'який». Очевидно це пов'язано з тим, що для першого матеріалу використовують як наповнювач керамічний кластерний філер (наповнюваність 76 % за об'ємом), а для іншого – неорганічний філер (наповнюваність за об'ємом – 86%).

Що стосується адгезії, то TWINY має кращу адгезію з емаллю зуба ніж Luna-Wing. На нашу думку це пов'язано з його унікальною структурою та індивідуальними особливостями. Це надає йому можливість конкурувати з іншими фотополімерами.

## ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТУНЕЛЬНОЇ ТА ВІДКРИТОЇ МЕТОДИК ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ

**Виконавець: Василенко М.С. – студ. III курсу стомат. ф-ту.**

**Наукові керівники: доц. Панькевич А.І., ас. Колісник І.А.**

**Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

У наукових дослідженнях вітчизняних і зарубіжних авторів доведено, що мілкий присінок порожнини рота у дітей є одним із етіологічних факторів розвитку зубощелепних аномалій, а у дорослих – захворювань пародонта. Для профілактики та лікування цієї патології існує ряд методик оперативного поглиблення присінку ротової порожнини, основною метою яких є пересування межі між нерухомою частиною ясен та рухомою частиною слизової оболонки губи подальше від ясеневого краю. Вибір тактики хірургічного втручання і стратегії післяопераційного ведення хворого залежить від клінічної ситуації та її об'єктивної оцінки лікарем.

Метою нашого дослідження стало порівняння ефективності тунельної та відкритої методик вестибулопластики.

Нами проліковано 30 пацієнтів із мілким присінком ротової порожнини у віці від 12 до 50 років. Мілким вважали присінок ротової порожнини глибиною 3-5 мм.

Усі хворі склали дві групи: перша – 19 пацієнтів, яким проведено відкриту вестибулопластику за методом Кларка, друга – 11 пацієнтів, яким виконано тунельну вестибулопластику. Тканини усім пацієнтам фіксували швами з ПТФЕ (політетрафторетилеу). Шви знімали на 7-10 добу. Оголене окістя у пацієнтів 1 групи покривали марлею, просоченою йодоформом, яку знімали на 7-8 добу. Рана загоювалась вторинним натягом. У пацієнтів 2 групи приріст глибини присінку зумовлений податливістю мобілізованої слизової оболонки, а раньовий дефект мінімальний, що не потребує використання йодоформної марлі.

За пацієнтами спостерігали на наступний після операції день, через тиждень та 1 місяць. Оцінювання результатів лікування проводили за перебігом післяопераційного періоду, приростом глибини присінку та розвитком ускладнень.

Усі результати досліджень оцінювали як добрі, задовільні та незадовільні. Добрими вважали результати, коли відбувався приріст глибини присінку та ширини прикріплених ясен за відсутності запальних явищ і рецидиву. Задовільними – випадки без приросту глибини присінку та ширини прикріплених ясен за відсутності рецидиву. Незадовільними – випадки, коли глибина присінку після операції зменшувалась, а в м'яких тканинах розвивались рубцеві зміни.

Післяопераційний період легше протікав у пацієнтів 2 групи (наявність менш інтенсивного післяопераційного болю).

У пацієнтів першої групи в післяопераційному періоді відзначено збереження глибини новоствореного присінку ротової порожнини та ширини прикріплених ясен в ділянці 31, 41, що становило  $8,2 \pm 0,3$  та  $3,8 \pm 0,1$  мм відповідно. У пацієнтів другої групи глибина присінку та ширина прикріплених ясен в ділянці 31, 41 зростала до  $8,0 \pm 0,2$  та  $3,6 \pm 0,2$  мм відповідно.

Таким чином, застосування обох методик вестибулопластики дозволило отримати позитивні результати. При застосуванні тунельної вестибулопластики приріст глибини присінку ротової порожнини був незначно меншим, ніж при використанні методики Кларка. На наш погляд, це відбувається за рахунок того, що податливість слизової оболонки і м'язових волокон не завжди забезпечує достатньо міцну фіксацію слизового клаптя в глибині заново сформованого присінка. Однак, перебіг післяопераційного періоду при тунельній вестибулопластиці легший за рахунок мінімізації раньового дефекту.

## КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОКРЕМИХ ВИДІВ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

**Виконавці: Губеня Д.О., Каптуровська Т.В. – студ. 5 курсу стом. ф-ту**

**Науковий керівник: проф. Рибалов О.В.**

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Метою дослідження була оцінка клініко-рентгенологічних характеристик ряду захворювань СНЩС, що супроводжуються його функціональними порушеннями.

Об'єктами дослідження стали 24 пацієнти, які звернулися в ПОКСП з симптомами дисфункції СНЩС. У 12 з них діагностовано гіпермобільність суглобової головки нижньої щелепи з ознаками вивиху що вправляється; у 5 - травма СНЩС; у 5 - запальна контрактура жувальних м'язів; у 2 - повний застарілий вивих суглобової головки з явищами м'язового і вилично-виросткового блока.

Методи дослідження - клінічні, рентгенологічні (укладка по Парма, Шюллеру, ортопантомографія, прицільна рентгенографія СНЩС із закритим і відкритим ротом, КТ), МРТ СНЩС.

Результати дослідження.

Головними симптомами гіпермобільності суглобової головки нижньої щелепи є: неадекватно широке відкриття рота з помітним навіть зовні виходом суглобової головки вперед (зазвичай однієї) за межі вершини суглобового горбка; шумові явища в ураженому суглобі у вигляді шуму, хрускоту, клацання. На прицільних рентгенограмах і КТ-дослідженнях СНЩС характерним було асиметричне розташування однієї з суглобових головок по відношенню до суглобового горбка, явища неповного вивиху.

У хворих з травматичними ушкодженнями СНЩС (у двох з явищами гемартрозу, у трьох - недіагностованого перелому основи шийки суглобової головки), головними скаргами були інтенсивні болі в ділянці одного з суглобів при відкриванні рота і в спокої, обмеження відкривання рота. На прицільних рентгенограмах СНЩС у хворих з гемартрозом спостерігається збільшення суглобової щілини ураженого суглоба як при відкритому, так і при закритому роті. У хворих з переломами шийки суглобового відростка були характерні локальні порушення цілісності кісткової тканини.

У хворих з м'язовими контрактурами мала місце ін'єкційна туберальна анестезія. На прицільних рентгенограмах при відкритому і закритому роті суглобові головки не змінювали свого положення. Електроміографія виявляє виражене падіння біоелектричної (біоелектричної) активності власне жувальних м'язів як на стороні контрактури, так і на симетричній стороні.

У хворих з повним двостороннім переднім застарілим вивихом суглобової головки основними скаргами були неможливість закрити рот, утруднення при прийомі їжі і розмові, слинотеча. Зовні відмічаються двосторонні випинання в передньому відділі основи виличних дуг. На рентгенограмах по Парма і Шюллеру, на прицільних рентгенограмах СНЩС характерним був надмірний вихід обох суглобових головок далеко вперед за межі суглобового горбка.

Таким чином, функціональні порушення з боку СНЩС (дисфункції) слід розглядати як складний багатокомпонентний комплекс патологічних змін в його структурах. Кожній формі дисфункції (гіпермобільність суглобової головки нижньої щелепи, травматична дисфункція, запальні контрактури, вивих нижньої щелепи) властиві свої як клінічні, так і рентген-анатомічні зміни. Отримані дані дозволяють диференційовано підійти до проведення комплексних лікувальних заходів.

## ПОРІВНЮЮЧА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО ТА ЖИТОМИРСЬКОГО РЕГІОНІВ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО – ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Виконавець: Гутовська І.О. – студ. 4 курсу стомат. ф-ту.**

**Науковий керівник: к.мед.н. Соколова Н.А.**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно – лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та ший.*

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава.*

Актуальність проблеми. Для успішної боротьби із злоякісними новоутвореннями потрібні достовірні дані про епідеміологію раку, розмірах онкологічної захворюваності і смертності від злоякісних пухлин для різних вікових, етнічних, професійних та інших груп населення. Захворюваність і смертність від злоякісних новоутворень є основними показниками протиракової боротьби.

Наукова новизна. Вперше проведено аналіз та порівнююча характеристика захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно – лицевої ділянки населення Житомирського та Полтавського регіонів за 2012 рік.

Мета дослідження. Підвищення якості діагностики та лікування злоякісних пухлин щелепно – лицевої ділянки на підставі аналізу їх захворюваності в різних регіонах України.

Методи та результати досліджень. Порівняльне вивчення захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації проводилось за матеріалами Полтавського та Житомирського обласних онкологічних диспансерів за 2012 рік. Нами було проведено аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями 5 окремих локалізацій (губи, язик, слинні залози, слизова оболонка порожнини рота, щелепи) у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб Х перегляду (МКХ- Х, 1998 р.). Основними джерелами інформації про онкологічних хворих були первинні медичні документи про захворюваність злоякісними новоутвореннями. Дані про кількість та статеві-віковий склад населення Полтавського та Житомирського регіонів були нами взяті з публікації в збірнику „Показники діяльності медичних закладів області” за 2012 рік. Захворюваність злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації населення Полтавського та Житомирського регіонів області вивчалась на основі аналізу отриманих нами інтенсивних показників на 100 тисяч чоловічого та жіночого населення.

За даними Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 2012 рік хворих з онкологічною патологією щелепно-лицевої ділянки на облік було взято 157 осіб, тобто, захворюваність складала  $10,7^{0}_{0000}$ . За даними Житомирського обласного онкологічного диспансеру за 2012 рік хворих з онкологічною патологією щелепно-лицевої ділянки на облік було взято 92 особи, тобто, захворюваність складала  $7,2^{0}_{0000}$ .

Таким чином, захворюваність злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки складала 3,3% в структурі загальної онкологічної захворюваності в Полтавському регіоні і 1,9% - в Житомирському регіоні.

Висновки. Все вище викладене показало, що є певна розбіжність в захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки в Полтавському та Житомирському регіонах за 2012 рік, а також, є необхідність забезпечення лікувальних установ вірогідними даними про поширеність і захворюваність населення злоякісними новоутвореннями щелепно - лицевої локалізації.

## ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

**Виконавці:** Давиденко А.А.-студ. III курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** к.мед.н. Островська Г.Ю., к.мед.н. Петрова Т.А.

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Патологія тканин пародонту відноситься до найбільш поширених стоматологічних захворювань і за даними ВООЗ зустрічається приблизно у 80% пацієнтів дитячого віку і практично у всього дорослого населення світу.

Захворювання пародонту виникають під впливом різноманітних місцевих і загальних чинників. Помітну роль в їх виникненні відіграють місцеві фактори – наявність зубних бляшок, мікробних токсинів, аутоімунних процесів, травмування, функціональна недостатність тканин пародонту. Серед загальних чинників слід відзначити дефіцит вітамінів, атеросклероз судин, порушення нервової трофіки, ендокринні зміни, дефекти імунної системи організму, захворювання шлунково-кишкового тракту, посилення процесів перекисного окислення ліпідів. Наприклад, накопичення токсичних продуктів активації перекисного окислення ліпідів призводить до ушкодження структур пародонта внаслідок склеротичного ураження судин. Враховуючи цей факт, певного значення у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту набуває застосування лікарських засобів з антиоксидантною дією.

У схемі комплексного лікування генералізованого пародонтиту був застосований препарат з політропною дією тіотриазолін. Який має антиоксидантну, імуномодуючу, протизапальну, протизапальну, мембраностабілізуючу дію, поліпшує реологічні властивості крові.

Схема передбачає наступний комплекс:

1. Ліквідація місцевих подразнюючих факторів (видалення зубних відкладень, заміна нераціональних пломб).
2. Вплив на мікрофлору зубоясенних кишень із застосуванням антисептиків та пасти остеотропного антибіотику лінкоміцину.

3. Застосування аплікацій 2% мазі тіотриазоліну, які проводилися "відкритим" та "закритим" способами.

4. Загальне лікування з включенням антибактеріальної, протизапальної терапії. Ефективність лікування оцінювали за динамікою клінічного стану пародонту (індекс Грін Вермільйона, індекс РМА, еміграцію лейкоцитів за Ясиновським).

Вивчення результатів комплексного лікування хворих генералізованим пародонтитом з використанням тіотриазоліну свідчать про більш швидке зменшення процесів запалення слизової оболонки та стабілізації процесу.

## ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНАМАЛІЯМИ

**Виконавці:** Даніленко В.В. – студ.V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Андріянова О.Ю.

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань*

*ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Пріоритетний напрямок розвитку сучасної стоматології дитячого віку – це збереження і підвищення рівня стоматологічного здоров'я дитини. Вказана мета досягається ранньою індивідуалізованою профілактикою стоматологічних хвороб, яка спрямована на своєчасне виявлення та усунення факторів ризику і шкідливих звичок, що сприяють виникненню стоматологічних захворювань, на підвищення резистентності організму дитини і тканин порожнини рота, раннє адекватне лікуванням найпоширеніших стоматологічних хвороб.

Для розробки та корекції багаторівневої програми профілактики будь якого захворювання, зокрема і стоматологічного, необхідний постійний моніторинг епідеміологічної ситуації в певних регіонах.

Останнім часом відмічено, що захворювання слизової оболонки та червоної облямівки губ, зубощелепні аномалії стають все більш поширеною патологією. Має місце тенденція до збільшення кількості страждаючих цією патологією і серед дитячого населення.

Мета дослідження - оцінка стану стоматологічного здоров'я дітей, які мають ураження слизової оболонки порожнини рота та зубощелепні аномалії.

При обстеженні використовували основні клінічні методи визначення стану слизової оболонки, визначали гігієнічний індекс (за методикою Федорова-Володкіної), наявність патології прикусу та шкідливих звичок.

Досліджені діти в віці 10-11 років та проведений аналіз стану їх стоматологічного здоров'я. Внаслідок проведеного обстеження з'ясовано, що у певної кількості дітей має місце патологія слизової оболонки та червоної облямівки губ (37%), патологія прикусу (46%), порушена гігієна порожнини рота – 2,96 бала, що відповідає поганому рівню.

Одним із основних «стоматологічних» факторів виникнення патології губ є порушення архітекtonіки, що проявляється в неправильному змиканні останніх. Цьому можуть сприяти ротове дихання, шкідливі звички, особливо облизування та кусання губ, та як наслідок - ортодонтична патологія. Також важливим фактором, що провокує захворювання губ, є порушення місцевого гомеостазу, однією з причин якого є порушення гігієни порожнини рота.

Лікувально-профілактичні схеми можуть включати наступні заходи – санація порожнини рота, покращення гігієни, усунення шкідливих звичок, нагляд та лікування у ортодонта, диспансерне спостереження до 12-14 років.

Таким чином, отримані результати свідчать про досить високий рівень розповсюдженості захворювань слизової оболонки губ, наявності зубощелепних аномалій на тлі порушення гігієни порожнини рота серед дітей шкільного віку, що дає підставу для розробки нових методів лікування та програм профілактики цих захворювань, що з віком мають тенденцію до прогресу.

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНОГО СПОСОБУ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ

**Виконавці:** Дмитраш І.В.- студ. 3 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н. ас-т Швець А.І.

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Надзвичайно актуальною проблемою стоматології в усі часи її розвитку являлися захворювання тканин пародонту. Прогресування патологічних змін призводить до руйнування сполучної тканини ясен, періодонтальної зв'язки та альвеолярної кістки, тому на наш погляд дуже важливим є своєчасна діагностика та лікування таких захворювань.

Однією з причин розвитку локалізованого пародонтиту фронтальної ділянки нижньої щелепи є анатомо-фізіологічні особливості та патології м'яких тканин: мілкий присінок порожнини рота; слизові тяжі; високе прикріплення вуздечки нижньої губи, аномалії її положення тощо.

Завдяки саме ранній діагностиці таких патологічних станів, як мілкий присінок порожнини рота, проведений сумісно з лікарем стоматологом-ортодонтом та лікарем стоматологом-хіругом, чітко розроблений план лікування чинників м'якотканинного генезу на ранній стадії, ще в період змінного прикусу з одночасним лікуванням проявів порушень прикусу та зубощелепних аномалій в майбутньому, дасть змогу запобігти розвитку пародонтиту фронтальної ділянки нижньої щелепи.

Тому метою нашої роботи стало удосконалення технології операції вестибулопластики, шляхом мінімалізації травматизації із застосуванням антисептичних та протизапальних препаратів під час оперативного втручання та лазерного опромінення в післяопераційному періоді.

У зв'язку з цим нами вдосконалено та модифіковано методику Кларка стосовно вестибулопластики присінку порожнини рота. Суть оперативного втручання полягає в його поглибленні до анатомо-фізіологічного стану.

Техніка оперативного втручання: розріз слизової оболонки проводиться паралельно до альвеолярного відростка по перехідній складці до окістя на межі рухомої та не рухомої слизової оболонки в ділянці від зуба 33 до зуба 43 (тобто довжина розрізу 5-6 см), в межах операційного поля тупо відшаровується рухома частина слизової оболонки нижньої губи, мобілізований край слизової оболонки нижньої губи опускається в заново сформований присінок порожнини рота, фіксується кетгуттовими швами. Оголену частину кістки альвеолярного відростка фронтальної ділянки нижньої щелепи накриваємо йодоформною пов'язкою чи остеотропним матеріалом (смужку Гапколу фіксували ситуаційними швами), в разі наявності показань, одночасного проводиться остеопластика. Через певний час (7-10 днів) знімається покривний матеріал, під яким сформується грануляційна тканина, що утворить нерухому частину слизової оболонки присінку порожнини рота. За умов оголення частини кістки альвеолярного відростка, її закривали смужкою Гапколу, який фіксували ситуаційними швами.

Суть модифікації полягає в тому що, горизонтальний розріз проводиться до кістки, по краях в разі необхідності робляться два допоміжні розрізи під кутом близько 110° в бік нижньої губи довжиною 6-8мм. Слизово-окісний клапоть фіксується в глибині рани до підборідного та квадратного м'язів.

Дуже важливим є етап ведення післяопераційної рани, дотримання основних клінічних принципів в поєднанні з фізіотерапевтичними методами. Нами запропоновано лазерне опромінення післяопераційної рани, що дає можливість сприятливому та швидшому перебігу післяопераційного періоду. Для цього ми призначали опромінення післяопераційної рани гелій-неоновим лазером потужністю 5 Гц з експозицією 1-3хв протягом 5-7 днів після операції.

Таким методом нами прооперовано 18 осіб різних вікових категорій, чоловіків і жінок, яким було показане поглиблення присінку порожнини рота.

У всіх прооперованих післяопераційний період перебігав без запальних ускладнень, про що свідчать результати клінічних, цитологічних, та термометричних досліджень. Приріст глибини присінку порожнини рота в середньому складав близько 6-8мм. При обстеженні хворих у віддалені терміни майже не виявлявся післяопераційний рубець.

Таким чином при застосуванні класичної методики поглиблення присінку порожнини рота за Кларком в нашій модифікації, існує реальна можливість значно поглибити присінок порожнини рота, що в майбутньому запобігатиме розвитку локалізованого пародонтиту фронтальної ділянки нижньої щелепи, може слугувати достатньо ефективним методом лікування локалізованого пародонтиту та нівелювати несприятливі умови для протезування.

## ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ В ЕСТЕТИЧНІЙ РИНОПЛАСТИЦІ

**Виконавці:** Довженко А.В., Дячук К.О. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Аветіков Д.С.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Корекція рельєфу носа – це дуже серйозне питання, що вимагає детального вивчення, зіставлення і попередньої оцінки кінцевого результату. Пластичним хірургам прийшли на допомогу новітні технічні розробки, що пропонують скористатися продуктом, який надає комп'ютерне моделювання носа. По суті, ці програми дають картинку результату косметичної операції. Вони як би матеріалізують «обіцянки» пластичного хірурга, пропонуючи пацієнту детально побачити всі зміни.

Моделювання перед ринопластикою – це хірургічний прогноз, а не просто фотографія пацієнта «після» операції. Це складний трудомісткий процес, який вбирає в себе великий об'єм корисної інформації та знань з топографічної анатомії. Попередня співбесіда виявляє всі побажання пацієнта, його фізіологічні дані, складені на об'єктивному аналізі наявних можливостей. Далі йде повне обстеження структури внутрішньої будови носа, самопочуття пацієнта та його психологічного стану. Записуються всі його очікування від операції, а вже потім одержані дані вносяться в комп'ютер, який показує можливий кінцевий результат, що візуалізує те, що може вийти після успішного хірургічного коректування.

Важливо розуміти, що ринопластика – процес довготривалий. Обстеження і сама операція пройде дуже швидко, а от формуватися новий ніс буде протягом довгого часу. Саме в цей період проходять всі невідконтрольні пластично-му хірургу процеси: це і загоєння шкіри, формування його хрящового і кісткового скелету.

Лікар зі стажем, ці процеси зможе передбачити і показати на прикладі комп'ютерного прогнозу. По суті, саме ця фотографія може стати гарантом успіху операції, і її документальним обґрунтуванням. Але, якщо лікар всіляко уни-

кає комп'ютерного моделювання, якщо він боїться брати на себе велику відповідальність, намагаючись описати результат словами, це означає, він не впевнений в своїх діях і не має чіткого уявлення про кінцевий результат.

Досвідчені лікарі обов'язково показують фотографії, одержані після моделювання, своїм колегам, влаштовуючи імпровізований консилиум. Такий захід допомагає ділитися цінними враженнями, знаходити можливі помилки в прогнозах і робити їх чіткішими.

Але слід відмітити, що результати комп'ютерного прогнозування та кінцевий результат операції не може співпадати на 100%. Про це треба, обов'язково, попереджувати пацієнта, та враховувати під час складання алгоритму планування та проведення косметичної ринопластики.

## БІОМЕХАНІКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ЇЇ ДЕФЕКТАХ У РІЗНИХ ТОПОГРАФІЧНИХ ЗОНАХ

**Виконавець:** Дроздов М. В.- студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Аветіков Д.С.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогодні постає актуальна проблема виникнення ускладнень у пацієнтів з правильною репозицією фрагментів нижньої щелепи при її дефектах.

Мета дослідження - встановити можливі порушення біомеханіки нижньої щелепи, зміщення відламків при її дефектах у різних топографічних зонах, за для полегшення вибору правильного методу лікування.

Методи та результати дослідження. Біомеханіка нижньої щелепи – це комплекс її рухів у процесах жування, ковтання, мовлення у трьох площинах: вертикальній (відкривання та закривання рота), сагітальній (рухи вперед та назад), трансверзальній (рухи вправо та вліво). Дефекти нижньої щелепи будуть причиною виникнення порушення її біомеханіки. У кожній з її топографічних зон зміщення уламків відбуватиметься зі своїми особливостями. Ці особливості залежать від: 1) впливу фізіологічної тяги жувальних м'язів; 2) впливу сили травмуючого фактору; 3) від розмірів самого фрагменту. Зміщення відламків оцінюють в залежності від рівня їх розташування по відношенню до дугоподібної лінії, що відповідає нормальному положенню нижньої щелепи.

Рухомість нижньої щелепи забезпечують дві групи м'язів: задня група та передня. Усі ці м'язи парні.

До задньої групи жувальних м'язів входять: жувальний м'яз, скроневи, медіальний та латеральний крилоподібні м'язи. Вони піднімають щелепу, зміщують її вправо та вліво, вперед і назад.

До передньої групи жувальних м'язів входять: двочеревцевий м'яз, щелепно-під'язиковий, підборідно-під'язиковий, підборідно-язиковий, під'язиково-язиковий м'язи. Вони опускають нижню щелепу та зміщують під'язичну кістку.

Також важливо пам'ятати, що якщо щілина перелому буде зміщена в сторону від середньої лінії, тоді великий фрагмент зміщуватиметься у бік пошкодження, менший же фрагмент підтягнеться доверху аж до контакту із зубами-антагоністами.

При множинних переломах нижньої щелепи відбувається хаотичне зміщення відламків, що інколи взагалі не відповідає напрямку тяги жувальних м'язів: вони здійснюють повороти, нахили по відношенню один до одного, накладаються або затискаються.

Треба обов'язково враховувати клінічну оцінку травми, додаткові методи дослідження, а головне - враховувати сумарну характеристику багатьох факторів, що беруть участь в дислокації фрагментів нижньої щелепи.

Висновки. Таким чином, в зв'язку з напрямком тяги м'язів можна в загальних рисах уявити характер зміщення відламків нижньої щелепи, звичайно ж, без врахування других факторів. Попередньо знаючи можливі зміни біомеханіки та характер зміщення фрагментів нижньої щелепи при її дефектах, можна обрати найбільш коректний метод лікування, що дасть змогу покращити ефективність лікування.

## ВИГОТОВЛЕННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНОЇ КОРОНКИ З РЕТЕНЦІЙНИМ ОТВОРОМ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ НА ІМПЛАНТАТАХ

**Виконавець:** Жалій М.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н. Виженко Є.Є.

*Кафедра протезування ортопедичної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема якісної фіксації незнімних ортопедичних конструкцій як на природних зубах так і на імплантатах. З метою покращення поєднання матеріалу з твердими тканинами зуба з'являються нові види фіксуючих цементів, які покращують адгезію не тільки з емаллю та дентином, а й з металами.

Разом з тим, при протезуванні на імплантатах, у ряді випадків, виникає потреба зняти реставрацію зі збереженням її цілісності.

Необхідність зняти реставрацію виникає при: 1) періодичній заміні ортопедичних частин; 2) послабленні або переломі гвинта; 3) переломі абатмента; 4) модифікації протеза після втрати імплантата; 5) повторній хірургічній операції.

Можливість зняття реставрації значно підвищує безпеку лікування, і, частіш за все абсолютно необхідна для оцінки стану імплантатів та оточуючих їх тканин, а також для професійного догляду за порожниною рота.

Одним із таких методів є метод збивання протезу за допомогою апарата Коппа [2]. Сутність методу полягає в тому, що під край коронки розміщується гачок коронкозбивача і за допомогою механічного імпульсу відбувається руйнування цементного з'єднання між коронкою та зубом або абатментом імплантату.

При протезуванні незнімними ортопедичними конструкціями з опорою на імплантати досить часто, виходячи з естетичних міркувань при вираженому фенотипові ясен, край коронки доводиться розміщувати значно нижче рівня ясен на 1,5–3 мм. В таких випадках взагалі унеможлиблюється використання коронкозбивача.

Нами розроблена модифікація коронкозбивача КС-3, кінчик гачка якого має циліндричну форму діаметром 2 мм. На оральній поверхні коронки вище рівня ясен робиться заглиблення відповідного діаметру. При фіксації коронки це заглиблення закривається композитним або склоіономерним цементом [1].

У разі потреби зняття ортопедичної конструкції пломбувальний матеріал видаляється бором, кінчик гачка вводиться в заглиблення, після чого апарат приводиться в дію. Циліндрична форма кінчика гачка дає можливість розташовувати коронкозбивач в порожнині рота під любым кутом відносно продольної осі супраконструкції. Така позиція

особливо зручна при знятті протезів в дистальних ділянках порожнини рота, коли не завжди вдається дотримуватися паралельності між робочою частиною коронкозбивача та продольною віссю зуба або імплантату.

#### Література

1. Патент на корисну модель № 73739 Україна, МПК (2012. 01) А61С 5/00 Суцільноліта коронка при протезуванні на природних зубах або імплантатах / Є. Є. Виженко, Д. М. Король. – № у 2012 02284; заявл. 27.02.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.
2. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія. К.: Книга плюс, 2003. – 545с. Король М.Д. Матеріалознавство у стоматології. – Вінниця: Нова книга – 2008 – с.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Исполнитель:** Золотов Л. А., - студ. V курса стомат. ф-та.

**Научный руководитель:** к.мед.н., Ерис Л.Б.

*Кафедра ортопедической стоматологии с имплантологией*

*ВГУЗ «Українська медична стоматологічна академія», г. Полтава*

Морфологические нарушения, возникающие вследствие резекции челюстей, ведут не только к функциональным изменениям непосредственно в зубочелюстной системе, но и в дальнейшем сопровождается изменениями в других системах организма. Основным методом лечения больных с полной резекцией верхней челюсти является изготовление резекционного протеза. Однако, его конструктивные особенности зависят от клинической ситуации в каждом конкретном случае.

На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент П., 63 лет, с жалобами на невозможность пользования резекционным протезом верхней челюсти в связи с травмой слизистой оболочки, а также плохую фиксацию и стабилизацию протеза. Из анамнеза известно, что резекция верхней челюсти произведена 7 месяцев тому назад. При объективном обследовании выявлено: резекция альвеолярного и небного отростков верхней челюсти с обеих сторон, частично сохранены лишь бугры, дефект твердого и мягкого неба, соответствующий III классу по Курляндскому. Слизистая оболочка умеренно податливая. Переходная складка, мягкое небо, слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи покрыты стягивающими послеоперационными рубцами. В дистальных участках протезного ложа и на слизистой оболочке гайморовой пазухи наблюдаются декубитальные язвы.

Целью настоящей работы было изготовление резекционного протеза верхней челюсти, который имеет хорошую фиксацию и стабилизацию, в то же время, не травмируя слизистую оболочку протезного ложа.

Для достижения поставленной цели получен полный анатомический оттиск верхней челюсти без тампонирующего дефекта неба. После изоляции на модели участков, соответствующих расположению декубитальных язв на слизистой оболочке, изготовили жесткую индивидуальную ложку и получили функциональный компрессионный оттиск под собственным жевательным давлением. Особенностью конструкции данного протеза явился тщательный учет податливости слизистой оболочки, использование в качестве дополнительного пункта фиксации рельеф дефекта неба, а так же постановку зубов с учетом перераспределения межальвеолярного пространства в боковых участках между резекционным протезом верхней челюсти и частичным съемным протезом нижней челюсти. С целью уменьшения веса протеза его резекционная часть сделана пустотелой.

В результате протезирования достигнуто герметичное разобщение носовой и ротовой полости, восстановлены функции жевания, речи и эстетический вид. Во время жевания резекционный протез имеет хорошую фиксацию и стабилизацию, не травмирует слизистую оболочку.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ КЛЕЙОВИХ КОМПОЗИЦІЙ В ХІРУРГІЧНІЙ ПАРАДОНТОЛОГІЇ

**Виконавець:** Каплун Д.В. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Аветіков Д.С.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії з основами стоматології.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогодні хірургічні методи мають важливе значення в комплексному лікуванні захворювань тканин пародонту. Хірургічне лікування спрямоване на усунення патологічних зубосясеневих кишень при прогресуючих стадіях пародонтиту, що значною мірою впливає на перебудову всього організму, підвищення або нормалізацію функціональної активності жувального апарату і ліквідацію косметичного дефекту.

Роль хірургічних методів лікування особливо велика при наявності неправильно сформованого передодня порожнини рота, аномалії розвитку вуздечок губи та язика.

До недоліків парадонтологічних операцій слід віднести: порушення мікроциркуляції крові та локальну гіпоксію слизової оболонки при накладанні швів, травматичність операції, ймовірність реінфекції.

В даний час коректне і герметичне ушивання слизової оболонки порожнини рота в парадонтальній хірургії залишається актуальною проблемою. Впровадження методик з використанням нових остеопластичних матеріалів і мембран, виконання традиційних методик з вільної пересадки клаптів підвищує вимоги до післяопераційного стану рани. Тому з кожним роком зростає інтерес до медичних композицій з лікарськими компонентами і високими склеюючими характеристиками. Успішне технічне рішення задач парадонтальній хірургії можливо завдяки застосуванню медичних клейових композицій на основі ефірів α-ціанакрилової кислоти.

Впровадження в стоматологічну практику використання медичних клеїв зумовило недостатнє клінічне вивчення різних клейових композицій. Тому порівняльна характеристика застосування різних клейових композицій в хірургічній парадонтології є актуальною сучасною медичною наукою.

Метою наукової роботи є порівняльна характеристика застосування різних медичних біологічних клеїв при створенні захисної післяопераційної антисептичної пов'язки з адекватною адгезійною фіксацією.

До завдань дослідження слід віднести вивчення механізмів дії різних клеєних композицій на тканини пародонту та вірогідні ускладнення із з'ясуванням шляхів їх попередження.



## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСКЛАДНЕННЯ ГІПЕРДОНТІЇ У ПАЦІЄНТА 27 РОКІВ

Виконавці: **Кафка М.Є.** – студ. 3 курсу, стомат. ф-ту;

**Блаженець Б.О., Петренчук В.О., Бондарець Б.В., Фіненко А.Ю.** – студ. 4 курсу, стомат. ф-ту

Науковий керівник : к.м.н., доцент **Дубровіна О.В.**

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Гіпердонтія, при якій виявляється четвертий моляр, більш-менш сформований або недорозвинений, іноді він росте до третього моляра, зустрічається рідко (Л.Л. Колесников, 2004), але ці хворі при будь-якій локалізації надкомплектних зубів на верхній або нижній щелепах довго не звертаються до лікаря-стоматолога, особливо при їх повній ретенції.

Мета роботи – описати наведений клінічний випадок ускладнення гіпердонтії.

У пацієнта М., 27 років надкомплектний зуб позазубного ряду розташований між 44 та 45 зубами із зовнішнього боку альвеолярного відростку нижньої щелепи, тому у хворого об'єктивно та після проведення ортопантомограми налічується 33 постійних зуба (гіпердонтія нижньої щелепи зліва). Лікар-стоматолог неодноразово пропонував хворому видалити надкомплектний зуб, але хворий постійно відмовлявся від оперативного втручання.

Надкомплектний зуб став причиною спочатку контактного карієсу у пацієнта, а потім гострого пульпіту 44 та 45 зубів, тому, що прилягав одночасно до обох зубів. Крім того надкомплектний зуб травмував пацієнту слизову оболонку щоки та заважав повноцінно проводити гігієну порожнини рота.

Після ретельного клінічного обстеження (опитування, огляд, пальпація, перкусія, рентгенографія та ін.), постановки діагнозу хворому за показаннями під торусальною анестезією був видалений надкомплектний зуб з метою збереження 44, 45 зубів. Після оперативного втручання хворий продовжив терапевтичне лікування гострого пульпіту 44 та 45 зубів та слизової оболонки щоки справа, яка була травмована надкомплектним зубом ще до звернення пацієнта до лікаря.

Після завершення комплексу лікувальних заходів хворому надані рекомендації стосовно проведення гігієни порожнини рота. Поодинокі випадки клінічних спостережень пацієнтів з гіпердонтією дозволили майбутнім лікарям-стоматологам на практиці більш детально ознайомитись з гіпердонтією та її ускладненнями, які в недостатньому об'ємі відображені у сучасній навчальній літературі.

Для профілактики ускладнень пов'язаних з гіпердонтією пацієнтам потрібно своєчасно звертатися до лікаря, а не лише у тих випадках, коли наявність надкомплектних зубів викликає деякі ускладнення, як у нашому клінічному випадку.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРОГО З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, ЯКА УСКЛАДНЕНА ВТОРИННОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗНИЖЕНИМ ПРИКУСОМ

Виконавець : **Конончук В. Ю.** – студ. V курсу, стомат. ф-ту

Науковий керівник : ас. **Семененко Ю.І., проф. Новіков В.М.**

*Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Складність ортопедичного лікування хворих з морфо-функціональними порушеннями жувального апарату інколи зумовлено несвоєчасним та некваліфікованим втручанням відповідних фахівців. Часто патологічні стани жувального апарату пов'язані з порушенням оклюзійних співвідношень, які виникли з різних причин: первинних деформацій, часткової втрати зубів, розвитку вторинних деформацій, зміщення нижньої щелепи дистально, зниження прикусу, коли не була надана ортопедична допомога, а організм втратив здатність чинити опір руйнівним процесам та ін.. В даному випадку невідповідність оклюзійних співвідношень пов'язана на першому етапі розвитку первинної деформації, а на думку Гросс, Метьюс [1986] та ін. – із дефектами зубних рядів. При цьому у хворого відбуваються стійкі зміни в жувальних м'язах у вигляді порушення координації скорочення окремих груп м'язів, які функціонально пов'язані із скронево-нижньощелепними суглобами.

Як приклад такого клінічного випадку наводимо витяг з історії хвороби пацієнта Т., 43 років. Хворий звернувся зі скаргами на естетичний дефект, затруднене пережовування їжі, порушення вимови звуків та дискомфорт у ділянці жувальних м'язів. Дані об'єктивного дослідження: обличчя не пропорційне, нижня третина різко вкорочена, носо-губні складки добре виражені, підборідна складка різко виражена. Відкриття рота вільне. На верхній щелепі відсутні 18, 28, мостоподібний протез з опорою на 23, 25 в задовільному стані, первинна адентія 12, 22, різко виражена діастема, бічні зуби мають низькі клінічні коронки. На нижній щелепі відсутні 48, 42, 41, 31, 32, 38, бічні зуби мають низькі клінічні коронки, 43, 33 мають високі клінічні коронки і різкий дистальний та медіальний нахил. При змиканні зубних рядів верхні передні зуби повністю перекривають клики нижньої щелепи і ріжучі краї верхніх зубів знаходяться на рівні з вершиною альвеолярної частини нижньої щелепи. У стані відносного фізіологічного спокою жувальних м'язів виявляється міжоклюзійна щілина 5 мм.

До лікування дослідили функціональний стан власне жувальних та скроневих м'язів за допомогою електроміографії, провели оклюзографію зубних рядів. Аналіз електроміограм показав різні ступені зниження чіткості структури залпів, що вказує на зміни роботи жувальних м'язів, та підвищення частоти коливань біопотенціалів.

Встановлений основний діагноз : дефект зубного ряду нижньої щелепи III класу I підкласу за Кеннеді, I форма вторинної деформації зубного ряду нижньої щелепи за В.О. Пономарьовою, блокуючий травматичний глибокий прикус.

Лікування : I-й етап – проведена перебудова міотатичного рефлексу за допомогою роз'єднувальної пластинки-протеза, підвищена висота прикусу на 7 мм; реставраційним методом відновлене положення 33, 43. На бокові зуби верхньої та нижньої щелепи виготовлені суцільнолітні металеві коронки та металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 44, 43, 33, 35.

Внаслідок поетапного протезування пацієнту частково відновлений естетичний вигляд, анатомічна форма зубів, усунені дефекти зубного ряду нижньої щелепи, відновлена висота нижньої третини обличчя, за рахунок чого покращені умови для функціонування скронево-нижньощелепного суглоба та жувальних м'язів.

## СНЯТИЕ ОТТИСКОВ С ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ ОТРЫТОЙ ОТТИСКНОЙ ЛОЖКИ

**Исполнители:** Коноплян В.А, Пашков В.В. – студ. V курса стомат. ф-та.

**Научный руководитель:** доцент Добровольский А.В.

*Кафедра ортопедической стоматологии с имплантологией*

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Современное развитие имплантологии, как отрасли современной медицины, стимулирует совершенствование остальных разделов стоматологии. Совершенствование касается врачебных манипуляций, технологий зуботехнического производства и, бесспорно, материаловедения. Так, например, с появлением новых силиконовых оттисковых материалов качество снятия оттисков с имплантатов значительно возрастает, что улучшает функциональный и эстетический результат ортопедического лечения.

Системой оттисковых трансферов с имплантата или его абатмента обладают практически все имплантационные системы. На наш взгляд, системы имплантатов с оттисковыми трансферами для открытой ложки наиболее точны в переносе на рабочую модель и наиболее предпочтительны к использованию, хотя технология снятия оттиска более трудоемкая и требует большего внимания от врача-стоматолога.

В случаях снятия оттиска с имплантатов, установленных на беззубых челюстях, наиболее оправдано применение трансферов для открытой ложки. Причем в таких ситуациях обязательно должна быть изготовлена и индивидуальная оттисковая ложка.

Методика снятия слепка индивидуальной открытой ложкой представлена в данной статье на конкретном клиническом примере лечения полной вторичной адентии нижней челюсти с использованием дентальных имплантатов.

В клинику обратилась пациентка 68 лет с жалобами на отсутствие фиксации съемного протеза на нижней челюсти. Пациентка пользуется съемными протезами в течение 18 лет. При обследовании выявлена значительная атрофия альвеолярного отростка и было принято решение изготовить на нижней челюсти новый съемный протез с балочным фиксатором и опорой на имплантатах. Хирургическая операция установки 4 дентальных имплантатов в подбородочном отделе нижней челюсти была выполнена по стандартной методике. Открытие имплантатов и формирование десны проводили в установленные сроки, после чего приступили к этапу снятия оттисков.

Снятие оттисков осуществляли индивидуальной ложкой с перфорациями для оттисковых трансферов. Трансфер не должен соприкасаться с краем ложки и препятствовать ее свободному движению. Поэтому перфорационное отверстие должно быть сформировано с избытком в 5 мм на каждый установленный трансфер.

Непосредственно снятие оттиска проводили с использованием сэндвич-техники А-силиконовой массой Protasil, производства (Италия). Этот материал принадлежит к группе аддитивно-сетчатых силиконов, обеспечивающих идеальное качество оттиска при оптимальном времени отверждения. Базовый слой ProtesiPutty плотной консистенции, но достаточно пластичный. Корректирующий слой Protesi light — материал низкой степени вязкости, хорошо текучий. Подобное сочетание свойств эластичности базового и корректирующего слоев обеспечивает наилучшую передачу всех деталей поверхностей оттиска.

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

**Исполнитель:** Кочакова Л.М. – студ. 5 курса стом. ф-та

**Научные руководители:** проф. Рибалов О.В., асс. Бондаренко В.В.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

**Целью исследования** явилось описание ведущих дифференциально-диагностических характеристик хронического одонтогенного и токсического остеомиелитов челюстных костей по клиническим и рентгенологическим данным.

**Объекты и методы исследования.** В основу работы положены результаты наблюдения 22 больных возрастом 24-45 лет, у 10 из которых (9 мужчин и одна женщина) диагностирован хронический одонтогенный остеомиелит челюстных костей (у 8 человек нижней челюсти, у 2- верхней), у 12 (все мужчины) - токсический некроз челюстей (у 8 человек нижней челюсти, у 4- верхней). Исследование проводилось по стандартной схеме: опрос, осмотр, пальпация, рентгенография, ортопантомография, КТ челюстей и костей лицевого скелета.

**Результаты исследования.** По данным исследования первой группы больных установлен одонтогенный источник остеомиелита челюстных костей. В клинических проявлениях хронического одонтогенного остеомиелита ведущим симптомом было наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым на коже в подчелюстной области (8 человек) или в полости рта (2 человека). Рентгенологически у этих больных определялась деструкция костной ткани тела челюсти с наличием секвестров на разных стадиях их формирования.

У больных с токсическим некрозом челюстей анамнез был отягощен приемом тяжелых наркотиков, содержащих красный фосфор, марганец, эфедрин. Локализация секвестрирующихся фрагментов челюстей у всех больных относилась к альвеолярному отростку верхней или нижней челюсти, что не сопровождалось наличием свищей. Рентгенологически у этих пациентов границы секвестрации определить было сложно.

Таким образом, ведущая роль в определении этиологии остеомиелитического процесса в челюстных костях, его дифференциальной диагностике играет анамнез заболевания, анамнез жизни пациента, локализация очагов секвестрации (тело челюсти или альвеолярный отросток), данные рентгенологического исследования костных структур.

## СИМПТОМАТИЧНЕ ДВОСТОРОННЄ ЗБІЛЬШЕННЯ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

**Виконавець:** Короленко І.А. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** проф. Рибалов О. В., ас. Гаврильєв В.М.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та ший.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Сучасними дослідженнями переконливо доведено, що слинні залози є органами-мішенями, які чутливо реагують на різноманітні зміни в організмі людини. Особливо це стосується захворювань шлунково-кишкового тракту, ендокринної та сечостатевої системи тощо. Зазвичай, виявляючись однотипними симптомами, ураження слинних залоз можуть мати різний етіопатогенез. При цьому в слинних залозах відмічаються патологічні зміни у вигляді поступового збільшення в них вмісту сполучної тканини і зниження їх гідрофільності.

Мета дослідження. Описати диференціально-діагностичні характеристики симптоматичних двосторонніх збільшень привушних слинних залоз.

Об'єкти та методи дослідження. Дослідження базується на спостереженні за 46 пацієнтами із двостороннім збільшенням привушних слинних залоз віком 49-60 років (жінок – 39, чоловіків – 7).

З 46 обстежених пацієнтів у 15 мав місце невrogenний сіалозаденіт (жінок – 13, чоловіків – 2). У 14 осіб симетричне збільшення привушних слинних залоз було визначене як інтерстиціальний аліментарний сіаладеноз: у 9 жінок на тлі булімії, у 5 чоловіків – алкоголізму. У 8 жінок збільшення залоз виникло на фоні метаболічного синдрому, викликаного інсулінонезалежним цукровим діабетом. У 9 пацієнтів жіночої статі було діагностовано хворобу Шегрена.

Поряд із загальноклінічним обстеженням хворих використовували такі методи дослідження, як загальна сіалометрія і сіалометрія з навантаженням секреції, сіалометрія привушних залоз для визначення їх функціонального стану без стимуляції та зі стимуляцією секреції. Крім того, обов'язковою складовою обстеження було встановлення фізико-хімічних властивостей ротової рідини (рН, в'язкість, прозорість) та визначення цитологічних характеристик секрету привушних залоз. Спеціальним дослідженням включали сіалографію та привушних залоз.

Результати дослідження. Багатопланове обстеження пацієнтів із двобічним збільшенням привушних залоз за наявності у них невrogenного сіалозаденіта, аліментарного інтерстиціального сіаладеноза, діабетичного сіалоза і реактивно-дистрофічних змін в слинних залозах при хворобі Шегрена довело, що найбільш виражені порушення з боку функціонального стану привушних залоз, фізикальних властивостей паротидного секрету і ротової рідини, показників імунного захисту відмічаються при хворобі Шегрена. Виявлені лабораторні диференціально-діагностичні критерії підтверджуються результатами цитологічного дослідження секрету привушних залоз і даними сіалографії. Вивчення клітинного складу секрету привушних залоз та проведення рентгенологічного дослідження залоз із штучним контрастуванням їх проток необхідно призначати цій категорії пацієнтів як найбільш об'єктивні методи діагностики.

## ВЕГЕТОСОМАТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У БЕЗЗУБИХ ХВОРИХ ПРИ АДАПТАЦІЇ ДО ПОВНИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

**Виконавці:** Лисенко Т.В., Іваненко О.С. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** к.мед.н., ас. Лугова Л.А., к.мед.н., ас. Шеметов О.С.

*Кафедра ортопедичної стоматології та імплантології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Значна кількість осіб похилого віку потребує ортопедичного лікування з виготовленням повних знімних зубних протезів (ПЗЗП). На початку користування зубний протез є стресовим фактором для організму. На фоні старіння додаткові стреси можуть викликати виснаження адаптаційних механізмів, втрати гармонійної взаємодії організму з навколишнім середовищем, а це створює умови для розвитку патології. Для підвищення стійкості організму до впливу стресових факторів без порушення дієздатності організму застосовуються фармакологічні препарати з адаптогенними властивостями. Пірацетам широко використовують в похилому віці при порушеннях пам'яті, фізіологічному старінні, порушеннях кровообігу та метаболічних процесів головного мозку, але мало інформації щодо впливу цього препарату на вегетативну регуляцію серцево-судинної діяльності у хворих за умов стресу.

Мета роботи - у хворих, що адаптуються до ПЗЗП на фоні вживання пірацетаму оцінити показники частоти дихання (ЧД), частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ) і на їх основі стан вегетативної регуляції.

Спостереження проводили за 12 хворими віком від 56 до 83 років, у яких повна відсутність зубів на верхній та нижній щелепах. На час протезування самопочуття всіх пацієнтів було задовільне, супутні вікові хвороби в стадії компенсації. Хворі вже користувалися ПЗЗП і за показаннями їм були виготовлені нові. Спостереження проводили з першого дня звернення до лікаря - ортопеда протягом місяця користування протезами. Хворі були розподілені на 2 клінічні групи. В першій клінічній групі адаптаційні процеси проходили природним шляхом. Хворим другої клінічної групи з метою покращення адаптації до повних знімних зубних протезів призначали ноотропний засіб «Пірацетам» в межах середньої терапевтичної дози (0,2 г 3 рази на день). Хворі вживали лікарський засіб за призначенням лікаря невропатолога. Під час клінічних відвідувань (в перший день звернення, в день накладання знімних протезів, через сім та тридцять днів користування протезами) проводили спостереження за показниками серцево-судинної діяльності, частоти дихання та вегетативного індекса Кердо.

У пацієнтів I клінічної групи показники ЧСС, ЧД під час першого обстеження і до 30 днів адаптації були стабільні і в межах вікової норми. Систолічний і діастолічний АТ в день накладання протезів був дещо нижчий, ніж в перше клінічне відвідування, і також знижувався через 30 днів після накладання протезів. Показник вегетативного тону (індекс Кердо) знизився порівняно з початковими величинами майже вдвічі.

У пацієнтів II клінічної групи показники серцево-судинної діяльності та дихання, які до та під час адаптації до зубних протезів вживали пірацетам відрізнялися від першої групи зниженням ЧСС, зменшенням ЧД та сталістю індексу Кердо, що може пояснюватись більшою стабільністю вегетативної регуляції під час стресу викликаного початком користування ПЗЗП.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІНИ ВИСОТИ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ЗУБІВ ЗІ СТАНОМ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

**Виконавці:** Малюченко О.М. – студ. IV курсу, стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доцент Ткаченко І.М.

**Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Нижня щелепа бере участь в багатьох функціях: жування, мова, ковтання. Для ортопедичної стоматології найбільше значення має вивчення співвідношень елементів скронево-нижньощелепного суглоба і взаємин між зубними рядами при жуванні.

Між органами зубощелепної системи існує тісний зв'язок. Це пояснюється не тільки морфологічною і функціональною єдністю, а й загальним філо- та онтогенетичним походженням. Кожен з органів виконує властиву тільки йому функцію, яка є лише частиною функції всієї зубощелепної системи. Зміна в одному з них, як правило, викликає порушення форми та функції всієї системи.

Зубощелепна система являє собою сукупність органів, виконуючих найважливіші функції: травлення, дихання, мови та ін., та представлена: 1) щелепними, піднебінними, носовими і виличними кістками; 2) зубами; 3) органами, призначеними для захоплення їжі і формування харчової грудки (губи, щоки, язик, тверде і м'яке піднебіння); 4) жувальною та мимічною мускулатурою; 5) трьома парами слинних залоз; 6) скронево-нижньощелепними суглобами.

Координація скорочень основних і допоміжних жувальних м'язів регулюється рефлекторно. Ступінь жувального тиску на зуби контролюється проприоцептивною чутливістю пародонту. Сила м'язів спрямована дорзально, тому найбільшій зусилля жувальні м'язи здатні розвивати в самих дистальних відділах зубних рядів. Втрата бічних зубів, а також зменшення їх розмірів різко знижує ефективність розжовування їжі, а нижня щелепа набуває тенденцію до дистального зміщення. Подібна зміна призводить до перевантаження скронево-нижньощелепного суглоба і руйнування синхронності скорочення жувальних м'язів.

Жувальна функція накладає свій відбиток на будову і функцію суглоба. Пристосування до мінливого функціонального навантаження проявляється у збільшенні глибини суглобової ямки, в зростанні суглобового горбка та ін.

Протягом життя діяльність скронево-нижньощелепного суглоба безпосередньо пов'язана з жувальною функцією. При фізіологічному виді прикусу жувальний тиск приймають на себе великі і малі корінні зуби, здійснюючи тим самим як би бічний захист суглоба. З їх втратою сила м'язових скорочень припадає на фронтальні зуби і суглоб, викликаючи їх перевантаження. Це доволі часто призводить до здавлення пухкої сполучної тканини між задньою стінкою капсули і барабанної кістки та розвитку таких симптомів як головний біль, біль у суглобі, печія в язиці та ін.

Рухи нижньої щелепи настільки різноманітні, що ми можемо їх вивчати тільки в певних просторових межах, які визначаються будовою СНЩС, а при інтактних зубних рядах - оклюзійної поверхні зубів.

На характер рухів нижньої щелепи в значній мірі впливають зміни в зубних рядах і вид оклюзії. Так, наприклад, відсутність одного зуба веде до порушення симетрії рухів вправо і вліво, викривлення їх траєкторії.

У зв'язку з цим метою нашої роботи можна визначити наступне: встановлення взаємозв'язку висоти коронкової частини зубів з елементами скронево-нижньощелепного суглобу.

Для досягнення мети нами проведено клінічне обстеження 10 пацієнтів від 30 до 50 років з ортогнатичним видом прикусу, 6 із яких склали жінки, 4 чоловіки. 4 обстежених пацієнти мали інтактні зубні ряди, 3 – односторонній дефект у дистальній ділянці верхньої або нижньої щелепи, 3 - підвищену стертість зубів генералізованої форми.

Для визначення значень розмірів зубів проводили вимірювання висоти зубів і ширини по вестибулярній поверхні, які можливо порівняти з відомими даними висоти та ширини зубів пацієнтів різного віку з ортогнатичним прикусом. Вимірювання проводилось як на моделях так і в порожнині рота. На комп'ютерному 3D томографі ми проводили дослідження зони скронево-нижньощелепного суглобу у фронтальній та сагітальних проекціях. При роботі з програмою в сагітальній та фронтальній площинах виставляли точки для виміру відстані між головкою скронево-нижньощелепного суглобу та дном ямки біля скроневого горбика. Порівнювали зміни отриманих даних з різних боків, які стосувалися, як розмірів зубів так і вимірів в ділянці суглоба.

При оцінці отриманих даних маємо нагоду зазначити, що при ортогнатичному прикусі і інтактних зубних рядах розміри зубів відповідають віковій нормі, а змін із боку вимірювань відстані між елементами суглобу не відмічено. При підвищеній стертості та односторонніх кінцевих дефектах зубних рядів виявлено прямий зв'язок між висотою зубів або їх повній відсутності на одному з боків із відстанню між елементами суглобу. Зміна вимірюваних розмірів пропорційна зменшенню розмірів зубів у бічній ділянці та співвідноситься із тривалістю терміну видалення зубів, чим він довший тим менша відстань між елементами суглобу.

Таким чином встановлено зв'язок між елементами зубо-щелепної системи, а зокрема висотою зубів та відстанню між головкою суглоба та дном суглобової ямки.

## ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Виконавці:** Мерсени Рабаб, Курбанов Хайрула-студ. 5 курсу факультету підготовки іноземних студентів

**Науковий керівник:** доц. Литовченко І.Ю.

**Кафедра терапевтичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Передракові захворювання — одна з актуальних проблем сучасної теоретичної та практичної медицини, тому своєчасна діагностика цієї групи захворювання, без сумніву, є основною ланкою профілактики онкозахворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та червоної кайми губ.

Статистично доведено, що рак СОПР у 85-98% розвивається на тлі передракових захворювань, тому важливо своєчасно діагностувати та проводити їх адекватне лікування та профілактику (Данилевський М.Ф., 2010).

Тема роботи — визначення тактики лікаря-стоматолога на етапах лікування та профілактики передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки. За даними Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 2013 рік по Полтавській області взято на облік з вперше в житті встановленим діагнозом злоякісної новоутворення губи — 28 осіб, ротової порожнини — 98 осіб. Випадків раку губи — 29, ротової порожнини — 104. Занедбаних випадків ( III та IV стадії) злоякісних новоутворень губи — 3 з 28 осіб (10,7%), ротової порожнини — 57 з 98 осіб (58,2%).

З точки зору профілактики передракових захворювань СОПР та червоної кайми губ першочергове значення мають міроприємства спрямовані на боротьбу з шкідливими звичками (палінням), попередження усіх видів травматич-

них ушкоджень, своєчасне лікування та попередження хронічних запальних процесів в ділянці губ та слизової оболонки (гландулярного, метеорологічного, актинічного хейлітис; лейкоплакії; гіперкератотичних, ерозивних та виразкових форм червоного вовчака та червоного плескатого лишая).

Велике значення мають вік і стать хворих. Передракові захворювання найбільш часто зустрічаються у чоловіків (65-89%). Абсолютна більшість передраків виникає після 40 років, особливо в похилому віці (55-75 років).

З точки зору тактики лікування - усі пацієнти із зазначеними захворюваннями підлягають обов'язковому диспансерному нагляду та консультації лікаря-онколога.

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ

**Виконавці:** Наріманов О.С., Ширіпа Я.М. – студ. II курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Коробейніков Л.С.

**Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Однією із значних подій, яка вплинула на розвиток медицини, можна вважати відкриття В. Рентгеном Х-випромінювання. Запропонований на цій основі метод рентгенографії являє собою дослідження, при якому рентгєнівські промені можуть проникати крізь речовину, при чому різні речовини по-різному їх поглинають. Ступінь поглинання рентгєновських променів є найважливішою їх властивістю при одержанні рентгєнівських знімків.

Протягом багатьох років рентгєнологічне дослідження залишається провідним методом діагностики у стоматологічній практиці. Без його застосування важко уявити досягнення при розпізнаванні та лікуванні патології щелепно-лицьової ділянки. В останні десятиріччя діагностичні методи зазнали значного впливу науково-технічного прогресу, що дозволяє виявляти морфо-функціональні зміни на ранніх стадіях, коли людина ще не відчуває хвороби.

Зараз широко впроваджуються сучасні методи рентгєнографії, радіографія, магнітно-резонансна спектроскопія, комп'ютерна конусопроменева томографія. Знання технічних особливостей цих методів є обов'язковим не тільки для правильного проведення діагностики але й для зменшення їх негативного впливу у променевому відношенні. Рентгєнівське випромінювання є іонізуючим. Воно впливає на тканини живих організмів і може бути причиною променевої хвороби, променевих опіків і злоякісних пухлин. Тому, цим питанням слід надавати особливого значення при обстеженні дітей, підлітків, жінок дітородного віку, оскільки близькість до організму джерел випромінювання при використанні більшості спеціальних рентгєнівських апаратів не є безпечним.

Серед рентгєнологічних методів дослідження найбільш розповсюдженими залишаються внутрішньо-ротова прицільна рентгєнографія, ортопантомографія, цифрова панорамна рентгєнографія, конусопроменева комп'ютерна томографія. Але настав час коли дуже важливо коректно обробити накопичену інформацію про їх позитивні та негативні властивості, щоб визначити об'єктивну необхідність і перспективи застосування зазначених діагностичних комплексів.

Аналіз характеристик вищевказаних методик свідчить про те, що найбільш оптимальним і досконалим методом рентгєнологічного дослідження в сучасній стоматології можна вважати конусопроменеву комп'ютерну томографію. Даний метод неруйнуючого пошарового рентгєнологічного дослідження внутрішньої структури дає можливість відображення шарів, розташованих на визначеній глибині об'єкту який досліджується.

Враховуючи переваги конусопроменевої комп'ютерної томографії, зокрема, низьке променеве навантаження та високу деталізацію отриманих зображень, можна прогнозувати, що в майбутньому саме цей метод рентгєнологічної діагностики стане стандартом у стоматології. Тривимірна версія цього методу дозволяє значною мірою уточнити і доповнити отримані клінічні дані, визначити не тільки результати лікування, а й провести контроль на етапах динамічного спостереження.

## РОЛЬ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПРИКУСІ, ЩО ЗНИЖУЄТЬСЯ, НАЯВНОСТІ ВТОРИННИХ ДЕФОРМАЦІЙ, ПРИ СКЛАДНИХ УМОВАХ ПРОТЕЗУВАННЯ

**Виконавці:** Онанко Н.В., Фурсов В.А., Чечель Є.О. – студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Кузь Г.М., Кузь В.С.

**Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Спеціальна підготовка до раціонального ортопедичного лікування – комплекс заходів, які включають в себе роз'єднання прикусу та перебудову рефлексів жувальної системи з подальшою фіксацією нової отриманої висоти прикусу за допомогою різних ортопедичних конструкцій.

Прикус, що знижується, вторинні деформації зубних рядів, на відміну від інших патологічних форм розвиваються в період постійного прикусу. Причиною цих явищ є дефекти зубних рядів, які часто поєднуються з патологічним стиранням твердих тканин зубів. Для успішного лікування прикусу, що знижується важливим є правильна постановка діагнозу та вибір раціонального методу ортопедичного лікування.

На кафедру ортопедичної стоматології з імплантологією звернулася пацієнтка К. 46р. зі скаргами на естетичний дефект, утруднене переживання їжі у зв'язку з відсутністю зубів у фронтальній ділянці на верхній щелепі і жувальних зубів на нижній щелепі, неприємні відчуття в ділянці скронево-нижньощелепних суглобів.

При об'єктивному обстеженні виявлено: обличчя симетричне, нижня третина обличчя зменшена відносно інших, носогубні складки виражені. При обстеженні зубних рядів поставлено діагноз: дефект зубного ряду верхньої щелепи III клас I підклас за Кенеді, дефект зубного ряду нижньої щелепи III клас I підклас за Кенеді, втрата жувальної ефективності 40 % за Агаповим, генералізоване патологічне стирання твердих тканин зубів. Клінічна ситуація ускладнена тим, що у пацієнтки прогенічне співвідношення щелеп та наявні вторинні деформації.

Хворій запропоновано відновлення міжальвеолярної висоти за допомогою бюгельного протеза на нижню щелепу та виготовлення тимчасового мостоподібного протеза із опорою на 1.2, 2.2, 2.3.

Після такої спеціальної підготовки та звикання пацієнтки до нових умов планується заміна тимчасової конструкції на металокерамічний мостоподібний протез.

## ТЕРАТОМА ЯЄЧНИКА: ЗУБНА ДИСТОПІЯ І КАРІЄС ЗУБІВ

**Виконавці:** Павлюков О.О., Черніков О.М. – студ. І курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** д.мед.н. Старченко І.І., доц. Білоконь С.О.

*Кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та дитячої хірургічної стоматології  
з пропедевтикою хірургічної стоматології*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Як відомо, тератоми належать до новоутворень дизонтогенетичної природи, що складаються з тканин декількох типів, похідних одного, двох або трьох зародкових листків, присутність яких не властива тим органам та анатомічним ділянкам організму, де розвивається пухлина.

Ми спостерігали цікавий клінічний випадок кістозної зрілої тератоми яєчника, майже повністю виповненої кістковою тканиною, де визначались, крім дериватів шкіри, 8 різних за розміром і формою зубоподібних утворень, частина з яких розташовувалась вільно, а корені деяких знаходились в кістці подібно зубо-щелепним з'єднанням.

Виявлені зубоподібні утворення за формою загалом, маючи деякі виключення, нагадували елементи різних груп зубного ряду людини. Враховуючи те, що видалений зубний комплект складався із 8 одиниць, з яких 3, подібно молярам нижньої щелепи, мали два крені, а інші, форма коронок котрих нагадувала премоляри, клик та різці, були однокореновими, можна припустити, що в цій пухлині генетично реалізувалась половина нижніх постійних зубів разом із окремими фрагментами альвеолярного відростка нижньої щелепи.

Не дивлячись на деяке викривлення зовнішньої форми, загалом внутрішня будова даних тератомних зубів практично не відрізнялася від такої у їх нормально розвинутих аналогів. Однак, досить цікавим є той факт, що деякі із згаданих тератомних зубів мали явні ознаки альтерації емалі і дентина. Вочевидь, альтерація була двоякого походження: в одному випадку її можна віднести до плямистої форми флюороза або місцевої гіпоплазії емалі, а в інших ділянках знаходились явні каріозні ознаки у вигляді “ніш” середньої глибини в кореновому дентині (карієс дентина) та в різних місцях емалі (карієс емалі). Доказом цієї думки є наявність в “нішах” тканинного детрита і своєрідної альтерації у вигляді так званих “мертвих трактів” дентина, розташованого під емаллю.

Таким чином, наведені дані, підтверджуючи поліетіологічну теорію розвитку карієса зубів, можуть стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень щодо питань розвитку різних варіантів зубної дистопії.

## СПОСОБИ УТВОРЕННЯ УСТУПІВ ЗУБІВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ РЕТРАКЦІЇ ЯСЕН ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ НЕЗНІМНИХ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ

**Виконавці:** Палінкевич О.О., Орлов Д.В, Кушнір В.В. – студ. v курсу, стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доцент Оджубейська О.Д.

*Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології*

*ВДНЗУ “ Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Виготовлення металокерамічних незнімних конструкцій за останні роки широко застосовуються у стоматологічній практиці. Процес препарування зубів під металокераміку є незворотнім процесом, він повинен виконуватися особливо ретельно. Дотримання особливостей препарування зубів значно збільшує довготривалість конструкції і забезпечує її біологічну сумісність з навколишніми тканинами. Незначна помилка може призвести до ускладнень під час користування протезів - зниженню їх стійкості до навантажень, погіршення естетичності, запалення ясен, тому вивчення цих питань є актуальними.

Метою даного дослідження стало вивчення особливостей утворення пришийкових уступів та використання різних методів ретракції ясен.

Препарування зуба під металокерамічну коронку із створенням кругового уступу, а також оптимального нахилу уступу що складає 120 градусів необхідне для отримання точного литва та зниження величини напруг у металевому каркасі коронки і цементі, що скріплює коронку із зубом. Нині препарування зубів без уступу майже не практикується.

Лікарями найчастіше створюють наступні типи уступів: 1. Щоб отримати кращий естетичний результат рекомендовано препарувати видиму поверхню зуба, створюючи уступ-плече, який повністю приховає метал під керамікою. 2. Плече зі скосом перекривається металом, забезпечуючи щільніше і точніше прилягання коронки. 3. Закруглений уступ зі скосом. Скіс перекривається металом. При перекритті керамікою збільшується зовнішній контур коронки, який тиснутиме на ясна. 4. Модифікований (подовжений) закруглений скат. Універсальний вигляд. Добре підходить для будь-яких коронок. Забезпечує легкий контроль за лінією препарування. Уступ може бути виконаний над яснами, врівні з нею або нижче за її рівень. Для механічного розширення зубоясенної борозенки, для точного відображення уступів відбитковим матеріалом, використовуються просочені нитки декількома хімічними сполуками, таких як: епінефрин HCl, галун (подвійний сульфат алюмінію і лужного металу), алюміній хлорид, цинк хлорид, алюміній сульфат, дубильна кислота і сульфат заліза, кожний з яких допомагає ретракції і зупиняє кровотечу з ясен. До існуючих видів ретракції відносяться: механічна ретракція - фізичний зсув ясенної тканини від поверхні зуба; хімічна ретракція - розкриття ясенного краю підготовленої області під дією фізіологічних або хімічних речовин на тканині ясен; хірургічна ретракція - метод видалення ясенної тканини за допомогою обертальних інструментів, хірургічного скальпеля або електрхірургічних приладів. Серед практикуючих стоматологів метод комбінації механічного і хімічного зсуву з використанням просочених ниток є найбільш популярним.

Таким чином, зі всього асортименту засобів, що є на сьогодні, і способів проведення створення уступів під час препарування зубів, а також ретракції ясенного краю необхідно використовувати той або інший матеріал і методику з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта, загального стану організму, і залежно від клінічної ситуації в порожнині рота.

## КЛІНІКА І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯІН'ЄКЦІЙНОЮ КОНТРАКТУРОЮ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

**Виконавець:** Полякова К.Д. – студ. 5 курсу, стомат. ф-ту.

**Наукові керівники:** доценти Скікевич М.Г., Волошина Л.І.

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава*

Діагностика і лікування пацієнтів з таким ускладненням місцевої анестезії, як післяін'єкційна контрактура нижньої щелепи, не можна недооцінювати.

Діагностика включає в себе використання клінічних, додаткових методів дослідження та проведення диференціальної діагностики. Встановити діагноз іноді складно у пацієнтів з таким ускладненням.

Практично всі пацієнти відзначали невдале знеболення на прийомі у стоматолога та повторні спроби усунення больового синдрому. Через деякий час наступало обмеження відкриття рота - через 3-5 днів.

Лікування пацієнтів з післяін'єкційною контрактурою нижньої щелепи ми проводили комплексне. Усіх пацієнтів поділили на дві групи. У першу групу входили пацієнти з терміном захворювання від 7 до 10 днів, у яких була позитивна динаміка. Друга група з терміном захворювання більше ніж 10 днів, у яких сформувалася післяін'єкційна контрактура. Усім пацієнтам призначалася активна механотерапія доступними засобами: прищепка, гумові ковпачки, відкушування яблук та фізіотерапевтичне лікування: УВЧ, лазеротерапія, електроміостимуляція, електрофорез з йодистим калієм. Існує та застосовується досить успішно метод лікування, який базується на активній механотерапії (Ібрагімов З.І. із співавторами 2007). Лікування пацієнтів першої підгрупи не мало великих труднощів. При активному проведенні лікування через 7-10 днів у них наставала повна реабілітація.

Лікування пацієнтів другої групи вимагало значних зусиль від лікаря та пацієнта. Проводили редресацію нижньої щелепи. Маніпуляція супроводжувалась характерним "тріском", що могло означати розрив спайок і рубцевої тканини в тканинах крилоподібно-щелепної ділянки. В подальшому наступало зменшення обсягу відкриття рота у третини пацієнтів. Можна припустити, що замість розірваних рубців утворювались більш грубі рубці.

Ці пацієнти потребують пильного спостереження, проведення щоденних процедур електростимуляції, анестезій за Берше-Дубовим 2% розчином лідокаїна.

У частини пацієнтів були виявлені осифіковані м'язові тканини в крилоподібно-щелепній ділянці. У цьому випадку показано проведення оперативного втручання на тлі комплексного лікування.

## ЛІНІЧНА ОБҐРУНТОВАНІСТЬ ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ КОНСТРУКЦІЙ ПІСЛЯ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ

**Виконавець:** Рамусь А.М. - студ. III курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доцент Рамусь М.О.

**Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Мета дослідження: профілактика запалення пульпи після одонтопрепарування з метою збереження її вітальності, запобігання зсуву моргінальної частини ясен та усунення дискомфортного стану пацієнта.

Об'єкт дослідження: пацієнти з дефектами зубного ряду в фронтальній ділянці.

Власні дослідження в плані ортопедичного втручання застосування тимчасових конструкцій з індивідуальним підходом до виготовлення дозволяють стверджувати про їх доцільність в ефективності протезування та відновлення функції та естетики на час виготовлення постійних металокерамічних зубопротезних конструкцій.

Клінічно обґрунтовано доцільна обов'язкова умова для всіх пацієнтів після препарування опорних зубів під металокерамічні протези - захист оголених твердих тканин від подразливих зовнішніх факторів. Задля цього широко застосовуються тимчасові (провізорні) коронки. Тимчасове протезування розв'язує такі клінічні задачі:

- запобігає можливій реакції пульпи на одонтопрепарування;
- усуває зсув препарованих зубів;
- у разі під'ясенного формування пришийкового уступу утримує маргінальну частину ясен на заданому рівні, тим самим забезпечуючи "спокій" тканинам пародонта до моменту фіксації основної незнімної конструкції;
- дає можливість відновити функцію жування й усунути естетичний дискомфорт.

Наші клінічні спостереження показують, скільки проблем викликає здача металокерамічної конструкції на опорні зуби, які тривалий час були виключені з контакту з антагоністами через препарування їхніх оклюзійних поверхонь. Накладення тимчасових коронок або мостоподібних протезів запобігає зсуву препарованих зубів на період виготовлення постійного протеза, а також дезорієнтації функціонального положення скронево-щелепного суглобу.

Нарешті, для пацієнтів із невірноваженою психікою, що болісно переносять порушення форми, величини і кольору передніх зубів, провізорні коронки мають велике значення. Крім того, завдяки анатомічній формі тимчасових коронок, максимально наближених до форми зубів майбутнього постійного протеза, узгодженню її з вимогами і побажаннями пацієнта і можливості корекції можна уникнути непорозумінь щодо величини зубів, форми, наявності або відсутності діастем, трем і т.д., які часто мають місце в клініці під час виготовлення зубних протезів.

## КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

**Виконавець:** Ратанчук В. – студ. IV курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** доктор медичних наук, професор Рибалов О.В.,

кандидат медичних наук, асистент Іваницька О.С.

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології та неврології продовжує залишатись питання невралгії трійчастого нерва (ТНН). Її значна розповсюдженість дає підстави фахівцям вважати це захворювання одним із найбільш поширених серед нейростоматологічних. Клінічні ознаки захворювання у вигляді пароксизмів гострого болю позбавляють хворих можливості працювати, значно знижують якість їх життя та можуть стати причиною серйозних психічних розладів. При цьому дане захворювання продовжує викликати значні труднощі у діагностиці та лікуванні.

Це призводить до проведення необґрунтованих стоматологічних маніпуляцій, відсутності позитивного результату лікування та виникнення рецидивів захворювання. Детальне вивчення патогенезу і клінічного перебігу даного захворювання, особливо у випадку його тривалого перебігу, обумовлена необхідністю розробки ефективного лікування.

Мета нашого дослідження – комплексне вивчення клініко-функціональних особливостей невралгії трійчастого нерва. Об'єкти та методи дослідження. В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 17 хворих (12 жінок та 5 чоловіків) із невралгією трійчастого нерва (термін захворювання більше 4 років). Всі пацієнти були обстежені за єдиною комплексною програмою, яка включала вивчення стоматоневрологічного та психоемоційного статусів, а також проведення електроміографії жувальних м'язів.

Результати власних досліджень. У всіх пацієнтів спостерігались часті і тривалі больові пароксизми гострого, різкого, обпікаючого болю. Інтенсивність такого болю за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) складала 6-10 балів. Окрім пароксизмального болю, 11 хворих (64,7%) скаржились на постійний, монотонний біль стискаючого, стягуючого, давлючого характеру на «ураженому боці», який оцінений пацієнтами у 3-4 бали за ВАШ, що вказувало на розвиток у них вторинного міофасціального больового синдрому. При вивченні психометричних характеристик у всіх пацієнтів був встановлений високий рівень депресії за Беком.

Обов'язковим параклінічним методом діагностики та вивчення патогенезу лицевого болю була електроміографія жувальних м'язів. У пацієнтів, які мали тільки пароксизмальні болі, значних змін графічного зображення біоелектричної активності жувальних м'язів не виявлено. Для електроміограм пацієнтів із невралгією трійчастого нерва, що обтяжувалась міофасціальним синдромом, було зареєстровано підвищення середньої амплітуди жувального і скроневого м'язів у спокої та при функціональних навантаженнях на «здоровому» боці, а також зниження амплітуди на стороні болю.

Отже, результати обстеження дозволили у повній мірі з'ясувати клініко-функціональну картину невралгії трійчастого нерва у випадку її тривалого існування. Крім того, отримані дані у майбутньому допоможуть розробити комплексне лікування пацієнтів із больовими синдромами обличчя, яке повинно, на нашу думку, впливати не тільки на нервово-волокно, але й нормалізувати тонус жувальних м'язів та здійснювати корекцію психоемоційного фону.

## ГІГІЄНІЧНІ ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ОПТИМІЗАЦІЮ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

**Виконавці: Рибак Д.С. – студ. 4 курсу, Штірбу А.А. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту**

**Керівник: Лучко О.В. асистент**

**Кафедра ортодонції**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

При лікуванні пацієнтів з зубощелепними аномаліями за допомогою незнімних ортодонтичних апаратів використання відомих засобів і методів профілактики стоматологічних захворювань без урахування і контролю гігієни порожнини рота може бути марним. На сьогодні одним з найбільш ефективних профілактичних заходів є проведення чищення зубів. У даній ситуації потрібно розуміти, що мова йде не тільки про стандартне чищення поверхні зубів, а й необхідність розробки алгоритму проведення індивідуальної і професійної гігієни порожнини рота пацієнтів з фіксованими незнімними ортодонтичними пристроями. У сучасній літературі ці питання розкриті недостатньо, що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: 1. Вивчити гігієнічний стан порожнини рота пацієнтів при лікуванні незнімною ортодонтичною технікою і виявити рівень гігієнічних знань та вмінь. 2. Розробити алгоритм проведення індивідуальної гігієни порожнини рота для попередження розвитку ускладнень в процесі ортодонтичного лікування.

Матеріали і методи: Обстежено 20 підлітків у віці 12-17 років, які взяті так би мовити двічі на ортодонтичне лікування з використанням брекет-техніки. Всі обстежені розділені на дві групи. I група - (10 осіб) пацієнти, у яких використовувалась індивідуально розроблений алгоритм гігієни порожнини рота. II група - 10 пацієнтів, які використовували традиційні методи інформації про засоби і методи гігієни порожнини рота. Для вивчення гігієни порожнини рота використовували гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною. Алгоритм гігієни порожнини рота для пацієнтів першої групи включав індивідуально розроблені рекомендації по: 1. Засобам гігієни (профілактичні зубні паста і порошки). 2. Предметам гігієни (суперфлоси; зубочистки, три зубні щітки: електрична, звичайна і йоршик). 3. Методам гігієни (іригація порожнини рота засобами гігієни; обробка зубів спеціальними профілактичними гелями, мусами та іншими засобами). 4. Харчування.

Пацієнти II-ї групи обстежених використовували традиційні методи інформації, які включали загальнодоступну інформацію з інтернету та отриманих пам'яток по догляду за порожниною рота під час носіння брекет-техніки. Статистична обробка матеріалу проведена за Стюдентом-Фішером. Огляд стану порожнини рота пацієнтів проводився упродовж одного місяця (потижнево).

Результати: Вивчення гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів двох груп обстеження до фіксації брекет-техніки не виявило статистично значущої різниці в результатах ( $P \geq 0,05$ ) і за Федорова-Володкіною показало задовільний рівень гігієни (2,0). Результати дослідження показника індексу гігієни порожнини рота у пацієнтів після фіксації брекет-техніки через 2 тижні показали, що в I-й групі гігієнічного догляду згідно алгоритму індивідуальної гігієни порожнини рота відзначалося поліпшення індексу гігієни за Федорова-Володкіною, що відповідало гарному, рівню (1,2) в 100% випадків. У пацієнтів II-ї групи, які використовували традиційні методи інформації, поліпшення індивідуальної гігієни зазначалося у 7 пацієнтів так би мовити двічі (70% випадків), а у 3-х пацієнтів індекс гігієни залишався на рівні задовільного стану.

Висновок: Таким чином, складання індивідуального алгоритму гігієни порожнини рота пацієнту, який перебуває на ортодонтичному лікуванні брекет-технікою, є важливим мотиваційним чинником для забезпечення відповідного рівня гігієни і попереджає ускладнення в процесі лікування.



## РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРЕПА ПРИ ЛІКУВАННІ ГАНГЛІОНІТІВ ВУШНОГО ВУЗЛА

**Виконавці:** Рясний С. С., Бойко А.О. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту;  
Косар А.А. Дулич Ю.С. – студ. 4 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** ас. Горбаченко О.Б.

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Вегетативним вузлом голови: крилопіднебінному, вушному, піднижньощелепному та під'язиковому належить важлива роль в забезпеченні іннервації слизових оболонок порожнини носа і рота, слинних залоз. В клінічних умовах зустрічаються запалення вегетативних вузлів голови, що носять назву гангліонітів. Вегетативні гангліоніти займають особливе місце, адже вони характеризуються поліморфізмом проявів, що зумовлено топографо-анатомічними та функціональними особливостями периферичного відділу вегетативної нервової системи голови: невелика територія розміщення, велика кількість анастомозів між вегетативними та соматичними утвореннями.

Мета дослідження. Прослідкувати ефективність консервативних методів лікування гангліонітів щелепно-лицевої ділянки з урахуванням особливостей розташування вегетативних вузлів голови в залежності від форми черепа.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктами наших досліджень стали 8 хворих з гангліонітом вушного вузла, з них 4 з брахіцефальною формою черепа та 4 з доліхоцефальною. Вік хворих від 40 до 72 років; терміном захворювання 1-10 років. Для дослідження застосовували загальноклінічні методи: скарги пацієнтів, анамнез захворювання, огляд, пальпацію, перкусію, визначення чутливості шкіри.

Результати дослідження та їх обговорення. При брахіцефальній формі черепа вушний вегетативний вузол займає високе заднє положення, а у доліхоцефалів – низьке переднє. Тому, для максимального точного підведення голки до вушного вегетативного вузла підходить модифікація центральної анестезії нижньощелепного нерва за Вейсблатом у підскроневій ямці. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки вгору або вниз у залежності від антропометричних показників пацієнта.

Причиною розвитку гангліоніту може слугувати захворювання слинної залози, у тому числі тривале подразнення конкрементами, хронічна інфекція порожнини рота, захворювань вух. При цьому простежується напад одностороннього пекучого болю, які тривають від кількох хвилин до одної години, у ділянці скроні та попереду від зовнішнього слухового проходу. Біль може іррадіювати у зуби нижньої щелепи, шию, підборіддя. Напад можна спровокувати надавлюванням на точку між зовнішнім слуховим ходом та голівкою нижньої щелепи. Під час нападу хворі можуть відчувати закладення у вусі на боці больового пароксизму підвищується слиновиділення, іноді больові напади виникають так часто, що захворювання проходить, як невралгічний статус.

Діагностичною ознакою гангліоніту вушного вузла є припинення болю після введення 2% розчину лідокаїну попереду зовнішнього слухового отвору. Для уточнення діагнозу використовували спеціальні методи дослідження: рентгенографію, дистанційну інфрачервону термографію, ультразвукове дослідження.

Висновки. Ефективне раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного урахування локалізації вушного вузла, яка залежить від будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягнути кращого результату в лікуванні захворювань вушного вегетативного вузла.

## КІСТИ ЩЕЛЕП. СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ

**Виконавці:** Рясний С.С., Бойко А.О.- студ. V курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н., доц. Коломієць С.В.

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема діагностики кіст щелеп полягає в тому, що останні мають велику кількість нозологічних форм, безсимптомний перебіг, повільний ріст, що ускладнює виявлення утворення, як в початковому так і в пізньому періоді захворювання. Додаткові методи дослідження, а саме прицільна внутрішньоротова рентгенографія не завжди інформативна, хоча найчастіше використовується стоматологами на амбулаторному прийомі для встановлення діагнозу. Сьогодні особливе значення слід надати сучасним методам діагностики таким, як КТ та МРТ, що мають значні переваги в зв'язку з технічними можливостями апаратів. Комп'ютерна томографія дозволяє отримати більш чітку візуалізацію кісткових структур та кісткових змін, трьохвимірне зображення, можливість вивчення об'єкта під будь-яким кутом, у всіх площинах, на будь-якій глибині, характеризується низьким опроміненням, високою якістю зображення. Дяє цінну додаткову інформацію про стан верхньощелепної пазухи. МРТ у свою чергу дозволяє візуалізувати м'які тканини щелепно-лицевої ділянки, а також відрізнити пухлинну тканину від набряклої чи запальної. Ці заходи дозволяють планувати об'єм та складність хірургічних втручань та визначити оптимальний оперативний доступ.

Мета нашої роботи – вказати на недоліки загальних та додаткових методів дослідження та переваги КТ і МРТ при встановленні діагнозу та плануванні лікувальних заходів у хворих із кістами щелеп.

Клінічний випадок. Пацієнт К. 1977 р.н., звернувся на амбулаторний прийом до хірурга-стоматолога із скаргами на рухливість зуба на нижній щелепі зліва. Вперше було виявлено рухливість зуба рік тому під час прийому їжі. До лікаря за допомогою не звертався, займався самолікуванням. Об'єктивно: лице симетричне, шкірні покриви чисті, регіональні лімфатичні вузли не пальпуються, відкриття рота вільне, слизова оболонка в ділянці 38 зуба змінена в кольорі, має цианотичний відтінок, припухлість м'яких тканин ретромолярної ділянки, що безболісна при пальпації. 38 зуб напівретенований та дистопований, III ступеню рухливості. На прицільній внутрішньоротовій рентгенографії спостерігається розширення періодонтальної щілини 38 зуба, кістковий карман Вужгейма. Для отримання більш детальної інформації хворому було рекомендовано проведення КТ. На КТ в ділянці кута щелепи визначається осередок деструкції кісткової тканини овальної форми з чіткими контурами, розміром 1,5×1,0, що зв'язаний з розширеною періодонтальною щілинною 38 зуба. Хворому було встановлено попередній діагноз: парадентальна кіста нижньої щелепи ліворуч. Рекомендовано видалення 38 зуба та цистектомія утворення із подальшим заміщенням дефекту кістковопластичним матеріалом Bio-Oss.

Висновок. Використання лікарем-стоматологом загальних методів дослідження та із додаткових методів дослідження тільки прицільної внутрішньоротової рентгенографії при встановленні діагнозу та плануванні лікувальних заходів у хворих із кістами щелеп може призвести до несприятливих наслідків.

# УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЦИФРОВОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У ДИНАМІЦІ

**Виконавці:** Семенюк А.П., Хрищук В. О., Томм Д. І., Мальяр Г. О.,  
Линовицька О.А., Белогура В. Г. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор Король Д.М.

*Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м.Полтава*

Єдиним об'єктивним показником функції жування є аналіз подрібнення харчових чи інших жувальних зразків. Аналіз літературних даних доводить, що єдиною методикою високоточного визначення жувальної ефективності у динаміці залишається методика запропонована Токаревич І.В., Наумович Ю.Я. та Богуш А.П., яка передбачає проведення жувальної проби з подальшим комп'ютерним аналізом отриманої інформації.

Однак, слід зазначити, що вищезазначена методика побудована на застосуванні комплексу технічних та комп'ютерних засобів, заміна яких на аналогічні чи подібні унеможливорює співставлення та достовірну інтерпретацію отриманих даних.

Враховуючи це, нами було поставлено за мету вдосконалити алгоритм цифрової реєстрації жувальної ефективності у динаміці. Було сформульовано наступні завдання:

1. Створити цифровий комплекс для реєстрації жувальної ефективності у динаміці з високим ступенем точності та відтворення досліджень;
2. Визначити та оцінити значення отриманих цифрових показників, чутливих до змін функції жування;
3. Провести клініко-експериментальні випробування запропонованого комплексу.

Елементами запропонованого методу стали: предметний столик з контрастним фоном, штатив з можливістю вертикальної фіксації фотокамери, фотокамера Canon PowerShot A 540; програмний пакет обробки графічних даних Adobe Photoschop Extended® Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Statistika 10.0

Експериментальне апробування запропонованого комплексу на 10 студентах – добровольцях дало можливість виявити статистично достовірні значення індексу подрібнення (відношення площі максимального фрагменту у пробі до середнього значення площі фрагментів у пробі), яке при правобічному варіанті становив 5,8 умовних одиниць (у.о.), при лівобічному - 5,1 у.о. та при змішаному – 5,0 у.о.

Подальше калібрування запропонованого діагностичного комплексу виявило єдиний стійкий до похибки показник, що демонструє нормальний розподіл, навіть у малих вибірках – середнє значення площі фрагментів у пробі, яке становило 10,8 мм<sup>2</sup>. У 95% випадків це значення коливатиметься у межах між 9,6 та 12 мм<sup>2</sup>.

Таким чином, методика цифрової реєстрації жувальної ефективності, із врахуванням її потенціальних переваг перед традиційними методами потребує практичного втілення та подальшого вдосконалення.

## ТЕРАТОМА ЗІВУ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

**Виконавці:** Черніков О.М., Павлюков О.О. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** доц. Білоконь С.О., д.мед.н. Старченко І.І.

*Кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології та патологічної анатомії з секційним курсом*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

За статистичними даними, тератоми на обличчі та в щелепно-лицевій ділянці частіше спостерігаються у дітей 1-2 років, локалізуючись біля надбрівних дуг, на лобі або спинці носа. При цьому серед дослідників окрема увага приділяється тератомам зіву (вродженим поліпам зіву), що зустрічаються у плодів і новонароджених біля верхнього купола глотки, прикріплюючись в ділянці щелеп або зіву (epignatus), звідки ростуть у вигляді поліпоподібних утворень, одна частина яких вкрита слизовою оболонкою, а інша – шкірою. Такі пухлини здатні досягати значних розмірів, ускладнюючи пологи.

Ми спостерігали цікавий клінічний випадок тератоми зіву новонародженої дитини, коли пухлина мала розміри 9х5х3 см, нагадуючи додатковий язик на ніжці та закриваючи вхід у рото-, носоглотку, чим значно утруднювала дихання. Пацієнтку було прооперовано в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології.

Гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу встановлено, що утворення складалося, переважно, із волокнистої сполучної тканини з комплексами хаотично орієнтованих пучків поперечно-просмугованих м'язових волокон і включень жирової тканини. Волокниста сполучна тканина всюди була вкрита багатощаровим плоским епітелієм із ознаками ороговіння. Його клітини, розташовуючись в 6-10 рядів з чітко диференційованим базальним шаром, за своїми морфологічними особливостями майже не відрізнялись від клітин епідерміса. Слід зазначити, що товщина епітеліального покриття та, відповідно, кількість його шарів в різних частинах пухлинного утворення дещо відрізнялись.

Крім того, в сполучній тканині всюди зустрічались волосяні фолікули, кінцеві відділи сальних і потових залоз та окремі залозисті структури, що за своєю морфологічною будовою нагадували малі слинні залози порожини рота.

Таким чином, наведені дані можуть стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень стосовно механізмів розвитку, клінічних проявів і особливостей морфологічної будови дизонтогенетичних утворень щелепно-лицевої ділянки у дітей.

## АНАЛІЗ СТРУКТУРИ МІСЦЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ

**Виконавець:** Шинкаренко В.С. - студ. III курсу стомат. ф-ту.

**Наукові керівники:** доц. Панькевич А.І., ас. Колісник І.А.

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Місцева анестезія на сьогоднішній день є основним видом знеболення на стоматологічному прийомі. Використання місцевих анестетиків для знеболення вважається безпечним, однак існує деякий ризик виникнення побічних реакцій. У науковій літературі широко описані ускладнення місцевого знеболення, які можуть мати як загальний характер, так і проявлятися місцево. Місцеві ускладнення можуть бути спричинені порушенням техніки виконання анестезії і фармакологічною дією анестетиків, найчастіше – їх складових – вазоконстрикторів, чи консерванту.

До місцевих ускладнень належать: поранення судин, нервів, контрактура жувальних м'язів, перелом ін'єкційної голки, диплопія, ішемія та інфільтрат чи некроз м'яких тканин, інфільтрати м'яких тканин.

Останнім часом у зв'язку із використанням для знеболення одноразових та карпульних шприців і голок, широкого спектру анестетиків, структура і розповсюдженість місцевих ускладнень значно змінилася.

Метою нашого дослідження став аналіз характеру місцевих ускладнень ін'єкційного знеболення і обґрунтування їх причин.

Нами виконано 68 анестезій як провідникових, так і інфільтраційних. Для місцевого знеболювання користувалися карпульними шприцами і переважно анестетиками, що містять адреналін.

Серед ускладнень, що виникли, слід відмітити післяін'єкційну гематому у 3 (4,4%) випадках при проведенні інфільтраційної анестезії під час вестибулопластики і пластики вуздечки верхньої губи. На нашу думку, це можна пояснити наявністю густої сітки судин у даних ділянках, які травмуються при виконанні анестезії.

Також спостерігали ішемію шкіри після проведення інфраорбітальної анестезії у 2 пацієнтів (2,9%) та після проведення мандибулярної анестезії у 1 пацієнта (1,47%). Зона ішемії локалізувалася у підочномковій та ментальній ділянках і проявлялася осередком збліднення шкірних покривів з чіткими межами. Її виникнення ми пов'язуємо із впливом вазоконстриктора, що входить до складу карпульного анестетика, на судини.

Перелом ін'єкційної голки описано в навчальній та науковій літературі, однак зустрічається він досить рідко. З літературних джерел відомо, що перелом голки частіше виникав біля канюлі або голок, які піддавалися багаторазовій стерилізації (кип'ятінню). При використанні одноразових голок таке ускладнення стало рідкістю і в нашій практиці до цього часу не зустрічалося. Але, звернення пацієнта із таким видом ускладнення змусило проаналізувати причини його виникнення.

Пацієнту була проведена мандибулярна анестезія із використанням короткої (25 мм) голки. Голка була занурена до канюлі і виник її відлом. Видалити голку можливості не було, оскільки вона виявилася повністю занурена у м'які тканини. Пацієнту запропоновано проведення комп'ютерної томографії із наступною побудовою тривимірного зображення для визначення локалізації голки в м'яких тканинах. Так, як голка скарг у пацієнта не викликала, а видалити її з м'яких тканин навіть маючи тривимірне зображення не виявляється можливим, то було вирішено її залишити (такі рекомендації надані в літературі).

Таким чином, слід відзначити, що у структурі місцевих ускладнень частіше зустрічаються ті, що виникають внаслідок впливу анестетика та його складових на м'які тканини.

## ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІКИ ВИГОТОВЛЕННЯ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ НЕПРЯМИМ ТА НАПІВПРЯМИМ МЕТОДОМ

**Виконавець: Яковисен В.М. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту.**

**Науковий керівник: к. мед. наук, асистент Зубченко С.Г.**

**Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології.**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава.*

Сучасна стоматологія все частіше сповідує філософію мінімального втручання при лікуванні і протезуванні, стає все більш консервативною, що влаштовує як стоматолога, так і пацієнта. Розвиток технологій в розробці композитів, адгезивних, а також армуючих систем відкриває нові можливості індивідуального диференційованого підходу для вирішення проблем включених дефектів зубних рядів малої протяжності. На сьогодні адгезивне протезування стало світовим проривом в сучасній стоматології.

У клінічній практиці часто зустрічаються включені дефекти малої протяжності. Функція жування порушується навіть при втраті одного зуба, підвищується навантаження на зуби, що залишилися і з часом відбувається переміщення сусідніх зубів в сторону відсутнього, змінюється прикус і виникають естетичні та психологічні проблеми у пацієнтів. Своєчасне відновлення єдності зубного ряду адгезивними мостами непрямим та напівпрямим методом веде до нормалізації естетики, функції і запобігає вторинним деформаціям зубо-щелепної системи.

Метою нашої роботи було встановити показання та протипоказання до виготовлення адгезивного мостоподібного протезу непрямим та напівпрямим методом, та недоліки даних методів, а також відновити включені одиночні дефекти в клініці та порівняти їх результати.

На кафедрі пропедевтики ортопедичної стоматології нами було проведено протезування пацієнтів адгезивними мостоподібними протезами непрямим та напівпрямим методом. Після чого ми порівняли позитивні та негативні якості даних методів.

Отже, на сьогоднішній день використовуючи сучасні композиційні матеріали, а також останні розробки армуючих систем за короткий проміжок часу та невисоку собівартість, непрямим та напівпрямим методом виготовлення адгезивного мостоподібного протеза можна не лише відновити втрачений дефект, а й досягти високих естетичних та функціональних результатів, при цьому заощадливо ставитись до здорових тканин опорних зубів.

## АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ДЛЯ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТІН'ЄКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ

**Виконавці: Байда О.С., Карпова Р.О. – студ. 3 курсу, стомат. ф-ту ;**

**Косар А.А., Дулич Ю.С., Бордюг А.М. - студ. 4 курсу, стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: к.м.н., доцент Дубровіна О.В.**

**Кафедра: дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Безпечність ін'єкційного місцевого знеболювання (МЗ) гарантує ефективність лікування пацієнта лише в тому випадку, коли лікар-стоматолог правильно підготував хворого до цього, а також врахував техніку виконання місцевої анестезії (МА).

На сьогодні не існує абсолютного алгоритму послідовних дій лікаря-стоматолога для виконання місцевого знеболювання, який дозволив би на 100% уникнути постін'єкційних ускладнень у пацієнта. Мета нашої роботи – створення алгоритму дій лікаря-стоматолога для проведення ін'єкційної місцевої анестезії з метою профілактики постін'єкційних ускладнень. Ми рекомендуємо лікарям-стоматологам для профілактики у пацієнтів постін'єкційних ускладнень міс-

цевого і загального характеру використовувати такий алгоритм проведення місцевого знеболювання: 1 етап алгоритму – заповнення «Анкету здоров'я хворого»;

2 етап – ознайомившись з «Анкету здоров'я хворого», лікар уточнює анамнез захворювання у пацієнта, проводить суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження у хворого, ставить діагноз, за показаннями призначає пацієнтові додаткові методи обстеження;

3 етап – підготовка пацієнта до стоматологічного втручання;

4 етап – проведення за показаннями премедикації і алергічної проби на місцевий анестетик;

5 етап – підготовка інструментального (голки, шприца) і медикаментозного (анестетик, ВК) оснащення для виконання місцевої анестезії;

6 етап – виконання МА, з дотриманням вимог до виконання техніки анестезії з урахуванням топографо-анатомічних особливостей будови відповідної ділянки;

7 етап – профілактика вірогідних постін'єкційних ускладнень місцевого і загального характеру.

Рекомендуємо після завершення стоматологічного втручання у хворого та констатації його задовільного самопочуття, надання рекомендацій пацієнтові в післяопераційному періоді, усі призначення дублювати письмово з підписом лікаря та датою початку лікування, розписуючи графік і час повторного відвідування, а під час тривалого лікування історію хвороби залишати у клініці.

Таким чином, дотримання послідовності виконання наведеного нами алгоритму для виконання місцевого знеболювання дозволить, в переважній більшості випадків, уникнути постін'єкційних ускладнень при умові урахування топографо-анатомічних особливостей будови ділянки стоматологічного втручання у пацієнта.

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SOME KINDS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

**Author: Waleed J. – student of IV course.**

**Supervisor: assistant Ivanytska O.S.**

*Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery with plastic and reconstructive surgery of head and neck*

*Higher educational establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava*

The temporomandibular disorders are a class of clinical problems that involve the functional and morphological deformations of masticatory musculature, the temporomandibular joint (TMJ) and associated structures. Symptoms of TMJ diseases occur in approximately 45% of the adult population. Numbers of patients with these disorders the scientists explain by anatomical and functional features of TMJ. From all patients with TMJ disorders, approximately 60% present with signs of several diseases as pain dysfunction syndrome, osteoarthritis and ankylosis. The diagnosis of these conditions is difficult because of similar clinical aspects and poor understanding of their pathogenesis. Very often current approaches to treatment of these TMJ diseases are largely palliative. Rational diagnoses or treatment of TMJ disorders can only be achieved through a comprehensive understanding of their etiology, pathogenesis, clinical and radiographic features.

**The purpose of this study** were describing and discussing of the most common clinical and radiographic findings of pain dysfunction syndrome, osteoarthritis and ankylosis of TMJ, focusing on their importance in the differential diagnosis.

**Methods of examination.** Criteria for including 14 patients to investigation were their report of signs of TMJ problems, as pain in the joint and around tissues, limitation, increasing or deviation in the mandibular range of motion, abnormal joint sounds, headaches. The diagnoses TMJ disorders were based on clinical examinations and radiographic investigations.

**Results of study.** Complaints of 7 patients with pain dysfunction of TMJ were pain and abnormal sound in the TMJ, feeling of "charging" and "burning" at muscles. Objectively: painful and inadequate with S- shaped deviation mouth opening was detected. Painful thickening of masticatory muscle and asymmetry in muscle mass were found at palpation. Radiographic studies documented absence of structural changes of bone, but pointed to asymmetric position of the articular heads.

Complaints of 5 patients with arthrosis of TMJ were unilateral moderate pain, crepitation in the TMJ at eating and speaking, periodic reduced opening of the mouth. At the objective examination there is limitation of the vertical mouth opening (25 mm). The assessment of the other mandibular movements, such as lateral excursion or mandibular deflection, was not possible because of the pain and movements limitation. Specific radiographic as irregular surface and erosion of condyle or condylar deformities associated with flattening, subchondral sclerosis, erosions and osteophytes were found.

The main complaint of 2 patients with ankylosis of TMJ was permanent decreasing of mandible movements. Objectively: there are monolateral microgenia, difficult opening of mouth (5-10 mm) with involving of all masticatory and mimic muscles. X-ray evaluation of facial skeleton demonstrates unilateral absence of the TMJ interspace due knitting of condylar process and skull base.

Specific clinical and radiographic features of these wide-spread diseases of TMJ, which were studied, can be useful for better understanding of the display of TMJ disorders and for providing appropriate treatment planning.

## ПРОФІЛАКТИКА АЛЬВЕОЛІТУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ НИЖНІХ МОЛЯРІВ

**Виконавець: Яковлева Д.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту**

**Наукові керівники: ас. Колісник І.А., доц. Панькевич А.І.**

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Операція видалення третіх молярів є досить поширеною маніпуляцією у зв'язку з наявністю великої кількості показань до цього втручання: ортодонтичні (зміна форми зубної дуги та поява вторинних аномалій), терапевтичні (неможливість проведення ендодонтичного лікування), хірургічні (періодонтит, періостит) та інші. Так як в більшості випадків зуби мудрості являються ретинованими та дистопованими, то дане лікування проходить за типом атипичного видалення. Ризик виникнення ускладнень при видаленні третіх молярів існує завжди і збільшується пропорційно до складності видалення.

Одним із найбільш частих ускладнень операції атипичного видалення зубів «мудрості» є виникнення альвеоліту, що пов'язують як з анатомічними особливостями будови та кровопостачання нижньої щелепи, так і з травматичністю оперативного втручання.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення ефективності застосування альвостазу для профілактики альвеоліту після операції атипичного видалення зубів "мудрості".

Нами було прооперовано 15 чоловік з ретенцією, дистопією нижніх зубів «мудрості» у віці 18-25 років. Показаннями до операції видалення зубів «мудрості» були ортодонтичні та хірургічні (виникнення перикороніту). Пацієнти склали дві групи спостереження: перша – 7 пацієнтів, загоєння лунки у яких відбувалося під кров'яним згустком, друга – 8 пацієнтів – яким після операції лунку заповнювали гемостатичною колагеновою губкою – альвостаз. Альвостаз знижує післяопераційний біль, запобігає післяопераційним ускладненням, володіє протизапальною дією, прискорює загоювання лунки.

Усім хворим проводили операцію атипового видалення зуба після стихання гострих запальних явищ за класичною методикою із викриванням слизово-окісного клаптя та використанням бормащини. У зв'язку зі ступенем ретенції та особливостями розміщення зуба «мудрості» у кістці 7 пацієнтам проводили розпилювання лише зуба (відповідно 3 пацієнтам 1 групи та 4 – 2 групи), у інших 8 пацієнтів операцію видалення зуба проводили розпилюючи кістку бормашиною із постійним охолодженням бора (відповідно по 4 пацієнти обох груп). Усім пацієнтам були накладені кетгут-ові шви. У післяопераційному періоді пацієнтам призначали антибіотики та анальгетики.

Повторний огляд пацієнтів проводили наступного дня та по мірі необхідності в залежності від перебігу післяопераційного періоду.

Аналізуючи виникнення ускладнень, слід відмітити, що у пацієнтів 1 групи альвеоліт було діагностовано у 3 чоловік (42,9%), в той час, як у пацієнтів 2 групи розвитку альвеоліту не спостерігали.

Таким чином, використання альвостазу після операції атипового видалення зубів "мудрості" дозволяє знизити ризик виникнення післяопераційного альвеоліту.

## СЕКЦІЯ №6 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

### ВПЛИВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ НА МІНЕРАЛІЗУЮЧУ ФУНКЦІЮ РОТОВОЇ РІДИНИ

**Виконавець:** Артишук О.Ю. – уч. 11 – Б класу Полтавської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів № 29

**Науковий керівник:** доц. Білець М.В.

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Тютюнопаління – це одна із проблем для України, не менш важлива, ніж пияцтво чи наркоманія. Статистичні дані про вживання українцями тютюнових виробів із кожним роком дедалі зростають. Кількість жінок, які палять, щороку збільшується в середньому на 1,5–2%, а чоловіків – удвічі більше. Щодо статистичних даних відносно паління серед підлітків, то на сьогодні відомо, що серед підлітків віком 15–16 років 80% хлопців і 84% дівчат хоча б раз пробували палити, а постійно палять 42% і 26% відповідно. Компоненти тютюнового диму впливають на розвиток багатьох захворювань, зокрема, дихальної, травної, серцево-судинної систем. Компоненти тютюнового диму порушують різні функції слини, що, в свою чергу, сприяє розвитку таких стоматологічних захворювань, як карієс та пародонтит.

Мета роботи – дослідити вплив компонентів тютюнового диму на мінералізуючу функцію слини.

У проведенні експерименту брали участь 20 підлітків віком 16–17 років, що були розподілені на дві групи: контрольна – підлітки, що не палять, дослідна – підлітки, що палять (середній стаж паління 4,5 роки).

Збір ротової рідини в обох групах проводився після 10–12 годинного голодування. Ротову рідину збирали шляхом спльовування в пробірку протягом 15 хвилин. В ротовій рідині визначили її кількість, рН, вміст кальцію, фосфору та сіалових кислот загальноприйнятими методами.

В ході експерименту нами встановлено, що кількість ротової рідини достовірно не змінилась в жодній із досліджуваних груп. рН, в групі підлітків, що не палять, відповідає нормальним показникам, значення рН у підлітків, що палять, – менше нормальних показників та в 1,1 рази менше від показника рН підлітків, з контрольної групи, що говорить про те, що ротова рідина з таким показником рН стає демінералізуючою рідиною. Це, в свою чергу, є важливим фактором ризику карієсу. Крім цього, відомо, що зміна рН завжди провокує зміну заряду білків, втрату ними їх властивостей і, як наслідок, неможливість виконання певних функцій. Зокрема, кисле значення рН, негативно впливає на фізико-хімічні властивості муцину, зміна його заряду, призводить до порушення його функцій, наприклад, негативно впливає на міцелярний стан ротової рідини. Відомо, що основними компонентами міцели слини є іони кальцію, фосфати та муцин. Підтримання міцелярного складу слини є дуже важливим для реалізації мінералізуючої функції слини. Концентрація кальцію та фосфору, а також їх співвідношення в ротовій рідині достовірно не відрізняється у підлітків, обох груп, але в групі курців значення вказаних показників є меншим від норми, що може свідчити про порушення мінералізуючої функції слини. Концентрація сіалових кислот в ротовій рідині підлітків, що палять в 1,7 рази вища, ніж в ротовій рідині підлітків, що не палять. Це, перш за все, говорить про порушення будови муцину, який є основним сіалопротеїном ротової рідини.

Отже, нами доведено, що компоненти тютюнового диму змінюють всі показники, що беруть участь у реалізації мінералізуючої функції слини, що, в свою чергу, є фактором ризику карієсу.

### ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО МЕТОДУ ТЕРАПІЇ МЕХАНІЧНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

**Виконавець:** Багро Ю.С. – студ. І курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** Макаренко В.І.

*Кафедра медичної інформатики, медичної і біологічної фізики*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогоднішній день відмічається високий рівень захворювання населення з порушенням функцій різноманітних систем організму, в тому числі і шлунково-кишкового тракту. Гостра непрохідність кишечника (ГНК) залишається однією з найактуальніших проблем сучасної ургентної хірургії. Для виявлення цього захворювання та проведення лікування розроблена сукупність різноманітних методів. Але існуючі методи діагностики ГНК мають деякі обмеження у застосуванні, а терапевтичні – рецидиви, у післяопераційному періоді (парез кишечника, порушення перистальтики тощо). Тому жодний з методів не дає можливості ефективно провести дослідження, а тим паче здійснити лікування, без оперативного втручання. У зв'язку з цим виникає потреба в розробці більш досконалих методів діагностики та лікування механічної ГНК.

Нами розроблений лікувально-діагностичний метод терапії механічної кишкової непрохідності. Метою нашого дослідження була розробка лікувально-діагностичного методу терапії механічної кишкової непрохідності. У процесі дослідження використовувалися методи аналізу та теоретичних узагальнень літературних джерел.

Аналіз літературних джерел показав, що на сучасному етапі для діагностики ГНК використовується ряд методів (рентгенологічне обстеження, ультразвукова діагностика, колоноскопія, іригоскопія, лапароскопія, комп'ютерна діагностика тощо), які мають дещо обмежені можливості щодо використання та ряд протипоказань. Так, наприклад, під час використання рентгенівських променів пацієнт отримує значну дозу опромінення, для проведення лапароскопії необхідне хірургічне втручання, а для здійснення колоноскопії потрібна попередня довготривала підготовка пацієнта. Що стосується лікування, то існуючі методи у більшості випадків носять в основному оперативний характер.

Розроблений нами лікувально-діагностичний метод терапії механічної кишкової непрохідності дає можливість подолати ряд цих недоліків. Зокрема його можна використати для одночасної діагностики та лікування механічної ГНК. Для застосування цього методу не потрібна попередня підготовка пацієнта, та хірургічне втручання.

Лікувально-діагностичний метод терапії механічної кишкової непрохідності поєднує внутрішньо-кишкову ультразвукову локацію, аспірацію кишечника візуалізацію просвіту кишки та сфокусовану ударно-хвильову терапію. Ультразвукова локація виявляє локалізацію об'єктів впливу, а ударні хвилі безпосередньо діють на кальцифікати та інші об'єкти з великим значенням акустичного опору, руйнуючи їх. Дія ударних хвиль ґрунтується на ефекті кавітації, що виникає на межі розділу фаз. Завдяки аспірації здійснюється виведення зруйнованих калових каменів з просвіту кишки. Завдяки наявності відеокамери можна оглянути просвіт кишки.

Отже, новий метод діагностики та лікування механічної ГКН дасть можливість подолати існуючі проблеми. Однак для його реалізації необхідне всебічне комплексне вивчення біофізичних процесів, а також фізико-механічних властивостей тканин шлунково-кишкового тракту та теоретично обґрунтоване вирішення практичних завдань щодо розробки необхідного обладнання.

## АКТИВНІСТЬ ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ФЕРМЕНТІВ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ ПРИ СТРЕСІ

**Виконавці:** Булах О.А., Головка Д.В. – студ. I курсу мед. ф-ту; Маляр Г.О. – студ. II курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Харченко С.В.

**Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Стрес є актуальною медико-соціальною проблемою. В останні роки загальнотеоретичні уявлення про стрес значно розширилися. Вони суттєво доповнили й уточнили положення про механізми розвитку стресу. У роботах вітчизняних і зарубіжних учених наведено дані про те, що при стресі порушуються важливі фізіологічні функції: нервової, серцево-судинної та травної систем, щитовидної та статевих залоз, киснезабезпечуючих систем, імунітету. Дослідженнями на моделі емоційно-больового стресу встановлена послідовність змін метаболізму, які характеризуються початковим підсиленням катаболічних процесів та наступною активацією анаболічних реакцій. Механізми клітинного пошкодження при стресі надзвичайно складні. Одним із механізмів підвищення катаболізму в тканинах при стресі є гіперферментемія завдяки підвищеному надходженню протеолітичних ферментів із ушкоджених тканин, особливо підшлункової залози. Мета роботи – дослідити активність протеолітичних ферментів дуоденального вмісту щурів при стресі. Дослідження виконані на 30 статевозрілих щурах Вістар.

На моделі гострого емоційного стресу встановлено, що загальна протеолітична активність дуоденального вмісту щурів при гострому емоційно-больовому стресі вірогідно знижується в 1,2 рази, порівняно з контрольними тваринами, що свідчить про порушення секреції та відтоку ферментів із підшлункової залози в дванадцятипалу кишку, внаслідок клітинного пошкодження підшлункової залози.

Таким чином, одним із важливих механізмів гіперферментемії при гострому стресі є ушкодження клітинних структур підшлункової залози, що обмежує надходження панкреатичного секрету в дванадцятипалу кишку та сприяє підвищеному потраплянню в загальний кровотік.

## ЗМІНИ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАТОГЕНЕЗІ СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ, ЗУМОВЛЕНИХ ХІРУРГІЧНОЮ ТРАВМОЮ

**Виконавці:** Буцький В.С.- студ. III курс мед. ф-ту; Щербак К.С.- студ. III курс мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** к.м.н. Скотнікова Л.В.

**Кафедра патфізіології**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м.Полтава

З метою вивчення змін окислювальних процесів у патогенезі системних порушень, зумовлених хірургічною травмою проводили оперативне втручання під внутрішньочеревним тіопенталовим наркозом (40 мг на 1 кг маси тіла). Евтаназію тварин проводили через 3-7 діб після лапаротомії методом цервікальної дислокації під ефірним наркозом.

Через 3 доби після виконання лапаротомії в печінці щурів значно зростає утворення  $\cdot O_2$  мітохондріальним ЕТЛ (на 6.2%,  $p < 0.05$ ). У той же час рівень продукції  $\cdot O_2$  мікросомальним ЕТЛ вірогідно не змінюється. Через сім діб після

операції в печінці виявляється значно підвищений рівень продукції  $\cdot O_2$  як мітохондріальним, так і мікросомальним ЕТЛ – відповідно на 5.6% ( $p < 0.05$ ) та 8.8% ( $p < 0.05$ ) у обох випадках. Через 3 доби після виконання лапаротомії в крові щурів значно зростає значення НСТ-тесту – на 13.7% ( $p < 0.05$ ), що свідчить про збільшення продукції АФК фагоцитами. Концентрація ТБК-активних сполук еритроцитів до інкубації збільшується – на 51.9% ( $p < 0.05$ ), після інкубації – на 46.3% ( $p < 0.01$ ), що вказує на активацію процесів ПОЛ. Збільшується приріст концентрації ТБК-активних сполук еритроцитів за час інкубації в залізо-аскорбатному буферному розчині – на 31.0% ( $p < 0.05$ ). У той же час достовірно підвищуються активність СОД – на 55.9% ( $p < 0.05$ ), концентрація церулоплазміну – на 34.1% ( $p < 0.05$ ). Каталазний індекс у цей термін не зазнає достовірних змін. Через сім діб після операції в крові щурів залишається значно підвищеними концентрація ТБК-активних сполук еритроцитів після інкубації (на 43.5%,  $p < 0.01$ ), приріст концентрації ТБК-активних сполук (на 48.3%,  $p < 0.01$ ). На 3-тю добу після виконання лапаротомії в тканинах СОШ щурів відмічається достовірне збільшення (у порівнянні з даними інтактної серії) концентрації ТБК-активних сполук до інкубації – на 34.3% ( $p < 0.05$ ). Вірогідних змін показників стану АО захисту не виявлено. На 7-му добу після виконання лапаротомії в тканинах СОШ щурів достовірних змін показників стану ВРО та АО захисту не виявлено. На 3-тю добу після виконання лапаротомії в тканинах печінки щурів відмічається достовірне збільшення (у порівнянні з даними інтактної серії) концентрації ТБК-активних сполук до інкубації – на 24.9% ( $p < 0.05$ ). Вірогідних змін показників стану АО захисту не виявлено. На 7-му добу після виконання лапаротомії в тканинах печінки щурів достовірних змін показників стану ВРО та АО захисту не виявлено. На 3-тю добу після виконання лапаротомії в тканинах СОШ щурів відмічається достовірне зменшення (у порівнянні з даними інтактної серії) концентрації фукози, що зв'язана з білками, – на 9.0% ( $p < 0.05$ ). На 7-му добу після виконання лапаротомії достовірних змін мономерів протективних білків СОШ не виявлено. На 3-тю добу після виконання лапаротомії в СОШ щурів виявляються виразкові ураження у 20% щурів. Множинність виразок (число на 1-го щура) складає –  $0.4 \pm 0.3$ ; виразковий індекс – 0.04. На 7-му добу після виконання лапаротомії частота виразкових уражень не змінюється.

Таким чином, хірургічна травма (операція лапаротомії) супроводжується системними змінами окислювальних процесів у організмі щурів, призводить до зростання утворення супероксидного аніон-радикала мітохондріальним (на 3-тю та 7-му добу післяопераційного періоду), мікросомальним (на 7-му добу) електронно-транспортними ланцюгами клітин печінки, НАДФН-оксидазою лейкоцитів крові (на 3-тю та 7-му добу), активації вільнорадикального пероксидного окиснення ліпідів у крові (на 3-тю та 7-му добу) та тканинах печінки (на 3-тю добу), зниження антиоксидантного потенціалу крові (на 3-тю та 7-му добу). Операція лапаротомії призводить до змін резистентності слизового бар'єра шлунка, деполімеризації фукоглікопротеїнів слизової оболонки (на 3-тю добу післяопераційного періоду), утворення виразок шлунка у 20% щурів (на 3-тю та 7-му добу – середній ступінь виразки у групі – 0.2, виразковий індекс – 0.04).

## ЗАСТОСУВАННЯ ВУШНИХ КРАПЕЛЬ «КАНДИБІОТИК» В МІСЦЕВІЙ ТЕРАПІЇ ЗОВНІШНІХ ОТИТІВ

**Виконавець:** Веснянко Д.П. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Наукові керівники:** ас. Зачепило С.В., доц. Звягольська І.М.

*Кафедра оториноларингології з курсом травматології та ортопедії, кафедра мікробіології,  
вірусології та імунології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Запалення зовнішнього слухового проходу (зовнішній отит) на сьогодні складає близько 3% від загальної патології ЛОР-органів. Зазначене захворювання спричиняє суттєвий дискомфорт для пацієнта: значний свербіж у вухові, виділення із нього, інколи больові відчуття. За літературними джерелами, найчастіше збудниками при зовнішньому отиті є представники бактеріально-грибкових мікробіоценозів (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*; гриби родів *Aspergillus* та *Candida*). Загальновідомі методи лікування не завжди задовольняють своїми результатами практичних лікарів, що обґрунтовує пошук нових засобів в лікуванні цього патологічного стану. Насьогодні одним з найбільш ефективних лікарських засобів, що мають топічну антибактеріальну та антимікотичну активність має препарат «Кандибіотик». До його складу входять протимікробні засоби (хлорамфенікол та клотримазол), а також бекламетазона дипропіонат та моногідрат лідокаїна гідрохлориду.

Мета нашого дослідження - вивчення клінічної та мікробіологічної ефективності застосування вухних крапель «Кандибіотик» в лікуванні зовнішніх отитів.

Клінічну ефективність проводили за 5-ти бальною шкалою, де 0 – відсутність ознаки, а 5 – її максимальна вираженість. Мікробіологічну ефективність оцінювали шляхом проведення бактеріологічного та мікологічного досліджень виділень з вуха до початку лікування, на 3-й та 7-й день від початку лікування.

Матеріалом для дослідження були виділення з вуха, що отримували вранці при проведенні туалету зовнішнього слухового проходу. Забір матеріалу для мікробіологічного дослідження здійснено за існуючими інструкціями. Бактеріологічне та мікологічне дослідження патологічного матеріалу проводили за загальноприйнятими в медичній мікробіології методами в стандартних умовах бактеріологічної лабораторії.

Під спостереженням знаходились 10 хворих із запаленням зовнішнього слухового проходу. В ході проведення бактеріологічного та мікологічного дослідження виділень з вуха одержали такі результати: *Pseudomonas aeruginosa* виділена у 3-х пацієнтів, *Staphylococcus aureus* - у 3-х, *Haemophilus influenzae* – у 2-х, *Streptococcus epidermidis* - у 2 осіб, гриби роду *Aspergillus* - у 3 досліджуваних, роду *Candida* - у 2-ох.

Аналіз динаміки суб'єктивних та об'єктивних даних встановив, що вже в перші 3 доби відмічалось значне зменшення та навіть зникнення свербіжу, виділень з вуха, больових відчуттів у 8 хворих. На 3 день від початку лікування бактеріологічне та мікологічне дослідження встановило наявність збудників у патологічному матеріалі у 4-ох осіб. Клінічне та мікробіологічне одужання на 7-й день від початку лікування зареєстровано у 9 обстежуваних.

Таким чином, результати дослідження свідчать про високу терапевтичну і антимікробну ефективність препарату «Кандибіотик» та дозволяють рекомендувати його в комплексному лікуванні зовнішніх отитів.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВОГО КОМБІНОВАНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГЕЛЮ «РОТРИН-ДЕНТА»

**Виконавці:** Гирман Г.І. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1, Куцук А.М. – студ. IV курсу мед. ф-ту №2,

**Мазур В.В. – студ. III курсу мед. ф-ту №1**

**Наукові керівники:** проф. Дев'яткіна Т.О., доц. Чечотіна С.Ю.

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Захворювання слизової оболонки порожнини рота займають одне із провідних місць серед стоматологічних патологій. Для місцевого лікування запальних процесів слизової оболонки порожнини рота використовують різні лікарські форми, але перевагу мають гелі. Слід зазначити, що в Україні зареєстровано всього декілька стоматологічних гелів вітчизняного виробництва, що визначає необхідність розробки і дослідження лікарських засобів у формі гелю для стоматологічної практики. Поряд з дослідженням специфічної фармакологічної активності, одним із основних етапів доклінічного вивчення нових лікарських засобів є оцінка їхньої безпечності. Мета даної роботи – дослідити гостру токсичність нового комбінованого стоматологічного гелю «Ротрин-Дента», розробленого науковцями Національного фармацевтичного університету, м. Харків. Експерименти виконані на білих статевозрілих щурах (самцях і самицях) лінії Вістер. Під час дослідження використовували два різні способи введення: перший – нашкірний, який близький до способу застосування у клінічній практиці, другий – внутрішньошлунковий, який забезпечує системну дію, що узгоджується з вимогами наказів МОЗ України. Відповідно до рекомендацій Державного експертного центру МОЗ України лімітуючим показником при визначенні гострої токсичності лікарського засобу є максимальна доза IV класу токсичності з урахуванням шляху введення. Для внутрішньошлункового введення ця доза складає 5000 мг/кг, для нашкірного застосування – 2810 мг/кг. Всі тварини перед введенням/нанесенням досліджуваного гелю та його основи голодували протягом ночі. Тваринам одноразово вводили/наносили тест-зразки. За 24 години до нанесення на шкіру зразка гелю шерстний покрив на одному боці тварин видалявся стрижкою. Розмір площі нанесення гелю розраховували для кожної тварини з урахуванням її маси та оптимальної кількості нанесення (мг/см<sup>2</sup>). Оптимальною кількістю гелю вважається та, яка повністю всмоктується у шкіру та достатньо її зволожує за короткий проміжок часу – 20 мг/см<sup>2</sup>. Спостереження за живим тваринами, масою тіла, клінічними ознаками та станом шкіри (при нашкірному нанесенні) проводилося в динаміці протягом 14 діб. По закінченні періоду спостережень тварин виводили з експерименту під легким ефірним наркозом. Після цього був проведений розтин, макроскопічний огляд внутрішніх органів тварин та визначалася їх абсолютна маса. При дослідженні стану внутрішніх органів та аналізі показників масових коефіцієнтів відхилень від фізіологічної норми не встановлено. Досліджуваній гелю не призводив до загибелі тварин при внутрішньошлунковому шляху введення та при нашкірному нанесенні, що дозволяє класифікувати його відповідно до класифікації К.К. Сидорова як "малотоксичний" засіб (LD<sub>50</sub>>5000 мг/кг).



## ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ NO-СИНТАЗНОЇ ТА ЦИКЛООКСИГЕНАЗНОЇ СИСТЕМ НА ФЕРМЕНТАТИВНУ ТА НЕФЕРМЕНТАТИВНУ ЛАНКУ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКУ

**Виконавці:** Дацко О.М. – студ. IV курсу мед. ф-ту; Дубас В.В. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.б.н. ст.викл. Хаврона О.П. к.б.н. ас. Білецька Л.П.

*Кафедра біологічної хімії*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького м.Львів*

Актуальність. Однією з провідних ланок патогенезу виразкових ушкоджень шлунку є активація запальної відповіді, що супроводжується підвищенням експресії NO-синтази (NOS) та циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), продукти реакції яких справляють шкідливу дію на ліпідні мембрани, білкові структури та генетичний матеріал клітин.

Мета. Вивчити стан ферментативної та неферментативної ланки антиоксидантної системи (АОС) у крові щурів з експериментальною виразкою шлунка (ЕВШ) з умов застосування інгібіторів NO-синтазної та циклооксигеназної систем. Матеріал та методи. Дослідження проводилися на білих, безпородних щурах-самцях масою 180-220 г, яких було поділено на 4 групи: I - 15 інтактних щурів, II - 20 щурів з ЕВШ, яку викликали введенням адреналіну 10 мг/кг, III - 15 тварин, яким вводили селективний блокатор ЦОГ-2 - цефекоксиб в дозі 10 мг/кг, IV - 15 тварин, яким, вводили аміногуанідин (інгібітор NOS) в дозі 20 мг/кг. Декапітацію тварин проводили на тлі уретанового знечудження, з дотриманням біотичних норм. В сироватці крові, визначали активності супероксиддисмутази (СОД) - за Чеварі С. каталази - за Королюком М.А. глутатіонредуктази (ГР) - за Юсуповою Л.Б. глутатіонпероксидази (ГП) - за Переслегіною І.А. та рівня відновленого глутатіону (Г-SH) - за Батлером Е. Для оцінки стану не ферментативної ланки АОС визначали рівень 5Н-груп - за Соколовським В.В. та віт. С - за Шаповим А.Е. Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стюдента програмним забезпеченням МісгроїІ Excel.

Результати. Моделювання ЕВШ супроводжувалося підвищенням активності усіх ферментів АОС за винятком каталази. Зокрема активність СОД зростала в 2,2 рази, ГП – в 1,3 рази, ГР – в 1,4 рази, активність ж каталази знижувалась в 1,5 рази. Зростання активності глутатіонної системи супроводжувалося зниженням рівня відновленого глутатіону в 3,1 рази. Подібно прореагувала і неферментативна ланка АОС. Рівень SH-груп та віт. С знизився в 1,85 і 2 рази відповідно. Інгібування ЦОГ-2 на фоні ЕВШ супроводжувалося нормалізацією всіх досліджуваних показників: активність СОД знизилась в 1,6 рази, ГП – в 1,1 рази, ГР – в 1,3 рази відносно показників групи тварин з ЕВШ. Активність каталази зростала в 1,25 рази, а рівень Г-SH в 2,2 рази. Концентрація SH-груп та віт. С також зросла, проте залишалась нижчою за контрольні показники в 1,3 і 1,2 рази відповідно. Введення аміногуанідину на фоні ЕВШ супроводжувалося зниженням запального процесу та покращенням функціонування системи АОЗ у порівнянні з групою тварин лікованих цефекоксибом. Зміни показників в цій групі не відрізнялися від нормальних більш ніж на 35% по жодному з перелічених параметрів.

Висновок. Показано, що розвиток захворювання супроводжується дисбалансом в АОС який полягає в активації СОД та глутатіонових ферментів, і зниженні активності каталази, рівня відновленого глутатіону, SH-груп та віт. С. За умов блокування ЦОГ-2 відмічались позитивні зміни в функціонуванні системи АОЗ. Застосування цефекоксибу та аміногуанідину показало, що введення аміногуанідину тваринам з ЕВШ більшою мірою нормалізувало стан антиоксидантної системи, що свідчить про переважачу роль в патогенезі ЕВШ NO-синтазної системи в порівнянні з циклооксигеназною.

## ЗМІНИ ПРОТЕЇНАЗНО-ІНГІБІТОРНОГО БАЛАНСУ В ТКАНИНАХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОМЕПРАЗОЛ-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГАСТРИНЕМІЇ

**Виконавці:** Карпенко І.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викладач, к.м.н. Сухомлин А.А.

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

В клінічній практиці для лікування кислото залежних захворювань широко застосовуються інгібітори протонної помпи: омепразол, ланзопразол та інші, які знижують шлункову секрецію шляхом впливу на H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазу, що призводить до зниження шлункової секреції, і як наслідок розвитку гіпергастринемії. Вивчення змін в органах системи травлення в умовах омепразол-індукованої гіпергастринемії необхідне для розробки заходів щодо попередження та корекції її небажаних наслідків.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу довготривалого введення омепразолу на тканини слинних залоз щурів. Об'єктом дослідження були піднижньощелепні слинні залози та кров щурів. Експерименти виконані на 29 щурах-самцях лінії Вістар, вагою 180-250 г. з дотриманням рекомендацій щодо проведення медико-біологічних досліджень згідно з Європейською конвенцією.

Дослідним тваринам протягом 28 діб внутрішньоочеревинно вводили омепразол ("Sigma", США) у дозі 14 мг/кг. Контрольним щурам протягом 28 діб внутрішньоочеревинно вводили 0,2 мл води для ін'єкцій. Після завершення експерименту збирали кров для визначення вмісту гастрину радіоімунологічним методом за допомогою аналітичного набору "MP Biomedicals, LLC" (USA). Нами встановлено, що вміст гастрину в плазмі крові щурів контрольної групи на 28 день склав 59,0±35,5 пг/мл, порівняно з дослідними тваринами, яким вводили протягом 28 діб омепразол – 170,7±90,7 пг/мл. Таким чином тривале введення омепразолу викликає гіпергастринемію, вплив якої на метаболізм тканин слинних залоз недостатньо вивчений.

До фундаментальних досягнень сучасної науки відноситься визнання протеолізу як особливої форми фізіологічної регуляції. Регуляторна роль протеолітичних ферментів здійснюється у двох формах: повного та обмеженого протеолізу. Повний протеоліз являє собою деградацію білка, розщеплення аномальних та пошкоджених білків. У той же час обмежений протеоліз вважається універсальним механізмом, відповідальним за утворення, інактивацію та модифікацію гормонів, ферментів та інших фізіологічно-активних речовин. При деяких патологічних станах відбувається надмірна активація протеолізу, що є важливою ланкою патогенезу деструктивних, запальних, алергічних реакцій, порушення процесів гомеостазу, а також одним з факторів, що сприяє інвазії клітин злویкісних пухлин

Досліджуючи протеїназно-інгібіторний баланс слинних залоз щурів в умовах тривалої омепразол-індукованої гіпергастринемії отримали наступні результати: загальна протеолітична активність підвищилась в 1,17 разу (p<0,05), в той час як загальна антитриптична активність зменшилась в 1,35 разу (p<0,05) порівняно з контролем.

Отже, тривале застосування омепразолу призводить до достовірного підвищення вмісту в плазмі крові гастрину, і як наслідок до патологічних змін в тканинах слинних залоз, а саме до розвитку дисбалансу протеїназно-інгібіторного потенціалу за декомпенсаторним типом.

## НОБЕЛІВСЬКІ ЛАУРЕАТИ ХХІ СТОРІЧЧЯ В ГАЛУЗІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

**Виконавці:** Корж О. В., Сурмачевська О. С. - студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Чечотіна С. Ю.

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Нобелівська премія була заснована 29 червня 1900 року відповідно до заповіту шведського промисловця та вченого Альфреда Нобеля. На сьогодні вона залишається найпочеснішою у світі премією в галузі науки. Передбачається виділення капіталу на присвоєння премій з п'яти напрямків: фізика, хімія, фізіологія та медицина, література та внесок у справу миру в усьому світі. Перші премії були надані 10 грудня 1901 року. З 1969 року за ініціативою Шведського банку присуджується також премія з економіки. Мета нашої роботи – збір та аналіз інформації про фундаментальні дослідження в галузі медицини, за які була присвоєна Нобелівська премія у ХХІ сторіччі. Нобелівська премія з фізіології та медицини вручається щорічно з 1901 року. Першим лауреатом у цій галузі став Еміль Адольф фон Берінг за роботу по сироватковій терапії, головним чином, за її застосування при лікуванні дифтерії. Відтоді 201-му вченому було присвоєно премію з фізіології та медицини. Нобелівськими лауреатами в ХХІ сторіччі стали: 2000р. – Арвід Карлссон за відкриття, що пов'язані з передачею сигналів у нервовій системі, що дозволило зрозуміти механізм виникнення неврологічних і психічних захворювань та створити нові ефективні лікарські засоби; 2001р. – Пол Грінгард, Ерик Кендел і Леланд Хартвелл за відкриття ключових регуляторів клітинного циклу; 2002р. – Тімоті Хант, Пол Нерс і Сідней Бреннер за відкриття в області генетичного регулювання розвитку людських органів; 2003р. – Роберт Хорвиц, Джон Салстон і Пол Лотербур за винахід методу магнітно-резонансної томографії; 2004р. – Річард Ексел за дослідження нюхових рецепторів і організації системи органів нюху; 2005р. – Лінда Бак Баррі Маршалл за роботи по вивченню впливу бактерії *Helicobacter pylori* на виникнення гастриту і виразки шлунку та дванадцятипалої кишки; 2006р. – Робін Уоррен і Ендрю Файер за відкриття РНК-інтерференції – ефекту гасіння активності певних генів; 2007р. – Крейг Мелло і Маріо Капеккі за відкриття принципів введення специфічних генних модифікацій у мишей з використанням ембріональних стовбурових клітин; 2008р. – Мартін Еванс, Олівер Смітс і Харальд цур Хаузен за відкриття вірусу папіломи людини, що викликає рак шийки матки та Франсуаза Барре-Синуссі, Люк Монтаньє за відкриття ВІЛ; 2009р. – Елізабет Блекберн Керол Грейдер і Джек Шостак за відкриття механізмів захисту хромосом теломерами і ферменту теломерази; 2010р. – Роберт Едвардс за технологію штучного запліднення *in vitro*; 2011р. – Жюль Хоффман і Брюс Бетлер за роботи по вивченню активації природженого імунітету та Ральф Стайнман за відкриття дендритних клітин і вивчення їх значення для придбаного імунітету; 2012р. – Джон Гердон і Сін'я Яманак за роботи в галузі біології розвитку і отримання індукованих стовбурових клітин. У 2013 році премію присвоєно Джеймсу Ротману, Ренді Шекману і Томасу Зюдофу за відкриття механізмів регуляції транспорту везикул – основної системи між- і внутрішньоклітинної комунікації. У ході своїх досліджень науковці розкрили основні молекулярні принципи, на яких заснована нормальна робота клітинної транспортної системи, порушення якої веде до розвитку імунних, неврологічних захворювань, цукрового діабету. Видатний фізіолог, лауреат Нобелівської премії Іван Петрович Павлов писав: «Не можна в науці серйозно з користю працювати без постійного спілкування з соратниками усього світу за фахом». Таким чином, тільки плідна співпраця науковців різних країн світу сприятиме новим відкриттям на благо людству.

## ВПЛИВ ПОХІДНИХ 2-ОКСОІНДОЛІНУ НА СНОДІЙНІ ЕФЕКТИ ТІОПЕНТАЛУ НАТРІЮ

**Виконавці:** Ланько Л.Ф., Мугінова К.В., Скрипка Н.О. – студ. III курсу, мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Луценко Р.В.

*Кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Тривожні розлади являють собою значну медичну та соціально-економічну проблему пов'язану з психічною патологією. Неврози супроводжуються соціальною і професійною дезадаптацією аж до інвалідизації та зниження якості життя. До останнього часу бензодіазепінові транквілізатори є основними в лікуванні тривоги. З появою не бензодіазепінових анксиолітиків частота їх призначення суттєво не зменшилась. Тому велику увагу приділяють речовинам, що мають відмінну від бензодіазепінів хімічну будову та механізм дії. Серед них активно досліджують похідні 2-оксоіндоліну, що виявляють нейротропну дію у поведінкових тестах різної аверсивності. Потенційним анксиолітичним засобом притаманна гіпогенна дія або здатність потенціювати снодійні ефекти інших препаратів. Тому в плані комплексного дослідження анксиолітичної активності нових похідних 2-оксоіндолін-3-гліоксилової кислоти значний інтерес становить вивчення характеру впливу сполук на снодійний ефект барбітурату - тіопенталу натрію. Мета роботи – дослідити вплив похідних 2-оксоіндолін-3-гліоксилової кислоти на сон викликаний уведенням тіопенталу натрію.

Досліди виконані на 70 дорослих щурах обох статей лінії Wistar. Використовували похідні 2-оксоіндоліну з умовними позначеннями 18, 18-4, 18-5, 1-Ф і Г. Сполуки вводили внутрішньочеревенно у еквітоксичних дозах відносно референс-препарату діазепаму (2 мг/кг) за 1 годину до застосування тіопенталу натрію у дозі 40 мг/кг. Це доза, що викликала сон у 50% тварин з групи. Реєстрували: кількості тварин у групі що заснули, латентний період настання сну (час до втрати рефлексу перевертання, сек.) розцінювали як ефект потенціювання, та збільшення тривалості сну (різниця між часом засинання та пробудження, сек.), що свідчить про пролонгування сполуками, що досліджуються снодійного впливу барбітуратів, або про наявність самостійного гіпногенного ефекту в досліджуваних речовинах.

Встановлено, що діазепам посилював наркозну активність тіопенталу натрію шляхом зменшенням латентного періоду настання сну в 1,4 рази порівняно з уведенням лише барбітурату ( $p < 0,001$ ). При цьому в групі всі тварини були в стані наркозу, а середня тривалість його збільшувалась в 1,5 рази порівняно з контролем ( $p < 0,001$ ). Сполуки 18, 18-4, 18-5 і 1-Ф достовірно збільшували кількість тварин у групі, що заснули, вірогідно зменшували латентний період настання сну, проявляли синергізм з тіопенталом натрію, тобто потенціювали снодійний ефект барбітурату. На фоні похідних 2-оксоіндоліну вірогідно зростала тривалість тіопенталового наркозу. Сполука 18 збільшувала тривалість барбітуратового сну в 1,4 рази, а речовина 1-Ф у 1,6 рази порівняно з уведенням лише наркозного засобу ( $p < 0,001$ ). Це підтверджує здатність сполук пролонгувати гальміміні ефекти тіопенталу натрію на ЦНС. Інші похідні 2-оксоіндоліну що досліджувались вірогідно не впливали на тривалість тіопенталового сну, тобто не потенціювали наркозні властивості барбітурату. Сукупність отриманих даних вказує, що два похідні 2-оксоіндолін-3-гліоксилової кислоти виражено потенціювали та пролонгували снодійний ефект тіопенталу натрію. Отримані дані підтверджували наявність у речовини 18 і 1-Ф анксиолітичних властивостей, що були встановлені нами у попередніх дослідженнях на моделях неконфліктної поведінки тварин. Також, це може вказувати на наявність снодійного ефекту у цих сполук. Уведення похідних 2-оксоіндолін-3-гліоксилової кислоти з умовними позначеннями 18 і 1-Ф потенціювало та пролонгувало гіпногенну дію тіопенталу натрію і за активністю не поступалися референс-препарату.

## ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СКЛАДУ В ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

**Виконавець:** Левицький Г.О. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Нетюхайло Л.Г., аспірант Сухомлин Т.А.

**Кафедра медичної, біологічної та біоорганічної хімії**

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Ушкодження легень в структурі синдрому поліорганної недостатності при опіковій хворобі посідає перше місце, що робить дану проблему актуальною для сучасної медицини. Відомо, що опікова хвороба супроводжується активацією перекисного окиснення ліпідів, внаслідок розвитку стресової реакції, запальних змін та гіпоксії. За цих умов відбуваються зміни ліпідного складу в легенях та порушується утворення сурфактанту.

Метою дослідження є вивчення впливу експериментальної опікової хвороби (ЕОХ) на ліпідний склад в тканинах легень щурів.

Методи дослідження. Експерименти виконані на 42 білих щурах-самцях, вагою 180-250г. Опікову хворобу моделювали за методом Довганського шляхом занурення задньої кінцівки тварин в гарячу воду ( $t +70-75^{\circ}\text{C}$ ) під легким ефірним наркозом, протягом 7 сек. Розмір ділянки пошкодження становив 12-15% поверхні тіла тварини. Евтаназію тварин здійснювали під ефірним наркозом. В гомогенаті легеневої тканини визначали вміст фосфоліпідів (ФЛ), тригліцеридів (ТГ), вільних жирних кислот (ВЖК), холестеролу (ХС). Отримані результати дослідження статистично обробляли з використанням U-критерію Манна-Уїтні.

Результати дослідження. Вміст фосфоліпідів на 1-у добу знизився у 1,34 разу, потім рівень фосфоліпідів дещо підвищився але залишався нижче за контрольний, на 7-у добу ЕОХ – у 1,27 разу, на 14-у добу – у 1,21 разу, на 21-у добу – у 1,09 разу відповідно. Рівень тригліцеридів в легеневої тканині також знижувався, на 1-у добу – у 1,85 разу, досягаючи мінімуму на 7-у добу – у 1,94 разу. В подальшому вміст ТГ починав зростати. Водночас, вміст ВЖК зроставав і перевищував контрольні показники у всі стадії опікової хвороби. На 1-у добу опікової хвороби – у 2,27 разу, на 7-у добу – у 2,45 разу, на 14-у добу вміст ВЖК у легеневої тканині почав дещо знижуватись, на 21-у добу – у 1,65 разу, а на 28-у добу – у 1,47 разу. В умовах ЕОХ достовірно підвищувався вміст холестеролу в порівнянні з контролем. На 1-у добу він зріс у 1,31 разу, на 7-у добу – у 1,37 разу, потім дещо знизився.

Висновки. Таким чином, в умовах опікової хвороби в тканинах легень щурів відбулась зміна ліпідного складу тканин легень, а саме, зменшення кількості загальних фосфоліпідів та тригліцеридів, зростання рівня холестеролу та вільних жирних кислот.

## ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ Й УСПІШНІСТЬ НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВДНЗУ «УМСА»

**Виконала** Липченко Т. О. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту

**Керівники:** проф. Запорожець Т.М., Коровіна Л.Д.

**Кафедра нормальної фізіології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогодні є численні дані про зв'язки стану здоров'я, зокрема, нервової системи, з поведінковими звичками, характером професійної діяльності й інших зовнішніх факторів, що також формує специфічні особливості регуляції. У студентів молодших курсів на процес адаптації до нових умов життя й праці накладається вплив шкідливих звичок. Численні закордонні дослідження відзначають у студентів високу частоту паління й уживання алкоголю, у т.ч. у великих дозах.

В 2011-2012 навчальному році було проведено анкетування й обстеження 185 студентів 1-2 курсів Української медичної стоматологічної академії (м.Полтава). Серед опитаних другоккурсників не курили 50,0% юнаків і 82,0% дівчат. 76,9% курців другоккурсників щодня курили не більше 10 сигарет, у дівчат висока інтенсивність паління не спостерігалася. На першому курсі показники були кращими: не курили 64,9% юнаків і 100% дівчат.

Мали стаж регулярного вживання алкоголю більше 1 року 49,7% юнаків і 41,2% дівчат. 35,3% юнаків і 54,8% дівчат указали відсутність регулярного вживання алкоголю. Ці показники значно кращі, ніж указують у закордонних літературних джерелах.

Серед студентів, що регулярно вживали алкоголь, віддавали перевагу міцним алкогольним напоям 13,5% юнаків і 3,0% дівчат, напої міцністю 16-17% уживали 5,6% юнаків і 15,8% дівчат, напої міцністю 9-12% - 16,9% юнаків і 35,6% дівчат, слабоалкогольні - 64,0% юнаків і 45,5% дівчат. Хоча тільки двоє з опитаних уживали алкоголь у дозах, які відносяться до визначення «пияцтво», а стаж регулярного вживання алкоголю ні в кого не перевищував 5 років, проте спостерігалися різноманітні статистично значимі зв'язки показників уживання алкоголю.

Середній бал, отриманий студентами за підсумками всіх модулів протягом навчального року мав ряд кореляцій з показниками: з розрахованою щотижневою дозою абсолютного етанолу  $r = -0,21$  ( $p < 0,05$ ), зі стажем занять з комп'ютером  $r = -0,29$  ( $p < 0,005$ ), а також з тривалістю денного сну  $r = -0,26$  ( $p < 0,01$ ). Визначалася залежність середнього балу від рівня кровопостачання мозку, визначеного за даними реографії, а саме, від реографічного індексу. В різних басейнах зв'язок коливався від  $r = 0,30$  ( $p < 0,05$ ) до  $r = 0,39$  ( $p < 0,005$ ). З урахуванням того, що кровопостачання мозку, у свою чергу, негативно пов'язане з шкідливими звичками, особливо зі стажем та інтенсивністю куріння, можна припустити, що цей опосередкований зв'язок також має значення для успішності навчання.

На закінчення необхідно вказати на наявність виявленої множинної кореляційної залежності середнього бала успішності від середньої тижневої дози абсолютного етанолу, добового часу занять із комп'ютером і тривалості денного сну. Коефіцієнт множинної кореляції склав  $R = 0,34$  ( $p < 0,001$ ). Стандартизовані коефіцієнти зв'язку були для тижневої дози абсолютного етанолу  $\beta = -0,24$  ( $p < 0,005$ ), для тривалості денного сну  $\beta = -0,15$  ( $p < 0,05$ ), для добової тривалості часу занять із комп'ютером  $\beta = -0,17$  ( $p < 0,05$ ). Це свідчить, що збільшення кожного із цих показників у студентів молодших курсів негативно позначається на успішності, хоча причини таких зв'язків різні.

## ВПЛИВ ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ НА ДІЮ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

**Виконавці:** Литвиненко С.С., Масич О.Б., Уразка Д.В. - студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Лобань Г.А.

**Кафедра мікробіології, вірусології та імунології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Стафілококи, як і всі умовно-патогенні мікроорганізми, викликають опортуністичні інфекції. За умов цілого ряду патологічних станів, що призводять до зниження імунного статусу організму, стафілококи набувають здатності залишати свої нормальні біотопи на поверхні шкіри та слизових оболонок, перетинати тканинні бар'єри, в нормі для них непереборні, і транслюкуватися у внутрішнє стерильне середовище організму, тобто у незаселену екологічну нішу, розмножуватися там і викликати типову патологічну реакцію – запалення. Клінічно це проявляється у вигляді гнійно-запальних процесів різної локалізації та ступеня тяжкості – від місцевих обмежених до тяжких генералізованих, таких як сепсис та септикопемія.

Загальні принципи лікування стафілококових інфекцій ґрунтуються на комплексній терапії, що включає адекватне хірургічне втручання, раціональну антибіотикотерапію. Враховуючи широке розповсюдження антибіотикорезистентних штамів стафілококів, необхідно призначати антибіотики з урахуванням результатів антибіотикограми.

В останні роки в усьому світі відмічається різке зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів (АБП), що негативно впливає на контроль над багатьма тяжкими хворобами. Резистентність збудників інфекцій до АБП веде до збільшення термінів лікування хворих, підвищує летальність і збільшує тривалість епідемій. В економічному плані ріст антибіотикорезистентності у бактерій призводить до суттєвого підвищення вартості терапії. Проблема антибіотикорезистентності мікроорганізмів визнана глобальною, і в даний час однією із стратегічних задач у всьому світі є стримування розвитку і розповсюдження антибіотикорезистентних мікроорганізмів, зокрема за рахунок комбінування антибіотиків з іншими засобами.

Метою нашого дослідження є вивчення впливу похідного 3-гідроксипіридину на антибактеріальну дію хіміотерапевтичних препаратів.

В дослідженні, проведеному на 10 штамів *S.aureus*, виділених з порожнини рота хворих на хронічний гінгівіт, визначена чутливість вивчаємих мікроорганізмів до ряду антибіотиків і поєднаної їх дії з похідним 3-гідроксипіридину. Встановлено, що додавання досліджуваного препарату до антибіотиків збільшує чутливість мікроорганізмів до них. Це явище характеризується зростанням зон затримки росту у порівнянні з контролем на антибіотик.

Отже, чутливість *S.aureus* до антибіотиків може бути підвищена за допомогою речовини з числа синтетичних антиоксидантів, якими є похідні 3-гідроксипіридину.

## ВПЛИВ НАНОЧАСТИНОК МАГНЕТИТУ, СТАБІЛІЗОВАНИХ МЕКСИДОЛОМ ТА ПОЛІВІНІЛПІРОЛІДОНОМ, НА ВМІСТ ЗАЛІЗА В КІСТКОВОМУ МОЗКУ ПРИ ГОСТРІЙ ПОСТГЕМОРАГІЧНІЙ АНЕМІЇ

**Виконавці:** Лобурець М.В., Коровникова О.О. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н., професор Важнича О.М.

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології**

*ВДНЗУ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Залізодефіцитна анемія часто зустрічається в клінічній практиці. Незважаючи на існування великої кількості препаратів заліза, лікування резистентних форм такої анемії являє певні труднощі. Для компенсації значного дефіциту заліза останнім часом починають використовувати препарати, що містять наночастинки (НЧ) оксидів заліза, наприклад ферумокситол (Feraheme®), однак цей препарат рекомендовано застосовувати лише при анемії, яка виникає у хворих з патологією нирок за умов гемодіалізу. Обмежена кількість препаратів нанозаліза та показань до їх застосування роблять актуальним створення нових композитних НЧ оксидів заліза, перспективних у лікуванні анемії. Одним із елементів їх доклінічного тестування є вивчення впливу на метаболізм заліза в організмі в нормі та за умов різних видів анемії. Мета роботи – вивчити вплив композитних НЧ оксиду заліза (II, III), або магнетиту, що містять також мексидол та полівінілпіролідон (ПВП), на вміст заліза в кістковому мозку при гострій постгеморагічній анемії. Анемію моделювали шляхом вилучення 25% крові з серця білих щурів під загальною анестезією. Досліджувані речовини вводили інтраперитонеально відразу після крововтрати. Доза введеного у складі НЧ заліза становила 1,35 мг Fe/kg маси тіла. Дію композитних НЧ та їх складових на вміст заліза в кістковому мозку білих щурів вивчали в різні терміни після крововтрати (3 год і 72 год). Дослідженню піддавали кістковий мозок стегнової кістки, яку одержували після забиття щурів дослідних та контрольних груп. Концентрацію заліза визначали методом атомно-емісійної спектроскопії. Встановлено, що через 3 год після крововтрати вміст заліза в кістковому мозку зменшувався більше, ніж вдвічі ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контролем. Застосування композитних НЧ підвищувало його в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) порівняно з крововтратою без фармакологічної корекції. Аналогічні зміни спостерігались також після введення НЧ магнетиту, мексидолу та ПВП нарізно або в комбінаціях по двоє. Найбільше зростання вмісту заліза в кістковому мозку викликало поєднане введення НЧ оксиду заліза з мексидолом (у 2,9 рази,  $p < 0,05$ ). Препарат порівняння Феррум Лек за цих умов діяв слабше за інші речовини. Через 72 год після крововтрати вміст заліза в кістковому мозку тварин був вище, ніж через 3 год після вилучення крові, але залишався вірогідно меншим, ніж показники інтактних тварин. За цих умов композитні НЧ та препарат порівняння Феррум Лек викликали ще більше зниження (в 1,6 рази,  $p < 0,05$ ) вмісту заліза в кістковому мозку. Аналогічно діяли ПВП та ПВП з НЧ магнетиту, які зменшували даний показник в 1,4 рази ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контрольною патологією. Решта застосованих речовин та їх комбінацій істотно не впливали на концентрацію заліза в кістковому мозку щурів через 72 год від втрати крові. Одержані результати свідчать про швидкий стадійний вплив НЧ оксиду заліза (II, III), стабілізованих мексидолом і ПВП, на вміст заліза в кістковому мозку тварин при анемії, викликаній гострою крововтратою, який за своєю динамікою відрізняється від ефекту звичайного препарату заліза Феррум Лек.

# ВІЛЬНО-РАДИКАЛЬНІ ПРОЦЕСИ В ТКАНИНАХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ГЛУТАМАТ-ІНДУКОВАНОГО ОЖИРІННЯ

**Виконавець:** Марченко М.В. - студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** Гордієнко Л.П.

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

На сьогодні, згідно висновку експертів ВООЗ, у світі спостерігається епідемія ожиріння, що безумовно пов'язано з обмеженням фізичної активності, хаотичним режимом харчування, зростанням в раціоні висококалорійних продуктів і легкозасвоюваних вуглеводів, а також широким використанням в харчовій промисловості харчових добавок, перш за все, глутамату натрію. За даними літератури, глутамат натрію викликає розвиток ожиріння і захворювання травного тракту (Фалалеева Т.М. та ін., 2010; Лещенко І.В. та ін., 2012). Ожиріння та асоційовані з ним патологічні стани можуть призвести до зниження функціонування клітин слинних залоз і як наслідок зниження саливації, підвищення в'язкості слини, розвитку ксеростомії. Порушення функції слинних залоз призводить до розвитку патологічних процесів в органах ротової порожнини, підвищує ризик розвитку карієсу та захворювань тканин пародонта, а також викликає порушення процесів травлення в інших відділах шлунково-кишкового тракту. Важливе значення у розвитку патологічних змін при ожирінні має надмірна активація вільно-радикальних процесів і розвиток оксидативного стресу (Vincent H.K., 2006; Modeer T., 2010; Арутюнян С.Э., 2012). Водночас патогенетичні механізми змін у слинних залозах за умов ожиріння залишаються недостатньо вивченою проблемою сучасної медицини.

Наукова новизна роботи: вперше досліджено стан вільно-радикальних процесів у тканинах слинних залоз щурів за умов глутамат-індукованого ожиріння. Метою дослідження було вивчення вільно-радикальних процесів у тканинах слинних залоз щурів за умов глутамат-індукованого ожиріння. Експерименти виконані на 20 білих щурах-самцях. У щурів моделювали глутамат-індуковане ожиріння. На початку експерименту щури були розділені на 2 групи. I – інтактний контроль (4-х місячні щури). Новонародженим щурам II групи підшкірно у об'ємі 4 мг/г вводили глутамат натрію на 2, 4, 6, 8, 10 день життя. Через 4 місяці у піддослідних тварин визначали індекс маси тіла (ІМТ). Після чого тварин декапітували (Miskowiak B., Partyka M., 1993). В гомогенаті слинних залоз для оцінки вільно-радикальних процесів визначали вміст окисно-модифікованих білків (ОМБ) та молекул середньої маси (МСМ).

Встановлено, що у щурів контрольної групи ІМТ становив  $(0,57 \pm 0,02)$  г/смІ. У щурів II групи, яким моделювали ожиріння, викликане глутаматом натрію, ІМТ вірогідно зростав у 1,21 разу порівняно з тваринами контрольної групи  $((0,69 \pm 0,03)$  г/смІ,  $P < 0,05$ ). Отже, у щурів II групи спостерігається достовірне збільшення ІМТ порівняно з контролем, що свідчить про розвиток ожиріння.

Встановлено, що за умов глутамат-індукованого ожиріння у слинних залозах щурів вірогідно підвищується у 1,44 разу вміст ОМБ порівняно з контролем. За цих умов в тканинах слинних залоз щурів вірогідно зростає в 1,41 разу вміст МСМ порівняно з тваринами, яким не моделювали ожиріння.

Таким чином, за умов моделювання глутамат-індукованого ожиріння в тканинах слинних залоз щурів виникає активація вільно-радикальних процесів, що призводить до ендотоксемії.

## АКТИВАЦІЯ ПРОТЕОЛІЗУ ПРИ ГОСТРОМУ СТРЕСІ

**Виконавець:** Мілявська Ю.Д. – студ. II курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Петрушанко Т.О., проф. Тарасенко Л.М.

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Відома залежність деструктивних змін в клітинах від стану лізосомального апарату. Лізосоми відзначаються високою чутливістю до дії ушкоджуючих факторів. Наслідком підвищення проникності лізосомних мембран є зростання протеолітичної активності (ЗПА) крові та тканин.

В дослідженнях на 28 щурах-самцях Вістар на моделі гострого емоційно-больового стресу вивчали загальну протеолітичну активність крові (ЗПА) та активність протеїназ в тканинах пародонта. Тварин розподілили на дві групи: перша - інтактні, друга - дія гострого стресу. ЗПА в крові та тканинах визначали за методом А.М. Уголева і співавторів [1969], вміст "середніх молекул" (СМ) - за методом Н.І. Габрієлян і В.І. Ліпатової [1988].

Нами встановлено достовірне підвищення на 29% ЗПА крові та на 30% – в тканинах пародонта порівняно з інтактною групою тварин, що характеризує активацію протеолітичних процесів внаслідок «відтоку» ферментів із ушкоджених клітин пародонта. Молекулярною основою цих змін є посилення проникності мембран лізосом. Виявлену активацію протеолізу підтверджує суттєве зростання в 2,7 рази вмісту СМ в крові при гострому стресі по відношенню до контрольних величин. Відомо, що одним із ушкоджуючих факторів мембранодеструктивної дії при гострому стресі є активація вільнорадикального окиснення. За нашими даними, гострий стрес підвищує в середньому в 2 рази вміст ТБК-реактивних в тканинах пародонта порівняно з контролем. Отже, в сферу ушкоджуючого впливу гострого стресу включаються тканини пародонта.

Характерні зміни протеолізу при гострому стресі відображають не тільки ушкодження лізосомальних мембран та підвищення їх проникності, але можуть бути оцінені як біологічно доцільні, так як сприяють елімінації ушкоджених клітин, що втратили функціональну активність.

## РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРЕФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

**Виконавець:** Морля М.Ф.- студ. V курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Сидорчук І. Й.

*Кафедра клінічної імунології, алергології та імунології*

*Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Негоспітальна пневмонія (НГП) – важлива медико-соціальна проблема, що характеризується високою захворюваністю і смертністю, а також істотними економічними витратами.

Проведене клініко-імунологічне обстеження 21 хворого на НГП із залученням параклінічних інструментальних методів дослідження. Контролюючи зараз 15 практично здорових людей відповідного віку і статі.

У всіх хворих на НГП і практично здорових осіб для дослідження набрали кров із пальця та визначили абсолютну і відносну кількість основних популяцій імунокомпетентних клітин (ІКК) за загальновідомими методами. Для встанов-

лення інформативності змін попередників ІКК визначені ступінь імунних порушень (СІП). За наявності імунної недостатності показник був негативним числом, зниження показника зі знаком «плюс» свідчило про гіперфункцію імунної системи.

За необхідності захисту організму у випадку інтервенції патогенних або умовно-патогенних мікроорганізмів, насамперед, активуються фактори вродженого імунітету, провідним компонентом є реактивність лейкоцитів, моноцитів/макрофагів.

У хворих на НГП зростає реактивна відповідь нейтрофілів на 83,33%, індекс зсуву нейтрофілів – на 66,57%, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів на 44,58%, що підтверджує зростання реактивності нейтрофілів сприяють посиленню активності, неспецифічного протиінфекційного захисту організму хворих на НГП.

Нейтрофіли периферійної крові хворих на НГП мають підвищену секреторну активність щодо продукції прозапальних цитокінів – інтерлейкіну -6,8, фактора некрозу пухлин –альфа (ФНП-  $\alpha$ ). Підвищення секреції нейтрофілами ІЛ-6 на 46,88% може сприяти посиленню продукції білків гострої фази, підвищення температури тіла, диференціації В-лімфоцитів і продукції антитіл; а ІЛ-8 на 59,47% сприяє підвищенню активації нейтрофілів, посиленню хемотаксису. Підвищена секреція нейтрофілами ФНП- $\alpha$  сприяє посиленню різноманітних ефектів, а секреція інтерферону –альфа посилює противірусний захист організму хворих на НГП.

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАНІНУ ЯК НЕЙРОПРОТЕКТОРА

**Виконавець: Панасенко Т.О. – студ. VI курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: проф. Непорада К.С.**

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Інсульт входить до числа трьох захворювань, які є основною причиною смерті в більшості країн. Останнім часом він змінив свої позиції, претендує на лідерство. Інсульт – провідна причина інвалідності, особливо у осіб старше 60 років. У Європі захворюваність на нього становить 220 випадків на 100 000 населення. В Україні, на жаль, цей показник у 11-13 раз вищий. Інсульт стає однією з головних медико-соціальних проблем. Відомо, що одним з провідних механізмів розвитку інсультів є психоемоційний стрес, який займає важливе місце серед інших проблем біобезпеки. Науково-технічний прогрес, екологічна небезпека, катастрофи техногенного і військового характеру, глобальне неблагополуччя соціально-економічної сфери призвели до того, що проблема психоемоційного стресу, поряд з медико-біологічними, набула гострого соціального значення. Пошук природних адаптогенів, що є ефективними стреспротекторами залишається актуальним і на теперішній час. В ході епідеміологічних і експериментальних досліджень переконливо показана протизапальна, радіопротекторна, антиоксидантна активність природних поліфенольних сполук, представниками яких є пігменти меланіни.

Метою роботи було експериментально-клінічне обґрунтування використання меланіну у хворих з ішемічним інсультом. Експерименти виконано на 53 щурах-самцях масою 140-220 г з дотриманням біоетичних норм. Евтаназію здійснювали під тіопенталовим наркозом шляхом кровопускання. Меланін («Sigma», США) вводили інтрагастрально одноразово через зонд за 30 хвилин до моделювання гострого стресу у дозі 5 мг/кг. Гострий стрес моделювали за Сельє. Було сформовано 2 клінічні групи пацієнтів-добровольців, що знаходилися на плановому лікуванні у 5 МКЛ м. Полтави після ішемічного інсульту: групу пацієнтів, що отримували медичну допомогу за протоколом (наказ МОЗ України №487 від 17.08.2007) та групу, в комплексне лікування яких було включено «Анкарцин», 1 капсула 2 рази на день, протягом 14 днів. В гомогенаті тканин великих півкуль головного мозку щурів, а також в сироватці крові досліджуваних клінічних груп визначали активність каталази (Архипова О.Г., 1988), вміст ТБК-реактивних (Стальная І.Д., 1977), окисно-модифікованих білків (ОМБ) (Дубинина Е.Е., 1995). Результати дослідження обробляли за критерієм Стюдента. Встановлено, що в тканинах півкуль головного мозку щурів за умов гострого стресу вміст ТБК-реактивних, ОМБ вірогідно збільшувався, а активність каталази вірогідно знижувалась, порівняно з контрольними тваринами. За умов попереднього введення меланіну перед моделюванням гострого стресу вміст ОМБ, ТБК-реактивних вірогідно зменшувався, активність каталази вірогідно підвищувалась, порівняно з тваринами, яким моделювали гострий стрес без корекції. В сироватці крові пацієнтів, що приймали «Анкарцин» вміст ОМБ та ТБК-реактивних вірогідно зменшувався, а активність каталази вірогідно підвищувалась, порівняно з групою пацієнтів які отримували традиційне лікування.

Отже, меланін володіє вираженими нейропротекторними властивостями, про що свідчить попередження стресіндукованого розвитку оксидативного стресу: вірогідне зниження вільно-радикальних процесів та підвищення антирадикального захисту.

## АКТИВАЦІЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ – ПРОВІДНИЙ МЕХАНІЗМ УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА НА ТЛІ ГОСТРОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

**Виконавець: Перфільєва І.В. – студ. II курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: проф. Тарасенко Л.М., доц. Омельченко О.Є.**

*Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Традиційно психоемоційний стрес оцінюють як одну з головних ланок патогенезу захворювань системи травлення, яка характеризується підвищеною чутливістю до дії психогенних факторів на організм.

Одноелектронне відновлення молекулярного кисню утворює активні форми кисню, які ініціюють процеси перекисного окиснення ліпідів в клітинах та сприяють руйнуванню біомембран, що є ключовою ланкою патогенезу стрес-синдрому. Мета даної роботи – дослідити вміст ТБК-реактивних у слизовій оболонці шлунка (СОШ) та його зв'язок з ульцерогенезом при гострому стресі, а також вміст перексиду водню у крові щурів за умов дії гострого емоційного стресу. Експерименти виконані на 14 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар масою 160-220 г, які були розподілені на контрольну (n=7) та дослідну групи (n=7). Природну модель гострого емоційного стресу відтворювали за методом Г. Сельє (1960). Ульцерогенний вплив гострого стресу оцінювали на підставі визначення частоти, множинності та площі виразкових уражень СОШ (Пшенникова М.Г. та співавт., 2002). Стан вільнорадикальних процесів оцінювали на підставі визначення концентрації  $H_2O_2$  у крові (Graf E., John T.P., 1980) та вмісту ТБК-активних продуктів (Стальная

И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977) у гомогенаті СОШ. Отримані результати піддавали математико-статистичному аналізу з використанням критерію t Ст'юдента.

Нами встановлено, що гострий емоційний стрес викликає розвиток виразок шлунка у 87% стресованих тварин; в контрольній групі тварин патологічних змін СОШ не спостерігали. При цьому множинність виразок, тобто кількість виразок на 1 тварину дорівнювала  $2,2 \pm 0,4$ , а площа виразок в перерахунку на 1 шлунок –  $4,8 \pm 1,1 \text{ мм}^2$ . За цих умов в 1,8 разів підвищився вміст ТБК-активних продуктів у слизовому гелі шлунка стресованих тварин. Зазначені зміни СОШ розвивалися на фоні системної активації процесів вільнорадикального окиснення (ВРО), про що переконливо свідчить підвищення в 1,7 рази концентрації пероксиду водню в крові стресованих щурів порівняно з контрольною групою.

Школою Ф.З. Меєрсона обґрунтовано положення про те, що стресорні реакції супроводжуються підвищенням вмісту продуктів ВРО в тканинах внаслідок активації симпато-адреналової системи, що призводить до порушення фундаментальних функцій клітин, внаслідок мембранодеструктивної дії. З літературних джерел відомо що попереднє введення супероксиддисмутази, як одного з компонентів антиоксидантної системи, чинить протекторну дію по відношенню до СОШ Враховуючи підвищену чутливість тканин шлунка до дії психоемоційних чинників, можна стверджувати, що надмірна активація процесів ВРО та порушення структури біомолекул СОШ відіграють важливу патогенетичну роль в ушкодженні СОШ та ульцерогенезі за умов гострого емоційного стресу.

## ХАРЧОВІ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

**Виконавець: Печеник Т.В. – студ. III курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: к.м.н. Денисенко С.В.**

**Кафедра патологічної фізіології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є проблема алергії у зв'язку зі значною поширеністю даної патології серед дорослих і дітей. Різні прояви алергічних реакцій і захворювань згідно даних ВООЗ реєструються у 17-20 % населення планети, у 15 % дітей-великі чи малі прояви алергії, причому частота харчової алергії у ранньому віці становить 20-30 % (Вельтищев Ю.Е., Святкіна О.Б., 1995), до того ж в останні роки постійно утримується тенденція до їх зростання. Вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища, в тому числі забруднення біосфери і урбанізація, є головними чинниками росту алергічних захворювань. За даними ВООЗ на початок 21 століття дана патологія стане найбільш поширеною серед населення (Потьомкіна А.М., 1990, Вельтищев Ю.Е., Святкіна О.Б., 1995.). Першим проявом алергічної патології у дітей є харчова алергія, найчастіше виявляється як atopічний дерматит і може трансформуватися в організмі по-різному: перші прояви або поступово регресують або відбувається еволюція за принципом «atopічного маршу», початком якого є власне харчова алергія. Останніми роками уявлення щодо природи харчової алергії у дітей значно розширилися. Частіше її розглядають як полігенну багатофакторну atopічну патологію з провідним ефектом головного гену (Воронцов І.М., 1986, Ласиця О.І., 1991, Карр А., 1987, Layton G.T., 1988). Крім того, вивчаються причини харчової алергії, умови реалізації субклінічної стадії з латентним характером сенсibilізації з маніфестацією клінічних симптомів (Новіков Д.К., 1991, Петренко Н.М., 1995, Warner J.O., 1993). Також існують роботи, в яких подається характеристика стану шлунково-кишкового тракту, зокрема кишкового мікробіоценозу у дітей раннього віку та її роль у розвитку харчових алергій (Ляшенко І.І., Бондар С.А., 1992). Наукова новизна роботи. На основі вивчення розвитку і проявів харчової алергії у дітей за допомогою комплексного дослідження, з використанням специфічних алергологічних, імунологічних, бактеріологічних методик, отримані нові дані щодо клінічних проявів даної патології у дітей. Доведено залежність ступеню важкості і гостроти проявів даної патології від дисбіотичних зсувів. Крім того, створена математична модель індивідуального прогнозування харчової алергії. Метою даної наукової роботи є обґрунтування етіології та патогенезу харчової алергії у дітей на підставі поглибленого вивчення характеру клінічного перебігу захворювання, особливості імунологічного та алергологічного статусу та кишкового мікробіоценозу. Методами дослідження при проявах харчової алергії є клінічні, біохімічні та імунологічні.

Результати проведених досліджень дають змогу зробити наступні висновки: 1. Харчова алергія серед соматичної патології дітей складає 15,1%. Частота її за останні 5 років збільшилась у 1,5 рази і має тенденцію до неухильного зростання. 2. Спектр алергенів при харчовій алергії у дітей раннього віку є достатньо широким, найчастіше спостерігається сенсibilізація до білку курячого яйця (53,2%), мандаринів (52%), коров'ячого молока (45,2%), манної (40,3%) та гречаної (29%) круп. 3. Харчова алергія у дітей супроводжується змінами імунного статусу, типовими для atopії (зменшення загальної кількості Т-лімфоцитів, зростанням концентрації IgG, IgE, зниження рівня IgA) та розвитком дисбіоценозу кишок.

## ВПЛИВ “СТОМАТОФІТУ” НА МІКРОБНУ КОЛОНІЗАЦІЮ РОТОВОЇ РІДИНИ В РЕТЕНЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

**Виконавець: Полянський О.О., Ваценко А.І. – студ. II курсу мед. ф-ту №1**

**Науковий керівник: к. с.г. н. Коваленко Н.П., к. м. н., доц. Полянська В. П.**

**Кафедра мікробіології, вірусології та імунології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

У клініці ортодонтичної стоматології значну увагу приділяють методам профілактики ускладнень від використання ортодонтичних конструкцій. Застосування цих засобів корекції значною мірою впливає на кількісний і якісний склад мікрофлори порожнини рота. Тому метою нашого дослідження було вивчення впливу фармакологічного засобу “Стоматофіт” на показники мікробної колонізації ротової рідини в осіб з ретейнерами.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети проведено мікробіологічне обстеження 20 осіб із санованою порожниною рота, яких 10 склали контрольну групу, інші 10 – особи з ретейнерами. Вивчення мікробної колонізації ротової рідини з використанням мікробіологічних методів дослідження проводили у три етапи. На першому етапі досліджували колонієутворюючі одиниці (КУО) ротової рідини осіб контрольної групи; на другому етапі – вивчали КУО у осіб з ретейнерами; на третьому етапі визначали КУО у осіб з ретейнерами після застосування “Стоматофіту” протягом одного місяця. Статистичну обробку проводили варіаційно-статистичним методом аналізу результатів дослідження з використанням програми «Microsoft Excel 2003». Вірогідність результатів оцінювали за допомогою критерію Ст'юдента.

Отримані результати, представлені в таблиці 1, дозволили проаналізувати кількісні зміни мікробної колонізації ротової рідини у контрольній групі обстежуваних і у групі осіб з ретейнерами.

№ п/п	Етапи дослідження	Показники	
		Загальна кількість мікроорганізмів	$\alpha$ -гемолітичні коки
1	I етап	$2,35 \cdot 10^6 \pm 0,76 \cdot 10^6$	$6,94 \cdot 10^4 \pm 1,3 \cdot 10^4$
2	II етап	$4,5 \cdot 10^6 \pm 0,68 \cdot 10^6$	$8,0 \cdot 10^4 \pm 1,06 \cdot 10^4$
3	III етап	$3,7 \cdot 10^6 \pm 0,61 \cdot 10^6$	$7,81 \cdot 10^4 \pm 1,4 \cdot 10^4$

На основі одержаних результатів нами встановлено, що мікробна колонізація ротової рідини у групі з ретейнерами збільшилася на 91 %, а при застосуванні «Стоматофіту» порівняно з контрольною групою збільшилася на 57%, порівняно з другим етапом дослідження – зменшилася на 17%. Кількість КУО  $\alpha$ -гемолітичних коків достовірно не змінилася при порівнянні досліджуваних груп. Однак, слід зауважити, що  $\beta$ -гемолітичні коки виявлялися у 30% обстежуваних на другому етапі і у 10 % на третьому етапі дослідження.

Висновки: 1. Ретейнери, які використовували в ретенційному періоді здатні впливати на кількісний склад ротової рідини людини. 2. Використання ретейнерів може призводити до збільшення кількості бактерій, які можуть бути потенційними збудниками одонтогенних інфекцій. 3. Застосування «Стоматофіту» призводить до зниження показника КУО ротової рідини обстежуваних у ретенційному періоді. 4. Застосування «Стоматофіту» сприяє зниженню показника носійства  $\beta$ -гемолітичних коків.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЦИПРОФАРМ» В ТОПІЧНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ

**Виконавець:** Полянський В.О. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Наукові керівники:** ас. Зачепило С.В., доц. Звягольська І.М.

*Кафедра оториноларингології з курсом травматології та ортопедії, кафедра мікробіології, вірусології та імунології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Гострий гнійний середній отит за даними літератури на сьогодні складає близько 25-30% від загальної кількості хвороб вуха. Зазначене захворювання спричиняє суттєвий дискомфорт для пацієнта: наявність гнійно-геморагічних виділень з вуха, больові відчуття, зниження слуху, шум у вухові. Відомо, що найчастіше збудниками при гострому гнійному середньому отиті є *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Citrobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*. Застосування загальновідомих методів лікування не завжди задовольняє своїми результатами практичних лікарів, що спонукає до пошуку нових засобів в лікуванні даної патології. Одним з найбільш ефективних лікарських засобів з топічною антибактеріальною активністю являється препарат «Ципрофарм», до складу якого входить протимікробний засіб широкого спектра дії з групи фторхінолонів – ципрофлоксацин.

Метою нашого дослідження стало вивчення клінічної та мікробіологічної ефективності застосування вушних крапель «Ципрофарм» в лікуванні гострих гнійних середніх отитів.

Оцінка клінічної ефективності проводилась за 5-ти бальною шкалою, де 0 – відсутність ознаки, а 5 - її максимальна вираженість. Мікробіологічна ефективність оцінювалась під час проведення бактеріологічного дослідження виділень з вуха до початку лікування, на 3-й та 7 - й день від початку лікування.

Матеріалом для дослідження були виділення з вуха, що отримували при проведенні туалету зовнішнього слухового проходу. Забір матеріалу проводили зранку у відповідності з визначеними вимогами щодо взяття, зберігання і транспортування патологічного матеріалу за цих умов. Бактеріологічне дослідження патологічного матеріалу проводили за загальноприйнятими в медичній мікробіології методами в стандартних умовах бактеріологічної лабораторії.

Під спостереженням знаходились 11 хворих з гострим гнійним середнім отитом. В ході проведення бактеріологічного дослідження виділень з вуха одержали такі результати: *St. pneumoniae* виділений у 3-х пацієнтів, *S. aureus* - у 3-х, *St. pyogenes* - у 2-ох, *Citrobacter* - у 2-ох, *P. aeruginosa* - у 1 особи.

Вивчення чутливості виділених мікроорганізмів до препарату диско-дифузійним методом дало наступні результати: ципрофлоксацин проявляє високу антимікробну активність до *St. pneumoniae* (в 2-х випадках), до *S. aureus* (в 2-х випадках), до *St. pyogenes* (в 2-х випадках), до *Citrobacter* (в 1-му випадку) та *P. aeruginosa* (в 1-му випадку) – діаметр зони затримки росту мікроорганізмів більше 25 мм.

Аналіз динаміки суб'єктивних та об'єктивних даних встановив, що вже в перші 3 доби відмічалось значне зменшення гнійно-геморагічних виділень з вуха, больових відчуттів, покращення слуху у 8 хворих. На 3-й день від початку лікування бактеріологічне дослідження встановило наявність збудників у патологічному матеріалі у 5-ти осіб. Клінічне та мікробіологічне одужання на 7-й день від початку лікування зареєстровано у 9 обстежуваних.

Одержані результати свідчать про високу терапевтичну та антимікробну ефективність препарату «Ципрофарм» та дозволяють рекомендувати його в комплексному лікуванні гострих гнійних середніх отитів.

## ВПЛИВ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЗАСОБУ «СТОМАТОФІТ» НА АКТИВНІСТЬ ЛІЗОЦИМУ ПОРОЖНИНИ РОТА

**Виконавці:** Полянський В. О., Неженець М. Ю. – студ. II курсу, мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** к. м. н., доц. Полянська В. П., к. с.г. н. Коваленко Н. П.

*Кафедра мікробіології, вірусології та імунології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Місцевий імунітет забезпечує захист слизових оболонок порожнини рота від ушкоджуючої дії вірусів, бактерій, токсинів, алергенів, найпростіших і т. д. Одним із чинників місцевого імунітету є лізоцим. У порожнину рота лізоцим потрапляє з приток привушної та підщелепної залоз, де утворюється лейкоцитами. Лізоцим розщеплює специфічні полісахариди клітинних стінок бактерій, має широкий спектр фізіологічної дії, бактеріолітичну, бактеріостатичну, імуномодулюючу дію. Зменшення рівня лізоциму ротової рідини відіграє суттєву роль у надлишковому рості умовно-патогенної та патогенної мікрофлори і розвитку захворювань тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота.

На сьогодні перспективною ланкою у комплексному лікуванні захворювань слизової оболонки порожнини рота є застосування комбінованих препаратів, що мають антимікробну та протизапальну дію. Одним із сучасних препаратів є «Стоматофіт». Цей препарат показав високу ефективність при місцевому лікуванні захворювань слизової оболонки рота. Однак його вплив на стан місцевого імунітету поки що недостатньо вивчений. Мета роботи – дослідити вплив фармакологічного засобу «Стоматофіт», рослинного походження, на активність лізоциму порожнини рота.



Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети проведено мікробіологічне обстеження 20 осіб із санованою порожниною рота. 10 осіб склали контрольну групу, інші 10 – особи, які проводили ополіскування ротової порожнини «Стоматофітом» протягом 2-х тижнів. Активність лізоциму ротової рідини визначали за В. Г. Дорофейчук (1968) з використанням музейного штаму тест культури *Micrococcus lysodeicticus*. На основі одержаних результатів нами встановлено, що рівень активності лізоциму у осіб контрольної групи складав 31,5 %, а при застосуванні «Стоматофіту», порівняно з контрольною групою, збільшився до 36 %.

Висновки:

1. Застосування фармакологічного засобу «Стоматофіт» супроводжувалось підвищенням активності лізоциму ротової рідини порожнини рота.
2. Застосування фармакологічного засобу «Стоматофіт» підвищує дієвість неспецифічних факторів місцевого імунітету порожнини рота.

## МІКРОБІОТА МОКРОТИННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЖИТЕЛІВ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ

**Виконавець:** Сидорчук А.Р. – студ. III курсу, 1-го мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Дейнека С.Є.

**Кафедра мікробіології та вірусології**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Актуальність. Негоспітальна пневмонія (НП) залишається важливою медико-соціальною проблемою на сьогоднішній день. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, високими показниками ускладнень та смертності, а також економічними втратами внаслідок захворювання. Причинами цього є швидкі та суттєві зміни спектру збудників, що викликають НП і, відповідно, призводять до зміни етіологічної структурної пропорційності та зумовлюють регіональні особливості контамінації, впливають на формування та тяжкість перебігу процесу.

Мета. Проаналізувати видовий склад та популяційний рівень мікробіоти мокротиння хворих на НП, котрі проживають на Північній Буковині.

Матеріал і методи. Мікробіологічним та мікологічним методами проведено обстеження мокротиння 21-го хворого на НП середньо-тяжкого перебігу, що перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці. Також дослідили мікробіоту ротової порожнини 17-ти практично здорових осіб, котрі склали контрольну групу.

Результати. Із патологічного матеріалу виділено та ідентифіковано за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними властивостями (в окремих випадках визначали ознаки патогенності та антигенну структуру) 69 культур грампозитивних та грамнегативних бактерій і грибів роду *Candida*, які у всіх випадках виявлені в асоціаціях (2-5 видів). За індексом постійності виділені та ідентифіковані мікроорганізми виявлялись у такому порядку: *S. pneumoniae* (71,43%), *Lactobacillus* spp. (52,38%), *S. epidermidis* (47,61%), *S. aureus*, *H. Influencae* (42,86%), *M. catarrhalis* (33,33%), *S. salivarius* (14,29%), *Prevotella* spp. (9,52%), *S. pyogenes* (9,52%), *K. pneumoniae* (9,52%), *P. niger*, *Peptostreptococcus* spp., *P. Aeruginosa*, *C. Ablicans* (4,76%). За популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування і значущості виділені патогенні та умовно патогенні бактерії знаходились у такому порядку: *S. Pneumoniae* ( $7,39 \pm 0,23$  IgKYU/мл), *H. Influencae* ( $7,14 \pm 0,17$  IgKYU/мл), *M. Catarrhalis* ( $7,24 \pm 0,19$  IgKYU/мл), *S. aureus* ( $5,96 \pm 0,27$  IgKYU/мл), *S. Pyogenes* ( $5,02 \pm 0,22$  IgKYU/мл). Інші мікроорганізми виділялися у популяційному рівні менше 4,0 IgKYU/мл.

За популяційним рівнем ( $>5,0$  IgKYU/мл) виділених та ідентифікованих патогенів, вдалося встановити провідних збудників НП у Північно-Буковинському регіоні. До них відносять: *S. pneumoniae* (у 57,14% хворих), *H. Influencae* (у 23,81%), *M. catarrhalis* (14,29%) і *S. aureus* (4,76%). Так, у всіх культур провідних збудників антилізоцимна активність знаходилась на рівні  $0,254 \pm 0,015 - 0,473 \pm 0,019$  мкг/мл, залежно від таксону.

Висновки. Таким чином, провідними збудниками НП є пневмококи, які в асоціації з іншими умовно патогенними мікроорганізмами визначають розвиток, формування і тяжкість перебігу НП. Окрім наявності високого популяційного рівня провідні збудники мають підвищену адгезивну та імуносупресивну активність. Найбільша антилізоцимна активність наявна у *S. pneumoniae*, найнижча – у *M. catarrhalis* і *K. pneumoniae*. Висока антикомплементарна активність встановлена у *S. pneumoniae*, *S. aureus*, низька – у *M. catarrhalis* і *H. Influencae*.

Протимунглобулінова активність встановлена у всіх провідних збудників і залежала від таксона та класу імуноглобуліну. Антиглобулінова активність проявляється більшою мірою проти імуноглобуліну G.

## ЧУТЛИВІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ КОНДЕНСАТУ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ОКСИПІРИДИНУ

**Виконавці:** Скрипник М.В., Пирогова К.І. – студ III курс мед. ф-ту

**Наукові керівники:** доц. Ганчо О.В., проф. Важнича О.М.

**Кафедри мікробіології, вірусології та імунології; кафедра експериментальної та клінічної фармакології.**

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

На разі на ринку лікарських засобів привертають увагу сучасні препарати, отримані з застосуванням нанобіотехнологій. Тому нам здається цікавим вивчити вплив різних дисперсних систем, виготовлених на основі конденсату наночастинок срібла, одержаних за допомогою електронно-променевої технології в Інституті електрозварювання ім. Б.О. Патона (м. Київ) та модифікованих похідним 3-оксипіридину, на мікроорганізми.

Метою дослідження було визначення антимікробних властивостей дисперсних систем, виготовлених на основі різних комбінацій конденсату наночастинок срібла та похідного 3-оксипіридину.

Для дослідження використовували стандартні штами *S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29212, *C. albicans* ATCC10231. Чутливість стандартних штамів мікроорганізмів до препаратів вивчали кількісним методом серійних розведень за стандартною методикою, відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів». У пробірки вносили 0,1 мл суспензії тест-культур (1000 клітин в 1 мл), 1 мл поживного бульйону або середовища Сабуро та 1,0 мл досліджуваної речовини. Контролем були поживні середовища, в які вносили 1 мл дистильованої води замість досліджуваних комбінацій дисперсних систем. Посіви інкубували при 37°C

протягом 48 годин, в середовищі Сабуро при 20-25°C протягом 72 годин. Облік результатів проводили за наявністю та характером росту культур на живильному середовищі.

В результаті встановлено, що найбільш чутливим музейним штамом виявився *E. coli* ATCC 25922. Музейна культура кишкової палички була високочутливою до комбінацій дисперсних систем, які містили конденсат наночастинок срібла та похідне 3-оксипіридину, дисперговані в дистильованій воді або 10% розчині декстрану. Всі музейні штами (*S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29212, *C. albicans* ATCC 10231) були високочутливі до препарату порівняння 0,02% хлорексидину. Вважаємо означені комбінації наночастинок срібла та похідного 3-оксипіридину перспективними для подальшого дослідження.

## ФТОРХІНОЛОНИ У СУЧАСНІЙ ХІМІОТЕРАПІЇ

**Виконавець:** Трюхань Ю.С. – студ. III курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.мед.н. Островська Г.Ю., к.мед.н. Петрова Т.А.

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Початок XXI століття характеризується суттєвими змінами у сфері антибактеріальної терапії інфекції. Це обумовлено глобалізацією процесу антибіотикорезистентності з поширенням метицилін-резистентних стафілококів, пневмококів, ванкомицин-резистентних стафіло- та ентерококів, грам-негативних бактерій, здатних продукувати  $\beta$ -лактамази. При цьому, перспективи лікування інфекцій, особливо полі резистентними штамми збудників являються реально можливими у зв'язку з синтезом і застосуванням нових препаратів з антибактеріальною дією.

Синтетичні антибактеріальні засоби у сучасній хіміотерапії представлені сульфаніламидами, нітрофуранами, хінолонами, фторхінолонами, похідними хіноксамена, тіосемікарбазона, нітроїмідазола і діамінопіримідину. Відносно недавно, з'явилися оксазолідинони та стрептограміни. В теперішній час, найбільш широке застосування у практиці знайшли фторхінолони. Завдяки введенню атома фтора в молекулу хінолону отримано препарати з широкими показаннями до призначень, які можуть застосовуватися перорально, при тяжких інфекціях – парантерально, або по схемі "ступеневої" терапії.

У клінічній практиці фторхінолони характеризуються високою ефективністю при інфекційних процесах, в тому числі при висококонтагіозних збудниках. Спектр дії включає грам-негативні та грам-позитивні аеробні бактерії (деякі препарати активні відносно анаеробів), мікобактерії, хламідії, мікоплазми, рикетсії. Препарати мають бактерицидну дію, високу біодоступність, значний постантибіотичний ефект, повільний розвиток резистентності мікроорганізмів, здатністю до проникнення в кісткову тканину. Із небажаних ефектів найчастіше спостерігаються розлади шлунково-кишкового тракту, вторинні кандидомікози, алергія, фотосенсибілізація, головний біль, зміни активності ферментів печінки, артралгії.

Велике значення в розвитку побічних ефектів може мати взаємодія фторхінолонів з факторами, які пов'язані зі способом життя пацієнтів (особливостями харчування, вживання тютюну, алкоголю тощо).

У цілому, не зважаючи на ряд проблем, фторхінолони залишаються ефективними та важливими антибактеріальними засобами в сучасній хіміотерапії.

## ЧУТЛИВІСТЬ ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ

**Виконавці:** Чеботар О.В., Булатецька К.Л., Маніло Ю.В. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.б.н., викладач Боброва Н.О.

**Кафедра мікробіології, вірусології та імунології**

*ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Незважаючи на швидкий прогрес у створенні лікарських препаратів і розвитку фармацевтичних технологій, інфекційні захворювання, викликані бактеріями, продовжують залишатися однією з найбільших проблем охорони здоров'я в усьому світі, вражаючи мільйони людей щорічно. Майже всі мікроорганізми здатні протистояти антимікробним засобам, завдяки швидкій еволюції генетичних механізмів, яка веде до формування резистентності, що викликає необхідність перегляду стратегії й тактики створення й застосування антибіотиків та антисептиків. При цьому слід враховувати, що значну проблему становить подолання інфекцій, викликаних грамнегативною мікрофлорою, що зумовлюється її здатністю експресувати численні фактори резистентності (наприклад, бета-лактамази). Мета роботи – вивчити чутливість грамнегативних мікроорганізмів на прикладі музейного штаму *E. coli* ATCC 25922 до антимікробної дії 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину (3-ГП) сукцинату, відомого як препарат-антиоксидант мексидол. Штам *E. coli* ATCC 25922 був одержаний з ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського». Його використовували для визначення чутливості до похідного 3-ГП за диско-дифузійним методом відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів». Для цього щільне живильне середовище засівали культурою *E. coli*. З фільтрувального паперу вирізали диски діаметром 6 мм і пропитували їх водним розчином похідного 3-ГП в концентрації 20%. Для порівняння використовували стандартні диски з антибіотиками, активними проти *E. coli*, та з антисептиком хлорексидином. Диски з похідним 3-ГП висушували при кімнатній температурі і розкладали на поверхні агару, засіяного культурою *E. coli*. Аналогічно розміщували стандартні диски з антибіотиками. Чашки Петрі вміщували в термостат при температурі 37°C. Через 24 год визначали зони інгібування росту культури навколо дисків. Встановлено, що навколо дисків з 20% розчином 2-етил-6-метил-3-ГП сукцинату формуються зони відсутності росту тест-культури, подібні до таких навколо препаратів порівняння ципрофлоксацину, цефотаксиму та хлорексидину. Їх діаметр становить 25-30 мм. Отже, музейний штам *E. coli* виявляє чутливість до 2-етил-6-метил-3-ГП сукцинату, яка не поступається такій до відомих антибіотиків та антисептиків. Виявлений феномен потребує подальшого вивчення, але вже зараз він може, принаймні частково, пояснити лікувальні та лікувально-профілактичні ефекти досліджуваного похідного 3-ГП при його застосуванні в складі зубних паст, перев'язувального або шовного матеріалу, які дотепер вважалися результатом лише антиоксидантної та антигіпоксантаної дії цього засобу. Подальший розвиток досліджень ми плануємо спрямувати на визначення чутливості грампозитивної мікрофлори та умовно-патогенних грибків роду *Candida* до 2-етил-6-метил-3-ГП сукцинату у різних його концентраціях.

## СТРЕСОРНЕ УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОГО БАР'ЄРА ШЛУНКА ЗАЛЕЖИТЬ ВІД ТИПУ РЕАГУВАННЯ ТВАРИН

**Виконавець:** Шимко К.В. – студ. II курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Тарасенко Л.М., доц. Омельченко О.Є.

**Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

На тлі емоційного стресу невпинно зростає кількість хворих з виразковими ураженнями шлунка і 12-ти палої кишки, посідаючи одне з чільних місць у структурі неінфекційних захворювань людини.

Гострий емоційний стрес активує процеси перекисного окислення ліпідів, підсилює деполімеризацію біомолекул слизового гелю шлунка – глікопротеїнів та протеогліканів. Підсилення розпаду компонентів слизової оболонки шлунка (СОШ), що виконують бар'єрну функцію, оцінюють на підставі підвищеного вмісту N-ацетилнейрамінової кислоти (NANA) і фукози не зв'язаної з білками в гомогенаті СОШ. Ступінь стресорного ушкодження і ульцерогенезу СОШ залежить від типологічних особливостей нервової регуляції організму.

Мета даної роботи – співставити тяжкість стресорного ушкодження захисних елементів СОШ в залежності від типологічних особливостей нервової регуляції.

Експерименти виконані на 28 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар масою 160-220 г. Модель емоційного стресу відтворювали за методом Г. Сельє (1960). За типологічними особливостями тварин, які визначали у тесті „відкрите поле”, щурів розподіляли на дві групи: стресостійкі та стресонестійкі. В гомогенаті СОШ визначали вміст NANA (Hess, 1957), фукози не зв'язаної з білками (Шараєв П.Н. та співавт., 1997, Dische, 1948). Матеріал досліджень піддавали математико-статистичному аналізу, використовуючи t-критерій Ст'юдента.

Нами встановлено, що гострий емоційний стрес викликає розвиток виразок шлунка у 100 % стресонестійких та 71% стресостійких тварин. Отже, щури стресонестійкого типу відзначаються зниженням резистентності СОШ до ушкоджуючої дії стресогенного фактора.

Ульцерогенний ефект гострого стресу у тварин обох типів реагування чітко корелює зі ступенем вираженості деполімеризації неколагенових білків слизового гелю шлунка. Так, вміст NANA у стресонестійких тварин після моделювання стресу достовірно у 1,3 рази перевищував відповідний показник стресостійких щурів. За цих умов спостерігали аналогічну закономірність змін вмісту білковонезв'язаної фукози у складі СОШ: вміст даного мономера глікопротеїнів у 1,7 рази перевищував його концентрацію у СОШ стресостійких тварин.

Отже, підсилення деструкції глікопротеїнів СОШ (сіало- та фукопротеїнів) за умов гострого стресу було більше виражено у тварин стресонестійкого типу порівняно зі стресостійкими.

Таким чином, гострий емоційний стрес послаблює захисну функцію білкових компонентів СОШ, викликаючи деструкцію біополімерів, ступінь якої залежить від типологічних особливостей нервової регуляції.

## ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ NO-ЕРГІЧНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СІМБІТЕР ОМЕГА» ПРИ ДИЗБІОЗІ ПОРОЖНИНИ РОТА

**Виконавець:** Яковлева Д. – студ. III курсу стом. ф-ту.

**Науковий керівник:** магістр Микитенко А.О.

**Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Хронічний генералізований пародонтит відносять до найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань, що характеризується рецидивуючим перебігом і суттєво знижує якість життя пацієнтів. На нашу думку, важливою патогенетичною терапією хронічного генералізованого пародонтиту є саме використання мультипробіотиків, які є живими консорціумами симбіотної мікрофлори, яка складає біоплівку слизової оболонки порожнини рота та володіє антагоністичними, колонієрезистентними властивостями.

Мета дослідження. Метою експериментального дослідження було вивчення впливу мультипробіотика «Симбітер-омега» на стан NO-ергічної системи пародонта щурів в умовах тривалого застосування омепразолу.

Об'єкт і методи дослідження. Експерименти виконані на 46 білих щурах-самцях, вагою 180-250г з дотриманням рекомендацій щодо проведення медико-біологічних досліджень згідно з Європейською конвенцією. Тварини були поділені на 3 групи: I – контрольна (інтактний пародонт, з виключенням тварин із спонтанним пародонтитом); II – щурам щоденно протягом 28 днів вводили омепразол («Sigma», США) (14 мг/кг маси тіла внутрішньоочеревно); III – щурам щоденно протягом 28 днів вводили омепразол (14 мг/кг маси тіла внутрішньоочеревно) в поєднанні з «Симбітер омега» (0,14 мл/кг маси тіла перорально). По завершенню експерименту щурам вранці натщесерце проводили евтаназію під уретановим наркозом (50 мг/кг маси тіла внутрішньоочеревно) шляхом кровопускання. В гомогенаті м'яких тканин пародонта щурів визначали загальну активність NO-синтази (NOS), вміст  $\text{NO}_2^-$ .

Результати дослідження та їх обговорення.

Досліджуючи NO-ергічну систему м'яких тканин пародонта щурів за умов омепразол-індукованого гіпоацидитету ми отримали наступні результати: активність NO-синтази при 28-денному введенні омепразолу та вміст нітритів достовірно не змінилися. Корекція мультипробіотиком «Симбітер омега» підвищила активність NO-синтази порівняно зі щурами без корекції в 8,64 рази ( $p < 0,05$ ). Що стосується вмісту нітритів, то при корекції мультипробіотиком «Симбітер омега» їх вміст підвищився порівняно зі щурами без корекції в 3,15 рази ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Вірогідне зростання загальної активності NO-синтаз та підвищення вмісту нітрит-аніонів свідчать про те, що мультипробіотик «Симбітер-омега» активує NO-ергічну систему в тканинах пародонта щурів в умовах тривалого використання омепразолу.

## ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ІМУННІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ КОЛІТІ

**Виконавці:** Яцканич Г.М. – студ. 5 курсу, мед. ф-ту; Чучман Н.Б. – студ. 4 курсу, мед. ф-ту

**Наукові керівники** - к.біол.н., ст.викл. Хаврона О.П., к.біол.н., ас. Білецька Л.П.

**Кафедра біологічної хімії**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів*

Актуальність. За останні десятиліття значно зросли рівень поширення захворюваності шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема на виразковий коліт (ВК), та пошуку нових методів лікування цих патологій. Все більшу увагу привертають вивченню імунопатологічним процесам і засобам їх корекції. Циркуючі імунні комплекси (ЦІК), вражаючи

ендотелій судин, здатні викликати розлади в мікроциркуляторному руслі кишківника, що в свою чергу призводить до некрозу клітин і деструкції стінки кишки.

Наукова новизна роботи. Дана робота дозволяє розширити уявлення про патогенез ВК, а результати досліджень вказують на можливість застосування L-аргініну у комплексній терапії коліту.

Мета і завдання. Визначити вплив L-аргініну на показники імунних та метаболічних порушень та виявити рівень корекції цих показників за умов експериментального коліту (ЕК) у щурів.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180–240 г. Тварин поділили на 3 групи: I – 5 інтактних щурів, II – 10 тварин з модельованим колітом, який викликали перректальним введенням 1 мл 4% оцтової кислоти, III – 10 щурів, яким на фоні коліту вводили дом'язово L-аргінін у дозі 100 мг/кг. Декапітацію проводили згідно біоетичних норм. У сироватці крові визначали: концентрацію ЦІК– за методом Лаповець Л. Є. та Луцик Б. Д. (2002), рівні IL-1 $\beta$  та ФНП- $\alpha$  методом ІФА. Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стюдента за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 8.0.

Результати. В ході виконання експерименту ми отримали наступні результати: у сироватці крові щурів з модельованим ЕК у порівнянні з показниками у сироватці крові інтактних щурів ми виявили збільшення концентрації ЦІК у 2,9 разів, рівня IL-1 $\beta$  та ФНП- $\alpha$  у 2,5 та 3,4 рази відповідно. Ці показники демонструють активацію імунологічних процесів у відповідь на запальну реакцію у слизовій оболонці кишківника.

При застосуванні L-аргініну ми спостерігали нормалізацію показників імунних та метаболічних процесів, а саме: концентрація ЦІК відновлювалась в порівнянні до відповідного рівня в сироватці крові щурів з ЕК у 2,3 рази, подібні зміни відбувались і з рівнями цитокінів: IL-1 $\beta$  та ФНП- $\alpha$  у 2 та 3,4 рази відповідно.

Висновки. Виявлені зміни показників підтверджують залучення у патологічний процес ВК імунологічних порушень. У ході нашого дослідження ми виявили позитивний вплив застосування амінокислоти L-аргініну для корегування вищевказаних змін, що проявлялось відновленням близьким до вихідного рівня всіх досліджуваних показників.

## МОРФОЛОГІЯ

### ДЕЯКІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХИЖИХ РИБ

**Виконавець:** Барська Є.І. – студ. 2 курсу мед. ф-ту №1.

**Науковий керівник:** ст. викладач Рябушко О.Б.

*Кафедра медичної біології.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».*

Актуальність проблеми: топографо-анатомічне взаєморозташування печінки, жовчного міхура та магістральних жовчовивідних шляхів зумовлює складність лікування жовчнокам'яної хвороби та залучення в запальний процес органів, що близько розташовані: дванадцятипала кишка, підшлункова залоза та інші. (Глушко Л.В., 2004; Дубінін С.І., 2007; Круглова О.В., 2005; Рябенко Н.Б., 2005; Ціммерман Я.С., 2002.)

Наукова новизна: на підставі обґрунтованої оцінки морфологічних особливостей будови стінки жовчного міхура у хижих риб у порівнянні з людиною надасть можливість значно уточнити етіологію та патогенез запальних процесів жовчного міхура та міхурової протоки.

Мета: вивчити особливості будови стінки жовчного міхура щуки та судака у порівняльно-анатомічному аспекті, що зможе допомогти у вирішенні проблеми профілактики виникнення жовчнокам'яної хвороби та ефективного лікування запальних процесів в органах гепатобіліарної системи.

Методи: матеріалом для дослідження були жовчні міхури щуки та судака. Робота виконана на 20 препаратах. Використовували метод анатомічного препарування, морфометричний метод, загально-гістологічні методи дослідження (гематоксилін-еозин та інші) та метод корозійного виготовлення препаратів.

Результати дослідження: встановлено характерно виражену трьохшарову будову стінки в усіх ділянках (дно, тіло, шийка). Основу стінки складає оболонка утворена комплексом тонких звивистих волокон. Останні, в ділянці дна розташовані компактно, а в інших ділянках, спостерігається розволокнення різного ступеню, що нагадує набряк. Характерно, що внутрішня поверхня стінки у всіх відділах жовчного міхура рівна. Лише в деяких місцях спостерігається її хвилястість. В ділянці дна, практично у всіх випадках, відмічено доволі високі випинання стінки в порожнину міхура. Ці поодинокі випинання можуть мати трикутну та плоску форму. Якщо уявити наявність епітелію, то ці випинання утворюють, не що інше, як складки слизової оболонки. Стінка жовчного міхура звернена до печінки має більш компакту будову. Протилежна, тобто, вільна стінка жовчного міхура виглядає пухкою, і нагадує губку. Крім цього до неї примикає доволі широка смужка пухкої сполучної тканини. В складі цієї тканини міститься жировий прошарок, а також елементи гемомікроциркуляторного русла і велика кількість дрібних різноспрямованих лімфатичних судин. На наш погляд, така будова гістоструктур цієї стінки зумовлена функціональною активністю в ній всіх елементів. В першу чергу, це пояснюється активною дегідратацією вмісту жовчного міхура.

Висновки: виявлено особливості будови стінки жовчного міхура щуки та судака, які являються хижакими, у порівняльно-анатомічному аспекті, що зможе допомогти у вирішенні проблеми профілактики виникнення жовчнокам'яної хвороби та ефективного лікування запальних процесів в органах гепатобіліарної системи.

### СПІВСТАВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМ АМЕЛОБЛАСТОМ З РЕНТГЕНДІАГНОСТИКОЮ

**Виконавці:** Василенко М.С., Лях А.А. - студ.ІІІ курсу стом.ф-ту.

**Науковий керівник:** к.мед.н., доц. Новосельцева Т.В.

*Кафедра патоморфології з секційним курсом*

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія“, м. Полтава*

Вступ. Амелобластома є органоспецифічною пухлиною, яка найчастіше зустрічається в області кута нижньої щелепи (80 %), рідше на верхній щелепі (20 %). Вона характеризується місцеводеструкуючим ростом, що проявляється руйнуванням прилеглої кісткової тканини. Рентгенологічно діагностуються такі форми амелобластом: монокістозна, полікістозна і «бджолині стільники».

На біоптичному матеріалі гістологічно можна діагностувати такі види амелобластом: акантоматозна, плексиформна, фолікулярна, базальноклітинна, аденоматозна, амелобластична фіброма, амелобластична фіброодонтома, одонтоамелобластома.

Матеріалами дослідження стали 5 біопсій і 3 резекційованих щелепи з приводу амелобластом. Шматочки тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, потім декальцінували, виготовляли парафінові зрізи, які фарбували гематоксиліном і еозином і за ван Гізон.

Метою нашого дослідження було співставлення гістоструктури різних видів амелобластом з рентгенологічними її проявами. Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено гістологічне дослідження біопсійного матеріалу і, що особливо важливо, гістотопографічне вивчення ділянок кістки, видалених з приводу амелобластоми.

При макроскопічному вивченні першого випадку була виявлена величезна порожнина, заповнена опалісцюючою холестеринвмістною рідиною. Порожнина чітко обмежена від навколишньої кісткової тканини, має рівні контури. Гістологічно дана форма була представлена кістозною базальноклітинною амелобластомою.

В наступному випадку макроскопічно пухлина складалася з безлічі кіст від 1,0 до 1,5 см., що чергувалися з солідними ділянками. Ріст без вираженої межі. При гістологічному дослідженні ділянки такої пухлини, нами виявлена будова фолікулярної амелобластоми. Нарешті, в останньому випадку, пухлина носила солідний вигляд. Кісти візуально не визначалися. Чітких меж пухлина не мала. При гістологічному дослідженні з центральної ділянки пухлини визначалась будова акантоматозної амелобластоми. Серед стромы спостерігались ділянки кутикулярного плоского епітелію, навіть з елементами часткового зроговіння.

В інших центральних ділянках можна було виявити аденоматоїдну структуру пухлини. У ділянках, взятих на межі з кісткою, будова амелобластоми походила на амелобластичну фіброму.

Отже, ріст амелобластом залежить від їх гістологічного типу. Так, монокістозна рентгенологічна форма відповідає гістологічно кістозній базальноклітинній формі. Для неї характерний експансивний ріст з чіткими рівними межами.

Рентгенологічна полікістозна форма порівняна з фолікулярною амелобластомою. Вона має місцеводеструкуючий ріст.

І нарешті, рентгенологічна картина «бджолині стільники» має різну гістологічну структуру в різних ділянках. Так, в центрі пухлини може бути акантоматозний і аденоматоїдний вид амелобластоми. Тоді, як на периферії спостерігалася будова амелобластичної фіброми. Рентгенологічно амелобластична фіброма погано діагностується, що не дає хірургам можливість повністю видалити її і призводить до рецидивів.

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ НА ТЛІ ГОСТРОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СІАЛОДЕНІТУ

**Виконавці:** Гудімова Н. – студ. III курсу мед. ф-ту, Ваценко А. – студ. I курсу мед. ф-ту.

**Науковий керівник:** проф. Шепітько В.І., викл. Вільхова О.В.

*Кафедра гістології, цитології та ембріології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

На сьогоднішній день у клініці хірургічної стоматології досить часто зустрічаються запальні та дистрофічні зміни у слинних залозах. За даними різних авторів вони складають від 3 до 24%. Серед чинників, які викликають зміни у слинних залоз можна виділити погіршенням довкілля (екологічний компонент), порушенням якісно-кількісного компонентів травлення, зростанням захворювань ендокринної системи (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози та ін.) та в клініках хірургічної стоматології зустрічаються відносно часто. Проблема лікування хворих сіаладенітами і сіаладенозами до теперішнього часу залишається актуальною у зв'язку з відсутністю об'єктивних критеріїв для призначення того або іншого виду вже розробленої терапії. Це призводить до емпіричного призначення схем лікування, що може чинити не лише токсичну дію на паренхіматозні органи і, зокрема, на слинні залози, але і призводити до зміни їх гемодинаміки, внаслідок чого виникає порушення мікроциркуляції органу.

Використання кріоконсервованих тканин для лікування пацієнтів набуває практичного значення, однак залишаються недостатньо вивченими гістофункціональні особливості впливу введення кріоконсервованої плаценти на органи ротової порожнини, зокрема слинні залози.

Вперше отримана комплексна характеристика змін, які відбуваються у під нижньощелепних слинних залозах при використанні кріоконсервованої плаценти на тлі змодельованого гострого сіалоденіту.

Методи дослідження – гістологічний, метод серійних напівтонких зрізів, гістохімічний, морфометричний метод - для визначення кількісних параметрів, методи варіаційної статистики, електронномікроскопічний метод.

При підшкірному введенні кріоконсервованої плаценти на тлі гострого експериментального сіаладеніту мінімальні значення діаметру артерій спостерігались на 2-у добу експерименту, на 10-у добу спостереження відновилось надходження крові до часточок ПНЩСЗ. Метричні показники діаметру просвіту капілярів на 2-у добу експерименту були вірогідно більшими, ніж в контрольній групі у тварин, яким вводили ККП. Розширення венул було незначним (до 5 %\* від значень в інтактній групі), явища периваскулярної гіпергідратації не визначались. Відновлення показників спостерігалось на 10-у добу.

В кінцевих відділах і протоках при введенні ККП на тлі гострого експериментального сіаладеніту на ранніх термінах експерименту переважали дистрофічні зміни. Метричні показники мали від'ємну тенденцію. Мінімальні значення виявлені на 3-5 доби і відновлювалися на 10-у добу спостереження.

Підтвердженням концепції про камбіальну роль протокових епітеліоцитів вставних проток було виявлення морфологічних ознак підвищення проліферативної активності протокових епітеліоцитів на 2-3-у доби. Деструктивні зміни в посмугованих і гранулярних протоках проявлялися на 3-5-у доби, відновлення структури визначалось на 10-14-у.

## МІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БУДОВИ МАТКИ БІЛИХ ЩУРІВ У НОРМІ

**Виконавці:** Костюк В.В., Лиходій С.С. – студ. III курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Данильченко С.І.

*Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогодні захворювання органів сечостатевої системи становлять важливу медико-соціальну проблему як для України, так і для всього світу. Така ситуація потребує пошуку шляхів вдосконалення профілактичних заходів, діагностики та лікування цієї патології. Для розвитку знань, перевірки гіпотез, вивчення механізмів розвитку захворювань сечостатевої системи широко використовується моделювання на тваринах із залученням до експериментів різних лабораторних тварин. При цьому важливо знати особливості їхньої видової морфології у нормі.

Метою роботи було вивчення гістологічної будови матки білих щурів лінії Вістар у нормі.

Дослідження було виконано з урахуванням норм біоетики на 10 білих щурах-самках лінії Вістар масою 240-260 грам, віком 8-10 місяців, які утримувалися в стандартних умовах віварію академії та не залучалися до жодних експериментів. Забій експериментальних тварин проводився шляхом декапітації під тіопенталовим наркозом. Після проведення забору матеріалу, матку щурів фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну. Шматочки матки поміщали в парафін за звичайною методикою. Мікропрепарати забарвлювали гематоксилін-еозином.

При гістологічному дослідженні встановлено, що стінка матки складається з трьох оболонок: слизової (ендометрія), м'язової (міометрія), серозної (периметрія).

У рогах і тілі матки міометрій складається з трьох шарів – внутрішнього (підслизового), утвореного циркулярно орієнтованими міоцитами; середнього (судинного) з невеликою кількістю гладких міоцитів, які розміщуються у косо-поперечному напрямку, та зовнішнього (надсудинного), клітини якого розміщені у косо-поздовжньому напрямку. У ділянці злиття спостерігається об'єднання зовнішньої оболонки – периметрія і частини міометрія, а саме його надсудинного і судинного шарів.

У нижньому сегменті наявна серединна перегородка, яка розділяє дві порожнини нечітко окресленого тіла і шийки матки. Серединна перегородка має в своєму складі підслизові шари міометрію, тонку лінію судинного шару і ендो-

метрій, який оточує її з двох боків. Судинний шар найбільше виражений в тілі матки. Ближче до зовнішнього отвору шийки матки товщина міометрію середньої перегородки збільшується, порівняно з тілом матки.

Міометрій латеральних стінок нижнього сегменту зберігає в своїй будові три шари. На рівні шийки матки максимального розвитку набуває внутрішній (підслизовий) шар, утворений циркулярно орієнтованими міоцитами. Товщина міометрію в каудальному напрямку значно збільшується, порівняно з її показниками в середній третині.

На рівні зовнішнього зіву шийки матки м'язові волокна формують потужний сфінктер, що допомагає при багатоплідній вагітності переміщенню плодів і утриманню їх до моменту готовності для наступного вигнання під час пологів.

Таким чином, матка щура має видові особливості гістологічної будови, які необхідно враховувати під час проведення експериментальних досліджень.

## УТВОРЕННЯ МЕТОПІЧНОГО КРАНІОСТЕНОЗУ НА ТЛІ ФОРМУВАННЯ ТІМ'ЯЧОК ТА КІСТОК ШВІВ ЧЕРЕПУ

**Виконавці:** Левченко Л.В., Плисюк Н.П. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** старший викладач Рогуля В.О.

**Кафедра анатомії людини**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Розміри мозкового черепа підкоряються закону нормального розподілу і варіюють незалежно один від одного. В онтогенезі вони змінюються значніше, ніж форма мозкового черепа. Діаметри черепа чоловіків завершують ріст до першого періоду зрілого віку, тоді як діаметри черепа жінок, менш значно збільшуючись в перші двадцять років, продовжують рости і в першому періоді зрілого віку.

За даними анатомічних керівництв і монографій в кістковому черепі серед факторів, що мають відношення до росту і конфігурації черепа і мозку, значне місце відводиться черепним швам. За рахунок швів об'єм черепа збільшується у всіх напрямках. Якщо який-небудь шов заростає передчасно, настає неправильний, асиметричний розвиток черепа.

При відносно швидкому рості головного мозку, кістки черепа відстають в рості і джерельця довго не закриваються. При нормальному розвитку черепа і відставанні росту головного мозку настає раннє закриття джерельця і окостеніння швів. Зміна форми черепа, може здійснюватися або за рахунок незрощених в дитячому віці кісток, або шляхом розростання тканини джерельця і міжкісткових швів.

Передчасне закриття черепних швів є причиною обмеження росту кісток і деформації черепа. Під назвою "краніостеноз" об'єднуються ті зміни в будові черепа, які настали внаслідок передчасного окостеніння черепних швів, коли ріст і розвиток головного мозку ще не закінчені. При цьому відбувається компенсаторний ріст черепа в інших напрямках за рахунок швів, що ще збереглися. Залежно від характеру, кількості і часу окостеніння швів утворюються різні види деформації черепа, з найменуванням за зовнішніми ознаками: оксифефалія, череп вежі, плагноцефалія та ін. Передчасне закриття вінцевого шва приводить до обмеження росту черепа в передньо-задньому напрямку. Компенсаторний ріст черепних кісток проходить у луско-тім'яному і стріловидному швах. Передньо-задній розмір зменшується. Череп набуває брахіоцефальної форми. Коли передчасному окостенінню піддається метопічний шов, то утворюється клиноцефалія, клиновидна голова, трикутний череп. Кістки зростаються під кутом з вираженим гребнем.

Компенсаторно збільшуються задні відділи і опускається основа черепа. Спостерігаючи різноманітність форми голови при антропологічних дослідженнях, вчені вважають, що форми і розмір окремих кісток черепа, і черепа в цілому відповідають в процесі їх росту і розвитку індивідуальній формі мозку, органів чуття і початкових відділів травної і дихальної систем фіксованих на його кістках.

У зрілому віці після 20 років у людини відбувається закриття швів мозкового черепа, за даними R. Shapiro і A. Yanzen (1960) це відбувається в наступному віці: сагітального шва 22-26 років, вінцевого - в 29-30 років, лямбдоподібного - в 28-45 років, парієто-мастоїдального - в 30-40 років, соскоподібно-потиличного в 30-81 рік, сфенотемпорального - до 60 років, лусковий шов заростає рідко. Від періоду статевої зрілості і до 25-26 років лобний відділ мозкового черепа розширюється і поглиблюється, також активно росте лицьовий череп.

Краніостеноз - зменшення об'ємів черепної коробки, обумовлене різними формами передчасного заростання швів внаслідок чого відбувається затримка розвитку головного мозку, підвищується внутрішньочерепний тиск, ускладнюється мозковий кровообіг, особливо венозний відтік. Розумовий розвиток у різному ступені уповільнено.

Більшість дослідників схильні трактувати наявність деяких джерельцевих і шовних кісток як рудиментарну ознаку. (Быстров А.П., та ін.) У літературі немає жодної думки про те, в якому відсотку випадків спостерігаються вказані кісткові утворення. Поза сумнівом, що чим більше автори вивчили черепів, тим точніше відсотковий вміст знайдених кісткових утворень. Оскільки, знайдені джерельцеві кістки і кістки швів виявлені на черепах людей, що мешкали в різних регіонах, то представляє інтерес вивчити вказані кісткові утворення на черепах сучасних людей, що населяють Лівобережну Україну. Результати таких досліджень по різних регіонах можуть представити як теоретичний інтерес для подальших всебічних антропологічних досліджень, так і для клініки, зокрема для діагностики травм черепа.

Метопічний шов є переважно причиною ненормальної форми черепа. Частіше його можна побачити на лобі. Череп дитини складається з кісткових пластинок, які забезпечують ріст черепа. Місце, де ці пластинки з'єднуються, називаються швами або лініями швів. Вони не закриваються аж до другого або третього року життя. Метопічний шов заростає тоді, коли дві кісткові пластинки з'єднуються дуже рано. Метопічний шов залишається незакритим впродовж усього життя у 1 з 10 чоловіків.

Раннє аномальне закриття цього шва призводить до зміни нормального розвитку лобової кістки з формуванням тригоцефалії - трикутної форми лоба з кістковим кілем від області перенісся до великого джерельця. Доведений взаємозв'язок цієї вади з аномалією 19p хромосоми.

Метопічний шов відноситься до зубчастих швів, проте його зубці досить короткі, через це нерідко при обстеженні носія метопічного шва з приводу черепно-мозкової травми цей шов зазвичай розцінюється як перелом.

Результати наших досліджень можуть представляти як теоретичний інтерес, так і певне клінічне значення. Як відмічають клініцисти, при діагностиці травм черепа, коли рентгенологічна картина черепа викликає сумнів(чи то пошкоджена кістка черепа, чи то в цьому місці є шовна кістка) потрібний ретельний аналіз розташування джерельцевих і шовних кісток черепа.

## МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР СЛИВОВОЇ ОБОЛОНКИ ВОРОТАРНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ЛЮДИНИ

**Виконавці:** Липченко Т. О., Романишина А. О. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту

**Наукові керівники:** доц. Свінцицька Н. О., викл. Устенко Р.Л.

**Кафедра анатомії людини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Пухка волокниста тканина власної пластинки слизової оболонки воротарного відділу шлунка за своїм клітинним складом здатна відображати різнобічні зрушення функціонального стану шлунка, виконуючи роль опосередкованого середовища. Тому в ній завжди перебувають різноманітні клітини, що мігрували із крові.

Отже, метою нашого дослідження стало вивчення лімфоепітеліальних структур слизової оболонки воротарного відділу шлунка людини.

Матеріалом для дослідження слугували секційний і операційний матеріал (13 випадків), а також гастробіопсії; (10 випадків за результатами фіброгастродуоденоскопії). У першому випадку шматочки тканини вирізали через усю товщу стінки шлунка у воротарному відділі. У другому випадку тканини брали з меж здорових тканин (на 3 см вище або нижче виразки). В обох випадках тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну й поміщали в парафін з попередньою стандартною проводкою. Фарбування тканини проводили гематоксилін-еозином і «по Ван-Гізон». Гастробіоптати фіксували в 4% розчині глютаральдегіду, містили в Епон 812 для одержання серій 1 напівтонких зрізів.

Результати наших досліджень свідчать, що в жодному випадку вивчення гістологічних препаратів нам не вдалося встановити наявності у слизовій оболонці воротарного відділу шлунка тканинних базofilів, які, як відомо, в інших органах і тканинах, відіграють роль медіаторів у судинних реакціях при запальних процесах. Також відома їх участь у механізмі алергійних реакцій. Тому відсутність тучних клітин у слизовій оболонці шлунка повинно свідчити про особливу специфіку розвитку й протікання в ній запальних процесів. Поряд із цим у власній пластинці слизової оболонки шлунка регулярно зустрічаються поодинокі неінкапсульовані лімфатичні фолікули, розміри яких не перевищують 0,5 мм. Будучи місцевим представництвом імунної системи організму, дані утвори, на відміну від собі подібних в інших органах травного тракту, розташовуються не під покривним епітелієм, а займають місце між кінцевими відділами шлункових залоз, безпосередньо примикаючи до нижньої поверхні м'язової пластинки. Із цього випливає, що лімфоепітеліальний контакт у слизовій оболонці шлунка здійснюється за допомогою залозистого епітелію. Якщо врахувати при цьому, що залозистий епітелій бере безпосередню участь у формуванні молекул секреторного імунoglobulinу А, то надається можливість установити морфологічну основу місцевого; імунного захисту слизової оболонки шлунка, що є не менш важливою умовою при аналізі патогенезу місцевих запальних процесів

## ЮВІЛЕЙ КАФЕДРИ МНС З ОПЕРАТИВНОЮ ХІРУРГІЄЮ І ТОПОГРАФІЧНОЮ АНАТОМІЄЮ ВДНЗУ "УМСА"

**Виконавці:** Лопушняк А.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту; Розієв А.Х. – студ. III курсу мед. ф-ту,

**Сліпуха Б.Л., Крамар А.Г. – студ. II курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник:** викл. Коптев М.М.

**Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

2014 рік – знаменна подія для кафедри медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією та топографічною анатомією ВДНЗУ «УМСА». У 1884 році як самостійний підрозділ медичного факультету Харківського університету була організована родоначальниця цієї кафедри – кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії. Першим її керівником став учень видатного клініциста В.Ф.Грубе професор Дудукалов О.І., який разом зі своїми однодумцями і послідовниками Деліциним С.М. та Пенським Ю.Р. по часточках збирав кафедру, залучав молоді талановиті сили, спрямовував навчальний процес. На початку ХХ століття кафедру послідовно очолювали професори Пржевальський Б.Г., Валяшко Г.О., Мельников О.В., Мінкін С.Л. У 1931 році, з моменту організації самостійного Харківського стоматологічного інституту, курс оперативної хірургії і топографічної анатомії продовжував викладати професор Мінкін С.Л. З 1940 року кафедру очолює професор Фаєрман І.М. Під час Вітчизняної війни інститут було евакуйовано у м.Чкалов; після повернення до Харкова заняття з оперативної хірургії та топографічної анатомії тимчасово проводились на базі Харківського медичного інституту. У 1946 році при стоматологічному інституті був організований самостійний курс оперативної хірургії та топографічної анатомії, який очолив професор Райгородський І.І. У 1952 - 1978 рр. завідувачем курсу, а пізніше і кафедри була заслужений діяч науки і техніки УРСР, лауреат двох премій імені В.М.Шевкуненка, професор Золотарьова Т.В., учениця академіка АМН СРСР, професора В.М.Шевкуненка. Під її керівництвом була створена школа морфологів, яка продовжила і доповнила вчення Шевкуненка В.М. з хірургічної анатомії обличчя. У 1967 році кафедру разом з інститутом переводять з Харкова в Полтаву, що вимагає від професора Золотарьової Т.В. та її колективу значних зусиль при облаштуванні нової навчальної бази. Також слід відзначити вагомий внесок Т.В.Золотарьової у підготовку науково-педагогічних кадрів: під її керівництвом виконано 4 докторські та 17 кандидатських дисертацій; вона автор близько 100 наукових робіт.

З 1978 року кафедру очолював професор, заслужений діяч науки і техніки України, академік Міжнародної академії інтегративної антропології, Міжнародної академії комп'ютерних програм та систем, Нью-Йоркської академії наук, Міжнародної академії наук екології, безпеки людини і природи, Української академії наук національного прогресу Микола Сергійович Скрипніков. Під його керівництвом зміцнена технічна база кафедри, створена сучасна школа морфологів, захищено 21 докторську та 44 кандидатських дисертацій.

З 2006 року кафедру очолює професор Проніна О.М., яка продовжує наукові традиції морфологічної школи, започаткованої В.М.Шевкуненком, Т.В.Золотарьовою та М.С.Скрипніковим. Навчальний процес на кафедрі організовано відповідно до вимог часу, лекції завжди змістовні, а практичні заняття цікаві для студентів; активно працює студентський науковий гурток.

Незважаючи на поважний вік – 130 років, кафедра МНС з оперативною хірургією і топографічною анатомією впевнено крокує у майбутнє повністю відповідаючи вимогам сьогодення.



## БУДОВА ГАЙМОРОВИХ ПАЗУХ СВИНЕЙ У НОРМІ

**Виконавці:** Мазур В.В., Гавриленко В.М. – студ. III курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Половик О.Ю.

*Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

На сьогодні захворювання приносових пазух є актуальною медичною проблемою. Пошук нових шляхів профілактики, діагностики та лікування патології цих утворів потребує проведення експериментальних досліджень, іноді – із залученням тварин. Так для експериментальних досліджень гайморових пазух у якості піддослідних тварин можуть використовуватися свині, оскільки будова верхньощелепної пазухи свині подібна до людської.

Метою роботи було вивчення будови, розмірів верхньощелепних пазух свиней та їхніх стінок.

Дослідження проведено на 20 ізольованих головах свиней обох статей породи українська степова біла. Вік тварин становив 10-12 місяців, прижиттєва маса складала 110-140 кг. Після розкриття гайморових пазух проводився їхній макроскопічний огляд з морфометричними дослідженнями та забір матеріалу слизової оболонки для макромікроскопічного дослідження. Шматочки слизової оболонки фіксували у 10% нейтральному розчині формаліну, та після проведення через спирти зростаючої концентрації, поміщали в парафін за звичайною методикою. Забарвлення мікротомних зрізів проводили гематоксилін-еозин.

Робота виконана згідно з міжнародними вимогами біотичних принципів та відповідного закону України „Про захист тварин від жорстокого поводження“.

Проведені дослідження свідчать, що у свиней лицевий відділ черепа значно переважає над мозковим. У тілі верхньої щелепи міститься гайморова пазуха, вистелена із середини слизовою оболонкою блідо-рожевого забарвлення. У свиней верхньощелепна пазуха має значні розміри, продовжується за межі верхньої щелепи у слізну кістку, а іноді – у піднебінну та виличну. Морфометричні дослідження показали, що довжина лівої верхньощелепної пазухи у середньому складає  $4,25 \pm 0,25$  см, а правої –  $4,5 \pm 0,55$  см. Висота пазух відповідно становить  $3,0 \pm 0,19$  та  $3,0 \pm 0,48$  см. Глибина лівої пазухи дорівнює  $3,5 \pm 0,52$  см, правої –  $4,25 \pm 0,76$  см. Товщина передньої стінки лівої пазухи у середньому складає  $4,0 \pm 2,16$  мм, правої –  $5,33 \pm 3,2$  мм. Задня стінка лівої гайморової пазухи у середньому була  $5,5 \pm 3,6$  мм завтовшки, а правої –  $6,0 \pm 3,8$  мм. Товщина верхньої стінки у середньому відповідно становила  $8,5 \pm 1,0$  мм та  $6,5 \pm 1,2$  мм. Товщина основи гайморової пазухи у середньому складала  $1,5 \pm 0,46$  мм зліва та  $2,0 \pm 0,9$  мм справа.

Макромікроскопічне дослідження показало, що внутрішня поверхня гайморової пазухи вистелена слизовою оболонкою, яка складається із багаторядного війчастого епітелію та сполучнотканинної власної пластинки, яка прилягає до окістя. Серед епітеліоцитів, розміщених на базальній мембрані, зустрічаються війчасті, мікрівійчасті, базальні та келихоподібні клітини. Війчасті клітини мають на апікальній поверхні миготливі війки. Власна пластинка слизової оболонки складається із пухкої волокнистої сполучної тканини, яка містить значну кількість еластичних волокон. У ній залягають кінцеві відділи слизових залоз, протоки яких відкриваються на поверхні епітелію. Слизова оболонка містить значну кількість судин, які розміщуються у поверхневих відділах власної пластинки під епітелієм.

Таким чином, проведене дослідження показало, що гайморові пазухи, як і увесь череп свиней, мають видові особливості будови, що необхідно враховувати при проведенні навчальних операцій та науково-дослідної роботи.

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ПЛАСТИНАЦІЇ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ГІСТОТОПОГРАФІЇ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

**Виконавець:** Опанасенко О.С. – студ. 3 курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.б.н., доцент Білаш С.М.

*Кафедра гістології, цитології та ембріології*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

В останні десятиріччя підвищився негативний вплив екологічно несприятливих факторів на організм і функціональну активність органів та систем людини, що веде до порушення їх морфофункціонального стану.

Найбільш помітною причиною гіпофункції слинних залоз є побічні ефекти медикаментозної терапії, стоматологічні і деякі системні захворювання. Це негативно впливає на місцевий гомеостаз порожнини рота і функціонування травної системи в цілому, підвищує чутливість слизової оболонки до інфекційних агентів.

Дослідження структурно-функціональних змін слинних залоз під впливом трансплантації кріоконсервованої плаценти та при асептичному сіаладеніті.

Метод пластинації біологічних об'єктів і виготовлення епоксидних шліфів для мікроскопічного дослідження дає можливість вивчати біологічні структури з великою оглядовою поверхнею майже на тотальному препараті.

Метою роботи було визначення морфологічних змін слинних залоз під впливом трансплантації кріоконсервованої плаценти та при асептичному сіаладеніті на тотальних препаратах.

Об'єктом експериментального дослідження були піднижньощелепна і під'язикова залози щурів, отримані від 25 статевозрілих щурів-самців ліній масою 128-134 грам, які утримувалися в звичайних умовах віварію. Перша (I) група – 5 інтактних тварин. Друга (II) група – 10 тварин, яким однократно була проведена трансплантація кріоконсервованої плаценти. Третя група (III) – 10 тварин, яким був змодельований гострий асептичний сіаладеніт шляхом введення 5 мг  $\lambda$ -карагінену ("Sigma", США) в 1 мл ізотонічного розчину хлориду натрію - на 1-у тварину під слизову оболонку піднебінних дужок. Після евтаназії на 7 добу експериментальних тварин, видалені органокомплекси піднижньощелепних і під'язикових залоз фіксували в 2,5% розчині глютарового альдегіду. Загальну морфологію отриманих органокомплексів слинних залоз визначали на епоксидних шліфах, виготовлених за допомогою методу пластинації.

Полягає метод у тому, що гастробіоптат вміщується у компаунд епоксидної смоли (ЕПОН 812). В процесі виготовлення блоків виключається етап префіксації за Міллонігом. Надалі отримані блоки поетапно шліфували і забарвлювали метиленовим синім. Вивчення і мікрофотографування отриманих тотальних препаратів проводили з використанням мікроскопу з цифровою мікрофотонасадкою фірми Biogex-3 з цифровою камерою DCM 900 з адаптованими для даних досліджень програмами.

Введення щурам кріоконсервованої плаценти впливало на судинний і клітинний компоненти строми залози, що проявлялось зменшенням значень середнього діаметру артерій та збільшенням діаметрів капілярів і венул. Визначено зменшення всіх метричних параметрів кінцевих відділів.

При експериментальному гострому сіаладеніті спостерігалось витончення стінки, повнокров'я судин гемомікроциркуляторного русла і виражений периваскулярний набряк. В кінцевих відділах визначались дистрофічні зміни.

## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ З ОРОГОВІННЯМ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

**Виконавці:** Плохих В.В. – студ. IV курсу мед. ф-ту № 2

**Науковий керівник:** викл. Филенко Б.М., доц. Проскурня С.А.

**Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність. В наш час злоякісні новоутворення легень все частіше виявляються у поєднанні з туберкульозом, особливо у чоловіків старше 40 років. Вважають, що при наявності туберкульозних змін в легенях частота розвитку бронхогенного раку у хворих вище в порівнянні з особами, у яких відсутні такі патологічні зміни в органах дихання.

Загальновизнаним є той факт, що крім туберкульозу, хронічні запальні процеси в легенях, які завершуються розвитком рубця, стимулюють метаболізм епітелію бронхів або є облігатними передраковими захворюваннями, готуючи основу для розвитку злоякісного новоутворення. Відсутність єдиної концепції морфогенезу визначає необхідність детальних морфологічних досліджень периферичного раку легень, що виникає на фоні хронічних захворювань легень.

Мета дослідження – вивчення гістотопографічних особливостей плоскоклітинного раку легень з ороговінням периферичної локалізації на фоні рубця.

Методи дослідження. Морфологічні дослідження проводились на післяопераційному матеріалі 12 хворих на плоскоклітинний рак легень периферичної локалізації. Шматочки брали з ділянок пухлини на межі з рубцем, та виготовляли парафінові блоки після фіксації їх у 10% розчині нейтрального формаліну. З одержаних блоків робили серійні зрізи, які забарвлювали гематоксиліном та еозинном.

Результати дослідження. Пухлина локалізувалась на периферії переважно верхньої долі правої легені поблизу рубця та була не чітко зв'язана з сегментарними та субсегментарними бронхами. Периферичний плоскоклітинний рак легень з ороговінням мав вигляд сірого, білувато-сірого або сірувато-жовтого кольору вузлів різних розмірів. На розрізі в пухлині виявлялись ділянки некрозу, які мали жовто-сірий колір та дрібні крововиливи.

При гістотопографічному вивченні плоскоклітинного раку не зв'язаного з бронхіальним деревом встановлено, що пухлина, як правило, розміщувалась в першому та третьому сегментах правої легені на фоні рубця, тобто вираженого розростання сполучної тканини. На зовнішній поверхні пухлинного вузла виявлялось рубцеве потовщення, що утворювало кратероподібне втягнення на плеврі. Рубець складався з грубоволокнистої сполучної тканини з невеликою кількістю клітин. Такі рубці, в більшості випадків, являють собою наслідки туберкульозу, рідше пневмосклерозу та ін. Підтвердженням даного положення є виявлення туберкульозних гранулом та гігантських багатоядерних клітин Пирогова-Лангханса.

Зона некрозу поблизу рубцевої тканини розвивалась внаслідок недостатності кровопостачання та, можливо, за рахунок недостатнього неоангіогенезу. Зона пухлинних комплексів з «раковими перлинами», зона проліферації та зона інвазії характерні для пухлин як центральної, так і периферичної локалізації.

Висновки. Пухлинний процес периферичної локалізації на фоні рубця є вторинним, про що свідчать периферичне розташування рубця та наявність ознак хронічного запалення.

## ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ЗОНИ ТОНКОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ У БІЛИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ХІРУРГІЧНОМУ ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ

**Виконавці:** Прокопенко Д. В. – студ. III курсу мед. ф-ту; Борсук Ю.В. – студ III курсу мед. Ф-ту.

**Науковий керівник:** к.м.н. Левков А. А.

**Кафедра патофізіології**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) все ще вважається невирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Недостатньо з'ясованими залишаються шляхи запобігання розвитку післяопераційних ускладнень, які розвиваються після резекції кишки та пов'язані, головним чином, з неспроможністю швів анастомозу. Пошук нових методів стимуляції відновлення зони тонкокишкового анастомозу з урахуванням стану системи NO може поповнити арсенал заходів, спрямованих на попередження та усунення ускладнень після формування тонкокишкового анастомозу.

Метою цієї роботи є дослідити репаративні процеси у тканинах тонкої кишки щурів при гострій тонкокишковій непрохідності при застосуванні шовних матеріалів модифікованих L-аргініном.

Проведено три серії дослідів: 1) у першій серії – інтактним щурам виконували несправжню операцію (операція обмежувалася введенням тварин у наркоз та розрізом та зшиванням шкіри, без травмування тонкої кишки та імплантації хірургічного шовного матеріалу (ХШМ) (контрольна); 2) у другій серії – щурам після відтворення ГТКН виконували операцію формування тонкокишкового анастомозу із застосуванням немодифікованого ХШМ (контрольна); 3) у третій серії – щурам після відтворення ГТКН виконували операцію формування тонкокишкового анастомозу анастомозу із застосуванням ХШМ, модифікованого L-аргініном.

Для оцінки стану відновлювальних процесів у зоні тонкокишкового анастомозу, операція формування якого проводилася за умов відтворення 18 годинної ГТКН, нами проведено морфологічні дослідження зразків паравульнарних тканин, з'єднаних немодифікованим та модифікованим L-аргініном ХШМ. Морфометричний аналіз було здійснено на зрізах шляхом підрахунку клітин різних класів методом стандартних площ.

При проведенні патоморфологічного та морфометричного дослідження ми виявили, що застосування ХШМ, модифікованого L-аргініном, прискорює процес загоєння тканин в зоні тонкокишкового анастомозу. Так, при застосуванні L-аргініну, на 7 добу в паравульнарних тканинах достовірно збільшується кількість макрофагів та фібробластів, а на 14 добу – клітинних елементів фібробластичного ряду.

Таким чином, введення L-аргініну у складі хірургічного шовного матеріалу прискорює процес загоєння паравульнарних тканин в зоні тонкокишкового анастомозу, прискорює перехід ранового запалення на моноцитарно-макрофагальну та фібробластичну стадії, і це попереджує розвиток післяопераційних ускладнень.

## ГІСТОТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЛОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НИЖНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ЛЮДИНИ В НОРМІ

**Виконавці:** Скрипник Р.І., Островський В.Л. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** проф. Проніна О.М.

*Кафедра МНС з оперативною хірургією та топографічною анатомією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

У зв'язку зі значним поширенням патології лобових пазух, вивчення гістотопографії залоз слизової оболонки всіх їх стінок має велике практичне значення для сучасної морфології та клінічної медицини.

Наявність залоз у підслизовій основі слизової оболонки лобової пазухи була відома досить давно, Завелева З.А. (1961), Negus V. (1957). Але ці автори у своїх дослідженнях дали тільки кількісну характеристику з функціональними даними, які стосуються залоз, оскільки гістотопографічними дослідженнями вони не займалися.

Метою нашого дослідження було отримання даних гістологічної будови та морфометричних даних щодо залоз слизової оболонки нижньої стінки лобової пазухи.

Матеріалом для даного дослідження була слизова оболонка лобових пазух людей у кількості 40 препаратів обох статей віком від 22 до 86 років, що померли від причин, не пов'язаних з патологією приносних пазух, згідно з міжнародними нормами проведення біологічних досліджень.

Після отримання слизових оболонок лобових пазух їх фрагменти фіксували в 2,5% розчині глютарового альдегіду на фосфатному буфері. У подальшому виконували ущільнення в ЕПОН-812. Забарвлювання напівтонких зрізів проводили 0,1% розчином толуїдинового синього та 1% метиленового синього за Lynn J.A.

Для отримання морфометричних показників використовували окуляр-мікрометр МОВ-16. Отриманий матеріал у вигляді цифр піддавали математично-статистичній обробці на персональному комп'ютері PENTIUM IV – 2,4 GHz за допомогою програми MS Excel (2010)

Проведене гістологічне дослідження показало, що у підслизовій основі слизової оболонки нижньої стінки лобової пазухи людини, яка утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною з вираженою сіткою гемомікросудин, виявляються 2 типа складних розгалужених залоз, що складаються з кінцевих відділів і системи вивідних проток.

У залозах першого типу кінцеві відділи утворені клітинами кубічної форми. В цитоплазмі виявляється значна кількість секреторних гранул. Ядра округлої форми, містять переважно дрібні зерна конденсованого хроматину, які дифузно розміщені в каріоплазмі. Ядерце, переважно 1, має ексцентричну локалізацію. В просвітах визначається оптично щільний секрет і клітини лейкоцитарного ряду – лімфоцити, макрофаги, плазмодити.

Середні значення зовнішнього діаметру кінцевих відділів залоз нижньої стінки лобової пазухи людини склали  $30,42 \pm 2,36$  мкм зліва і  $31,01 \pm 1,34$  мкм справа. Суттєвої різниці між правою та лівою сторонами немає.

Таким чином, проведене гістотопографічне дослідження залоз слизової оболонки нижньої стінки лобової пазухи людини в нормі встановило, що вони мають подібну структуру до залоз слизових оболонок інших приносних пазух, і це вказує на їхнє тісне походження у процесі ембріогенезу людини. Що стосується морфометричних даних, то їх теж можна порівняти з середніми даними для інших приносних пазух.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДАНИХ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ ЩУРА І КОТА

**Виконавці:** Тимошенко А.В., Дяулєнко Д.О., Люта Д.І., Ніжегородова М.С., Кутовий А.Н. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Білич А.М.

*Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Хвороби органів дихання сьогодні є найпоширенішою патологією в структурі захворюваності населення України. Це потребує пошуку шляхів вдосконалення профілактики, діагностики та лікування захворювань органів дихальної системи. З цією метою широко використовується моделювання на лабораторних тваринах. При цьому дуже важливо знати особливості будови структурних елементів органів дихання у нормі, оскільки вони мають виразні видові відмінності.

Метою дослідження було проведення порівняльної характеристики результатів морфометричного дослідження респіраторного відділу легень у щурів та котів у нормі

Експеримент було виконано з урахуванням норм біоетики (Страсбург, 1985р.) на 20 білих щурів-самців лінії Вістар масою 240-260 грам, віком 8-10 місяців, які проживали у стандартних умовах віварію академії і не були залученими до проведення жодних експериментів чи дослідів. Для проведення порівняльної характеристики були використані 20 стандартних мікропрепаратів легень kota.

Забій експериментальних тварин проводили шляхом декапітації під тіопенталовим наркозом. Після проведення забору матеріалу, для морфологічного дослідження легень щурів фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну. Шматочки легень поміщали в парафін за звичайною методикою. Препарати забарвлювали гематоксилін-еозин. Для отримання морфометричних показників використовували окуляр-мікрометр МОВ-16. Визначали наступні параметри: діаметр просвіту альвеол, товщину міжальвеолярних перегородок, товщину епітеліального шару слизової оболонки дрібних та середніх бронхів.

Проведене гістологічне дослідження показало, що легень як у щурів, так і у котів складаються з паренхіми, утвореної розгалуженнями бронхів і системою альвеол, та стром. Респіраторний відділ легень щура складається із системи альвеол, розміщених у стінках респіраторних бронхіол, альвеолярних ходів та мішечків; альвеоли оточені густими капілярними сітками, які утворюють численні сплетення.

Проведене морфометричне дослідження показало, що в нормі у щурів діаметр альвеол становить у середньому  $39,68 \pm 1,12$  мкм. У котів цей показник виявився меншим на 11,8% і складав  $35,01 \pm 3,22$  ( $p < 0,05$ ). Достовірної різниці у товщині міжальвеолярних перегородок виявлено не було; цей показник відповідно становив  $13,48 \pm 0,88$  і  $14,75 \pm 1,97$  мкм.

Товщина епітелію слизової оболонки дрібних бронхів щурів у нормі в середньому складала  $8,88 \pm 0,4$  мкм; у котів цей показник був достовірно меншим (на 19,5%) і становив  $7,15 \pm 0,48$  мкм,  $p < 0,05$ . Дані, отримані при дослідженні товщини епітелію слизової оболонки середніх бронхів свідчать, що у нормі цей показник у середньому сягає у щурів  $13,2 \pm 0,5$  мкм, а у котів на 30,3% менше –  $9,2 \pm 1,13$  мкм ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, проведене дослідження свідчить про необхідність урахування під час виконання наукових робіт значень морфометричних показників структурних елементів легень лабораторних тварин контрольних груп, оскільки вони мають видові відмінності.

# ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ ТА ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКУ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

**Виконавець:** Трибрат А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** викладач Гринь В.Г.

**Кафедра анатомії людини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Червоподібний відросток – невід'ємна частина сліпої кишки, який також є лімфоепітеліальним органом, що входить до складу периферичного відділу імунної системи, який належить слизовим оболонкам травного тракту.

У контексті цієї проблеми постає питання про перинатальний період формування червоподібного відростка. Згідно з даними літератури гістогенетичні процеси в цей період цілком спрямовані на розвиток його як лімфоепітеліального органа. При цьому у внутрішньоутробний період поява лімфоїдної тканини в ньому лише злегка намічена, а сформовані лімфатичні вузлики з центрами розмноження виникають тільки після народження, що пов'язане з антигенною стимуляцією організму. На жаль, у літературі розвиток придатка сліпої кишки в період переходу завершальної фази ембріогенезу на початкову стадію постнатального життя представлено занадто поверхово, аби можна було судити про істинну морфологічну картину зазначеного вище функціонального перетворення.

Мета дослідження. Вивчити особливості морфологічної будови червоподібного відростку людини у плодовий період розвитку.

Методи та результати досліджень. Матеріалом дослідження слугували 7 червоподібних відростків плодів людини (три – 11 тижнів, один – 13 тижнів, один – 14 тижнів та два віком 15,5 та 16 тижнів). Спочатку проводили фіксацію препаратів у 10% розчині формаліну, після чого виконано анатомічне препарування і морфометрія, документація шляхом фотографування цифровою фотоприставкою. Мікроскопічному вивченню підлягали червоподібні відростки плодів людини.

При дослідженні препаратів виявлено, що червоподібний відросток з усіма властивими йому ознаками і наміченою межею між ним і сліпою кишкою сформований вже на третьому місяці ембріонального розвитку, маючи воронкоподібну форму, типову для ембріонального періоду розвитку. В одному випадку (13 тижнів) його дистальний (верхівковий) відділ був зігнутий у вигляді гачка.

На початку 3-го місяця ембріогенезу (початок плодового періоду), вперше з'являються зачатки крипти, які до кінця 3-го місяця становлять собою скупчення округлих епітеліальних клітин, заглиблені в підлеглу ущільнену мезенхіму. Прийнято вважати, що на противагу ворсинкам ініціація процесу утворення крипти виходить із тих ділянок зародково-кишкового епітелію, які розташовані між зачатками ворсинок.

Таким чином, в результаті вивчення морфологічної будови червоподібного відростку людини у плодовий період розвитку виявлено, що форма червоподібного відростка на представлених препаратах від 11 до 16 тижнів спостерігаються і у дорослих людей, тому можна вважати, що остання спадково закладається ще в ембріональний період розвитку. У плодів людини від 11 до 16 тижнів слизова оболонка зачатку апендикса знаходиться на стадії формування кишкових ворсинок і крипти, у вигляді дрібних проростань епітелію в сполучну тканину. Найхарактерніша особливість останніх – це велика кількість у них секретуючих клітин Панета. У внутрішньоутробному періоді розвитку травного тракту до настання формування місцевих механізмів адаптивного (специфічного) імунітету, захисну функцію виконують клітини Панета, так як вони є джерелом лізоциму.

## БУДОВА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДИНИ У НОРМІ

**Виконавці:** Чеботар О.В., Яковенко М.В. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Совгіря С.М.

**Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією і топографічною анатомією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Останнім часом велика увага наукової спільноти приділяється вивченню клиноподібної пазухи, яка, в порівнянні з іншими, тривалий час залишалась маловивченою. Особливо це стосується дослідження її слизової оболонки, що являється першим захисним бар'єром на шляху агресивних факторів зовнішнього середовища.

Об'єктом дослідження була клиноподібна пазуха людини та її слизова оболонка, дослідження якої проводилося на трупному матеріалі 10 осіб, померлих від причин не пов'язаних з ЛОР-патологією. Забір слизової оболонки клиноподібної пазухи відбувався в умовах приміщення судово-медичного моргу Бюро судово-медичної експертизи Управління Охорони Здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації.

Проведенні гістологічні дослідження псевдобагатошарового війчастого циліндричного епітелію, що вистилає різні стінки клиноподібної пазухи. При цьому верхню і нижні стінки отримати не вдалося і наше дослідження стосується медіальної і латеральної, передньої, задньої та нижньої стінок.

На основі проведених гістологічних досліджень встановлена певна різниця співвідношення клітин псевдобагатошарового війчастого циліндричного епітелію на тих чи інших стінках.

На медіальній і латеральній стінках зустрічається псевдобагатошаровий війчастий циліндричний епітелій з великим вмістом війчастих клітин.

Слизова оболонка передньої і нижньої стінок клиноподібної пазухи, як свідчать результати нашого дослідження, на відміну від медіальної і латеральної стінок представлені переважно келихоподібними клітинами.

У слизовій оболонці задньої стінки клиноподібної пазухи, як свідчать результати серійних гістологічних зрізів, переважно зустрічаються зони росту псевдобагатошарового війчастого циліндричного епітелію. Останні характеризуються вегетаціями епітелію в підлеглу сполучну тканину. Слід відзначити, що зони росту взагалі представлені великим вмістом мікроборисчатих клітин, які мають хаотичне розташування і різну форму ядер.

Підводячи підсумок результатів проведених гістоанатомічних досліджень псевдобагатошарового війчастого циліндричного епітелію з мікроскопічним вивченням будови різних стінок слизової оболонки даної пазухи, можна прийти до висновку: в структурному аспекті слизової оболонки спостерігається різне співвідношення клітин псевдобагатошарового війчастого циліндричного епітелію, точніше у медіальній і латеральній стінках розташовані переважно війчасті клітини, в передній і нижній стінках – келихоподібні, в задній стінці – зони росту з переважним вмістом мікроборисчатих клітин.

## ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД ОТРУЄННЯ ПЕСТИЦИДАМИ

**Виконавці:** Черняк А.В., Гербст І.О. – студ. V та VI курсу мед. ф-ту №1, 2

**Науковий керівник:** ас. Нікіфоров А.Г.

**Курс судової медицини**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Надзвичайно актуальною залишається в нас час проблема отруєння пестицидами. Щорічно 3 грудня відзначається Міжнародний день боротьби з пестицидами - в цей день екологи усього світу нагадують про накопичення в довкіллі значної кількості шкідливих хімічних речовин, зокрема пестицидів, які потрапляючи в організм людини, спричиняють важкі наслідки.

Даний випадок смерті проаналізовано з урахуванням результатів судово-медичного токсикологічного дослідження, клінічних проявів згідно представленої історії хвороби громадянина М., та проведений детальний, ретельний аналіз всіх етапів судово-медичного дослідження (зовнішнього, внутрішнього, лабораторного). Мета нашого дослідження: вивчити особливості морфологічних змін в органах та тканинах та обставин справи. Враховувалися результати всіх послідовних етапів судово-медичного експертного дослідження з використанням клінічних даних, зовнішнього, внутрішнього досліджень, лабораторних (гістологічного, токсикологічного). Проведений аналіз свідчить про цілий ряд змін, а саме: при розтині трупа відчувається невизначений запах, набряк-набухання речовини головного мозку з спонгіозом кори та поодинокими мікроекстравазатами; зерниста дистрофія гепатоцитів, ішемія шарів наднирників; фокальна ішемія шарів нирок, зерниста дистрофія епітелію канальців нирок; нерівномірне кровонаповнення судин внутрішніх органів. При судово-токсикологічному дослідженні крові, шлунка з вмістом, тонкого кишечника з вмістом, товстого кишечника з вмістом, печінці, нирці та тканин мозку від трупа гр-на - М.А. встановлено: 1. В шлунку з вмістом, тонкому кишечнику з вмістом, печінці та нирці виявлено речовину із групи пестицидів, що містить в своєму складі фосфор та азот. В товстому кишечнику та тканині мозку речовини із групи пестицидів не виявлено. Зразок порівняння «Ураган» містить в своєму складі фосфор та азот. В шлунку з вмістом, тонкому та товстому кишечнику з вмістом, печінці, нирці та тканин мозку не виявлені: карбофос, метафос, метил тіофос, етилтірофос, трихлорметафос-3, фосфамід, фталофос, фозалон, хлорофос, севін, ДДТ, ГХЦГ, гексахлоран, гептахлорпінен, зоокумарин, ДНОК. В крові не виявлені: метиловий, етиловий, ізопропіловий, пропіловий, ізобутиловий, бутиловий, ізоаміловий спирти. При судово-медичному дослідженні трупа гр-на - М., на його тілі, будь-яких тілесних ушкоджень не виявлено. Отже, в результаті проведеного судово-медичного дослідження, враховуючи всі перераховані вищевказані морфологічні зміни, а також дані токсикологічного дослідження: можна зробити висновок, що смерть громадянина М. настала від отруєння пестицидами.

## ПРИЧИНИ ТА ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ ЛЮДИНИ

**Виконавець:** Шашкова О.В. – студ. I курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** професор Лисаченко О.Д.

**Кафедра гістології, цитології та гістології**

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Проведений аналіз літератури відносно будови шкіри в різні вікові періоди та з'ясовані теорії і причини її старіння.

Причини виникнення вікових змін

По-перше, зміни, що відбуваються з віком в шкірі, виникають як наслідок генетично запрограмованого процесу. Природне старіння є наслідком прожитих років і називається хроностарінням. Відбувається потовщення рогового шару епідермісу та зменшення кількості гіалуронової кислоти. Шкіра втрачає еластичність, утворюються глибокі зморшки.

По-друге, старіння пов'язане зі зношуванням організму із-за хвороб, стресів і випадкових подій, що мають негативні наслідки для здоров'я. До внутрішніх причин старіння можна віднести: порушення функцій ендокринної системи; зниження обміну речовин; переважання процесів розпаду над процесами синтезу; послаблення імунітету; порушення мікроциркуляції. Дані фактори приводять до функціональних змін шкіри: зменшення вироблення колагену I і III типів, зниження швидкості регенерації епідермісу і активності меланоцитів.

По-третє, вікові зміни формуються під впливом численних шкідливих чинників, з якими ми постійно стикаємося впродовж життя. Шкіру стоншує і робить грубішою дія екзогенних чинників: сонця, вітру, морозу, води, УФ-випромінювання. Вважається, що старіння шкіри на 70% залежить не від віку, а від шкідливої дії ультрафіолету, який є основним компонентом сонячного світла. Шкіра пошкоджена ультрафіолетом характеризується еластозом, гіперпродукцією аномальних еластичних волокон, збільшенням кількості лаброцитів, гістіоцитів і фібробластів. Пошкоджена випромінюванням шкіра зазвичай запалена, а її кровоносні судини розширені.

Теорії старіння організму

Теорія катастрофи помилок. Кожен процес в природі супроводжується помилками, що ведуть до браку. Накопичення цих помилок призводить до припинення функцій клітини і організму в цілому, викликає старіння і смерть.

Теорія біологічного годинника. Згідно цієї теорії, кожен вид живих організмів має певну тривалість життя. Внутрішній годинник відлічує час і запускає руйнівний механізм, що викликає старіння і в результаті призводить до смерті.

Теорія вільних радикалів. При старінні шкіри її основний білок - колаген, що надає їй пружності і міцності, особливо схильний до шкідливої дії вільних радикалів. Відбуваються хімічні зміни, що порушують вільне переміщення колагенових молекул один відносно одного, вони спаюються в пучки і стають жорсткими. Шкіра втрачає м'якість і пружність, починає виглядати старою.

Теорія мітохондріального старіння. Багато учених вважають, що причиною старіння клітин і організму в цілому, може стати енергетична криза, що виникає при ушкодженні мітохондрій.

Теорія механічного старіння. Механічне старіння відбувається в результаті того, що людина постійно морщиться і рухи м'язів часто повторюються.

Старіння шкіри - процес невідворотний, на жаль краса і молодість не вічні. Вікові зміни шкіри і їх корекція є важливою проблемою сучасної дерматології і косметології. Завдяки інтенсивному розвитку наук і плідної діяльності учених, з'являються і удосконалюються нові методики боротьби із старінням шкіри. Методи корекції старіння шкіри мають бути комплексними і залежати від домінуючого виду старіння, супутніх захворювань, віку, типу шкіри і мотивації пацієнтів.

## ЗМІНИ ПРЕДСТАВНИЦТВА ЛЕЙКОЦИТІВ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ПРИ РІЗНИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНАХ

**Виконавці:** Яковлева Д.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту; Єрошенко А.І. – студ. 4 курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** д.мед.н., професор Єрошенко Г.А.

**Кафедра гістології, цитології та ембріології**

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Дисфункція слинних залоз може бути викликана різними причинами, включаючи лікування антидепресантами, антибіотиками, гіпотензивними препаратами та іншими. Також, до зниження слиновиділення призводять аутоімунні захворювання, застосування променевої терапії, використання часткових або повних знімних протезів, брекет-систем. Гіпосалівація зазвичай супроводжується змінами з боку місцевого імунного бар'єру.

До клітинних чинників в стромі слинних залоз, які забезпечують фізіологічний бар'єр на шляху інфекції слід віднести лімфоцити, плазматичні клітини, гранулоцити, мастоцити та макрофаги.

Метою роботи було визначення змін представництва лімфоцитів, плазмоцитів і мастоцитів в інтерстиції слинних залоз щурів при введенні адреналіну, прозерину.

Під тіопенталовим наркозом 1 група тварин (№ 5) отримувала в/а 2,5 мл р-ну 0,85% NaCl, 2-а (№ 10) в/а – розчин адреналіну, 3-я (№ 10) в/а р-н прозерину. Після евтаназії експериментальних тварин видалені піднижньощелепні залози фіксували в 2,5% розчині глютарового альдегіду і заключали в епон-812 за загальноприйнятою методикою. Напівтонкі зрізи одержували на ультрамикротомі «Selmi» УМТП-7, забарвлювали 1% розчином толуїдинового синього з рН 8,4. Препарати вивчали при збільшенні x400 і x1000 за допомогою мікроскопу Biorex-3 BM-500T і цифрової фотокамери ETREK DCM 900 з адаптованими для даних досліджень програмами.

На напівтонких зрізах проводили підрахунок середньої кількості лімфоцитів, плазмоцитів і мастоцитів в інтерстиції навколо кінцевих відділів і проток піднижньощелепних слинних залоз за допомогою програми Minisee методом стандартних площин, статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми Excel.

У всіх експериментальних групах визначена зміна середньої кількості лімфоцитів, плазматичних клітин, мастоцитів і макрофагів.

В інтерстиції навколо кінцевих відділів нами встановлено збільшення мастоцитів і плазмоцитів в групі тварин, яким вводили розчин адреналіну та зменшення їх середньої кількості в групі щурів, яким вводили прозерин.

В перипротоковому інтерстиції виявлено збільшення середньої кількості лімфоцитів в групі тварин, яким вводили розчин прозерину. У всіх експериментальних групах встановлено зменшення середньої кількості мастоцитів і плазмоцитів.

Таким чином, введення адреналіну ослабляє захисний бар'єр піднижньощелепних слинних залоз. Введення прозерину викликає підвищення середньої кількості плазмоцитів в інтерстиції навколо кінцевих відділів і, відповідно, кількості імуноглобуліну А у складі остаточної слини.

## Секція №8

### ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ

#### Підсекція №1 іноземні мови

#### АТЕРОСКЛЕРОЗ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ РЕЧОВИН У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

**Виконавці:** Білокінь Д.Ю., Чередниченко В.В. – студ. 1 курсу

**Науковий керівник:** к. пед. н., доц. Романко І.Г.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою і медичною термінологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є тема атеросклерозу, як найпоширенішого захворювання у світі, зокрема й в Україні. Загалом атеросклероз виникає внаслідок збільшення рівня холестерину в крові, що є результатом нервово-психічних розладів, порушення функції щитоподібної та статевих залоз, надмірному споживанні продуктів, багатих на холестерин. Відповідним наслідком є структурні зміни стінки артеріальних судин, які призводять до порушення діяльності серцево-судинної системи.

У нашій роботі буде розглянуто такі питання: патогенез атеросклерозу; фактори ризику; профілактика; сучасні експериментальні методи лікування; схеми терапії та запобігання розвитку захворювання спрямовані на широке коло людей.

#### PREVALENCE OF HEPATITIS C IN UKRAINE

**Виконавець:** Боскіна М. Г., - студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Костенко В. Г.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Hepatitis C virus is still a large health concern worldwide. The incidence rates across the world fluctuate because there are some difficulties with the registration of the condition as it is sometimes of latent nature and produces no clinical manifestations. Prevalence rates across the world have changed as more countries are aware of transfusion-related hepatitis C and more and more evidence supporting intravenous drug use as the leading risk factor of spreading of virus C hepatitis.

Hepatitis B virus has affected 2 billion people, hepatitis C - more than 350 million. High prevalence of viral hepatitis leads to unrestrained growth of disease cirrhosis and liver cancer. Ukraine is a country with an average prevalence rate of hepatitis C - of 3% among of the population (1.70mln.). However, as a result of selective monitoring of risk groups, infection with hepatitis C is much higher than the world average and up to 40 - 60%.

The importance of intravenous drug use can not be overemphasized. The prevalence of HCV among people who acquired HIV through intravenous drug use reaches 90%. The co-infection of the two viruses can make treatment more difficult. Most countries with a young population of HCV infection must deal with intravenous drug use as the leading cause for spreading the virus. Many of these intravenous drug users do not know they are infected. Screening of HCV and treatment of substance abuse are extremely important in this group.

According to different classifications there are currently identified more than 30 genotypes of the virus, the most common genotypes of hepatitis C are 1a, 1b, 2a, 2b, 2c and 3a, which account for over 80% of all isolates of the virus. There are the most commonly recorded genotype of this virus is 1b in Ukraine. The frequency of a particular genotype of the virus depends on the ways of its transmission. For example, in European countries, genotype 1b is commonly found in infected persons due to the transfusion of blood and blood components, genotypes 1a and 3a is commonly spread by drug injections

According to the Regional Office of WHO prevalence of hepatitis C 2 European countries is the following:

- Northern and Central Europe - 0.5%;
- North Europe - 2%;
- Eastern Europe and the former CIS countries - 3 to 7%;
- Egypt - 13% (the highest concentration in the incidence of hepatitis C).

There is a tendency to decrease the incidence of acute hepatitis, but incidence of chronic hepatitis has increased over the past 10 years in 3 times, cirrhosis of the liver - in 2 times. According to the WHO experts, the number of people with chronic hepatitis C in the 2015-2020 biennium double.

Due to the lack of available treatment for chronic hepatitis B and C, the most important way to fight the epidemic are preventive measures. They are vaccination for hepatitis B and development of effective measures of primary and secondary prevention for hepatitis C.

#### 10 TOP MEDICAL ACHIEVEMENTS

**Виконавець:** Браїловська К.С. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.філол.н., викл. Коваленко К.Г.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

It is important for everyone to know about 10 top medical achievements. The first medical achievement is to survive without a heart. On July 2, 2008, fourteen-year-old Zhana Simmons from South Carolina was given a heart transplant. In total, she'd lived without a heart for 118 days. The second one is to wake people from comas. In 1999, a patient in a persistent vegetative state due to a motor accident was seen to be twitching by one of his nurses. His doctor prescribed a com-

mon sleeping pill, zolpidem, in case this twitching was caused by discomfort. The third medical achievement is Automatic Genetic Analysis. Scientists have developed a small device that is capable of analyzing and differentiating DNA in a short amount of time. The chips found distinctions between certain tumors that scientists had previously thought of as one disease, but which are actually different types of cancer. The fourth one is Intrepid Robot Surgeons. Scientists have built a robot that is designed to crawl into the body like a snake to perform surgery. The advantages of a robot over a surgeon are twofold: firstly, it can be smaller than the arm and hand of a surgeon, and can therefore reach places less obtrusively. The next medical achievement is to Restore Sight to the Blind. Thanks to machine implants, people who were completely blind sometimes become capable of distinguishing color, and describing faces, food, and objects. The device works like a digital camera, creating an image and then sending signals through nerve cells to the brain; Tetraplegic Woman Given Robotic Arm. Jan Scheuermann, a fifty-two-year-old woman paralyzed from the neck down, took part in a revolutionary trial operation last year. Doctors removed part of her skull and implanted two grids of electrodes into her brain. A wire from the grids was then connected to a computer, which could be used to control a robotic arm. The next one is to Bring People Back From Death. Thanks to modern-day care, it is now possible to be dead by most definitions for several hours, and then return to live for decades, undamaged. Doctors can essentially hit the pause button on dying, while they fix the original problem. The next one is Highly Active Antiretroviral Therapy. In 1996, at a medical conference in Vancouver, the potential of a treatment known as highly active antiretroviral therapy (HAART) was presented to the medical establishment. HAART's effect has been to transform HIV/AIDS from a death sentence into a manageable condition; Gene-Based Cancer Therapy. is based on new process—sequencing the DNA and RNA from tumors to find a cancer-causing mutation offers the promise of more effective and focused treatment. The last medical achievement is the Eradication of Polio From India. More than a billion people lived in India, many of them were without proper access to medical care. Health officials created the largest public health campaign in history, spending eight billion dollars and employing more than 2.3 million people, who were armed with oral vaccines, hand-drawn maps, and tally sheets.

## DIE ZAHNARZTANGST ALS URSACHE DER NICHT RECHTZEITIGEN ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

**Виконавець : Васько М.Ю. – студ. I курсу стом. ф-ту**

**Науковий керівник: викл. Протовень О.П.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Heutzutage ist das Problem der Zahnarztangst besonders verbreitet und sehr aktuell. Ungefähr 60 bis 80 Prozent der Bevölkerung geben an, Angst vorm Zahnarzt zu haben. Bis zu 20 Prozent haben eine überdurchschnittlich große Angst. Im Volksmund ist der Begriff "Zahnarztangst" verbreiteter als "Dentalphobie".

Eine Dentalphobie entsteht meist durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Ursachen können traumatische Erlebnisse im Mundraum sein. Diese Traumatisierung entsteht in den häufigsten Fällen aufgrund eigener schlechter Erfahrungen bei Zahnarztbesuchen. In einigen Fällen von Zahnarztangst ist die Traumatisierung auf ein einschneidendes Erlebnis im Kindes- oder Jugendalter zurückzuführen. Für Eltern ist es daher wichtig, ihre Kinder sehr behutsam und auf spielerische Weise an den Besuch beim Zahnarzt heranzuführen, um Angst vorm Zahnarzt und eine Dentalphobie zu vermeiden.

Die krankhafte Zahnarztangst (Dentalphobie) äußert sich einerseits durch körperliche Symptome wie Herzrasen, Schwitzen und Zittern, und ist andererseits mit einer großen Angst vor der Zahnbehandlung und den Schmerzen verbunden. Die Betroffenen leiden durch das Aufschieben nötiger Behandlungen oftmals bereits unter starken, teilweise chronischen Zahnproblemen und Zahnschmerzen.

Bei Dentalphobie (Angst vorm Zahnarzt bzw. Zahnarztangst) steht am Anfang der Therapie die Einsicht des Betroffenen, dass es ratsam ist, etwas gegen seine Dentalphobie zu unternehmen. Im zweiten Schritt empfiehlt es sich, einen Arzt aufzusuchen, zu dem man Vertrauen hat. Dies kann beispielsweise ein Zahnarzt sein, der spezielle Behandlungen für Angstpatienten anbietet. Mit diesem können Menschen mit Zahnarztangst dann herausfinden, wie stark die Angst vorm Zahnarzt beziehungsweise die Dentalphobie ist und welche Therapie geeignet ist. Dabei können zum Beispiel besondere Angst-Fragebögen helfen. Das allgemeine Ziel der Dentalphobie-Therapie ist es, dem Betroffenen zu zeigen, wie er selbst mit kleinen Hilfsmitteln seiner Zahnarztangst begegnen kann. Er soll sich seiner Angst vorm Zahnarzt bewusst werden und es schaffen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

Die Angst vorm Zahnarzt kann man nicht wirklich vorbeugen. Wenn Sie unter einer Dentalphobie leiden, sollten Sie sich mit ihr auseinandersetzen. So können Sie gemeinsam versuchen, die Angst zu reduzieren, damit Sie in Zukunft der Angst vorm Zahnarzt – und damit nötigen Zahnbehandlungen – nicht länger aus dem Weg gehen müssen. Damit bei Kindern eine Dentalphobie gar nicht erst entsteht, ist es wichtig, dass Eltern sie frühzeitig in einer ruhigen Atmosphäre spielerisch an Zahnbehandlungen heranzuführen. Dadurch lässt sich einer Dentalphobie bei Kindern begrenzt vorbeugen.

So, richtet sich die Dentalphobie nicht auf den Zahnarzt als Person, sondern auf die Zahnbehandlung und das, was damit verbunden ist. Es ist bekannt, dass Ängste übertrieben sind. Dennoch hilft gutes Zureden bei Menschen mit Dentalphobie nicht, die Angst vorm Zahnarzt zu überwinden. Bei vielen Betroffenen ist die Toleranzgrenze bezüglich unbehandelte Zahnschäden sehr hoch – das heißt, sie nehmen sogar große Schmerzen oder abgestorbene Zähne beziehungsweise Zahnlücken in Kauf. Deshalb ist es für Menschen mit Dentalphobie wichtig, die Angst vorm Zahnarztbesuch rechtzeitig beseitigen.

## ONCOMUNICABLE DISEASES

**Виконавці: Воропай Т.В., Масич О.Б. – студ. II курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: доц. Знаменська І.В.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Recently, noncommunicable diseases become increasingly urgent worldwide threat to human health. Noncommunicable diseases (NCDs) kill more than 36 million people each year. They already disproportionately affect low- and middle-income countries.

NCDs, also known as chronic diseases, are not infectious. That means you can't get it from bugs or bacteria. NCDs are caused by genetic or lifestyle factors. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of



NCDs are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes.

Although the international community has concentrated its efforts on the fight against infectious diseases such as HIV / AIDS, malaria and tuberculosis, the four main NCDs quietly come to the forefront in developing countries and are now transformed into a global epidemic.

Scientific novelty lies in the fact that society has not had time enough to pay sufficient attention to the issue of such a large spread of NCDs and the further growth of threat in the future. As society prioritizes problems of infectious diseases such as HIV / AIDS, tuberculosis and malaria, the question of growth of NCDs is paying less attention. Thus NCDs become a significant prevalence in the world, as can be confirmed even by the number of fatally affected people.

The goal of our work is to enunciate the problem, the essence of which is the prevalence of NCD cases and advise the main methods of preventing these diseases.

Most research is theoretical, based on the information that is obtained from the websites of WHO and the Red Cross all over the world. Descriptive, comparative and historical methods were used while doing this work.

Tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet and the harmful use of alcohol increase the risk of or cause most NCDs.

These behaviours lead to four key metabolic changes that increase the risk of NCDs: raised blood pressure, obesity, hyperglycemia (high blood glucose levels) and hyperlipidemia (high levels of fat in the blood).

In many countries, harmful drinking and unhealthy diet and lifestyles occur both in higher and lower income groups. However, high-income groups can access services and products that protect them from the greatest risks while lower-income groups can often not afford such products and services.

An important way to reduce NCDs is to focus on lessening the risk factors associated with these diseases.

After the social survey among the students of the academy, it was found that most students have not written Non-communicable diseases as the most common diseases, they just wrote infectious diseases such as AIDS and tuberculosis.

Awareness of the serious threats of health and ways to prevent them is very important for every individual and for society in general. That is why the problems outlined in our work need to be heard and understood by each person.

## ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПОРОДІЛЬ: ПІСЛЯРОДОВИЙ СИНДРОМ ТА ПІСЛЯРОДОВИЙ ПСИХОЗ

**Виконавець: Данільченко В.Е. – студ. II курсу, мед.ф-ту**

**Науковий керівник: доц. Романко І.Г.**

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

As shown by numerous studies, one in five women is prone to postpartum depression. The appearance of this condition is not related to maternal age, her nationality, or material support. Also has nothing to do it first baby, or ten. This condition can occur in almost any woman. Still, let's see what is associated with these symptoms.

Postpartum depression (PPD), also called postnatal depression, is a type of clinical depression which can affect women, and less frequently men, typically after childbirth. Studies report prevalence rates among women from 5% to 25%, but methodological differences among the studies make the actual prevalence rate unclear. Among men, in particular new fathers, the incidence of postpartum depression has been estimated to be between 1% and 25.5%. The Edinburgh Postnatal Depression Scale, a standardized self-reported questionnaire, may be used to identify women who have postpartum depression. Symptoms: sadness, hopelessness, low self-esteem, guilt, a feeling of being overwhelmed, sleep and eating disturbances, inability to be comforted. Postpartum depression usually begins in the first few months after childbirth.

Early identification and intervention improves long term prognoses for most women. A major part of prevention is being informed about the risk factors, and the medical community can play a key role in identifying and treating postpartum depression. Women should be screened by their physician to determine their risk for acquiring postpartum depression. Also, proper exercise and nutrition appears to play a role in preventing postpartum, and depressed mood in general.

Women need to be taken seriously when symptoms occur. This is a twofold practice: First, the postpartum woman will want to trust her intuition about how she is feeling and believe that her symptoms are real enough to tell her significant other. Second, the people in whom she confides must take her symptoms seriously as well, aiding her with treatment and support. Postpartum depression and illnesses similar to it are found across the globe, with rates of incidence varying from 11% to 42%. Postpartum psychosis (or puerperal psychosis) is a term that covers a group of mental illnesses with the sudden onset of psychotic symptoms following childbirth.

Some patients have typical manic symptoms, such as euphoria, overactivity, decreased sleep requirement, loquaciousness, flight of ideas, increased sociability, disinhibition, irritability, violence and delusions, which are usually grandiose or religious in content.

Several nations including Canada, Great Britain, Australia and Italy recognize post partum mental illness as a mitigating factor in cases where mothers kill their children. In the United States, such a legal distinction is not currently made. Britain has had the Infanticide Act since 1922.

These are world-wide disorders. As recognized by the French psychiatrist Louis-Victor Marcé (1862), the link to menstruation, and especially menstrual psychosis, is an important clue to the cause. Molecular genetic studies suggest that there is a specific heritable factor. There is evidence of linkage to chromosome 16.

In any case, this condition is temporary and treatable. The main thing is not to lose faith in yourself. No need to hide emotions towards the child.

## EUTHANASIA AS A TOPICAL ISSUE OF BIOETHICS

**Виконавець: Животовська А.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №1**

**Науковий керівник: к.філол.н., викл. Бережанська Ю.В.**

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Euthanasia, or assisted death, is one of the major controversies of this decade and one of the most studied fields of bioethics. Euthanasia is defined as inducing the painless death of a person for reasons assumed to be merciful. Currently, there are the following four types of euthanasia: voluntary and direct, voluntary but indirect, direct but involuntary, and indirect and involuntary. Euthanasia is a complex bioethical issue which has both advocates and opponents.

The aim of the research is to investigate the arguments for and against this procedure in the modern medical discourse. The research aspires to find out the possible solutions of this issue. The controversy surrounding euthanasia and its legalization involves many aspects of religion, medical and social sciences which renders the research topical and relevant. The scientific novelty consists in the fact that the research is a fruit of thorough investigation of euthanasia in multitude of medical texts, thus contributing substantially to the extension of scientific knowledge upon this procedure.

The material used for this research is a corpus of modern medical texts devoted to the analyzed issue.

Proponents of euthanasia and physician-assisted suicide contend that terminally ill people should have the right to end their suffering with a quick, dignified, and compassionate death. For instance, this group of scholars contends that it is not inherently wrong for a terminally-ill patient to seek for suicide. The scholars argue that the right to die is protected by the same constitutional safeguards that guarantee such rights as marriage or procreation. Throughout the world, the assisted death procedure is supported by numerous organizations, such as "Compassion & Choices", "Death with Dignity National Center", "Dignitas", "Dignity in Dying" and so on. As one can easily observe, the concept "dignity" is central for the majority of these institutions. In such a manner, the euthanasia advocates aspire to persuade their opponents.

Meanwhile, the opponents of euthanasia and physician-assisted suicide contend that doctors have a moral responsibility to keep their patients alive. The opponents of euthanasia contend that pronouncements against assisted death date back to the Hippocratic Oath and have formed the ethical backbone for medical practice. The scholars argue that the requests for physician-assisted suicide often come from depressed or mentally unstable people. In this context, the concept of "slippery slope" is quite crucial: the assisted death and physician-assisted suicide may have the detrimental effects with regard to vulnerable populations. That is to say, there may be a slippery slope from euthanasia to murder, and legalizing euthanasia may unfairly target the poor and disabled, thus creating incentives for insurance companies to terminate lives in order to save money. As a matter of fact, the critics of this procedure argue that euthanasia provides only an illusion of safeguards.

The analysis of medical literature devoted to the problem of euthanasia has demonstrated that legal breaches are the major stumbling stones of this issue. Thus, what need to be combated are the potential abuses, and not the phenomenon of the assisted death itself. The incurable patients deserve a better system of measures in the area of voluntary life termination; and therefore one cannot waste time on the endless debates. Therefore, both proponents and opponents of euthanasia should unite their efforts in finding a way to render euthanasia a procedure implemented only when strictly necessary and safe for vulnerable populations.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИЗУЧЕНИЯ ТИПОЛОГИЙ ЧЕЛОВЕКА

**Исполнители: Жуали Шуаиб, Азерли Ага, Аль-Рубайе Тарек – студ. II курса стомат. ф-та**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Ткаченко Е.В.**

**Кафедра физиологии**

Дифференциальная психология – отрасль психологической науки, изучающая различия как между индивидами, так и между группами, а также причины и последствия этих различий (Е.Н.Каменская, 2009). Термин «дифференциальная психология» был предложен ещё в 1900 году В.Штерном. Изучение индивидуальности личности в настоящее время становится предметом пристального внимания учёных различных стран и самых разнообразных направлений теоретической и клинической медицины. Изучение индивидуальности личности необходимо для того, чтобы познать себя, людей и сделать свою жизнь более приятной, научившись управлять собой и другими людьми. С этой целью учёные делят людей на группы или типы, члены которых обладают какими-то сходными особенностями. За многие годы создано множество типологий и до сих пор продолжают создаваться новые. Очень важно принять во внимание следующее: все типы личности одинаково ценны; у всех есть свои сильные и слабые стороны; тип личности не бывает ни лучше, ни хуже; он не делит людей на умных и глупых, больных и здоровых; тип личности не определяет умственные способности, не сулит успехов и не указывает на то, кто лучше, а кто хуже приспособлен к жизни, а он показывает пути достижения личностью тех или иных результатов, давая представления про индивидуальные когнитивные стили; теория типологий лишь помогает лучше понять, какие мотивы лежат в основе поведения человека, определяя так называемые стили поведения. К таким типологиям, в частности, относят этническую принадлежность человека, гендер, возраст, тип темперамента, тип акцентуации характера, индивидуальный профиль межполушарной асимметрии (выражением которого является ведущая конечность), экстра- и интроверсия, типы биоритмов («совы», «жаворонки», «голуби»), интерналы и экстерналы (по локусу контроля), группы по толерантности к нагрузкам и адаптации (стайеры, спринтеры, миксты), различные типологии конституций и соматотипов и т.д. Принадлежность людей к той или иной типологии оказывает влияние на течение физиологических и патологических процессов, реализует своё влияние на всех уровнях организации живой материи и охватывает все системы организма.

Приведём только немногие примеры, ибо материал по данному вопросу воистину огромный, полученный в различных уголках Земли. Существуют целые большие направления – гендерная медицина (J.F.Reckelhoff, 2012), общественная геномика здоровья (в частности, позволяет рассматривать, каким заболеваниям в большей степени подвержены женщины, а каким мужчины) (P.Verdonk, I.Klinge, 2012). Такие гендерные различия были найдены по заболеваниям сердца, ожирению и депрессии. В целом, считается, что женщины живут дольше мужчин (J.E.Seifarh et al., 2012). Актуальными вопросами гендерной медицины, в частности, являются: изучение гендерных различий циркадианных ритмов функционирования гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, гипоталамо-надпочечниково-гипофизарной и оси «сон-бодрствование» (M.Bailey, R.Silver, 2014); изучение «гендерно-специфического тела» (E.Annandale, A.Hammarström, 2011); оценка гендерных особенностей высших мозговых функций (P.Verde et al., 2013) и особенностей метаболизма (X.Wang et al., 2013), особенностей функционирования организма и профессиональной адаптации спортсменов и спортсменок в различных видах спорта (R.Lakin et al., 2013); особенностей протекания заболеваний у мужчин и женщин (W.H.Wehrmacher, 2012); изучение новых механизмов действия половых гормонов (S.G.Yang et al., 2013, B.Xue et al., 2013), в частности, функционирования рецепторов (X.M.Ma et al., 2013) и передачи сигналов; весь предмет акушерства и гинекологии (E.Lozano-Serra, 2014, Q.Mu, R.J.Fehring R.J., 2014), андрологии (I.A.Hughes, 2012, H.Tsubamoto et al., 2013); вопросы планирования семьи (K.Hens et al., 2013) и т.д.

Этот обзор литературы можно продолжать. УМСА вносит и вносит большой вклад в изучение типологий человека. Приведём только несколько примеров результатов, полученных преподавателями и кружковцами кафедры физиологии. Количество эритроцитов, концентрация гемоглобина, прокоагулянтные и фибринолитические свойства крови (определяемые эритроцитами) более выражены у левой руки, а у правой справа (что позволило говорить о «правом и левом типе реакции крови, предусматривая необходимость учитывать эти данные при заборе крови из пальца на анализ – брать у левши из левого безымянного пальца, а у правши из правого, а не наоборот)

(Е.В.Ткаченко и соавт., 2006-2009). Более того, изучаемые показатели различались в зависимости от деления популяции левшей на подгруппы: доминировали слева у истинных и скрытых левшей, справа у правшей и ложных левшей и не демонстрировали явного доминирования у амбидекстров. Гемостатические свойства слюны показали такую же закономерность при делении студентов на правшей, левшей и их подгруппы (M.Fazeli Niaki et al., 2006-2007). Совместно с кафедрой хирургической стоматологии были проведены исследования, результаты которых показали, что одонтогенные флегмоны и ангулярные переломы экспрессировались по таким же закономерностям, как и вышеописанные показатели крови и слюны (S.V.Kolomiets, E.V.Tkachenko et al., 2007-2008). Более того, данные патологические процессы у мужчин были более выражены слева, а у женщин справа (M.Fazeli Niaki, 2007). На кафедре физиологии также была проведена работа, имеющая значение в косметологии, репаративной медицине, стоматологии. Её результаты продемонстрировали, что, если исследуемый человек был правшой, то его правые половины лица были менее гармоничны после совмещения вместе, чем левые, а у левши наоборот, что могло объясняться, в частности, тем что правая половина лица более выражена у правши, левая – у левши) (S.Saadat, M.Fazeli Niaki et al., 2008). На кафедре ортопедической стоматологии кружковцами кафедры физиологии были проведены исследования, которые показали различия физиологических и патологических форм прикуса в зависимости от ведущей конечности и гендера (H.N.Sartipi, M.Fazeli Niaki, 2009). Исследования, проведенные на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии, продемонстрировали, что микробное число было большим у правшей справа, у левшей – слева, а у амбидекстров оно вышло практически одинаковым справа и слева (H.Vodjdanifakhr, M.Fazeli Niaki et al., 2006).

Таким образом, действительно, данная работа ещё раз показывает, что типологии накладывают свой отпечаток на функционирование здорового и больного организма и их изучение продолжает оставаться важным направлением теоретической и клинической медицины, несмотря на уже накопленный богатый фактический материал.

## MYSTERIES OF BLOOD GROUPS

**Виконавець: Лепа О.С. – студ. II курсу мед ф-ту**

**Науковий керівник: доц. Романко І.Г.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Human blood have a lot of mysteries. After a number of researches have shown that different races dominate certain blood groups: Europeans - mostly second group, in the East - third, the representatives of Negroid race - first. In Ukraine, the most common is the second blood type, followed by the first, third and rarest - fourth. Not so long ago have found that people with different blood groups are prone to different diseases. Japanese experts concluded that type of blood affects even the nature of man. And the American scientist Peter D'Adamo agreed. But he went further, D'Adamo believes that blood group can tell a lot about not only his personality, but also about human origins.

American scientist thinks that people with the first group ("O") - the descendants of hunters who used to eat meat in very large amount. They have to focus on the high-protein foods and to do exercises such as classes at the gym. If a person with blood group "O" is a vegetarian, the energy level will be weak because the body badly tolerate lack of animal protein.

The second blood group ("A") have people whose ancestors were farmers. "This type of blood - says D'Adamo - was formed in the transition of people from nomadic to sedentary way of life, from hunting to agriculture, which led to a change in diet towards plant foods." Most of all, these people need to avoid eating meat!

The third group ("B") are descendants of nomadic-pastoralists. The main food were milk and dairy products. They are the only ones who can maintain good health and high vitality primarily thanks by dairy diet. The nature of the person: flexibility of thought and behavior, balance, well developed imagination, tranquility and peacefulness.

The fourth group ("AB") of blood appeared as a result of the mixing of blood groups "A" and "B". People with the fourth group have very sensitive digestive tract. They can determine exactly which food is most favorable for them only by trial. The character of person: the tendency to mystery, mysticism, high spirituality, love of life. They are natural leaders and good organizers, diplomatic in relations, rational in their actions, have deep imagination.

All options of human blood groups can give possibilities to predict and prevent different chronic and fatal diseases such as cancer, ulcer, myocardial infarction and a lot of others.

## DIABETES MELLITUS

**Виконавець: Левшин А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: викл. Стриж А.А.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Diabetes mellitus is one of the most common diseases throughout the world. The main purpose of the research is to expand students' knowledge on diabetes mellitus, its types, symptoms and complications.

Let us start by considering the definition. Diabetes mellitus, or simply diabetes, is a group of metabolic diseases in which a person has high blood sugar, either because the pancreas does not produce enough insulin, or because cells do not respond to the insulin that is produced.

It is generally agreed today that there are three main types of diabetes mellitus (DM). Type 1 DM results from the body's failure to produce insulin, and currently requires the person to inject insulin or wear an insulin pump. This form was previously referred to as "insulin-dependent diabetes mellitus" (IDDM) or "juvenile diabetes". Type 2 DM results from insulin resistance, a condition in which cells fail to use insulin properly, sometimes combined with an absolute insulin deficiency. This form was previously referred to as noninsulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) or "adult-onset diabetes". Type 3 DM, gestational diabetes, occurs when pregnant women without a previous diagnosis of diabetes develop a high blood glucose level. It may precede development of type 2 DM. Other forms of diabetes mellitus include congenital diabetes, which is due to genetic defects of insulin secretion, cystic fibrosis-related diabetes, steroid diabetes induced by high doses of glucocorticoids, and several forms of monogenic diabetes.

It is clear that, untreated, diabetes can cause many complications. Acute complications include diabetic ketoacidosis and nonketotic hyperosmolar coma. Serious long-term complications include cardiovascular disease, chronic renal failure, and diabetic retinopathy (retinal damage).

One cannot deny that adequate treatment of diabetes is important, as well as blood pressure control and lifestyle factors such as stopping smoking and maintaining a healthy body weight. All forms of diabetes have been treatable since insulin

became available in 1921, and type 2 DM may be controlled with medications. Insulin and some oral medications can cause hypoglycemia (low blood sugars), which can be dangerous if severe. Both types 1 and 2 are chronic conditions that cannot be cured. Pancreas transplants have been tried with limited success in type 1 DM; gastric bypass surgery has been successful in many with morbid obesity and type 2 DM. Gestational diabetes usually resolves after delivery.

One should note here that the classic symptoms of untreated diabetes are loss of weight, polyuria (frequent urination), polydipsia (increased thirst), and polyphagia (increased hunger). Symptoms may develop rapidly (weeks or months) in type 1 diabetes, while they usually develop much more slowly and may be subtle or absent in type 2 diabetes. Prolonged high blood glucose can cause glucose absorption in the lens of the eye, which leads to changes in its shape, resulting in vision changes. Blurred vision is a common complaint leading to a diabetes diagnosis. A number of skin rashes that can occur in diabetes are collectively known as diabetic dermadromes.

The arguments we have presented would indicate that diabetes mellitus and its complications should be prevented and treated. People must be aware of symptoms and signs of this disease.

## STEM CELL CONTROVERSY IN THE CONTEXT OF MODERN BIOETHICS

**Виконавець:** Лумеровська В.С. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** к.філол.н., викл. Бережанська Ю.В.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава*

Cloning stem cells is one of the most controversial avenues of research nowadays. Stem cells are the unique type of cells which are capable of continually dividing and reproducing themselves, thus renewing tissues of the body. Stem cells are found in all plants and animals. Initially, stem cells are not differentiated, and therefore they are capable of transforming to become a certain kind of specialized cells. That is to say, when an organism grows, stem cells specialize, and take specific functions. Organisms also use stem cells in order to replace damaged cells. The research in this area started from the scientific findings in the 1960s.

The aim of the research is to investigate the arguments for and against the phenomenon of stem cells in the modern medical discourse, to determine its major benefits and implications. The controversy surrounding cloning and stem cells involves many arguments within the areas of religion, medical and social sciences which renders the research topical and relevant. Thus, the research aspires to weigh up the advantages and disadvantages of this invention. The material used for this research is a corpus of modern medical texts devoted to the analyzed issue. The scientific novelty consists in the fact that the research contributes to the extension of scientific knowledge upon this phenomenon.

To begin with, it is necessary to admit that the potential of stem cells from the clinical point of view is formidable indeed. The proponents of stem cell research emphasize the medical benefits in the areas of regenerative medicine and therapeutic cloning. Stem cells provide significant potential for finding treatments to a great number of diseases including diabetes, different cancers, multiple sclerosis, Alzheimer dementia, Huntington's disease, spinal cord injuries, Parkinson's disease and so on. Furthermore, there is a great potential for scientists to learn about human growth and cell development from studying stem cells. Stem cells research also deals with treating heart damage: adult stem cell therapy for heart disease is commercially available nowadays. Cloning stem cells is also quite beneficial for haematopoiesis (blood cell formation). As a matter of fact, precursor red blood cells, called hematopoietic stem cells, can be grown together with stromal cells, thus creating an environment which imitates the conditions of bone marrow – the natural site of red blood cell growth. Stem cells research can even combat baldness: hair follicles also contain stem cells, and therefore “hair multiplication” is quite possible.

However, the opposing side of professionals places great emphasis upon the fact that the use of embryonic stem cells for research involves the destruction of blastocysts formed from laboratory-fertilized human eggs. From the ethical point of view, it is believed that the destruction of human life is unacceptable and immoral.

Moreover, this area of research is potentially dangerous in the sense that it can trigger some backstage dealings in order to obtain the embryos or fetuses. In other words, it may give rise to the illegal sales of embryos.

Thus, the debate over the issue of stem cell research continues to divide medical professionals, politicians and religious groups. However, as one can easily observe, the advantages of this research from the therapeutic point of view are numerous indeed. Therefore, it is necessary to find a scientific solution which will not involve destruction of blastocysts. It is also necessary to develop a system of safeguards in order to avoid illegal sales of embryos. In such a manner, cloning stem cells will bypass these ethical issues and bring a compromise within this debate.

## ARTIFICIAL VALVES OF A HEART

**Виконавець:** Люта Д.І. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.філол.н., викл. Коваленко К.Г.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава*

Confirmed topic for today is the study of heart diseases. It is known that 60% of Ukrainians have problems with the heart. Nowadays particularly acute problem is mortality, especially in the younger generation. Replacement of the heart valves on artificial or “repair” of existing gives a second chance at life.

Surgery is not in place. Over the time, new technologies appear not only in the conduct of operations to replace the heart valves, but new technologies in the structure of themselves. The first artificial heart valve was a ball heart valve, it consists of a metal frame, which concluded the ball with the silicone elastomer. When the blood pressure in the chamber of the heart exceeds the pressure outside the chamber, the ball is pushed against the frame and leaking blood flow. Upon completion of a cardiac muscle contraction the pressure in the chamber decreases and becomes lower than in the valve, so the ball moves in the opposite direction, closing the passage of the blood from one chamber of the heart to another. In 1952, Charles Hafneydzhel implanted the ball heart valve to the ten patients ( six of them survived after surgery) , which meant that it was the first successful experience of long-term use of artificial heart valves.

The goal of my work is to acquaint people with this type of surgery, as a replacement of heart valves. Interesting is the study of the structure of the artificial valve, which gives the opportunity to bring something new in the cardiosurgery. For example, if you know the imperfections in the structure, it can be easily improved, thereby rescuing lives of millions.

It was proved that mechanical heart valves are traditionally considered to be more durable compared with bioprostheses. Many of the complications associated with mechanical heart valves can be explained by hydraulics. For example, thrombus formation is a side effect of crashed impact created by shape of the valves. Perfect artificial valve in the future must have a

minimum pressure on its components, characterized by minimal regurgitation, minimal turbulence and not to divide the flow of blood in the area of the valve.

In conclusion I'd say that in order to control the probability of disfunction of the implanted artificial heart valves should be evaluated in the dynamics of the growth of heart failure and multiple organ disfunction, using for this purposes the data of electrocardiography, radiographic and echocardiographic criteries.

## HEALTH BENEFITS OF DONATING BLOOD

**Виконавець: Підтоптана Н.Ю. – студ. II курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: доцент Костенко В.Г**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

The topicality of the theme consists in the fact that many persons know little how important blood donation is because its benefit is more than just those who receive blood, donating blood is advantageous for the donors as well. As medical care advances, more of today's treatments rely upon the availability of blood. Transfusions of blood and blood components have become an essential part of healthcare today. The increase in life expectancy, the creation of specialist intensive-care units, and the essential and ongoing needs of patients suffering diseases that were previously considered to be incurable, mean that the demand for blood continues to grow. Donations - the only way of obtaining blood. Because each blood donation provides three different blood components, each with its own role in treating patients, it helps up to three different people.

The aim of the thesis is to show all the benefits of the blood donation to the donor. Recent researches have proved that not only is giving blood good for the patients in need, but it's good for your own body as well. Here are some of the benefits you gain for you humanitarian efforts:

1) improves heart health: donating blood improves your overall cardiovascular health. Increased level of iron in the blood raises the chance of heart disease. Regularly donating blood helps males in particular to reduce the amount of iron in the blood. This can reduce the chance of heart attack by 88%. Additionally, regular blood donation can lower the risk of severe cardiovascular events such as stroke by 33%;

2) enhances the production of new blood cells: when blood is withdrawn, the donor's body immediately begins to replenish the lost blood. New cells are produced by marrow within 48 hours of donation, and all of the red blood cells the donor loses during donation are completely replaced within one to two months. Therefore, donating blood helps to stimulate the production of new blood cells.

3) burns calories: donating blood on a regular basis can also improve fitness. Donating one pint of blood (450 ml) burns 650 calories in donor's body.

4) reduces the risk of cancer: high levels of iron have been implicated in cancer. Theoretically, donating blood frequently will reduce the risk of cancers. More research is going on to find strong evidence on this one.

5) free health check-up: before every blood donation process, a series of health check-ups are performed on the donor totally free of cost. That will help diagnose some of the indolent diseases at the early stage before they get flared up and present with multiple medical problems. Further, after the blood is donated, the blood and blood products that are derived from them are screened for certain infections. Frequent blood donations are good free health check-ups that will help you stay healthy.

To draw the conclusion, one can say that you don't need a special reason to give blood, you just need your own reason. Some of us give blood because we were asked by a friend, some know that a family member or a friend might need blood some day and some just believe it is the right thing we do. We don't just need to give blood in the event of tragedies or emergencies. Instead, it should be a normal and routine part of our lives. Regular blood donations mean that there will be sufficient amounts of safe blood in stock. Whatever your reason, the need is constant and your contribution is important for a healthy and reliable blood supply. And you'll feel good knowing you've helped change a life.

## THE ROLE OF VITAMINS IN OUR LIFE

**Виконавець: Постол А.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №1**

**Науковий керівник: викл. Ефендієва С. М.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія », м. Полтава*

A vitamin is an organic compound required as a nutrient in tiny amounts by an organism. A compound is called a vitamin when it cannot be synthesized in sufficient quantities by an organism, and must be obtained from the diet. Thus, the term is conditional both on the circumstances and the particular organism. For example, ascorbic acid functions as vitamin C for some animals but not others, and vitamins D and K are required in the human diet only in certain circumstances.

The topicality of the research is to determine the importance and role of vitamins. Vitamins and their role in human life has long interested scientists. Vitamins allow your body to grow and develop. They also play important roles in bodily functions such as metabolism, immunity and digestion.

Scientific novelty of the work is to investigate the influence of different groups of vitamins in the human body and to determine the role of each type of vitamin in the normal functioning of the body.

The aim of my project is to learn more about vitamins, explain why they need our bodies.

The objective of this study is to study and analyze the classification of vitamins and their effects on the body, the daily requirement of vitamins for humans.

There are two different types of vitamins: fat soluble and water soluble. A fat soluble

vitamin needs fat for proper absorption, and it can be stored in the body in fat cells. A water soluble vitamin can't be stored, so it must be consumed every day to maintain adequate amounts in the blood. Vitamins D, A, E and K are fat soluble, and all others are water soluble. Without vitamins, many of the essential processes of the human body would break down. Deficiencies cause serious health problems, such as rickets and scurvy, as well as affecting the organs and tissues in many smaller ways. All of the organs and tissues in the body depend on these micronutrients to help with cellular growth and repair, immune system functioning, and metabolism. In addition to the immediate effects of vitamins, they also have a long-term impact. A diet high in vitamins lowers the risk of some types of cancer as well as heart disease and dementia.

Vitamins and minerals are essential for the body to stay healthy. They function as regulator and inhibitors that control chemical pathways, transports nutrients, maintain pH levels, promote enzyme activity, etc. Making sure that you get your daily dose of vitamins is a great way to stay fit. When the body lacks a certain mineral, the nervous system automatically

alerts the body to consume certain foods that are rich in that specific mineral. For example, when the body is low calcium, the brain will tell the body that it wants milk. That's why we drink milk to maintain the levels of calcium needed in the body. Vitamins A, B complex, C, E and K are all vitamins that the human body needs to stay healthy. (keep in mind that every person and every organism has different requirements). Vitamin B complex include: Thiamine, Riboflavin, Niacin, Pantothenic acid and pyridoxine. Vitamins are also very important because a deficiency of any vitamin would increase the potential risk of diseases such as scurvy, the lack of vitamin C.

So, Vitamins remain essential nutrients for the healthy maintenance of the cells, tissues, and organs. I came to the conclusion and I want to give advice for you: eat a lot of fruit and vegetables, keep to the daily rules. sleeping 8-9 hours, regular meals, a healthy diet, including fruit and vegetables, and going in for sports is really a good way to live. To be healthy we should avoid bad habits.

## SCHIZOPHRENIA IN MODERN SOCIETY

**Виконавець: Савицька В.Д. – студ. II курсу мед. Ф-ту**

**Науковий керівник: ст.вкл. Мищук К.О.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ \*Українська медична стоматологічна академія\*, м.Полтава*

Psychiatry in general and schizophrenia particularly are very actual problems in our days. Only in last decades psychiatry got the biggest upgrowth ever, but schizophrenia is still a secret for us in many ways. Schizophrenia is often diagnosed in people with an extraordinary mind, open soul and with the ability to feel the world around. Unfortunately a person with mental disorders, in fact, becomes a not equal member of our society. What does actually a person that suffers from schizophrenia feel? What methods does psychiatry offer to treat schizophrenia? Are there any alternative ways of treatment? Schizophrenia is a severe psychical disorder that affects many functions of conscious and behavior: mental processes, perception, emotions, motivation and even movements. The best way to understand schizophrenia is to perceive it like a syndrome, what means a complex of symptoms and signs. The practice also reveals, that schizophrenia also includes severe disorders. Each of them is characterized in each own peculiar progress and family anamnesis.

The term schizophrenia was introduced by a Swiss psychiatrist E. Bleuler in 1911. Bleuler tried to describe schizophrenia proceeding from «basic» symptoms: disorders of thinking and changes in the emotional state. But after time it became obvious, that not all people that suffers from schizophrenia, have disorders that becomes chronic or leads to degradation. In our days scientists says that to cure schizophrenia more effectively, we have to become clear on the reasons of the beginning and the progress of the disease. Therefore most of the researches are directed on finding the etiology of schizophrenia. The important pathologic factors may be living conditions in early childhood, neurobiological disorders, mental tendency and social relationship. Today combined therapy is used to treat schizophrenia: the main of them are treatment with medication and psychotherapy. Treatment with medication is performed by use of antipsychotic drugs. They affect on the «productive» forms of the psychosis by counteract its further development. The effect of antipsychotics is due to the oppression of dopamine-activity. Psychotherapy is also highly recommended, but sometimes the therapy is limited to pharmacology because of the problems with funding. It is possible to treat schizophrenia in alternative ways, but the efficiency of those ways is still unproven. They are being used only if the classic therapy doesn't help. Those ways include electroconvulsive therapy, treatment with drugs that include lithium, antidepressants, benzodiazepines and others.

The perspective for the patients has improved notably the last 25 years, although absolute effective therapy has never been detected. It is important to remember that the condition of many patients can be improved plenty, so they can lead an independent happy life. Considering the severity of schizophrenia as a scientific puzzle – its causes, prophylaxis and treatment requires further study.

In matters of the rehabilitation of mental ill people our country passes up in front of Europe. Except right treatment the patients requires understanding, compassion and respect. Schizophrenia can cause a lot of difficulties, but it must never destroy lives of schizophrenics, their families, and social contacts. The scientist are considered that one day new researches and medicines will give a hope for people, that suffers from schizophrenia.

## PARANOID SCHIZOPHRENIA

**Виконавець: Цибенко Д.С. – студ. I курсу мед. ф-ту**

**Науковий керівник: вкл. Стриж А.А.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ \*Українська медична стоматологічна академія\*, м.Полтава*

The main purpose of the research is to enrich students' knowledge on paranoid schizophrenia, its types, symptoms and options for treatment.

Let us start by considering the definition. Paranoid schizophrenia, also called schizophrenia, paranoid type is a sub-type of schizophrenia as defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV code 295.30, is the most common type of schizophrenia. Schizophrenia is defined as "a chronic mental illness in which a person loses touch with reality (psychosis)". Schizophrenia is divided into subtypes based on the "predominant symptomatology at the time of evaluation". The clinical picture is dominated by relatively stable, often paranoid, delusions, usually accompanied by hallucinations, particularly of the auditory variety (hearing voices), and perceptual disturbances. These symptoms can have a huge effect on functioning and can negatively impact a person's quality of life. Paranoid schizophrenia is a lifelong illness, but with proper treatment, a person suffering from the illness can live a higher quality of life. Although paranoid schizophrenia is defined by those two symptoms, it is also defined by a lack of certain symptoms (negative symptoms). The following symptoms are not prominent: "disorganized speech, disorganized or catatonic behavior, or flat or inappropriate affect". Those symptoms are present in another form of schizophrenia, disorganized-type schizophrenia. The criteria for diagnosing paranoid schizophrenia must be present from at least one to six months. This helps to differentiate schizophrenia from other illnesses, such as bipolar disorder. It also ensures that the illness is chronic and not acute, and will not go away in time. The DSM-IV criteria for the diagnosis of schizophrenia require the presence of symptoms for certain periods of time in order to successfully diagnose a person with schizophrenia. Paranoid schizophrenia is differentiated by the presence hallucinations and delusions involving the perception of persecution or grandiosity in their beliefs about the world. People with paranoid schizophrenia are often more articulate or "normal" seeming than their schizophrenic counterparts who may have more disorganized speech and behavior. The diagnosis of paranoid schizophrenia is given with the presence of bizarre delusions or hallucinations that defy the natural laws of basic logical thought processes, or thought disorders and withdrawal due to

these thoughts and delusions. People who are diagnosed with paranoid-type of schizophrenia are often given a better prognosis than those with other types. They are generally better able to take care of themselves and are more mentally functional. In order to be successfully treated, a schizophrenic person should seek help from family or primary care doctors, psychiatrists, psychotherapists, pharmacists, family members, case workers, psychiatric nurses, or social workers. The main options that are offered for the treatment of paranoid schizophrenia are the following: neuroleptics, psychotherapy, hospitalization and vocational skills training.

To draw the conclusion, one can say there are many different types of disorders that have similar symptoms to paranoid schizophrenia, and doctors diagnosing patients can sometimes make mistakes. There are tests that psychiatrists perform to try to get a correct diagnosis. They include "psychiatric evaluation, in which the doctor or psychiatrist will ask a series of questions about the patient's symptoms, psychiatric history, and family history of mental health problems and will also perform a complete physical examination to check for medical issues that could be causing or contributing to the problem.

## THE VARIETY AND THE THRESHOLD OF PAIN

**Виконавці:** Черзорова О.В. – студ. I курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к.філол.н., викл. Мелашенко М.П.

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Pain follows us during all our life and that's why this question is always relevant. Almost everyday each of us meets with pain face to face. Individuals usually conceive pain like something bad, but when we look deeper we realize that pain is a signal mechanism, which can predict and prevent any fatal illness. Also it informs us about pathological processes in our organism.

Unfortunately, there is not so much information about pain, which can be useful and understandable for average man, who does not have special medical education, but has a desire to learn more.

The main aim of our investigation is to define the influence of pain on human's life.

Pain is one of the body's most important communication tools. Imagine, for instance, what would happen if you felt nothing when you put your hand on a hot stove. Pain is one way the body tells you something's wrong and needs attention.

There are different types of pain, such as acute pain, chronic pain, eccentric pain and even mental pain, which is the most common for all of us, but is the only one, which can be the source of many psychic and psychological diseases and also can keep incurable until death.

There are several ways to categorize pain. One is to separate it into acute pain and chronic pain. Acute pain typically comes on suddenly and has a limited duration. It's frequently caused by damage to tissue such as bone, muscle, or organs, and the onset is often accompanied by anxiety or emotional distress.

Chronic pain lasts longer than acute pain and is generally somewhat resistant to medical treatment.

Pain is a feeling triggered in the nervous system. Pain may be sharp or dull. It may come and go, or it may be constant. You may feel pain in one area of your body, such as your back, abdomen or chest or you may feel pain all over, such as when your muscles ache from the flu.

Pain can be helpful in diagnosing a problem. Without pain, you might seriously hurt yourself without knowing it, or you might not realize you have a medical problem that needs treatment. Once you take care of the problem, pain usually goes away. However, sometimes pain goes on for weeks, months or even years. This is called chronic pain. Sometimes chronic pain is due to an ongoing cause, such as cancer or arthritis. Sometimes the cause is unknown.

Fortunately, there are many ways to treat pain. Treatment varies depending on the cause of pain. Pain relievers, acupuncture and sometimes surgery are helpful.

The methods of our investigation and analyses are many-sided and depend on our personal characteristics (threshold of pain). So, the results of that task will probably be subjective. It will be also interesting to find out how pain influences on organism of people, how changeable it is.

In conclusion we would like to mention that nowadays, in the century of anesthetization, we forget about the importance of control and regulation. It is very important for all of us to direct our emotions, which can be pernicious for our health and the people around us. Let yourself stay strong, hardy and confident in any situation, everywhere and everywhen.

## BABY SKIN DISORDERS: HEMANGIOMAS

**Виконавець:** Чуприна Є.О. – студ. II курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Пісоцька О.О.

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

If you notice a spot growing on your newborn son or daughter, your first reaction is probably alarm. But if the lesion is small and red, there's probably no need to worry. You should definitely have it looked at by a doctor, but chances are it's just a hemangioma. Despite their ominous name, hemangiomas are just vascular birthmarks made from growths of extra blood vessels. They also happen to be pretty common; about one in every 50 babies develops a hemangioma.

Hemangiomas typically develop on the skin as flat, red lesions that grow over time, and they can be divided into two main types: capillary and cavernous. Capillary hemangiomas, once commonly known as strawberry hemangiomas and sometimes called superficial hemangiomas, appear as raised, red growths on the skin's surface. Cavernous hemangiomas are sometimes called deep hemangiomas because they develop beneath the skin and bulge out, turning the skin above them a shade of purple. Growth that is both capillary and cavernous is called compound hemangiomas, and they tend to grow large.

Unlike other birthmarks, hemangiomas aren't usually permanent. They typically appear soon after the baby is born and grow larger before beginning a very slow process of shrinking. Most of them disappear on their own, but sometimes it can take as much as 10 years for this to happen. For the most part, hemangiomas are harmless and painless, but it's important to keep an eye on them because they can cause problems if they develop near an eye or an ear. There are also rare cases in which hemangiomas can become life-threatening, so if your infant develops one, you'll want to have a doctor look at it so it can be treated.

## Підсекція №2 латинська мова

### ОКТАВІАН АВГУСТ – ПЕРШИЙ РИМСЬКИЙ ІМПЕРАТОР

**Виконавець:** Баранник А.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** викл. Роженко І.В.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Культура римської цивілізації має тисячолітню історію. Значення її для світової цивілізації важко переоцінити. Цілом особлива роль у світовій культурній традиції належить латинській мові. Вона була і залишається мовою науки, медицини, юриспруденції. Велике значення мають досягнення римлян в архітектурі, образотворчому мистецтві, адміністративному управлінні та організації суспільного життя. Вивчення історії античної культури, історичних постатей дає змогу зрозуміти закономірності розвитку багатьох соціальних та культурних явищ, робить можливим більш ґрунтовний підхід до вивчення сьогоденних соціальних і культурних процесів. Мета роботи - розкрити загальну картину розвитку культури Стародавнього Риму, висвітлити діяльність першого римського імператора Октавіана Августа та його історичну роль у піднесенні культурного життя країни, реорганізації політичного та суспільного життя.

У результаті проведеного дослідження було зроблено наступні висновки: час правління Октавіана Августа характеризується позитивними перетвореннями у сферах культури, політики та суспільному житті, які дали змогу вивести країну на світову арену і зайняти місце лідера; події та історичні постаті античної культури осмислюються як культурні символи, що допомагають глибше розуміти сучасність, сприяють формуванню позитивних ціннісних орієнтацій.

### ЛАТИНСЬКА МОВА І СУЧАСНІСТЬ

**Виконавець:** Бородай В.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** викл. Роженко І.В.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Антична культура відіграла величезну роль у становленні й розвитку національних культур усіх країн європейського ареалу. У цьому аспекті важко переоцінити значення латинської мови, яка, будучи нерозривно пов'язаною з культурою, протягом століть відігравала провідну роль і функціонувала як засіб міжнародного спілкування, маючи, лексико-фразеологічні, словотвірні, синтаксичні засоби, здатні обслуговувати наукову комунікацію. Латинською мовою велось викладання у навчальних закладах, писалися наукові праці та підручники, захищалися дисертації, проводилися наукові диспути. Актуальність роботи зумовлюється тим, що вона відображає найголовніші та найважливіші аспекти застосування латинської мови у всіх галузях науки. Дослідницька робота може бути використана студентами на практичних заняттях, семінарах, лекціях як додатковий матеріал, що дозволить розширити свій кругозір та сприятиме обізнаності з даною темою.

У результаті проведеного дослідження було зроблено наступні висновки: після завершення процесу формування національних мов латинська мова втрачає свої власне комунікативні функції як універсальна міжнародна мова в більшості сфер, залишаючись при цьому основним засобом номінації та інтернаціоналізації, а також джерелом лексико-фразеологічних запозичень, які адаптувалися до фонетичних, графічних і словотвірних систем мов-реципієнтів; у галузі медицини (та деяких інших галузях) латинська мова ніколи не втрачала своїх позицій і на сучасному етапі продовжує слугувати ефективним й економним інструментом професійної комунікації, невід'ємним атрибутом фахового мовлення, одним із показників професійної компетентності.

### РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ ТА ЛІТЕРАТУРІ

**Виконавець:** Бредун Ю.Ю. – студ. I курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Грищенко Л. І.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Латинська мова з давніх-давен відігравала важливу роль у культурному розвитку Західної Європи. Вона була літературною мовою переважної більшості західноєвропейських народів. У XVI - XVII ст. в Україні була надзвичайно складна "мовна ситуація". У цей період в Україні знайшли застосування і розвивалися багато різних мов, які належали до різних мовних систем, мали різну структуру і відрізнялися як походженням, так і характером використання. Серед цього різноманіття мов особливу роль у культурному розвитку України відіграла латинська мова, яка була мовою культури середніх віків у цілій Європі. В Україні ставлення до латинської мови на різних етапах її використання було неоднаковим: спершу - ворожим, згодом - прихильним. Отже, латинська мова проникає на східнослов'янські терени й посідає помітне місце у науковому, духовному, адміністративному та культурному житті України.

У роботі висвітлено вплив античної спадщини на культурне формування, на формування естетичних смаків Г.Сковороди: вислови, з «Енеїди» Г. Сковорода пригадає двічі у ранніх листах до М. Ковалінського. Вплив творчості Вергілія був настільки вагомим у процесі спілкування Г. Сковорода зі своїми учнями, що й після тривалої перерви у стосунках М. Ковалінський напише наставникові, як він із іншим його вихованцем, Василем Томарою, читали перекладену російською мовою «Енеїду» та добрим словом згадували свого вчителя. Збереглося шість перекладених Г. Сковородою фрагментів із шостої книги «Енеїди», які рідною мовою відтворюють зміст твору, зберігаючи стилістичні ознаки оригіналу. Перший фрагмент «Енеїди», що підліг художній обробці Г.Сковородою рідною мовою, мав на меті відтворити образ волаючого Лаокоона, обвитого зміями. Наступний виокремлений Г.Сковородою епізод, також емоційно забарвлений, відображає образ Енея, який дивиться на пожежу в щойно взятій греками Трої. Яскравими порівняннями насичений черговий перекладений Г.Сковородою уривок із героїчного епосу Вергілія – епізод вранішньої вилазки Енея з товаришами на сплячого ворога, де захисники країни нагадують вовків. Четвертий фрагмент достеменно фокусує увагу на описі збентеженого стану грецького воїна Андрогія в момент усвідомлення героєм факту свого помилкового потрапляння у ворожий табір. У п'ятому перекладеному Г. Сковородою уривку передано ефект від зіткнення групи троянських воїнів на чолі з Енеем та грецьких бійців під керівництвом Аякса, що сталося після захоплення греками доньки Пріама Кассандри. Останній епізод із поеми Вергілія, що був виділений Г. Сковородою, жакхливими фарбами відтворює образ грецького воїна Пірра при облозі Трої.

Оскільки латинська мова мала великий вплив на формування української мови, літератури та культури нашого народу, - це невід'ємна частина живої нації, яку не можна називати "мертвою".



## ВТОРИННА НОМІНАЦІЯ: АНТИЧНИЙ ПОБУТ В АНАТОМІЧНИХ НАЗВАХ (НА МАТЕРІАЛІ ОДЯГУ / ЙОГО ЕЛЕМЕНТІВ)

**Виконавець:** Ваценко А.І. – студ. II курсу мед.ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Беляєва О.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією  
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

На різних (особливо на ранніх) етапах номінації наукових об'єктів широко використовувався такий спосіб терміноутворення, як вторинна номінація або семантична деривація – метафора, метонімія, полісемія, тобто використання вже існуючих у мові знаків для позначення наукових об'єктів на підставі тих чи інших наближень.

Неминучість цього процесу зумовлена тим, що в давні часи людина у своїй пізнавальній діяльності спиралася, насамперед, на свої органи чуття і вже відомі об'єкти й предмети, назви яких вона переносила на досліджувані явища, процеси, дії. У зв'язку з цим вивчення процесу метафоризації становить особливий інтерес для сучасного термінознавства, оскільки терміни-метафори — це ключовий елемент для розуміння національної специфіки мовного бачення навколишнього світу, безпосередньо пов'язаний з культурою народу, що й зумовлює актуальність пропонованої роботи.

Наукова новизна дослідження полягає в аналізі групи анатомічних номенклатурних найменувань, співвіднесених з античним одягом / його елементами. Мета – аналіз і класифікація анатомічних номенклатурних найменувань, співвіднесених з античним одягом / його елементами.

Дослідження проводилося методом суцільної вибірки анатомічних назв, наявних в анатомічних атласах. Матеріалом дослідження слугували 750 номенклатурних одиниць.

Здійснений нами аналіз засвідчив, що: 1) одні назви одягу безпосередньо привнесені в анатомічну номенклатуру: tunica (нижній домашній одяг римлян без рукавів, поверх якої чоловіки одягали тогу, а жінки — столу), pallium (просторий грецький плащ, одна із зовнішніх ознак давніх філософів); 2) інші назви в античні часи слугували позначенням певних елементів одягу: sinus (кишеня), plica (складка); 3) частина термінів є доповненнями до одягу: singulum (пояс, а також перев'язь для меча), zonula (маленький поясик), taenia (стрічка), fascia (пов'язка, ремінь, хустка або шалик).

Окрему групу анатомічних номенклатурних найменувань утворено дво- і кількаслівними термінологічними словосполученнями із означеннями, вираженими відіменниковими прикметниками, які також співвіднесені з античним одягом або його елементами. Наприклад, прикметник mitralis, е, що слугує означенням двостулкового клапану серця (valvula). Цікаво, що саме слово «valvula» зазвичай ідентичне грецькому «mitra» – тюрбан, східний головний убір, який у Стародавній Греції та Римі носили лише чепуруни та модники, не лише жінки, але й чоловіки. Це слово донині зберегло своє термінологічне значення, але «мігрувало» до іншої термінології – церковної, а саме: «мітрою» називають головний убір - елемент одягу церковнослужителів у християн.

Висновок: аналіз анатомічних номенклатурних найменувань, співвіднесених з античним одягом / його елементами засвідчив, що утворення анатомічних назв у давнину відбувалося шляхом вторинної номінації, тобто використання слів у переносному значенні на основі схожості функції, будови, форми, зовнішнього вигляду.

У процесі здійснення дослідження паралельно були розглянуті прислів'я та приказки, в яких зафіксовано одяг / елементи одягу.

## ІСТОРІЯ СТАРОДАВНЬОГО РИМУ. ЦІКАВІ ФАКТИ ПРО ДЕРЖАВУ. ВИНАХОДИ РИМЛЯН

**Виконавець:** Гавриленко Т.Г. – студ. I курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Ніколаєва Н.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією  
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Надзвичайно актуальним питанням в наш час є дослідження історичних подій та важливих надбань людства з прадавніх часів. Вивчення світової історії сьогодні для кожного з нас є одним з необхідних елементів отримання знань про минуле. Це не лише багато сторінок хронологічних подій, термінів, дат та імен видатних людей. Історія – це ще й безмежний світ різноманітних цікавинок, шокуючих фактів та загадок, які не можуть розгадати сучасні вчені всього світу.

Головна мета даної роботи – довести, що історія надзвичайно цікава, збагатити знання новою інформацією, стимулювати молодь до її вивчення. Для досягнення мети були використані наступні методи: культурологічний, порівняльно-історичний та інші. Для дослідження обрано одну з найвеличніших на той час країн – Стародавній Рим. Римська культура з її розвинутими уявленнями про доцільність речей і вчинків, про борг людини перед собою і державою, про значення закону і справедливості у житті суспільства доповнила давньогрецьку культуру з її прагненням до пізнання світу, розвинутих почуттям міри, краси, гармонії, яскраво вираженим ігровим елементом. Антична культура, як сукупність цих двох культур, стала основою європейської цивілізації. Культурна спадщина Стародавнього Риму простежується в науковій термінології, архітектурі, літературі.

Латинська мова довгий час була мовою міжнародного спілкування всіх освічених людей Європи. В наш час вона використовується в науковій термінології. На основі латинської мови в колишніх римських володіннях виникли романські мови, на яких говорять народи значної частини Європи.

Саме в римських володіннях виникло, а потім і стало державною релігією християнство - релігія, що об'єднала всі європейські народи і у величезній мірі вплинула на історію людства. Ряд дослідників вважають, що Рим створив свою оригінальну цивілізацію, яка зародилася на особливій системі цінностей, що склалася в римському суспільстві у зв'язку з особливостями її історичного розвитку. До таких особливостей належать: встановлення республіканської форми правління в результаті боротьби патрициїв і плебеїв, майже безперервні війни Риму, що перетворили його з невеликого італійського містечка в столицю величезної держави.

Блискучі архітектурні, організаційні та технічні подвиги римлян виділяють їх, також як і греків, серед стародавніх народів. Незважаючи на те, що їхні знання математики були рудиментарними, вони споруджували моделі, експериментували, і будували настільки міцно, наскільки це було можливо на той момент. Дороги, каналізація, понтонні мости, сегментні арки, гідроенергія, підлоги з підігрівом, бетон – все те, без чого ми не можемо уявити свого життя, було придумано саме римлянами. Культура Стародавнього Риму, як одна з найрозвинутіших на той час, істотно вплинула на культуру європейської цивілізації.

## АНЕСТЕЗІЯ: ПОГЛЯД З МИНУЛОГО

**Виконавці:** Голубчук О.О., Решидов Е.Н.– студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Беляєва О.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Анестезіологія як самостійна дисципліна сформувалася в 40-50-х рр. минулого століття. Втім, як свідчать нечисленні історичні джерела, які збереглися до наших днів, з давніх-давен лікарі намагалися допомогти хворому втамувати біль, або перенести досить складні хірургічні втручання, які вміли робити медики ще за часів Античності. І тут у нагоді ставали різноманітні лікарські засоби, передусім, рослинного походження, знеболювальні властивості яких були відомі ще в сиву давнину.

Актуальність дослідження проблеми застосування анестетиків в історичній ретроспективі зумовлена необхідністю ґрунтовного вивчення й систематизації відомого матеріалу. Крім того, обрана тема є важливою в ознайомлювальному плані, оскільки, за твердженням В.І. Вернадського, «сьогодення – це прояв минулого, як би далеко воно від нас не стояло. Ми минуле пізнаємо за сьогоденням. На карколомних зламах понять і розумінь того, що відбувається нині, в умовах масового створення нових уявлень .... неминуче виникає прагнення пов'язати їх з минулим».

Наукова новизна роботи полягає у вивченні застосування знеболювальних засобів на тлі історичної ретроспективи. Мета: прослідити, які лікарські рослини застосовувалися в різних країнах світу в період від Античності до Середньовіччя. У роботі використано теоретичні методи дослідження: аналіз, синтез. Результати дослідження. З високою вірогідністю можна стверджувати, що термін анестезія (anaesthesia) вперше був запропонований у I ст. н.е. давньоримським військовим лікарем і натуралістом, «батьком фармакогнозії», греком за походженням Діоскоридом для опису наркотикоподібної дії такої рослини, як мандрагора. Ймовірно, йдеться про рослину *Atropa mandragora*.

Незважаючи на те, що нині науці відомі також *Mandragora officinarum* L., *Mandragora autumnalis* Spreng., *Mandragora vernalis*, *Mandragora turcomanica*, можемо припустити, що йдеться саме про цей вид з огляду на родову назву – *Atropa*. Корінь (radix), плоди (fructus) і насіння (semina) мандрагори містять численні алкалоїди – гіосціамін, скополамін, мандрагорин, атропін etc. З огляду на це, рослина дійсно могла застосовуватися у якості знеболювального засобу. У II ст. н.е. знаменитий китайський лікар Хуа Те у якості анестетика під час операцій застосовував винайденому ним суміш вина зі спорошкованими насіннями коноплі або канабісу (*Cannābis satīva*). Нині ця рослина також добре відома своєю наркотичною дією. У Середньовічній Європі широко використовувалася така рослина, як *Atropa Belladonna*. Слід зазначити, що застосовували цю рослину не лише в якості ліків, але й в якості отрути. Нині добре відома дія цієї рослини на організм: препарати, до складу яких входить беладонна, застосовуються як для зменшення секреції багатьох залоз (gll. salivariae, gll. gastricae, gll. sudoriferae, gll. bronchiales etc.), так і у якості *remedium spasmolyticum*.

Здійснене дослідження дає підстави стверджувати, що основи анестезіології, як і багатьох інших галузей сучасної медицини, були закладені кілька тисячоліть тому. При цьому рівень знеболення пацієнтів відповідав рівню розвитку і можливостям тогочасної медицини.

## ІСТОРІЯ СТАРОДАВНЬОГО РИМУ І ТАРТАРІЇ

**Виконавець:** Грицаєнко А.Ю. – студ. I курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** викл. Таран З.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Вивчення мови безпосередньо пов'язане з її культурою та історією. Ознайомлюючись з античними культурними цінностями, ми по-новому сприймаємо і нашу культуру, наші надбання. Актуальність дослідження пояснюється потребою з'ясування маловідомих аспектів з історії Стародавнього Риму і Тартарії. Повна відсутність інформації про Тартарію у вітчизняних історичних працях не дозволяє детально її проаналізувати та співставити з історією Риму. Вона висвітлюється лише у згадках про спалахи військових конфліктів між Римом та Тартарією, які не вщухали, а навпаки, розгорялись рік від року ще більше.

Метою нашого дослідження є: систематизувати та співставити деякі відомості з історії Стародавнього Риму та Тартарії; знайти документи та карти Великої Тартарії у зарубіжних виданнях Франції, Італії, Німеччини, Англії, Росії та в народному епосі; проаналізувати достовірність матеріалів з історії Стародавнього Риму.

Без вивчення історії Великої Тартарії у Всесвітній історії неможливо правильно оцінити протидії двох культур – міської та "дикої", римської та тартарійської, "цивілізованої" та набожної. А історія Риму – це історія всього людства з міським стилем життя і цікавими традиціями. Новий погляд на суть військових сутичок всередині самої Римської імперії багато в чому пояснить протиріччя двох імперій. Існує версія, що головне місто Рим було розташоване в Александрії, а не в містечку Рومی-на-Тітрі. Історію Тартарії не так досконало досліджена, як історія багатьох країн. Але багатьом людям було б цікаво про неї знати.

В роботі були використані такі методи дослідження як: науково-пошуковий, історичний, теоретичний, метод аналізу та співставлення.

Вивчаючи історію Стародавнього Риму, досліджуємо і мову його населення, розкриваємо всі її потаємності. Адже латинська мова – це міжнародна мова науки, медицини, юриспруденції, економіки, філології, біології і основа усіх романських мов. *Non enim tam praeclarum est scire Latine, quam turpe nescire* - не так почесно знати латину, як ганебно її не знати.

Результатами досліджень є: чітке визначення місцезнаходження великих імперій: Римської та Тартарської, окреслено шляхи їх розвитку та взаємовідносини з країнами-сусідами; визначено їх здатність боронити свої землі від зовнішніх ворогів, з'ясовано причину занепаду, досліджено легенди заснування Риму і Тартарії.

Отже, Стародавній Рим і Тартарія стали завершальним етапом історії Стародавнього світу, змінивши культурні норми цивільного життя величезної частини світу.

## ШЛЯХИ ПОШИРЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

**Виконавець:** Затолочна М. А. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Таран З.М.

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

У сучасному світі є професії, для яких знання латини є обов'язковими. У першу чергу це медицина, включаючи фармацію, а також природні науки і юриспруденція. Для представників цих професій латинь є спільною мовою незалежно від їх національності. Тема з історії поширення латинської мови на Україні мало досліджена українськими лінгвістами і актуальна для тих, хто вивчає і знає цю античну мову. Тому метою роботи є знайти і проаналізувати латинські запозичення в українській мові та прослідити шляхи поширення латини на території України.

У роботі були використані такі методи дослідження: порівняльний, комплексний, історичний тощо.

Розповсюдження латинської мови на українських територіях розпочалося з часів завоювання римлянами Дакії (I - II ст. н.е.). Черняхівську культуру називають культурою римських впливів, оскільки її зародження співпадає у часі з захопленням римлянами великих областей на північ від Дунаю. На території Волині, Поділля, Подніпров'я віднайдені численні знахідки: римські монети, скляні келихи, золоті медальйони римського імператора Траяна.

Протягом II-IV ст. н. е. на цих територіях утворилася Давньоруська держава – Київська Русь, де у 988 р. при князі Володимирі було офіційно запроваджене християнство. Від кінця XIV ст. у містах цих воєводств починають створюватися латинські школи при костіолах і монастирях. У Львові, Холмі, Перемишлі, Кам'янці – виникають школи підвищеного рівня, які пізніше перетворювалися на міські освітні заклади. Знання з латини відкрили двері юнакам до європейських університетів. Саме появі латинських шкіл українська культура завдячує тим, що вже наприкінці XV – на початку XVI ст. стрімко зростає кількість студентів із Русі не тільки в Краківській академії, але й в університетах Праги, Падуї, Болоньї, Базеля, Лейдена тощо. Основна маса латинізмів приходить в українську мову саме починаючи з XV-XVI ст., коли в школах України почали вивчати латинську мову.

Українська латиномовна література створюється протягом XV-XVIII століття такими авторами як: Григорій Сковорода, Станіслав Оріховський, Ян Юзефович та інші, і належить до неолатиністичних творів. Власне, будь-яка освічена людина того часу знала латину. Зараз дослідження цієї гілки української літератури набувають популярності: здійснюються переклади тогочасних літописів, богословських та етикетних текстів, проводиться активна робота з вивченням особливостей "української" латини.

Отже, можемо виокремити такі шляхи поширення латинської мови на Україні:

1. Переселення народів з територій Римської імперії на українські землі.
2. Викладання латиною у всіх школах Західної Європи і за її межами.
3. Поширення латинських і грецьких найменувань в часи хрещення Київської Русі.
4. Переклади українськими митцями латинських творів.

## ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА ЗА ЧАСІВ СТАРОДАВНЬОГО РИМУ

**Виконавець:** Коваль А.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Сологор І.М.

**Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

*ВДНЗУ «Українська Медична Стоматологічна Академія», м.Полтава*

Історія Риму безпосередньо пов'язана з військовою справою доблесних синів Римської імперії, що віддавали свої життя заради розширення, розквіту та її величі. За часів існування імперії медицина розвивалася та кардинально змінювалася, що відповідало потребам часу та військової ситуації в державі.

Розвиток медичної справи в Римі, перш за все тісно пов'язаний з ім'ям грецького лікаря Асклепіада, який був основоположником медичної школи.

Історію розвитку медицини Стародавнього Риму можна поділити на три основні етапи:

1) Царський період (8-6 ст. до н.е.), коли давня Італія не являла собою єдиної держави, а була сукупністю самостійних міст-держав, серед яких був і Рим. У цей період лікарів-професіоналів у Римі не було, у кожній родині був представник, який збирав трави, варив зілля та займався лікуванням членів своєї родини.

2) Період Республіки (509-31 рр. до н.е.). Рим у цей період підпорядкував собі території стародавньої Італії і почав вести завоювальницькі війни за межами Апеннінського півострова. У цей час закладаються основи санітарного законодавства та з'являються лікарі-професіонали, відбувається становлення та розвиток медичної справи.

3) Період Імперії (30 р. до н.е. - 476 р. н.е.) є часом розквіту і кризи рабовласницького ладу в регіоні Середземномор'я, що знаходився під владою Рима. Розвиток медичної справи проходив у містах і провінціях, де державна влада заснувала оплачувані посади лікарів - архіатрів.

Становище лікарів у Римі з часом зміцнилося. Вони отримали значні права, звільнення від тяжких повинностей і навіть пільги. Однак, роль лікаря в Римській імперії значно відрізнялася від становища лікаря в Стародавній Греції, де лікар був вільний від обов'язків перед державою.

Розвиток військової медицини Стародавнього Риму досягнув найвищого рівня у період розквіту Імперії. Здійснивши аналіз принципів організації та розвитку військової медицини Стародавнього Риму, слід підкреслити їх значимість для сучасної охорони здоров'я. Частково елементи військової медицини тих часів знаходять своє відображення в сучасності.

## РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ В АНТИЧНОМУ СВІТІ

**Виконавець:** Ковтун О.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Сологор І.М.

**Кафедра: іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м.Полтава*

Раціональне харчування займає важливе місце у житті кожної людини. Це запорука нормального функціонування всіх систем організму. Збалансоване харчування створює умови для адаптації людини до навколишнього середовища.

Антична теорія харчування сформувалася в добу давньогрецького мислителя Аристотеля і проіснувала до часів давньоримського лікаря Галена. Гіппократ у своїх трактатах заклав основи раціональної дієтології та визначив певні дієти залежно від форми захворювання.

У Стародавній Греції та Римі культура харчування набула найбільшого розвитку. У кухарських книгах та давніх працях, присвячених проблемам дієтики, які відносяться до IV ст. до н.е., згадується значна кількість страв, які вживали стародавні греки та римляни. Слід зазначити, що в ті часи під словом "victus" розуміли не продукти та страви, які рекомендовано їсти, але й час, коли і що вживати. Гіппократ і його послідовники вважали, що лікар повинен знати властивості кожного поживного продукту та методи, за допомогою яких можна послабити або підсилити його дію. Він стверджував: "Labor, cibus, sompnus, amorem - moderari omnia" ("Робота, їжа, сон, кохання — усе повинне бути помірним").

Кухня за античних часів була багата на різноманітні страви. Хліб у Стародавній Греції та Римі цінувався надзвичайно високо, тому найпопулярнішими стравами були маза (вариво з пшеничного або ячмінного борошна з додаванням солі, меду, олії та води), турон (суміш борошна, тертого сиру і меду) та пультя (крута, густо посолена юшка з пшеничного, ячмінного або бобового борошна). На той час рибні страви складали значну частину раціону харчування. Особливе місце у раціоні греків і римлян відводилося сиру, оскільки його вживали не лише у їжу, але й використовували як подарунки. Так, наприклад, чоловіки, намагаючись привернути увагу своєї коханої або зробити їй комплімент, порівнювали її із витонченим смаком сиру, що подібний до місяця.

Не можна обійти увагою роль вина в раціоні стародавніх греків та римлян. Слід зауважити, що вони вживали його розбавляючи водою, оскільки вважали недоречним пити вино в чистому вигляді. У Стародавній Греції було безліч законів, які регламентували вживання цього благородного напою. Зокрема, один із таких законів забороняв вживати алкоголь молодим у день їхнього весілля.

Зважаючи на вище сказане, ми можемо зробити висновок про те, що проблеми раціонального харчування залишаються актуальними протягом багатьох століть. Саме в античні часи було покладено початок розвитку та формування культури харчування.

## ГІППОКРАТ – БАТЬКО МЕДИЦИНИ

**Виконавець:** Колотигін О.Л. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Ніколаєва Н.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

*Медицина – найшляхетніша з усіх наук.*

*(OMNIUM ARTIUM MEDICINA NOBILISSIMA EST)*

*Гіппократ*

Надвичайно актуальною проблемою в наш час постає питання охорони здоров'я та медичного захисту населення. Усім відомо, що медицина не стоїть на місці. Все більше з'являються нові технології, на сторінках історії викарбовуються нові імена. Але мало хто знає чи пам'ятає реформатора античної медицини – Гіппократа.

Метою даної роботи є дослідження життєвого шляху та поглиблення знань про історичні надбання давньогрецького лікаря-періодевта, «батька медицини»; нагадування молоді про великого вченого, та відновлення його авторитету. Адже сучасна медицина не відчуває потреби повернутися «назад до Гіппократа».

В нашому дослідженні використані наступні методи: порівняльно-історичний, культурологічний, співвідношення та аналіз. Гіппократа сприймають як першого лікаря, який відкинув забобони, легенди й віру, що хвороба надприродна та є породженням божественної сили. Гіппократа критикували послідовники Піфагора, які поєднували теологію та медицину. Він відокремив медицину як дисципліну від релігії, стверджуючи та переконуючи, що хвороба не є покаранням, божою карою, але радше продуктом зовнішніх чинників, дієти та шкідливих звичок. Справді, у текстах, що належать до Кодексу Гіппократа, немає жодної згадки про містичні причини хвороб. Проте у Гіппократа є роботи з поглядами, що спиралися на недосконалі знання анатомії та фізіології.

Основним принципом, якого дотримувався Гіппократ у терапії, було лікування «протилежного протилежним» (Contraria contraries – similia similibus). «Переповнення виликовується спорожненням, спорожненням – переповненням; праця лікує відпочинок, спокій – працю. Одним словом, протилежне є ліками для протилежного, бо медицина є додаванням і відніманням: відніманням всього того, що надмірне, додаванням того, чого бракує. І хто це все найкраще робить, той найліпший лікар». Гіппократ своїми працями показав шляхи вивчення хворої людини, план її дослідження, завдання діагнозу, прогнози, лікування.

Отже, вчення Гіппократа відіграло велику позитивну роль у подальшому розвитку медицини. Основні його принципи – тобто, іншими словами, спадщина давньогрецької медицини застерігала лікарів від помилок, однобічних захоплень, яких було немало в подальшому багатовіковому розвитку медицини.

## ПОХОДЖЕННЯ ОЛІМПІЙСЬКИХ ІГОР

**Виконавець:** Концур Д.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** викл. Таран З.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Олімпійські ігри – це найбільші спортивні змагання нашого часу. Вони займають значне місце в житті молодого покоління нашої планети, сприяючи зміцненню співробітництва і згуртованості молоді на благо миру, прогресу і демократії. Актуальність теми зумовлюється тим, що вона висвітлює найважливіші аспекти з історії Олімпійських ігор.

В античні часи Олімпійські ігри були головною спортивною подією Греції. У дні проведення Олімпіад на землі панувало порозуміння і примирення. Війни припинялися і всі сильні, гідні люди змагалися у чесній боротьбі за звання кращого. "Citius, altius, fortius" ("Швидше, вище, сильніше") – такий девіз Олімпіади. У ньому відбилася споконвічне прагнення людства до прогресу.

У роботі вперше була здійснена спроба дослідити історію Олімпійських ігор з самих витоків до XXII зимових Олімпійських ігор у Сочі 2014 року; проаналізовано їх зародження, причини занепаду та період відродження; розглянуто основні атрибути ігор, написи та девізи латинською мовою; підведені підсумки участі українських спортсменів в Олімпіадах.

Олімпійські ігри мають довго вікову історію. Вони зародилися в Стародавній Греції, де проводились один раз на чотири роки у місті Олімпії, від якого і походить їх назва. Це була визначна подія в житті античних народів. Спочатку вся програма ігор вміщувалася в один день, але поступово змагання стали проводитися протягом п'яти днів. Перед відкриттям ігор всі учасники давали Олімпійську клятву: «Я чесно і наполегливо готувався, і буду чесно змагатися зі

своїми суперниками». Програма ігор була цікавою і різноманітною, атлети змагалися з різних видів спорту. В перелік змагань Олімпійських ігор входили змагання з кулачного бою, верхової їзди, панкратиону (бій без правил) і з гонок на колісницях. У наш час цей перелік помітно змінився і збільшився. Раніше у іграх брали участь лише кілька міст-держав і царств Стародавньої Греції, але зараз у них змагається величезна кількість країн світу, і Україна не є виключенням. Не залишилась без змін і символіка ігор. Українські спортсмени в Олімпійських іграх почали брати участь досить давно. Вони мають досить непоганий потенціал і майже на кожній Олімпіаді займають призові місця.

Отже, навчаючись у вищих медичних навчальних закладах, вивчаємо історію Олімпійських ігор та досліджуємо участь українських спортсменів у змаганнях міжнародного рівня, які займають не останнє місце на світовій арені спортивного життя. Адже спорт та турбота про здоров'я нації були, є і будуть найважливішим спрямуванням для кожної країни від античних часів до сьогодення.

## ДО ПИТАННЯ ПРО МОЖЛИВІ ЛАТИНСЬКІ НАЗВИ НОВІТНІХ І НЕЗВИЧНИХ СИНДРОМІВ І СИМПТОМІВ

**Виконавці:** Мірзаєв А.Р., Мухаметшин Р.Р. – студ. І курсу ф-ту підготовки іноз. студ.

**Науковий керівник:** доц. Беляєва О.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Згідно із загальноприйнятою дефініцією синдром (syndromum, i n; від грецького syndromos – той, що біжить поряд) – це сукупність симптомів, тобто об'єктивних або суб'єктивних ознак патологічного стану чи хвороби (symptoma, ātis n, plur. – symptomāta), об'єднаних одним патогенезом. Крім того, терміном «syndromum» можуть позначатися самостійні нозологічні одиниці, стадії або форми певного захворювання.

Оскільки медицина належить до тих галузей людської діяльності, які постійно і невпинно розвиваються, кількість нових синдромів невпинно збільшується. При цьому деякі синдроми, які були виявлені й описані протягом останніх десятиліть, мають лише назви національними мовами і не мають чітко фіксованих інтернаціональних назв, що, безумовно, може стати на заваді професійної комунікації. З одного боку, звичайно, можна піти найкоротшим шляхом і залишити національні перекладні назви, а з іншого – спробувати свої сили в термінотворчості та запропонувати власне, авторське бачення тих чи інших можливих латинських назв синдромів, що й зумовлює актуальність пропонованого дослідження.

Наукова новизна та мета роботи полягають у спробі створити латинські назви новітніх і незвичних симптомів і синдромів. Матеріалом дослідження слугували 16 синдромів, які не мають нормативних латинських назв.

Методи дослідження: аналіз, синтез.

Результати дослідження. Вивчення фахової літератури й Інтернет-ресурсів дало змогу виокремити невеликий пласт термінологічної лексики – незвичні синдроми та симптоми. Екстралінгвістичною підставою об'єднання цих термінологічних одиниць в одну групу слугувала їхня непоширеність (окремі синдроми були виявлені не більш як у 15 пацієнтів), лінгвістичною – відсутність латинських назв.

Аналіз сутності цих синдромів і робота з латинськими словниками, корпус яких містить загальнонавчальну лексику, дозволив запропонувати авторське бачення й синонімічні латинські назви таких синдромів, як: «syndromum insomniae hereditariae fatalis» *synn.* «syndromum insomniae familiaris fatalis», «syndromum insomniae cum exitu letali» – «синдром фатального спадкового безсоння», стан неспання, зумовлений ураженням таламуса; «syndromum manus alienae» – «синдром чужої руки», складна психоневрологічна патологія, що характеризується некерованими, самостійними рухами верхніх кінцівок; «insania caesarea» *synn.* «amentia caesarea», «vecordia caesarea», «vesania caesarea», «furor caesareus» – кесареве безумство, психічний стан, при якому наявність в особи необмеженої влади над іншими людьми призводить до того, що ця особа вже не усвідомлює, що вона робить (типові приклади – Нерон, Гітлер).

Висновки. Здійснене дослідження засвідчило, що і в XXI ст. латинська мова має потужні лексичні, словотворчі та морфолого-синтаксичні засоби, здатні забезпечувати термінологічні потреби.

## ВІДОБРАЖЕННЯ МЕНТАЛЬНИХ РИС У ВЛАСНИХ ІМЕНАХ

**Виконавець:** Рубаник Д. О. – студ. І курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Ніколаєва Н.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Надзвичайно актуальною проблемою в наш час є походження власних імен та способи їх тлумачення. Національний менталітет проявляється в культурі, мові, поведінкових стереотипах тощо. Власні імена людей, без сумніву, є елементом культури суспільства. Багатьом народам властива була впевненість, що існує зв'язок між іменем людини та її долею. З іменем дитина одержує своєрідну «програму» на майбутнє.

Тому метою нашого дослідження є виявлення традицій іменування, котрі так чи інакше відображали риси та явища, важливі для батьків дитини. Отже, найбільш поширені імена можна вважати проявом сукупного національного характеру.

В нашій роботі були використані наступні методи: культурологічний, порівняльно-історичний, співставлення та аналізу.

Термін «менталітет» походить від латинського mentalis – розумовий. У сучасному тлумачному словнику української мови «менталітет» трактується як сукупність психічних, інтелектуальних, ідеологічних, релігійних, естетичних і та інших особливостей мислення народу, соціальної групи або індивіда. Психолог О.Стражний підкреслює роль підсвідомого у формуванні менталітету. Зокрема, він тлумачить груповий менталітет як колективне підсвідоме.

Культура іменування у давніх римлян була досить цікавою. Повне римське чоловіче ім'я зазвичай складалося з трьох компонентів: особистого імені, або преномена, родового імені, або номена, та індивідуального прізвиська або назви роду, когномена. Наприклад: Гай Юлій Цезарь; Марк Тулій Цицерон. Жінок називали жіночою формою номену батька, після якої йшов когномен батька (або чоловіка) у родовому відмінку, та показник послідовності серед сестер. Жінки зазвичай не мали преномену. При цьому відомі нам римські номена, порівняно із словянськими іменами, значно менше відображають особистісні ментальні риси людини. Багато імен мають просто значення порядкового номеру дитини (Secundus, Tertius, Quintus, Sextus, Octavius, Decimus). Можливо, у цьому виявляється така особливість менталітету римлян як замкненість людини від сторонніх, недовірливість та нещирість. Іншою суттєвою ри-

сою була повага до влади, порядку, приватної власності. Деякі імена (як власні, так і родові) це засвідчують: Augustinus (великий), Honoratus (почесний, якого поважають), Maximus (величний), Publius (суспільний, державний), Justus (справедливий). Звичайно, в римському суспільстві поважалися такі риси як жорсткість, самодисципліна, рішучість, холонокровність, фізична сила – якості, що дозволяли римському війську упродовж шести століть перемогти супротивника. Ці риси закріпилися в іменах: Valentinus, Valerius (сильний, здоровий), Victorinus (переможець), Vitalis (сповнений життя), Aemilius (суперник), Constantinus (постійний), Martinus (від імені бога війни Марса). Римське суспільство було прагматичним: щастя ототожнювалося з багатством, сенс життя – з накопиченням грошей, це відображено в таких іменах: Aurelius (золотий), Flavius (жовтий, золотий).

Отже, далеко не всі риси національного менталітету латинян розкриваються у їх власних іменах. І це також їх певним чином характеризує. Але майже всі імена засвідчують певну справді властиву цьому народу рису.

## ДАВНЬОГРЕЦЬКІ ОБРАЗИ В СТИЛІСТИЦІ СУЧАСНОЇ МОДИ

**Виконавець : Трибрат А.А. – студ. І курсу мед. ф-ту №1**

**Науковий керівник: викладач Грищенко Л.І.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Історія одягу з найдавніших часів до наших днів є дзеркалом, в якому відображається уся історія людства. Здається, що ніби все у Греції, починаючи від її чудової архітектури і закінчуючи своєрідними сукнями прекрасних грекинь, створене за законами відомим тільки Греції.

Цими законами правлять краса, зовнішня простота і витонченість. Плаття в грецькому стилі стали класикою у своєму роді, а, як відомо - класика актуальна завжди.

Кожна країна, кожен народ в окремі періоди свого розвитку накладають свій відбиток, свої специфічні риси на одяг людей. В античній культурі тіло людини вперше стало розглядатися як дзеркало, відображати єдність і досконалість світу. Римський архітектор Марк Вітрувій Полліон на прикладі людського тіла прагнув показати особливості будь-якого досконалого творіння, створеного людиною. Ці особливості: закономірність, організованість, пропорційність, симетричність, доцільність. Мета дослідження. Вивчити особливості давньогрецького жіночого одягу та порівняти моду античної та сучасної Греції. Класичне вбрання Стародавньої Греції підпорядковувалося основним вимогам моди тих років: використовувалися тільки певні розміри тканини, в одязі був відсутній крій і вона майстерно драпірувалась давньогрецькими майстрами. Завдяки конструктивній логіці, зовнішній простоті і витонченості паралельно спадаючих складок античний костюм нагадував стрункі колони храмів. Костюми жінок бідних верств суспільства за силуетом і формою повторював костюм жінок знатних верств, але був меншого обсягу, з дешевих тканин, без дорогих декоративних прикрас.

Взуття гречанок – сандалі, які складалися тільки з плоскої підошви і тонких шкіряних ремінців. Окрім них, жінки Еллади носили червоні шкіряні черевики на шнурівці.

Жіночі зачіски були дуже різноманітними. Найбільш популярними були «грецький вузол» і зачіски, на основі грецького вузла - «лампадіон», тобто полум'я і «карімбос» - вузол розташований дуже низько, майже на шиї. Жінки носили також «бант Аполлона». Дівчата ходили з розпущеним завитим волоссям.

Косметиці приділяли особливу увагу. Жінки користувалися спеціальними порошками для підводки брів і очей, вибілювали і омолоджували особа за рецептами лікарів Гіппократа, Діокріта і т.д.

Прикраси для костюма були дуже різноманітними та гарними: золоті та срібні брошки, пряжки, фібули, пояски, ремінці, сіточки, деодери для голови. Золоті прикраси та вишукані зачіски стародавнього народу завершували цей досконалий і вишуканий наряд. Легка асиметрія, яку внесли сучасні дизайнери, так само як гра на контрасті - надає особливий стиль і шик плаття в грецькому стилі. Сукні прекрасних грекинь, оголюючи жіночу шию і плечі, роблять акцент на невинній сексуальності.

На сьогоднішній день, сукні у грецькому стилі знаходяться на піку слави. Звичайно, дивуватися тут нічому, адже тканина, яка ніби струмує, має драпірування і складки, все це тільки підкреслює ніжність і красу Богині, прекрасної власниці сукні.

## АСКЛЕПІЙ

**Виконавець: Федько В.М. - студ. І курсу мед. ф-ту.**

**Науковий керівник: доц. Сологор І.М.**

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Важливою постаттю в історії медицини є античний бог лікування Асклепій (у римлян Ескулап). Син Аполлона і німфи Короніди, народився шляхом «кесарів розтину» («кесарево» - царське). Деякі історики пов'язують походження цього слова саме з народженням Асклепія. Батько Асклепія віддав сина на виховання до кентавра Хірона, у якого була дочка-провидиця. Її пророцтво для Асклепія було таким: «Рости для блага світу. Багато смертних будуть зобов'язані тобі життям. Ти навіть матимеш дар воскресіння мертвих. Але зробивши це раз проти волі богів, ти викличеш гнів Юпітера і його громові стріли уб'ють тебе». Після таких слів почали поширюватись чутки, що ця дитина може цілювати хворих і навіть воскрешати мертвих.

За твердженням деяких джерел, Асклепій попросив Хірона навчити його мистецтва лікарської справи. Він був дуже здібним та старанним учнем, і невдовзі перевершив у цій галузі не тільки свого наставника, але й усіх смертних.

У Стародавній Греції було багато храмів присвячених Асклепію. Хворі приїздили туди з різних куточків світу, сподіваючись на цілення.

Асклепій мав семеро дітей. Трох його синів – Телесфору, Махаона, Подалірію, Гомер називав прекрасними лікарями. А дочок Асклепія Стародавній Греції шанували як богинь, Гігію (здоров'я), Панакею (цілительку), Іазо і Огге.

У міфології Асклепія зазвичай зображують з палицею, навколо якої звиваються змії (так званий жезл Асклепія). За однією з легенд, саме після спостережень за зміями, Асклепій відкрив таємниці воскресіння мертвих і почав використовувати протиотруту. З тих часів, змія вважається емблемою медицини. Римський письменник Пліній трактував виникнення цієї емблеми таким чином: змія, скидаючи шкіру, відроджується і так само відроджується тіло пацієнта після лікування.

Асклепій мав багато послідовників і учнів, яким передавав свої знання, свій досвід лікування, і саме тому їх з часом стали називати «Ескулапами».

## АБО З ЩИТОМ, АБО НА ЩИТІ

**Виконавець:** Цибенко Д.С. – студ. I курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Грищенко Л.І.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава*

Спарта – перша тоталітарна держава, яка взяла під контроль кожен людський крок, починаючи від дитинства і закінчуючи старістю. Це вело державу до військового піднесення, але все ж таки жорстокий еugenічний добір “найкращих людей” привів спартанський народ до вимирання.

Тема цієї пошуково-дослідницької роботи обрана завдяки цікавості до устрою античних країн, мову яких вивчають студенти першого курсу. Це дасть змогу проникнутися тодішньою атмосферою, культурою, звичаями і традиціями. Культура Спарти є дуже своєрідною. Вона вплинула на подальший культурний розвиток багатьох країн.

Актуальність роботи зумовлюється тим, що вона висвітлює найголовніші та найважливіші аспекти виховання воїнів у спарті. Ця робота дозволить збільшити ерудицію студентів, розширить їхні знання про античний світ, сприятиме розширенню кругозору.

Мета нашої роботи — дізнатися як саме проходило виховання поколінь воїнів у Спарті, дізнатися дещо про устрій цієї держави та зробити певні висновки. Для досягнення цієї мети було знайдено цікаву та правдиву інформацію. В роботі були використані такі методи дослідження: порівняльний, комплексний історичний тощо. Предметом цієї дослідницької роботи є безпосередньо виховання воїнів у Спарті, устрій держави, її звичаї. За своїм суспільним ладом Спарта нагадує комуністичну державу, адже кожен був рівним у правах та у побуті. Також тут була присутня ідея жорстокого нацизму. Спартанці прагнули стати наднацією, яка б перевершувала інших людей.

Агоге (дав.-гр. ἄγυγῆ) — система військово-фізичного виховання у Спарті у 8-4 століттях до н.е. Вона мала на меті підготовку мужнього, фізично розвинутого, здорового, загартованого і витривалого воїна — захисника земельної аристократії.

Виховання молодого покоління вважалося в класичній Спарті (до IV ст. До н.е.) справою державної важливості.

## ОСОБИСТІСТЬ, МЕДИЧНІ ПОГЛЯДИ, ПЕРЕКОНАННЯ І ПОМИЛКИ ЗАСНОВНИКА СИЦІЛІЙСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ – ЕМПЕДОКЛА

**Виконавець:** Шик К.О.– студ. I курсу мед. ф-ту №2

**Науковий керівник:** доц. Беляєва О.М.

*Кафедра іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Вислів видатного англійського поета XIX ст. Персі Шеллі, що «всі ми трохи греки», маючи на увазі той величезний вплив давньогрецької цивілізації на європейську (і не лише!) цивілізацію, давно став крилатим. Оскільки цивілізація – це сукупність усіх винаходів і відкриттів, мета яких – захистити людину, зробити її життя якомога менше залежним від сил природи, укріпити людину в цьому світі, передусім, шляхом пізнання його законів, досягнення медицини є невід’ємним показником будь-якої цивілізації й античної зокрема.

Найвидатнішим давньогрецьким лікарем, внесок якого в стародавню медицину аргументи неперевершений, вважається її батько – Гіппократ, постать якого та чий праці безліч разів ставали предметом спеціальних досліджень. Втім, у Стародавній Греції були й інші лікарі, які зробили свій, більший, або менший, внесок у медицину, а відтак – і в цивілізацію. До таких, мало відомих широкому загалу, належить і Емпедокл – засновник сицилійської медичної школи, непересічний лікар, оригінальний філософ та екстравагантна особистість.

У світлі антропоцентричного підходу актуальною є спроба проаналізувати не лише медичні погляди й переконання, але й помилки та особистісні характеристики, у тому числі, негативні, людини, яка залишила досить помітний слід в історії медичної науки. У роботі використано теоретичні методи дослідження.

Результати дослідження. Як і більшість давньогрецьких «ескулапів», Емпедокл належав до так званих «періодиків», тобто мандрівних лікарів. Як свідчать джерела, авторитет Емпедокла був надзвичайно високим як серед пацієнтів, так і серед колег, незважаючи на те, що часто він намагався видати себе за мага й «творити дива».

Існує припущення, що Емпедокл був тонким психологом, можливо, він навіть мав екстрасенсорні здібності, що насправді давало йому змогу зціляти деяких хворих. Для створення цілісного образу мага, він носив пурпурові одягання жерця, а на голові – вінок, не стриг волосся і ніколи не змінював вираз обличчя. А будучи завзятим вегетаріанцем, навіть сандалі носив не зі шкіри, а зі срібла чи золота. Зазначимо, що складені про Емпедокла легенди, як про володаря дощів і вітрів, мають під собою реальне підґрунтя, оскільки, незважаючи на екстравагантну поведінку, Емпедокл був ініціатором осушення боліт, які слугували осередком малярії у його рідному сицилійському місті Селінунта.

Одним із перших Емпедокл використовував музику як досить ефективний засіб лікування психічно хворих пацієнтів. Заслугує на увагу те, що Емпедокл цікавився анатомією: вважається, що саме йому належить першість у відкритті такого анатомічного утвору, як *labyrinthus auris internae*. Також він досліджував дихання, серцеву діяльність, кровообіг, зір і нюх.

Як і всі тогочасні лікарі Емпедокл цікавився філософією. Не зупиняючись на його філософській теорії, наївній з точки зору сучасної людини, зазначимо, що ця теорія мала великий вплив на таких «гігантів» давньогрецької філософії, як Платон, Аристотель, Епікур.

Таким чином, здійснене дослідження засвідчило, що Емпедокл, будучи екстравагантною особистістю, одночасно був і непересічним лікарем, засновником так званої «сицилійської медичної школи» та філософом, ім’я якого дійшло до нас крізь товщу тисячоліть.

## Підсекція №3 українознавство

### ПРЕЦЕДЕНТНЫЙ МИР «ДЕТСТВО» В СОВРЕМЕННОМ СЛЕНГЕ

**Исполнители:** Абдурахмонова Д., Мирзарахимова З. – студ.1 курса стомат.ф-та

**Научный руководитель:** ст. преподаватель Владимирова В.И.

*Кафедра украиноведения и гуманитарной подготовки*

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Прецедентные миры, т.е. комплексные лингвоконцептологические образования, интегрирующие отдельные прецедентные феномены, активно исследуются в рамках аксиологической лингвистики – междисциплинарного направления, ориентированного на комплексное изучение ценностей социума, воплощённых в языковой системе, языковом сознании и тексте.

Крылатая фраза: «Все мы родом из детства» - оказывается удивительно точной, если рассмотреть метафорические производные современного общего, молодёжного, арготического, компьютерного и военного сленга, связанного с миром «Детство». Как показал наш материал (а это более 300 метафорических единиц, выявленных в результате анализа словарей просторечия и жаргонов, собственных записей устной речи и интернет-коммуникации), прецедентный мир «Детство» представляет собой сложную лингвоконцептологическую структуру, базовыми компонентами которой являются следующие группы:

1. ребёнок – номинации ребёнка и имитации детской речи: (ср.: малыш, малышка, малютка, мальчик, пацан, девочка, девчонка, ребята, пастушок; бяка, агу-агу);
2. семья – номинации с характерными уменьшительно-ласкательными суффиксами, используемыми детьми при обращении к старшим членам семьи (ср.: мама, мамочка, маманя, папа, папаша, папаня, папик, дедушка, бабушка, дедуля, бабуля);
3. детские артефакты – номинации мебели, одежды (ср.: люлька, распашонка, ползунки, соплевник, слюнявчик, баретки, чепчик);
4. детские игры, игрушки, развлечения (ср. погремушка, бирюльки, ванька-встанька, барби, матрёшка, томагочи, салазки, самокат, карусель, жмурки, американские горки, Дисней-Лэнд, хоровод, каравай);
5. школьные реалии (ср.: учитель, делать уроки, букварь, букварить, черновичок, препод );
6. прецедентные «детские» тексты, их авторы и их герои:
  - жанры детских прецедентных текстов и их авторы (сказка, сказочник, мультяшка, мультик, волшебные картинки);
  - фольклор и детские литературные сказки (ср.: Баба-Яга, золотая рыбка, Айболит, мальчик-колокольчик, дракон, Карлсон, Али-Баба и сорок разбойников, бармалей, бабай, три богатыря, Железный Дровосек, Тотоша, Белоснежка, фея, гадкий утёнок);
  - мультфильмы, «подростковые» фильмы в стиле «фэнтези» и «экшн» (ср.: Каспер, дракоша, Чебурашка, чебурашить, чебурашиться, гоблин, ёжик в тумане, Рембо, Шрек);
  - тексты школьной программы по литературе и их авторы (ср.: дворянское гнездо, почтмейстер, каменный гость, вишнёвый сад, дед Мазай, Пушкин, Белинский, Достоевский, граф Толстой);
  - элементы из школьной программы других учебных предметов (ср.: математика – А в кубе, биссектриса; биология – хромосома; ботаника – семядоля; русский и иностранный языки – артикль, словарное слово, запятая, без артикля не употребляется).

Итак, можно констатировать, что прецедентный мир «Детство» представляет собой достаточно сложную и разнообразную структуру, причём значимость каждого из базовых компонентов далеко не одинакова.

### ЛЕКСИЧЕСКОЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО

**Исполнитель:** Бабакулиева Г. – студ. I курса мед. ф-та

**Научный руководитель:** доц. Глобина Л.В.

*Кафедра украиноведения и гуманитарной подготовки*

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г.Полтава*

Одной из центральных проблем при изучении иностранцами русского языка является проблема языкового значения. Наметившийся в литературе новый подход к значению – с точки зрения речевой деятельности – выводит изучение семантики лексической единицы за рамки традиционных методов. Понимание языкового значения как некой психической сущности требует подхода к изучению лексической единицы с позиций психолингвистики, т.е. как единство объективного (предметно-содержательного) и субъективного (эмоционально-оценочного). Полнота охвата семантического состава слова не всегда учитывается при изучении языка, что приводит впоследствии к трудностям при переводе, при адаптации в новой языковой среде.

Полный анализ значения лексической единицы возможен лишь в случае всестороннего учета тех связей, которые существуют между единицами внутреннего лексикона человека. Основными системообразующими связями лексикона являются связи типа «и / или». На крайних полюсах такой связи находятся, с одной стороны, симиляры – единицы, субъективно оцениваемые как близкие по значению, а с другой – оппозиты – единицы, противопоставленные в индивидуальном сознании носителя языка. В целом можно, видимо, утверждать, что связи типа «и / или» – это связи между наиболее частотными единицами языка, которые представляют первостепенный интерес при изучении русского языка как иностранного.

В проведенном направленном ассоциативном эксперименте (14 информантов – студентов 1-го курса медицинского факультета УМСА) предполагалось исследовать оппозитивные связи слов и на их основе проанализировать семантический состав лексических единиц. Испытуемым требовалось указать слова, которые, по их мнению, противоположны предложенным стимулам.

Так, оппозиты к стимулу больной характеризуют значение этого слова с учетом всего многообразия его функционирования в речевой деятельности носителя языка. Сема «болеет», которая выявляется в противопоставлении больной – здоровый, хотя и является основополагающей в значении данной лексической единицы, но далеко не исчерпывает всего семантического состава слова, его эмоциональной окраски, оценочного характера, других психологических особенностей функционирования в языке. Противопоставления больной – врач, больной – медсестра, больной – лекарство характеризуют функциональную сему «лечится». Ряд противопоставлений несет сему эмоцио-



нального состояния: жизнерадостный, счастливый, веселый и т.д. Противопоставления сильный, спортсмен, атлет, бодрый, крепкий позволяют выделить оценочную сему «слабый» в значении слова-стимула. Прослеживаются также сема «бледный» (противопоставления румяный, розовый, красивый), сема «не следит за своим здоровьем» (противопоставление закаленный), сема «болен в действительности, непритворно» (противопоставления филонит, симулянт) и др.

Рассмотренная нами оппозиционная связь лексических единиц позволяет формировать внутренний лексикон изучающего русский язык как иностранный в соответствии с принципами его организации у носителей языка.

## ПАТРІОТИЧНІ МОТИВИ У ТВОРЧОСТІ В. САМІЙЛЕНКА

**Виконавець: Багро Ю. - студ.1 курсу мед.ф-ту №1**

**Науковий керівник: доц. Самойленко І. В.**

**Кафедра українознавства та гуманітарної підготовки**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

У лютому 2014 року відзначається 150 років з дня народження Володимира Самійленка, який увійшов в історію української літератури як ніжний лірик, блискучий гуморист, сатирик, фейлетоніст, драматург і патріот. Адже в якому б жанрі не працював письменник, про що б він не писав, в його творах завжди відчувалася любов до Батьківщини, улюбленню за долю рідного народу. Ця подія і зумовила актуальність нашого дослідження. Мета роботи – дослідження провідних мотивів у творчості В. Самійленка. Методи дослідження - методи аналізу, синтезу та порівняння матеріалу дослідження.

Володимира Самійленка завжди турбувала доля української мови. Йому боліло, що одна з найрозвиненіших, наймелодійніших і довершених мов світу зазнала стільки переслідувань і утисків. У поезії «Українська мова» він порівнює рідну мову з діамантом дорогим, який тривалий час лежав на дорозі, і його ніхто не помічав, доки «хтось чудовий» його не обробив. Тоді той камінець засяяв так, що «усім очі сліпить». Цей вірш автор присвятив Тарасові Шевченку, прагнучи підкреслити значення Великого Кобзаря в розвитку української літературної мови. Саме його заслуга в тому, що мова-діамант засяяла сліпучими вогниками. Своє розуміння патріотизму Володимир Самійленко виразив у поезії «Патріоти». У цьому вірші автор розкриває поняття «патріот» засобом його протиставлення з «псевдопатріотом». Перед читачем постають троє хлопців, двоє з яких «гаряче розмовляли про долю своєї землі», а третій «дививсь оддалік». У гарячій розмові двоє так званих патріотів відстоювали права свого народу, доводили «і склад особливий думок, і давність своєї культури», і приготували йому місце серед інших народів. Так, наговорившись, утомившись «від балачки», вони спокійненько розійшлись. А третій хлопець залишився стояти зачурений, бо він бачив свою країну такою, якою вона була насправді, а не в гучних промовах. Він бачив «мільйони голоди, і темність, і вбожество їх» і від того йому було нестерпно боляче. Він не вмів «мовити красно», але саме в ньому можна легко впізнати справжнього патріота. Його любов до Батьківщини — мовчазна, не показна, але Ось він, справжній патріотизм. Таким же справжнім патріотом був і Володимир Самійленко, який усе своє життя був безмежно відданий рідному народові.

## ВПЛИВ ХАРАКТЕРУ НА ФОРМУВАННЯ ГЕНІАЛЬНОСТІ В. ВАН ГОГА І М.О.ВРУБЕЛЯ

**Виконавець: Гук М. М. – студ.1 курсу мед. ф- ту №2**

**Науковий керівник: доц. Самойленко І. В.**

**Кафедра українознавства та гуманітарної підготовки**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність теми зумовлена сучасним трактуванням геніальності як найвищого ступеня прояву творчості, як сукупності здібностей, що зумовлюють появу творів, які мають світове культурологічне значення, засвідчують нову епоху в розвитку культури, науки та науково – технічного прогресу.

Наукова новизна роботи полягає в проведенні порівняльного аналізу творчості Вінсента ван Гога і М.О.Врубеля, формулюванні понять «геній» та «геніальність» на прикладах їхньої творчості.

Мета роботи – проаналізувати вплив рис характеру на творчість Вінсента ван Гога і М.О.Врубеля.

Методи дослідження - методи аналізу, синтезу та порівняння матеріалу дослідження.

Геніальність — це найвищий рівень розвитку людських здібностей, як загальних, так і спеціальних. Геніальних людей дуже мало, тому їх знають усі. Визнання заслуг талановитої людини перед людством і роблять її відомою. Крім того, її діяльність, як правило, щось змінює в житті людей.

Учених давно цікавила природа геніальності. Деякі, наприклад, італійський психіатр Ломброзо, вважали, що геніальність — це свого роду хвороба, відхилення в роботі мозку. Французький філософ Гельвецій стверджував, що геніальність від спадковості абсолютно не залежить і вся справа у вихованні й навчанні. Але які б пояснення природи геніальності не пропонувалися, багато вчених сходяться в одному: без терплячої й завзятої праці не може бути справжньої геніальності. Праця ця насамперед повинна бути спрямована на самовиховання й тренування пам'яті, мислення, уваги. Юлій Цезар і Олександр Македонський, за твердженнями істориків, знали в обличчя і по імені до 30000 людей. Завдяки чудовій пам'яті глухий Бетховен писав геніальну музику, а скульптор Ліна По, будучи сліпою, створювала геніальні скульптури.

Результати дослідження підтверджують, що для талановитої людини відкриті всі шляхи, щоб стати геніальною, але лише за умови завзятої праці.

## ПСИХОЛОГІЯ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ

**Виконавець: Дусько Д.М. - студ.І курсу мед.ф-ту №1**

**Науковий керівник: Самойленко І. В.**

**Кафедра українознавства та гуманітарної підготовки**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Актуальність теми полягає в тому, що виникає проблема вивчення людської особистості, її ролі у всіх галузях життя, і все більш пильну увагу привертають проблеми лікарської етики і деонтології у стосунках того, хто лікує, і того, кого лікують, а також його родичів і близьких.

Наукова новизна роботи полягає в проведенні аналізу мовленнєвого компонента лікарської професійної етики.

Мета роботи – проаналізувати вплив мовленнєвих якостей лікаря на пацієнта.

Методи дослідження - методи аналізу, синтезу та порівняння професійної тактовності лікарів для ефективності лікування пацієнтів.

Мовленнєвий службовий етикет – це правила мовленнєвої поведінки на роботі. Мовленнєвий етикет професії лікаря вимагає особливої уваги до культури поведінки і вибору слів при спілкуванні з пацієнтом, адже слово лікаря - як ліки.

Професія лікаря належить до типу професій „людина-людина“, тому провідна діяльність побудована на безпосередньому спілкуванні лікаря з пацієнтом. Оскільки лікар є суб'єктом, який організовує та керує процесом лікування, то в нього має бути певний набір особистих якостей: уміти співчувати, бути справедливим, любити людину, поважати її гідність, мати етичні категорії - совість, обов'язок, уміти розуміти людей. Усі ці характеристики особистості лікаря ґрунтуються на знаннях психології. Без цих знань, якими повинен володіти лікар, неможливо ефективно здійснювати процес лікування пацієнта. Психологія лікування пацієнта полягає не тільки в тому, щоб надати комплекс лікувальних послуг, а й у безпосередньому спілкуванні з пацієнтом. Безумовно, що в житті трапляються такі лікарі, які не вивчали психологію, але достеменно володіють навичками тактовного спілкування з пацієнтом. Це може пояснюватися тим, що в таких лікарів добре розвинута інтуїція завдяки особистим морально-етичним якостям.

Психіатр В.П. Сербський зазначав, що «лікар має справу не з хворобами, а з хворими, із яких кожен хворіє по-своєму», а Гіппократ зауважував: «Потрібно лікувати не хворобу, а хворого». Отже, в наші дні проблема вивчення людської особистості, її ролі у всіх галузях життя є актуальною, і все більш пильну увагу привертають проблеми лікарської етики і деонтології, зокрема і мовленнєвого етикету.

Результати дослідження підтверджують, що стати справжнім лікарем без любові до своєї праці, до хворої людини неможливо. Лікар, байдужий до хворого, до людей, взагалі "глухий" до суспільних проблем, – велике соціальне і професійне лихо, за яке дорого платить суспільство. Адже лікар лікує, не тільки застосовуючи різні медикаментозні засоби, а і впливаючи на хворого власною особистістю. На жаль, морально-психологічні принципи лікарської діяльності, їх деонтологічне втілення ще не вивчені достатньою мірою.

## АНТРОПОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАВЛА ЧУБИНСЬКОГО

**Виконавець:** Колісник А.А. – студ.1 курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Лещенко Т.О.

**Кафедра:** українознавства та гуманітарної підготовки

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Цього року широко відзначається 175-річчя Павла Чубинського, що і зумовлює актуальність нашого дослідження. Крім того, знання антропології важливе для майбутнього лікаря.

П.Чубинський був першим серед українських учених, хто усвідомив нерозривний зв'язок історії, етнології та антропології. У відомому семитомному виданні «Праці етнографічно-статистичної експедиції в Південно-Західний край» він узагальнив колосальні етнографічні, фольклорні, статистичні та демографічні матеріали, зібрані в Україні (тодішній Південно-Руський край – у офіційних документах Російської імперії). У цій фундаментальній праці вчений помістив і матеріали антропологічних досліджень українців, зібрані на підставі анкетологічного методу.

Програма досліджень, розроблена Чубинським з урахуванням досвіду європейської науки, охоплювала 18 ознак зовнішнього вигляду людини: зріст, колір шкіри, форму голови, колір волосся, форму брів, вигляд і колір очей, форму і ширину носа, ширину плечей, висоту і ширину грудей, довжину рук і ніг, швидкість ходи. Більшість ознак, які ввійшли до програми П.Чубинського, й досі широко застосовуються в етнічній антропології. Наведені ознаки були включені до анкет, розісланих лікарям рекрутських комісій із проханням заповнити їх під час медичного огляду призовників. Було отримано антропологічні дані 1355 молодих чоловіків-рекрутів переважно віком 21 рік.

За підсумками дослідження П.Чубинський виділив три антропологічні типи: 1)український, розповсюджений у Середній Наддніпрянщині; 2)поліський, поширений на північних територіях України; 3)подільський. За його спостереженнями, найпоширенішим був перший тип із такими характерними ознаками: середній і високий зріст, темно-русяве чи чорне волосся (майже 72%), сірі очі, пряма спинка носа (70%). Світловолосих було 28%, блакитнооких і сірооких – трохи більше 17%, карооких – близько 33%. Особливого значення вчений надавав т.зв. «східній», або «степовій» чи «кочівницькій» домішці, появу якої серед українців він пов'язував із середньовічними тюркомовними групами. Сучасні антропологічні дані свідчать про те, що серед українців Середньої Наддніпрянщини справді спостерігається тенденція до сплюснення обличчя і поперечної спинки носа, а також дещо сильніше розвинена складка верхньої повіки, що свідчить про наявність незначної «східної», або монголоїдної домішки. Це пов'язано з тюркомовними кочівниками доби Київської Русі, а також із кримськими татарами, які не лише воювали, а й активно спілкувалися зі своїми сусідами-козаками.

Отже, аналіз антропологічних даних П.Чубинського підтверджує, що територію сучасної України з неолітичної доби заселяли племена раннього етапу розвитку трипільської культури (IV тис. до н.е.), більшість іраномовних скіфів і сарматів (I тис. до н.е. – початок I тис. н.е.), алани (д/п I тис. н.е.), з якими слов'янські праяукраїнські племена активно взаємодіяли на Лівобережжі.

Рівень антропологічних розвідок Павла Чубинського витримав випробування часом. Історія відвела автору слів Гімна України почесне місце фундатора української антропології.

## ВПЛИВ СІМ'Ї НА ОБДАРОВАНІСТЬ ОСІБ СТУДЕНТСЬКОГО ВІКУ

**Виконав:** Овчаренко В. В.- студ. I курсу мед. ф-ту №1

**Науковий керівник:** Самойленко І. В.

**Кафедра:** Українознавства та гуманітарної підготовки.

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Проблема обдарованості нині стає все більш актуальною. Це перш за все пов'язано з потребою суспільства в неординарній творчій особі. Невизначеність сучасного навколишнього середовища вимагає не тільки високої активності людини, але і її вміння, здібностей, нестандартної поведінки. Особливу роль у житті обдарованої людини, її захисті, формуванні і задоволенні духовних потреб, а також в її первинній соціалізації грає сім'я. У сім'ї дитина набуває переконань, суспільно схвалюваних форм поведінки, необхідних для нормального життя в суспільстві. Саме в сім'ї виявляється найбільшою мірою індивідуальність дитини, її внутрішній світ. Батьківська любов допомагає розкрити, збагатити емоційну, духовну й інтелектуальну сферу життя дітей. Становлення спеціальних здібностей активно починається ще в дошкільному віці, а набуває розвитку у молодшому шкільному віці та триває в студентському.

Також формується працездатність. Без неї навряд можна розраховувати на міцне засвоєння достатньо великого обсягу знань, на формування складних умінь і навичок. Проблеми обдарованості вивчали вітчизняні психологи: А.М.Матюшкин, Н.Б.Шумакова, Г.Д.Чистякова, В.С.Юркевич, І. Павлов, Б. Теплов, В. Крутецький.

Об'єкт дослідження: здібності осіб студентського віку. Предмет: вплив сім'ї на здібності осіб у студентському віці.

Мета: визначити вплив сім'ї на здібності осіб студентського віку.

Гіпотеза нашого дослідження передбачає, що: гармонійні стосунки між дітьми та батьками із середнім та високим рівнем їх розвитку сприяють розвитку креативності в дитини; стосунки між дітьми та батьками з низьким рівнем їхнього розвитку призводять до зниження рівня розвитку креативності в дітей молодшого шкільного віку.

Завдання: 1.Визначити сприятливі умови для розвитку творчих здібностей у студентів. 2. Дослідити вплив сімейного виховання на здібності осіб студентського віку. 3. Виконати якісний аналіз отриманих результатів у досліджуваній групі.

Методи дослідження: аналіз, порівняння, узагальнення теоретичних та експериментальних даних проблеми; спостереження, що сприяло більш детальному вивченню поведінки обдарованих студентів; стандартні опитувальники та проєктивні методики, що дозволили діагностувати вплив сімейного виховання на обдарованих студентів.

Практичне значення роботи: отримані результати можуть використовувати вихователі та психологи для здійснення корекційно-розвивальної роботи.

## СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ТЕРМІН І ЙОГО ЛІНГВІСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

**Виконавець:** Попович В.В. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** викл. Юфименко В.Г.

**Кафедра українознавства та гуманітарної підготовки**

*ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава*

Проблеми впорядкування української медичної, в тому числі стоматологічної, термінології становлять інтерес для філологів, медиків-дослідників, викладачів і студентів медичних навчальних закладів. Комплексний аналіз та впорядкування україномовної стоматологічної терміносистеми з позицій структури, семантики, морфології, визначає актуальність виконаного дослідження.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше: дійснено мовний лексичний аналіз україномовної термінологічної системи стоматології; структуровано і описано україномовні стоматологічні терміни; виявлено та встановлено закономірності їх використання; вивчено роль термінів у вербалізації медичного знання в галузі стоматології; виокремлено семантичні та морфологічні моделі стоматологічних термінів; частково проаналізовано утворення і функціонування українських стоматологічних термінів.

Метою роботи є аналіз шляхів утворення української стоматологічної термінології: власні ресурси мови, запозичення, дослідження структурно-семантичних та морфологічних особливостей українських стоматологічних термінів та принципів їх системної організації з позиції семантики. Для досягнення поставленої мети вирішуються такі завдання: побудова концептуальної моделі терміносистеми досліджуваної галузі медичного знання у вигляді термінологічної підсистеми «Стоматологічна термінологія» (СТ); виявлення джерел стоматологічної термінології (СТ); відбір, інвентаризація та ієрархічне упорядкування лексичного матеріалу в межах досліджуваної термінологічної підсистеми для подальшого комплексного аналізу та опису; на підставі походження, форми та функцій виділення груп стоматологічних термінів; з'ясування стану проблеми гармонізації інтернаціональних та національних елементів у складі української стоматологічної термінології. Об'єктом дослідження є україномовна стоматологічна термінологія. Предметом дослідження виступають лексичні особливості та структурні взаємозв'язки, що об'єднують аналізовані стоматологічні терміноодиниці. Матеріалом аналізу послужив корпус стоматологічних термінів, виокремлених методом суцільної вибірки з медичних словників і підручників стоматології.

Методи дослідження. У роботі використано метод системного аналізу та метод логічного узагальнення.

Практична цінність роботи визначається в першу чергу можливістю задовольнити потреби впорядкування україномовних стоматологічних термінів. Результати дослідження можуть бути використані в науково-педагогічній сфері, у перекладацькій та лексикографічній практиці, у практиці навчання української мови за професійним спрямуванням студентів медичних вишів; у написанні студентами історій хвороб.

Висновки. Дослідження української стоматологічної термінології переконує, що гармонізація її розвитку включає використання інтернаціонального та національного в ній. Упорядкування і нормалізація української стоматологічної термінології - справа складна і вкрай необхідна для розвитку мови медичної галузі.

## НАРОДНІ ЗАСОБИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ У ЕТНОГРАФІЧНИХ ЗАПИСАХ ПАВЛА ЧУБІНСЬКОГО

**Виконавець:** Постол А.І. – студ. 1 курсу, мед. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Лещенко Т.О.

**Кафедра українознавства та гуманітарної підготовки**

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

Актуальною в наш час є проблема використання народної медицини в побуті для лікування різного виду хвороб. Попри стрімкий розвиток сучасних технологій, медичної апаратури і медицини загалом, не можна забувати про народні методи лікування, якими український народ користується і нині. Інтерес до етномедицини викликаний перш за все широкими можливостями використання багатовікового і надзвичайно багатогранного досвіду українського народу в галузі медичних знань. Наукова медицина завжди збагачувалася і збагачується за рахунок народної. Сьогодні можна назвати цілу низку наукових методів і засобів лікування, які ввійшли в наукову медицину з традиційної народної лікарської практики.

Етнографічний підхід до дослідження проблеми передбачає вивчення комплексу питань народної медицини, методів діагностики і профілактики, санітарно-гігієнічних норм і власне лікувальних засобів, що позначені надзвичайним багатством та різноманітністю і поєднують як раціональні, так й ірраціональні методи лікування. Дослідження народної медицини в етнографічному вимірі дає матеріал для розв'язання важливих етнологічних проблем. Народні методи лікування відзначаються багатством етнічних і етнорегіональних форм. Народна медицина становить інтерес і як складова частина історії традиційних народних знань, і як реальна можливість реконструкції методів і засобів народного лікування з метою використання раціонального народного досвіду в сучасній медичній практиці.

Новизна дослідження цієї проблеми полягає в тому, що висвітлює тему, на яку мало зверталася увага, адже етнографічні експедиції, що проводилися на території України етнографами і науковцями, в основному були спрямовані на вивчення народних промислів, ремесел і старовинних обрядів. Так, науковий доробок Павла Чубинського став взірцем вивчення національної культури українців і заклав підмурівки українознавчих досліджень. Провідною метою нашого дослідження є вивчення структури і системи медичних народних знань і народних методів лікування дітей у контексті традиційно-побутової культури українців на матеріалах праці Павла Чубинського «Труды этнографическо-статистической экспедиции в Западно-Русский край». Працюючи над науковою роботою, ми використовували теоретичні методи дослідження (первинна обробка інформації, інформаційно-цільові аналізи текстів, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація та систематизація опрацьованого матеріалу). Головне джерело роботи - праця Павла Чубинського «Труды этнографическо-статистической экспедиции в Западно-Русский край». У процесі дослідження ознайомилися з теоретичною базою цього питання, провели етнографічні дослідження, узагальнили і структурували знайдений матеріал, проаналізували й визначили форми застосування народних методів лікування дітей в Україні.

На основі результатів дослідження можна зробити висновок, що практичне значення одержаних результатів досить вагомим, бо вони можуть бути використані в методиках сучасної медицини. Висновки щодо народних методів лікування дітей, зафіксовані Павлом Чубинським, становлять практичний інтерес для професійної медицини, педіатрії. Дослідивши його спадщину, не можемо погодитися з усталеним у науковій медичній думці поглядом на народну медицину та на методи її лікування як на нетрадиційні. Адже в ній акумульований багатовіковий досвід народу, традиційні знання багатьох поколінь. Від неї веде свої витoki наукова медицина.

## СЕКЦІЯ №9

### КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО.

#### ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТЕРЕОТИПІВ ЩОДО РОЛІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Виконавці:** Волинська В., Жук К. – студ. 2 курсу від. за спеціальністю «Лікувальна справа»

**Науковий керівник:** Черкун М.С.

**Відділення за спеціальністю «Лікувальна справа»**

*Кременчуцький медичний коледж, м. Кременчук*

Управління якістю сестринської допомоги на сьогоднішній день без сумніву є дуже важливою і актуальною проблемою. У світлі сучасних вимог більшу увагу приділяється первинній ланці медичної допомоги, ранній діагностиці і найголовніше, профілактиці захворювань та ускладнень, які неможливі без активного використання сестринського персоналу, їх знань і умінь з догляду за пацієнтами, щодо виконання технологій і маніпуляцій, роботі з родичами та самими пацієнтами з навчання навичкам виконання найпростіших маніпуляцій, грамотному надання екстренної допомоги тощо.

Переглядається роль середньої медичної ланки в сторону збільшення її самостійності. Однак сформовані традиційні підходи до ролі медичних сестер в лікувально-діагностичному процесі поки відводять їй медичної допомоги слід чітко уявляти, що в кінцевому результаті роботи лікаря закладена чимала частка результату діяльності сестринського персоналу. Якщо якість роботи лікаря в більшості випадків оцінюється по кінцевому результату, то виділити в цьому результаті частку середнього медперсоналу і оцінити, наскільки якість роботи медичної сестри вплинуло на стан здоров'я хворого, нерідко досить складно, особливо, якщо відсутні прямі докази такого впливу.

Поняття якості сестринської допомоги нерозривно пов'язане з лікувально-діагностичним процесом, того сестринського персоналу, від якого залежить ефективність лікування, реабілітація, одужання пацієнта, в цьому процесі відведена значна роль.

Існує ряд об'єктивних причин, що обумовлюють необхідність підвищення та забезпечення якості медичної допомоги та рівня здоров'я населення: істотне зростання особистих, виробничих і громадських потреб зростання ролі науково-технічного прогресу в діагностиці, лікуванні та реабілітації; удосконалення послуг та підвищення значимості виконуваних функцій; неприйняття споживачем послуг з відносно невисоким рівнем якості; посилення вимог до підвищення ефективності сестринської допомоги як умови функціонування лікувально-профілактичного закладу.

Визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Кожен пацієнт повинен отримати таку медичну допомогу, яка привела б до оптимальних для його здоров'я результатами відповідно до рівня медичної науки, віком пацієнта, діагнозом захворювання, реакцією на лікування; при цьому повинні бути залучені мінімальні кошти, ризик додаткового травмування або непрацездатності повинен бути мінімальним, а результат і задоволення від процесу наданої медичної допомоги максимальними».

Дана робота покликана визначити відношення суспільства до реформ в охороні здоров'я та відношення до медичних працівників середньої ланки. Для цього було проведено анкетування серед медичних працівників лікувальних закладів міста та пацієнтів, результати якого наведені в роботі.

**Виконавці** Волинська Вікторія, Жук Карина.

**Висновок:** В ході роботи ми з'ясували, що відношення до медичних працівників середньої ланки в суспільстві неоднозначне: по-перше, лікарі переважно зневажливо ставляться до медичних сестер, скептично відносяться до сестринського процесу; по-друге, медсестри не задоволені рівнем своєї заробітної плати та умовами праці; пацієнти з недовірою ставляться до компетентності медсестер, хоча поважають їх працю. Нами в ході роботи запропоновані шляхи вирішення проблеми.

#### СТРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

**Виконавець:** Голубіхіна Т. – студ. 321 групи

**Науковий керівник:** Єфименко Н.Р.

**Циклова комісія науково-природничих дисциплін**

*Полтавський базовий медичний коледж*

Актуальність теми. Стрес – це сукупність захисних фізіологічних реакцій, що виникають в організмі людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів.

До фізіологічних ознак стресу відносяться виразки, мігрень, гіпертонія, біль у спині, артрит, астма і болі в серці. Психологічні прояви включають дратівливість, втрату апетиту, депресію. Причини стресу розкривають в організаційних і особистісних факторах.

Наслідки стресогенної події на організм можна послабити завдяки адаптаційним здібностям.

Г.Сельє характеризує стрес як напружений стан організму, неспецифічну відповідь на пред'явлені йому вимоги (стресову ситуацію).

Основними способами боротьби зі стресом є релаксація, концентрація, ауторегуляція. Релаксаційні вправи можна розглядати на прикладі методики нервово-м'язової релаксації (НМР), а ауторегуляцію подиху – вольової регуляції дихання (ВРД) за Еверлі.

Основними методами профілактики стресу за допомогою ауторегуляції є протистресова «переробка» дня і аутоаналіз особистого стресу.

Мета і задачі дослідження. Метою даного дослідження є вивчення особливостей стресу у майбутніх медичних працівників (студентів медичного коледжу).

У відповідності з метою роботи були вирішені такі завдання: 1. Зробити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми стресу. 2. На основі теоретичних досліджень підібрати методику вивчення стресу для медичних працівників. 3. Провести тестування серед студентів Полтавського базового медичного коледжу, як майбутніх медичних працівників, на наявність стресу (сформованої фази та домінуючих симптомів). 4. Обробити та узагальнити результати дослідження.

Предмет дослідження: передумови професійного виникнення стресу, клінічні симптоми, психоемоційний стан студентів, як майбутніх медичних працівників.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз наукової та навчальної літератури, синтез, порівняння; емпіричні: опитування за тестом «Стійкість до стресу»; статистичні: обробка даних.

До роботи підібраний тест «Стійкість до стресу», який включає 6 груп питань та варіанти відповідей на них. Провісши його серед студентів відділення лікувальної справи Полтавського базового медичного коледжу, ми зробили відповідні висновки, а саме: більшість студентів I курсу вважають, що стійкість їхнього організму до стресу вище середньої. Серед стрес-факторів на перше місце вони становлять такі, як хвилювання на заняттях, негаразди в сім'ї і порушення здоров'я (власного та рідних). Частина студентів думає, що має нервову систему досить стійку до стресів, а дехто вважає, що в їхньому житті взагалі немає місця для стресів. Майже половина студентів II курсу серед причин захворювань відмічають психологічний стрес. Найголовніше для них на даному етапі – навчитись заспокоюватись. Решта студентів курсу навпаки бездіяльні, що також може бути причиною стресу. Рекомендацією для них може бути зацікавленість якоюсь справою, спортом тощо.

Більшість студентів III курсу вважають стійкість свого організму до стресів достатньо високою і намагаються не перейматися через дрібниці, вони регулярно застосовують антистресові не медикаментозні методи. Решта студентів вважають, що стійкість їхнього організму до стресів на середньому рівні, але особливо не переймаються через це.

Висновок. Отже, на підставі опрацьованих літературних джерел та проведеного експериментального дослідження ми зробили такі висновки: Стрес – це неминучість, про яку ми повинні знати і завжди пам'ятати. Стрес можна передбачити. Деяких стресів можна уникнути, якщо знати про причини їх виникнення. Не можна допускати перемоги стресу над собою.

## АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

**Виконавці : Гончаренко А.С., Кравченко В.В., - студ. II курсу медсестринського відділення**

**Науковий керівник : к.мед.н. Мартиненко Н.В.**

*ВДНЗУ « Українська медична стоматологічна академія», медичний коледж, м. Полтава.*

Однією з актуальних проблем медичної науки двадцятого століття є проблема синдрому хронічної втоми (СХВ), яка вперше була описана ще в 1984 році А. Ллойдом. СХВ розповсюджується зі швидкістю епідемії. Відповідно статистичним даним, за останні 5 років щодня реєструються біля тисячі нових випадків захворювання. Частота СХВ становить від 75-267 випадків на 100 тис. населення. Вивчення СХВ, особливостей його клінічного перебігу у студентів має велике медичне і соціальне значення, що дозволяє своєчасно виявити захворювання та вибрати адекватну тактику лікування та зменшити вірогідність формування ускладнень.

Метою нашої роботи було виявлення синдрому хронічної втоми серед студентів медичного коледжу, адже СХВ прогресує саме навесні, в результаті масового гіпо-, авітамінозу, несприятливих метеорологічних факторів;

Проведено аналіз анкетування щодо стану здоров'я 128 студентів, віком від 17 до 20 років, мешканців Полтави та Полтавської області. Обстеження полягало в аналізі скарг опитуваних (відчуття слабкості, швидкої втоми, порушення сну, емоціональної та фізичної втоми).

Під час дослідження студенти були розподілені на 3 групи: А,В,С.

23 особи, які відносились до групи А - не мали ознак хронічної втоми (кількість балів 0-2).

50 осіб, які відносились до групи В (кількість балів становила від 3 до 6, рекомендовано обстеження)

55 осіб, які відносились до групи С і набрали кількість балів більше 6, що говорить про СХВ.

Таким чином, виявлення синдрому хронічної втоми є досить актуальним в наш час, спостерігається тенденція до прогресування, що може привести до втрати працездатності, тому необхідним є своєчасне виявлення та профілактика, що запобігає розвитку ускладнень .

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ОСТЕОПОРОЗУ В М. ПОЛТАВА

**Виконавці: Дерун С., Литвин О. – студ. 214 групи**

**Науковий керівник: Кока В.М.**

*Циклова комісія дисциплін природничо-наукової підготовки*

*Полтавський базовий медичний коледж*

Актуальність теми. Системний остеопороз на теперішній час залишається актуальною проблемою для населення України, оскільки спричиняє захворювання з тривалим терміном непрацездатності та високим ступенем інвалідизації. Мета і задачі дослідження. Вивчення розподілу остеопорозу серед населення Київського району м. Полтави за причинами виникнення та виділення з них найбільш вагомих. Предмет дослідження. Матеріалом для дослідження стала облікова та статистична документація хворих, що звернулися за амбулаторною допомогою в 1-у міську клінічну лікарню м. Полтави. Методи дослідження: статистична обробка даних, обробка наукової документації.

За період з вересня по грудень 2013 року з переломами шийки стегна, дистального відділу передпліччя та компресійними переломами тіл хребців. Приблизно у кожній третій жінки після 65 років спостерігається як мінімум один остеопоротичний перелом кісток. Це є причиною значних соціально-економічних наслідків остеопорозу для суспільства. Проведені нами дослідження, свідчать про те, що у 11-12% населення Київського району міста розвивається остеопороз, а у 40% 70-літніх жінок і у 50% населення віком 75 років і старше трапляються переломи. Сумарний ризик остеопоротичних переломів у віці 50 років дорівнює 39,7% для жінок та 13,1% для чоловіків. При цьому ризик перелому стегна становить 17,5 та 6%, хребців - 15,6 та 5,0%, дистального відділу передпліччя - 16,0 та 2,5% відповідно.

Висновок. Отже, на підставі опрацьованих даних можна зробити висновок про переважання серед причин остеопорозу дисгормонального та постменопаузального остеопорозу. Виявлення хворих на остеопороз відбувається на досить пізніх стадіях, коли вперше виникають маркерні переломи, та лікування остеопорозу потребує значних матеріальних витрат та значно ускладнює процес лікування.

Остеопоротичні переломи виникають внаслідок мінімальної травми і часто трапляються лише у тих випадках, коли спостерігається значна втрата кісткової тканини. У зв'язку з цим важливо якомога раніше виявити осіб з високим ризиком захворювання саме на тому етапі, коли профілактика та лікування можуть бути ефективними щодо зменшення частоти виникнення нових переломів.

## ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ СМЕТАНИ ЛАБОРАТОРНИМИ МЕТОДАМИ

**Виконавці :** Журавльова Д.А. – студ. фармацевтичного відділення медичного коледжу

**Науковий керівник:** викл. Бажан Є.А.

*Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Зараз існує ще багато проблем щодо якості, зустрічаються випадки фальсифікації сметани, реалізації із простороченим терміном зберігання, додавання консервантів тощо. Тому тема наукової роботи щодо визначення якості сметани лабораторними методами є актуальною.

При виконанні наукової роботи застосовані лабораторні методи визначення якості сметани, а саме: за кислотністю, за активністю пероксидази, за фальсифікацією сиром і крохмалем.

Метою даної наукової роботи є визначення якості сметани, що реалізується в роздрібній торговій мережі, лабораторними методами. Результати наукової роботи можуть бути використані в навчальному процесі та в торгових організаціях, які займаються реалізацією сметани.

Для виконання мети були поставлені такі завдання: дати загальну характеристику сметани; представити товарознавчу характеристику сметани, як харчового продукту; охарактеризувати вимоги до якості сметани; проаналізувати можливість фальсифікації сметани; здійснити експертизу якості сметани лабораторними методами.

Предметом дослідження є застосування лабораторних методів при проведенні експертної оцінки зразків сметани.

Об'єктом дослідження є п'ять зразків сметани, що реалізується в роздрібній торговій мережі. Результати досліджень свідчать, що всі зразки сметани за кислотністю відповідають вимогам стандарту (65-100<sup>0</sup>T), а саме: зразок № 1 має кислотність 92<sup>0</sup>T, зразок № 2 – 89, зразок № 3 – 85, зразок № 4 – 87 і зразок № 5 - 80<sup>0</sup>T.

При дослідженні сметани на активність пероксидази встановлено, що всі п'ять зразків не мають активної пероксидази. Це пов'язано з тим, що сировина при виробництві сметани, а саме вершки, в повній мірі були піддані термічній обробці, фермент пероксидаза втратив свою активність.

За результатами визначення фальсифікації сиром встановлено, що всі п'ять зразків сметани не були фальсифіковані. За результатами визначення фальсифікації крохмалем встановлено, що всі п'ять зразків сметани не були фальсифіковані. При визначенні фальсифікації крохмалем в зразках сметани не спостерігалось зміни забарвлення.

## АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ОЖИРІННЯ СЕРЕД ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ МАСИ ПРИ НАРОДЖЕННІ

**Виконавці:** Каленіченко Н.М., Мирошник О.В. - студ. III курсу медсестринське відділення

**Науковий керівник:** к.мед.н. Фастовець М.М.

*ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава, медичний коледж*

У сучасному світі все більшу актуальність набуває проблема здоров'я підлітків, показники якого з кожним роком погіршуються. Це зумовлене підвищеною чутливістю організму в пубертатному періоді до впливу несприятливих чинників, які викликають напруження адаптаційних механізмів та розвиток нейроендокринних порушень.

У цей час ожиріння є одним з найпоширеніших хронічних захворювань у світі: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я до початку XXI століття надлишкову масу мають близько 30% населення планети.

Ожиріння, яке починається у дитячому віці, прогресує і призводить до розвитку ускладнень, які поєднують в поняття «метаболічний синдром». Найбільш значущими медичними наслідками ожиріння є цукровий діабет II типу та серцево-судинні захворювання, з якими пов'язані високі показники втрати працездатності та передчасної смертності. Дитяче та підліткове ожиріння, пролонговане в дорослий період, має більш важкий перебіг і супроводжується високою частотою супутніх захворювань.

Вивчення еволюції первинного ожиріння у дітей та особливостей його клінічного перебігу має велике медичне і соціальне значення, бо дозволяє своєчасно вибрати адекватну тактику лікування та зменшити вірогідність формування ускладнень.

Метою нашої роботи було встановлення частоти ожиріння та надлишкової маси тіла серед підлітків в залежності від їх народження з малою, нормальною або великою масою тіла.

Проведено аналіз первинної медичної документації щодо стану здоров'я 188 дітей чоловічої статі віком до 18-ти років, мешканців Полтавської області. Особи, що мали МТН 2500г або менше, були віднесені до групи з малою МТН (ММТН), більше 4000г – великою МТН (ВМТН), 2501-3999г – нормальною МТН (НМТН) згідно градації маси тіла за наказом МОЗ № 584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Обстеження включало аналіз скарг, МТН дитини, перебігу періодів новонародженості, раннього дитинства та пубертату; анамнез життя та хвороби з урахуванням наявності супутніх захворювань та об'єктивне обстеження з визначенням антропометричних показників.

Виявлене патогенетичне значення ВМТН у розвитку ендокринопатій вже в дитячому та підлітковому віці, а саме: серед дітей, які народилися з масою тіла більше 4000г вірогідно частіше – у 11,3%, ніж серед однопітків, які народилися з масою тіла, менш ніж 2500г – у 5,3% діагностується ожиріння, гіпоталамічний синдром пубертатного періоду та цукровий діабет I типу ( $p < 0,001$ ).

При клінічному обстеженні встановлено, що на тлі надлишкової маси тіла більшість хворих відмічали низку скарг, серед яких найчастіше бул т скарги на головний біль (72,9%), підвищений апетит (63,7%), спрагу (32,5%) та зниження працездатності і успішності в школі (45,5%).

Таким чином, велика маса тіла принародженні дитини є патогенетично значущою у розвитку ожиріння та надлишкової маси тіла у неї в підлітковому віці.

## РОСЛИННІ ОЛІЇ У КОСМЕТОЛОГІЇ

**Виконавці:** Кирик Г.С. – студентка II курсу фармацевтичного відділення медичного коледжу

**Науковий керівник:** викл. Атаунех Х.С.

*Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Актуальність теми: У наш час багато уваги приділяється рослинним засобам у догляді за шкірою і волоссям, вони є більш ефективними і природними. Зараз все частіше використовують жирні олії у косметологічних цілях, оскільки вони благотворно впливають на шкіру обличчя людини. Основна дія рослинного масла - це живлення, зволоження і пом'якшення шкіри. Разом з цим вони мають, високий вміст вітамінів та інших речовин і це робить їх універсальним засобом для збереження молодості шкіри, підвищення її еластичності, пружності, а також попередження утворення ранніх зморшок і старіння шкірного покриву. Масла захищають шкіру від негативних факторів зовнішнього середовища, сприяють нормалізації клітинного обміну, видаленню ороговілого шару клітин, активізують процеси регенерації, регулюють роботу сальних залоз.

Мета роботи: Розглянути дію рослинних олій, які використовуються в косметології; Вивчити технології виготовлення, в домашніх умовах, кремів для обличчя; Дослідити вплив різних жирних олій на шкіру обличчя;

Визначити які рослинні олії застосовуються для різних типів шкіри.

Висновки: рослинні олії можна різними способами - як живильної маски або зволожуючого крему, як засіб для тонізації шкіри або для м'якої і делікатної її очищення у вигляді скрабу. На їх основі можна готувати домашні креми і додавати у вже готові косметичні продукти. Після проведених нами досліджень, було визначено, що для догляду за сухою, зрілою, в'янучої шкірою добре підійдуть масло авокадо, персикове масло, масло шипшини, зародків пшениці, оливкова або обліпихова олії. Водночас масло авокадо, персикове або касторове рекомендовані для догляду за чутливою шкірою, схильної до подразнень і алергічних реакцій. Володіє протизапальними властивостями масло лісового горіха, виноградних кісточок, масло жожоба, розторопші застосовують у догляді за комбінованою, жирною шкірою. А ось маски з мигдальним маслом або олією абрикоса підійдуть для будь-якого типу шкіри.

## ВИЗНАЧЕННЯ СКЛАДУ ПИТНОЇ ВОДИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПОЛТАВЩИНІ

**Виконавці:** Мордик В.О., Поправка М.В. – студ. фармацевтичного відділення мед. коледжу

**Науковий керівник:** Стародубцев С.Г. з використанням даних кафедри ендокринології

*Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

У раціональному, здоровому харчуванні людини важлива роль належить достатньому і збалансованому споживанню незамінних харчових речовин, так званих мікронутрієнтів (вітамінів, мікроелементів, мінералів, есенціальних жирних кислот і незамінних амінокислот).

Одним із найтипівіших прикладів нестачі мікронутрієнтів вважається дефіцит йоду, що проявляється широким спектром розладів: збільшення ваги, втома, депресія, надмірна сонливість, непереносимість холоду, набряки ніг, біль і збільшення холестерину в крові, запори, сухість волосся і шкіри, утруднення концентрації уваги і м'язові спазми. В літературі введено термін «йододефіцитні захворювання» (ЙДЗ), який використовується для позначення всіх несприятливих впливів нестачі йоду на ріст і розвиток організму, насамперед, на формування мозку людини. Ці захворювання зумовлені зниженням функціональної активності щитовидної залози у відповідь на дефіцит йоду.

Метою даних досліджень є визначення йоду в питній воді в Полтаві та Полтавській області.

Для виконання мети були поставлені такі завдання: дати загальну характеристику води; охарактеризувати вимоги до складу питної води; здійснити експертизу щодо якості води в різних місцевостях; проаналізувати можливість йододефіцитних захворювань; встановити кількість хворих на ЙДЗ.

Предметом дослідження є застосування лабораторних методів при проведенні експертної оцінки зразків води.

Об'єктом дослідження є вода, що береться на пробу в різних водозаборах Полтавської області.

Висновки: На основі проведених нами досліджень встановлено, що ситуація з якісним станом води у джерелах водопостачання Полтавської області за хімічними та бактеріологічними показниками впродовж останніх років залишається незадовільною й має нестійкий характер. Відмічено недостатню наявність йоду у Полтавській області. У зв'язку з великим вмістом фтору необхідно проводити йодопрофілактику.

## ВИВЧЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ НА ПІДСТАВІ ДОСЛІДЖЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ХВОРИХ КИЇВСЬКОГО РАЙОНУ МІСТА ПОЛТАВИ

**Виконавці:** Овчаренко І. – студент 214 групи

**Науковий керівник:** Кока В.М.

*Циклова комісія дисциплін природничо-наукової підготовки*

*Полтавський базовий медичний коледж*

Актуальність теми: Проблема захворювання остеоартрозом підтверджується дуже частим ураженням цим захворюванням у зрілому та у похилому віці. Не зважаючи на велику ураженість населення остеоартрозом, лікування хворих досить не вирішена проблема. Все це призводить до тривалої непрацездатності та інвалідності – 60-65%.

Мета дослідження: Вивчення епідеміології остеоартрозу дає можливість зрозуміти етіологію, патогенез, діагностування і лікування цього захворювання не зважаючи на походження та ступінь ураженості суглобу.

Методи дослідження: для вивчення епідеміології остеоартрозу були використані амбулаторні картки хворих на остеоартроз Київського району міста Полтави. Було вивчено 428 карт хворих у віці 50-80 років, що звернулись за амбулаторною допомогою в вересні-грудні 2013 року. Серед них жінки склали 293 хворих, чоловіки 135 хворих. Порівнюючи кількість хворих, що звернулись за медичною допомогою за аналогічний період в 2012 році - 419 хворих. Можемо зробити висновок, що захворюваність на остеоартроз за останні роки збільшилась на 2%, переважно у людей старшого віку, частіше у жінок ніж у чоловіків. Для діагностики остеоартрозу використовують клінічний, рентгенологічний, біохімічний, статистичний методи дослідження. Для кожного суглоба скелета характерна певна кінетика розвитку патологічного процесу. За даними нашого дослідження, було встановлено, що найчастіше уражаються колінний та ліктьовий суглоби, меншою мірою кульшовий та променево-зап'ястний. Середня тривалість непрацездатності становить 13,8 дня. Для даного захворювання виявлена сезонність загострень у весняно-осінній період.

Висновок: На основі вивчення епідеміології остеоартрозу ми можемо зробити висновок, що найчастіше це захворювання спостерігається у людей похилого віку, особливо у жінок старше 50 років, у період менопаузи.



## ЗАСТОСУВАННЯ ІМІТАЦІЙНО-ТРЕНІНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЦИНІ

**Виконавець:** Сидоренко М.В. – студ. 2 курсу сестринська справа

**Наукові керівники:** Іванова П.О., Чечель І.Ю.

**Відділення за спеціальністю 6.120101 «Сестринська справа»**

*Кременчуцький медичний коледж, м. Кременчук*

Сучасне реформування первинної медико-санітарної допомоги та екстреної медицини дає запит на новітні інноваційні технології тренінгу майбутніх медпрацівників. Цей запит задовільняють імітаційні та симуляційні технології відпрацювання вміння клінічного мислення, тактики медпрацівника під час надання невідкладної допомоги.

Ми поставили за мету створити навчальну програму, щоб забезпечити запити первинної ланки охорони здоров'я, навчальний процес в коледжі, перед усім викладання клінічних дисциплін, спілкування з слухачами відділення підвищення кваліфікації та волонтерську роботу в Університеті III покоління. Програма містить аудіо - та відео - матеріали; анімаційні засоби, які ілюструють нестандартні клінічні ситуації, що були зібрані в результаті аналізу роботи екстреної медицини м. Кременчук.

Кожен розділ представлений набором клінічних ситуацій, тестів, діагностичним додатком; імітаційний блок представлений алгоритмами невідкладної допомоги складеними відповідно до протоколів та прикладів тактики фельдшера.

Програма була реалізована під час проведення циклів підвищення кваліфікації фельдшерів, сімейних медичних сестер; застосовується під час практичних занять з клінічних дисциплін на відділеннях «Лікувальна справа» та бакалавр – медицини.

## ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ФЕРУМУ У РІЗНИХ ВИДАХ ФРУКТІВ

**Виконавці:** Скрильова В.О. – студ. I курсу фармацевтичного відділення мед. коледжу

**Науковий керівник:** викл. Сизоненко Н.В.

*Медичний коледж ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

Актуальність теми. Йони Феруму мають важливе значення для життєдіяльності організму людини. Вони необхідні для процесів кровотворення, нормальної діяльності багатьох ферментів, перенесення кисню від легень до тканин, а також електронів у ланцюгу дихання. Ферум не синтезується в організмі людини. Цей біоеlement може бути одержаний тільки з продуктами харчування. Важливим джерелом Феруму є фрукти.

Мета роботи. Довести надзвичайно важливу роль Феруму в організмі людини. Провести експериментальне дослідження різних видів фруктів (свіжих та сухофруктів) на вміст у них Феруму. Для визначення вмісту Феруму застосувати фотокolorиметричний метод. Розглянути рекомендації, щодо кращого засвоєння Феруму з продуктів харчування.

Висновки. Ферум – життєвоважливий елемент. Дефіцит його може призвести до ряду захворювань, наприклад, залізодефіцитної анемії. Включення в раціон продуктів, багатих на Ферум, має важливе значення для підтримання нормального функціонування людського організму.

Найбільшу кількість Феруму містять продукти тваринного походження (печінка, м'ясо, яєчний жовток). Важливим джерелом Феруму є фрукти. Адже вони містять і вітамін С, який сприяє кращому засвоєнню Феруму та його подальшому перетворенню.

Вміст Феруму визначали у яблуках, грушах, сливах, абрикосах, винограді, хурмі. Для визначення вмісту Феруму (III) застосували колориметричний метод. Вимірювання проводили на фотокolorиметрі КФК-2. Колориметричний метод базується на вимірюванні оптичної густини забарвлених розчинів. Аналітичний реактив на Ферум (III) – калій роданид KSCN. Ця реакція дуже чутлива і дозволяє виявити навіть слідові кількості йонів Феруму (III).

Визначення проводили методом калібрувального графіка. Тому спочатку була підготовлена серія стандартних розчинів, визначена їх оптична густина. За одержаними даними побудований калібрувальний графік у координатах «оптична густина D – концентрація  $Fe^{3+}$  (мг/л)».

Виміряли оптичну густина підготовленої витяжки фруктів (у тих же умовах, що й вимірювання оптичної густини стандартних розчинів). Знаючи оптичну густина, на калібрувальному графіку знаходили відповідну концентрацію  $Fe^{3+}$  (мг/л) та розраховували вміст Феруму (III) у 100 г продукту.

У результаті дослідження було встановлено, що найбільший вміст Феруму (III) у сливах та чорносливі (відповідно 2,5 та 3,2 мг на 100 г фруктів), у яблуках його менше (1,8-2,0 мг/100 г), найменше – у винограді. Слід зазначити, що вміст Феруму у сухофруктах більший, ніж у свіжих фруктах.

Більшість з досліджуваних плодів, містять крім Феруму, також і вітамін С та фруктозу, які сприяють кращому засвоєнню Феруму організмом людини.

Але продукти рослинного походження не можуть повністю забезпечити потребу організму в цьому мікроелементі. Лише вживання в їжу м'яса та риби разом з рослинними продуктами може збагатити організм Ферумом.

Наявність у їжі кофеїну та таніну (кава, чай) погіршують всмоктування Феруму, так як утворюють з ним нерозчинні комплекси. Перешкоджають засвоєнню Феруму молочні продукти, багаті на Кальцій, а також Магній. Не слід одночасно з лікарськими препаратами Феруму приймати лікарські засоби, що містять Кальцій або Магній.

## ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ДЕСМУРГІЇ В ХІРУРГІЇ

**Виконавець:** Шпола М.Г. – студ. II курсу медсестринське відділення.

**Науковий керівник:** к.м.н. Капустянський Д.В.,

*ВДНЗУ «УМСА», м. Полтава. медичний коледж*

Десмургія, як розділ загальної хірургії вивчає пов'язки, призначені для різної мети, головним чином для закріплення або утримання на необхідний термін перев'язувального матеріалу на рані або ділянці пошкодження [3, 4]. Для фіксації перев'язочного матеріалу використовують марлевий, трикотажний трубчатий бинт, медичний бинт "Ретепласт", косинки з бавовняно-паперової тканини, клеол, колодій, лейкопластир [3, 4]. В сучасних умовах крім клінічної ефективності перев'язувального матеріалу значна роль відводиться і їх собівартості [1, 2], тому метою нашої роботи став пошук перев'язувального матеріалу з високою клінічною ефективністю та доступною собівартістю.

Для досягнення поставленої мети було сформовано дві групи хворих 16 чоловік – основна група та 18 чоловік – контрольна група, що можуть бути співставлені за наявною патологією, статтю та віком. Основній групі хворих в післяопераційному періоді було накладено прозору пов'язку на рану «Hydrofilm» виробництва Hartmann, Німеччина 6х7 см. Застосоване покриття виконане з гіпоалергенного матеріалу і дає змогу проникати кисню, але попереджує потрапляння води та мікроорганізмів в ділянку післяопераційної рани. Контрольній групі накладалися звичайні плас-

тирні пов'язки. Оскільки всі хворі мали «чисті» післяопераційні рани на передній черевній стінці шви знімалися на 7 добу та ними заповнювалися анкети щодо якості життя в післяопераційному періоді та вартості перев'язувального матеріалу. Ускладнень з боку післяопераційної рани в обох групах не спостерігалось.

Після обробки отриманих даних з'ясовано, що за клінічною ефективністю у двох хворих (11,1%) з контрольної групи спостерігалась підвищена чутливість до пов'язок у вигляді утворення везикул, що лікувалися застосуванням розчинів барвників (бриліантовий зелений), в той час як в основній групі жодних реакцій не було відмічено. За якістю життя в післяопераційному періоді основної групи визначалися наступні переваги: пов'язка менше обмежувала руховий режим, дозволяла вільно приймати гігієнічні процедури та звільняла хворого від процедури зміни пов'язки, що спричиняє болісне відчуття особливо в першу добу післяопераційного періоду, оскільки пов'язка контрольної групи змінюється не менше двох разів до зняття швів, а основної залишається на весь період. Крім того прозора пов'язка основної групи дозволяє здійснювати контроль за післяопераційною ранною в будь-який час та звільняє медичний персонал від виконання зайвих хірургічних маніпуляцій. З економічної точки зору, ціна пластирної пов'язки склала 28 грн. (5 м марлі - 14 грн., спирт - 9 грн. і лейкопластир - 5 грн.), а ціна прозорої пов'язки «Hydrofilm» складає – 10 грн., що склало лише 35,7% вартості загальноживаного методу ведення «чистої» післяопераційної рани.

Таким чином можна зробити висновок, що використання прозорої пов'язки «Hydrofilm» більш доцільне ніж використання звичайної пластирної пов'язки з клінічної та фармако-економічної точки зору.

## АУТОТРЕНІНГ – ДІЄВИЙ ЗАСІБ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ТА РОЗУМОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ ЛЮДИНИ

**Виконавці:** Якушкіна О., Штанько Є. – студ. II курсу відділення сестринська справа.

**Науковий керівник:** Шкурба Т.О.

*Циклова комісія професійно-практичної підготовки*

*Полтавський базовий медичний коледж*

Повсякденне життя переконує нас у тому, що фізичне самопочуття людини тісно пов'язане зі станом її психіки. Фізична активність позитивно впливає на нормальний перебіг психічних процесів.

Характерною особливістю людської психіки є те, що вона може відволікатися від реальної дійсності і використовувати створені нею образи для психічної саморегуляції. Саме ця особливість лежить в основі аутогенного тренування.

Аутотренінг – це концентрована форма саморегуляції з одночасним застосуванням саморозслаблення і самонавіювання. Ця система передбачає застосування спеціальних прийомів м'язової релаксації, психічного спокою одночасно з самонавіюванням.

Аутотренінг спрямований на регуляцію психічної активності людини, мобілізацію її соматичних і духовних резервів і пізнавальних процесів – уваги, зосередженості, швидкості психічних реакцій, рівня самооцінки, пам'яті.

Тема науково-дослідницької роботи є досить актуальною в умовах сьогодення. В результаті систематичних занять з аутотренінгу покращується загальний фізичний стан людини, самопочуття, настрої, пам'ять, увага, зростає стійкість до негативного впливу шкідливих чинників навколишнього середовища, формується оптимістичне ставлення до себе, оточуючих і самого життя.

Активізація пізнавальної активності, а саме уваги, зосередженості, пам'яті має велике значення для студента, майбутнього фахівця.

Студентами гуртка з основ медсестринства була виконана науково-дослідницька робота. До участі в ній були запрошені студенти другого курсу відділення сестринської справи у кількості 15 чоловік. Завданням даного дослідження було виявлення позитивного впливу занять з аутотренінгу на організм студентів.

Досліджуваним особам було запропоновано займатися аутогенним тренуванням на протязі 3 місяців. До початку занять і після їх закінчення студентам були проведені такі дослідження, як оцінка загального фізичного стану, психічного стану, підрахована частота дихання та частота серцевих скорочень. Також було проведено дослідження ефективності занять з аутотренінгу за спеціальними критеріями і оцінка результатів.

Результати проведеної науково-дослідницької роботи показали, що у всіх досліджуваних осіб після систематичних занять з аутотренінгу покращились загальний фізичний і психічний стан, показники стану серцево-судинної та дихальної систем, поліпшився настрій, увага, пам'ять. Студенти під час занять аутогенним тренуванням менше хворіли на простудні та респіраторні захворювання.

Висновок: Науково-дослідницька робота може бути використана в широкому колі студентського середовища, а також у лікувальних закладах під час проведення лікування, догляду і медичної реабілітації пацієнтів.

## СЕКЦІЯ №10

### Філософія

#### ІСТОРИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ НА ПОЛТАВЩИНІ

**Виконавці:** Бутулай Б.І.- студ. I курсу стомат. ф-ту.

**Науковий керівник:** Зінченко Н. О. к. філос. н.

**Кафедра філософії й суспільних наук**

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Надзвичайно актуальною в наш час є історія: націй, народу, а для студента стоматологічного факультету – стоматології. Навчаючись у вищому навчальному закладі України «УМСА» я зрозумів, що історія – це не лише наука чи навчальна дисципліна, а насамперед частина національного світогляду та складова загальної культури кожної людини. Історія стоматології бере своє коріння у цивілізації долини Інду 7000 р. до н.е., що ж стосується стоматології в Україні, то археологічні знахідки доводять надання допомоги при ушкодженні зубощелепного апарату в IV-III ст. до н.е. біля міста Керч. Дослідниками стоматології в Україні були Заболотько В.М. та Рузін Г.П., а підґрунтям дослідження європейського досвіду становлення і розвитку стоматології була праця «словник стоматології» Дорланда. Проте загальне дослідження щодо історичного аналізу розвитку стоматології на Полтавщині з урахуванням опрацьованого базису наукових досліджень записів Полтавських губерній не проводилось. У дослідженні поставлено мету – дослідити історію розвитку стоматології на Полтавщині та в Полтаві зокрема. Для досягнення поставленої мети в науковій роботі визначено такі завдання: Дослідити згадки про лікарів-стоматологів або ж лікарів, що займалися стоматологічною практикою в записках Полтавської губернії з 1831р. Проаналізувати історіографію розвитку медицини Полтавщини про лікарів-стоматологів до- та повоєнних часів.

Для досягнення поставленої мети було використано наступні методи наукового дослідження: аналізу інформації, порівняння, систематизації і узагальнення й принципи історизму, об'єктивності, науковості тощо. Хронологічні рамки мого дослідження починаються з 1831р. (перші згадки) та закінчуються сьогоденням. Наукова новизна полягає у комплексному дослідженні розвитку стоматології Полтавщини, адже це було здійснене вперше серед науковців та істориків всього світу.

Отже, людина, яка хоче присвятити себе лікарській діяльності, безперечно, повинна мати покликання до медицини. Ввічливо та уважно ставитися до пацієнтів, вміти стримувати себе у різних ситуаціях, ввічливо поводитися із хворим, бути коректним і з великою витримкою реагувати на зауваження - ось основні принципи поведінки стоматолога. Тому я вважаю, що обираючи спеціальність потрібно ознайомитися з її історією, щоб зважити усі «за» і «проти».

#### РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОЇ ПОЗИЦІЇ ЛІКАРЯ У РОЗБУДОВІ ДЕМОКРАТИЧНОГО СУСПІЛЬСТВА

**Виконавець:** Васько М.Ю. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** к.н.держ.упр. Гладка Т. І.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Головною цінністю демократичного суспільства є людина, її здоров'я і безпека. Тому надзвичайно актуальним питанням соціальної політики держави є підтримання медицини на належному рівні. У реалізації зазначеного завдання значну роль відіграють медичні працівники, як представники професії, які забезпечують дану функцію держави. А це може відбутися лише завдяки чіткому усвідомленню своєї громадянської позиції як захисника здоров'я та добробуту людини на шляху розбудови демократичного суспільства.

Важливою складовою цього є удосконалення професійних знань та навичок відповідно до рівня сучасної медицини. Зокрема, це стосується впровадження досягнень науки і передового досвіду в практику, що забезпечує поліпшення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань. Тому роль самовдосконалення у формуванні особистості фахівця значно зростає і має відбуватись протягом всього періоду професійної діяльності.

Окрім того, лікар повинен чітко розуміти, що як громадянин своєї держави, він повинен бути озброєний не тільки глибокими фаховими, а й знаннями громадських наук, скажімо, соціології, права, політології. Разом з цим значний успіх медицини в державному масштабі визначають моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового обов'язку. Тут має значення особиста привабливість, комунікабельність, тактовність, уміння бути хорошим співрозмовником. Мова лікаря виступає як спосіб впливу на пацієнта. Лікар не повинен недбало ставитися до своєї зовнішності: його вигляд має бути естетичним. Лише за таких умов можна забезпечити максимальний суспільно корисний ефект лікарської діяльності.

Керуючись громадськими інтересами, лікар має максимально контролювати свої дії та вчинки в найрізноманітніших життєвих ситуаціях, об'єктивно оцінювати їх, бути уважним і зосередженим. Це зумовлено складністю і відповідальністю його професійних обов'язків. У демократичній державі на лікаря покладена висока місія, яку він виконує з повагою до життя людини, її особистості та гідності.

До того ж, як кожен суспільно активний громадянин своєї країни, лікар має сформовану громадянську свідомість. Це не тільки розуміння та участь в суспільно-політичних процесах, а й усвідомлення себе як виразника інтересів держави. Лікар повинен брати участь в управлінні державою, пропагувати гуманізм, добро, людяність, бути активним учасником громадського життя в своєму населеному пункті, обговорювати і вирішувати проблеми сьогодення, долучатись до мирних зібрань на підтримку прав і свобод народу, пропагувати демократичні цінності суспільства.

Сьогодні прикладом високої громадянської позиції українських лікарів стала їх участь у подіях на Майдані. Більше, ніж 1500 медиків під кулями рятували життя мирних людей, які вийшли відстоювати свої права жити в демократичній державі. Медичні працівники виявляли особливу увагу до постраждалих активістів Майдану і працювали практично цілодобово.

Таким чином, громадянська свідомість, потреба в суспільній та професійній діяльності, почуття обов'язку та морально-етичні якості є елементами активної громадянської позиції лікаря, що в свою чергу є запорукою розбудови демократичного суспільства.

## ФІЛОСОФІЯ ТВОРЧОСТІ РІЧАРДА БАХА НА ПРИКЛАДІ ПОВІСТІ-ПРИТЧІ «ЧАЙКА НА ІМ'Я ДЖОНАТАН ЛІВІНГСТОН»

**Виконавець:** Ваценко А.І. – студ. II курсу мед.ф-ту №1

**Науковий керівник:** доц. Салій А.В.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Події повісті – притчі Річарда Баха «Чайка на ім'я Джонатан Лівінгстон» концентрують увагу на філософських проблемах сучасності, що є надзвичайно актуальними у наш час: добро і любов, взаємовідносини батьків і дітей, «приземлені» турботи буденності і прагнення до високої мети шляхом самовдосконалення, пошук сенсу буття і призначення людини на Землі, самореалізації особистості та прояву її талантів.

Наукова новизна роботи полягає у глибокому аналізі системи образів, конфліктів та символіки твору. У філософському контексті, «Чайка на ім'я Джонатан Лівінгстон» - символ безмежних можливостей кожного, хто вірить у себе і прагне до вдосконалення. Джонатан – волелюбний борець, а його Політ – своєрідний символ свободи; Небо – людське життя, в якому прихована істина.

Мета – розкрити філософську проблематику, яку несуть художні образи повісті-притчі Річарда Баха «Чайка на ім'я Джонатан Лівінгстон».

Дослідження проводилося методом опрацювання літератури, присвяченої Річарду Баху та його повісті, проведення детального аналізу художнього тексту. Вивчення дало змогу розділити твір на 3 частини – етапи духовного самовдосконалення Джонатана Лівінгстона. Перший етап – ідеї свободи та пізнання істини. Лівінгстон досягає того, що час і простір не мають влади над ним, розвиваючи техніку польоту. Другий етап – досягнення досконалості. Джонатан спілкується з Учителем, пізнаючи світобудову, і невдовзі сам займає його місце. Третій етап – любов і прагнення поділитися знаннями з учнями. Паралельно можна виділити чіткий сюжетний трикутник: земля – небеса – земля, де «Небеса – це не місце і не час. Це досягнення досконалості». Так автор підводить читача до головної думки: «життя не вичерпується їжею, боротьбою і владою в Зграї», «сенси життя в тому, щоб досягти досконалості і передати це знання іншим».

Висновки: зміст літературно – художнього твору є відображенням світогляду письменника: не буває ідеалів, не буває досконалості, не буває меж. Життя прекрасне тому, що ми живемо і можемо творити його самі: «Ми вільні – і тому вільні йти куди схочемо і бути собою всюди, де б ми не перебували».

Даний твір глибоко впливає не тільки на почуття, а й на розум людини, збагачує її духовно, допомагає пізнати самого себе і своє життєве призначення, укріплює волю у боротьбі за високі людські ідеали, підвищує суспільну активність людей, робить їх морально чистими і благородними, адже для сприйняття краси і добра оточуючого людина сама повинна бути душевно-красивою, щедрою. Чим частіше вона ставитиме питання про сенс життя, тим глибшим, добрішим і розумнішим воно буде. Життя не повинно розсипатися на дрібниці, розмиватися у повсякденних турботах.

Людина сама вирішує, як вчинити, в тому чи іншому випадку, яке і коли прийняти рішення, але ми є справедливими, благородні і добрі настільки, наскільки підготовлені до цього: «Щоб роздивитись головне, потрібно користуватися розумінням. Ти все знаєш, необхідно тільки зрозуміти це. І тоді відразу стане ясно...».

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФЕНОМЕНУ ЗАЗДРОСТІ В КОНТЕКСТІ ФІЛОСОФІЇ І МЕДИЦИНИ

**Виконавець:** Григор'єва А.В – студ. II курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник:** к.філос.н. Ющенко Ю.П.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава*

Останнім часом неабияку увагу серед фахівців різних галузей соціального та гуманітарного знання викликає феномен заздрості. Дослідницький інтерес вчених обумовлений не лише теоретичними труднощами пізнання цього складного феномену, а й соціальною та антропологічною кризою.

Перші філософські трактування феномена заздрості знаходимо у працях античних мислителів - Ксенофонта, Демокріта, Платона, Арістотеля, Епікура, Сенеки. Істотний внесок у розробку вказаної теми зробили середньовічні мислителі. Вивченню феномену і концепту заздрості присвячено чимало праць новоєвропейських мислителів, зокрема Ф. Бекона, Т.Гоббса, Р.Декарта, Б.Спінози, Ж.Ж. Руссо, І.Канта, А.Шопенгауера та ін. Загальним в інтерпретації явища заздрості у цих філософів було розуміння даної категорії як глобального, універсального, загальнолюдського явища, що характеризується деструктивними функціями.

Метою нашого дослідження є обґрунтування деяких аспектів феномену заздрості в контексті філософії і медицини. Заздрість можна інтерпретувати як стан, почуття, переживання неприязні до іншої людини, по відношенню до її щастя, благополуччя, успіху, моральності, культурному рівню або матеріальної переваги. Заздрість - визнання переваги, успіху, благополуччя іншого, поєднане з почуттям досади, ворожості до процвітаючого. Заздрість експонує вибагливі бажання мати, володіти на рівні іншого або навіть перевершувати його, домінувати. Будучи породженою конкурентним почуттям, інтенція заздрості спрямована на прагнення зруйнувати цю перевагу, усвідомлюване, або деклароване як усунення несправедливості. У системі людських екзистенцій, заздрість знаходиться в ряду таких феноменів як страждання, страх і самотність, що носять негативний, руйнівний характер.

Феномен заздрості проявляється на трьох рівнях і аналогічно впливає на самооцінку і поведінку особистості. Рівень свідомості – усвідомлення більш нижчого свого положення, може сприйматися як даність і не спричиняти значного дискомфорту. Рівень емоційного переживання – почуття досади чи роздратування, що може спричинити аутоагресію, почуття неповноцінності, ущемлення самолюбства та несправедливості долі. Рівень реальної поведінки – руйнування, усунення предмета заздрості. Яскраво виражена агресія, за якої ведучим мотивом поведінки стає заздрість.

Розглядаючи заздрість як певний психологічний стан, на нашу думку, важливим є вивчення його впливу на здоров'я людини.

## ІСТОРИЧНА ДОЛЯ КРИМУ: ВІД НАЙДАВНІШИХ ЧАСІВ ДО СЬОГОДЕННЯ

**Виконавець:** Дондик К.В. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** доц. Ставицька Н.П.

**Кафедра філософії та суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Україна - велика наша держава, багата і прекрасна. Різні країни воювали за наші родючі лани та поля, роздирали територію нашої держави по частинам. Були ми і під Москвою, і під монголами, і під Польщею, під Литвою...

Формування території нашої країни мало довгий і складний шлях. Пройшовши політичними та економічними теренами, вона крок за кроком набувала тих кордонів, які ми бачимо сьогодні. Сучасна територія України остаточно була сформована за часів СРСР, а саме в 1954 році з приєднанням Криму до Української РСР.

Яку асоціацію визиває у нас слово «Крим»? Перед уявою починає мерехтіти сонце, в променях якого побликує море, стоять могутні Кримські гори, розпростерлися виноградники. На усі часи природа наділила Крим неповторною красою і багатствами. Недарма на цю територію здавна задивлялися інші народи Заходу і Сходу, Півночі і Півдня. Крим знаходиться у межах своєрідного кордону, розташованого північніше Чорного моря, по якому з Азії в Європу рухалися величезні міграційні потоки. Частина цих людських хвиль час від часу зупинялися в Криму, змішуючись з тими, хто жив на півострові. У синтезі різних культур і мов формувалася кримськотатарський етнос, відбувалася асиміляція українців, росіян, греків та інших народів. Найбільш чисельними народами є українці, росіяни та кримські татари.

Крим був своєрідним подарунком партійного керівництва, як знак дружби та довіри. Головним приводом цього стала трьохсот річниця з часів Переяславської Ради 1654 року, на якій, як вважали радянські вчені, було проголошено приєднання України до Росії. Можливо, і не було б такого жесту, але на той час Крим майже у всьому залежав від УРСР. Тоді це була територія в розрусі після довготривалої війни. І хто ж знав, що СРСР виявиться таким вже не «непорушним»? Залишився Крим у складі нашої країни, а разом з ним і проблеми кримськотатарського народу. Їх витокі сягають ще 1944 року, коли корінних жителів Кримської республіки – татар – депортовано до Узбекистану, як «неблагонадійних». Після розпаду СРСР вони масово почали повертатися до своєї батьківщини. Але українці заселили вже цю територію і поступатися нею аж ніяк не збираються. Тому і виникають постійні сутички, які інколи закінчуються дуже плачевно.

Головною метою моєї роботи є дослідження історії Криму починаючи з часів заселення території першими поселенцями аж до сьогодення. Особливу увагу я приділяла періодам війн і революцій, відлуння яких впливає на ситуацію в Криму ще й сьогодні. Актуальність дослідження обумовлена 60-річчям приєднання Кримської області до України, яке широкі кола громадськості будуть відзначати 2014 року.

## СТАН МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ У НАШ ЧАС

**Виконавці:** Пацкевич Ю.С.- студ. I курсу стомат. ф-ту.

**Науковий керівник:** кандидат філософських наук доцент Салій А.В.

**Кафедра філософії й суспільних наук**

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Етична сторона діяльності сучасного лікаря стає більш складною, в наш час населення все більше і більше висловлює свої претензії до лікарів у формі скарг на те, що останні не відповідально дбають про стан їх здоров'я. Тому я вважаю актуальним для студентів медичних вузів розуміти саму суть поняття «медична етика», та безпосередньо історичний розвиток даного питання.

Підґрунтям для написання наукової роботи були надбання видатного лікаря давності Гіппократа, який першим спробував систематизувати правила медичної етики на основі багатовікового досвіду медицини, у своїх відомих працях «Клятва», «Про лікаря», а також праці перших російських клініцистів С.Г. Зибеліна, М.Я. Мудрова, Д.С. Самойловича, І.Є. Дядьковського, Н.І. Пирогова, С.П. Боткіна. Проте загального дослідження, щодо стану медичної етики у наш час з урахуванням результатів опитування лікарів різного профілю не проводилося.

Мета проекту полягає у з'ясуванні професійної поведінки лікарів протягом розвитку людства та її відповідність до певних вимог як раніше, так і в наш час.

Для досягнення поставленої мети в науковій роботі визначено такі завдання: Проаналізувати суть поняття «медична етика» та «деонтологія». Провести опитування лікарів із різним досвідом роботи та узагальнити результати. Збір інформації у пацієнтів про їх бачення цієї проблеми.

Методи дослідження: накоплення та відбір фактів, встановлення зв'язків між ними, формалізація отриманих даних. Результат дослідження: сформувати повну картину стану медичної етики у наш час, порівняти отриманні результати дослідження з раніше знайденими фактами.

Таким чином, в порівнянні з лікарем жодному представнику будь якої професії не доводиться так глибоко та гостро занурюватися у життя людини з якою працює, але в зв'язку з сучасним науково-технічним прогресом у медицині, який приводить до механізації та шаблонізації при лікуванні пацієнта, особистий підхід лікаря до останнього, розуміння хворого, відходять на задній план, а разом із тим погіршується якість лікування.

## ФЕНОМЕН АУТИЗМУ В МЕДИКО-ФІЛОСОФСЬКОМУ КОНТЕКСТІ

**Виконавець:** Пінчук В.В. – студ. II курсу мед.ф-ту

**Науковий керівник:** к.філос.н. Ющенко Ю.П.

**Кафедра філософії й суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава*

Аутизм протягом останніх десятиліть все частіше стає об'єктом уваги спеціалістів різного профілю. Інтерес до цієї проблеми зумовлений як певними досягненнями у галузі клінічного вивчення синдрому, так і недостатнього вирішення невідкладних практичних питань терапії та психолого-педагогічної корекції. У вітчизняній психології практично відсутні дослідження, де з'ясовуються закономірності і характеристики, притаманні картині світу дитини-аутиста. Питання про те, які обставини життя аутиста сприяють позитивній динаміці його стану, а які – ні, все ще залишається недостатньо вивченим. Неабиякий інтерес викликає і проблема взаємозв'язку аутизму та геніальності.

У своєму дослідженні ми мали на меті обґрунтувати особливості феномену аутизму в медико-філософському контексті.

Поняття «аутизм» викликає безліч різнопланових асоціацій. Деякі вітчизняні психіатри вважають, що такого діагнозу взагалі нема, а сам аутизм – розумова відсталість або рання шизофренія; а на рівні побутової психології таких дітей ототожнюють з «окультною сенсацією» – так званими «дітьми індиго», або – з явищем усамітнення та відчуження, характерним для більшості людей нашого часу.

Термін «аутизм» (від грец. αὐτός — сам) належить швейцарському психіатрові Ейгену Блейлеру (1911), який першим застосував його для визначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії (від грец. σῆζω — розсікаю, розділяю і φῆν — душа, розум). А описав «аутистичні порушення емоційного контакту маленьких дітей» 1943 року американський психіатр Лео Каннер, якому належить термін «ранній дитячий аутизм» з причин раннього (від народження) прояву цього синдрому.

У дітей-аутистів виявлена аномальна схема активності, яка розташовується у вентральньо-темпоральному відділі кори головного мозку. Цей розлад характеризується вираженим і всебічним дефіцитом спілкування та соціальної взаємодії, досить обмеженим колом інтересів, відсутністю контактів з оточуючим середовищем, тенденцією до повторення однієї і тієї ж дії тощо. За твердженнями вчених, причина аутизму - мутаційна генна перебудова, яку поки не дослідили.

Загальні інтелектуальні здібності при аутизмі зазвичай знижені. Основна причина в тому, що в аутистів працює інша схема активації зони кори мозку, що відповідає за розпізнавання предметів та осіб. Є випадки, коли невербальний інтелект у нормі або високий. Так аутистам з феноменальними здібностями приписують «синдром саванта». Досить часто мовлення аутистів є монологічним, не спрямованим на співбесідника або аудиторію слухачів. Існує також група нетипових аутистів, які краще розмовляють, ніж рухаються. Аутисти сприймають наш світ інакше. Зовнішню або внутрішню інформацію вони схоплюють фрагментарно і непослідовно, при цьому окремі враження довкілля настільки захоплюють усі їхню увагу, що роблять їх нечутливими до сприймання всього іншого, а передусім – до здатності синтезувати фрагменти дійсності у повну реальну картину. Аутист перебуває не у своєму внутрішньому світі, а у *світі своїх чуттєвих вражень* (образів, звуків, дотиків тощо) від навколишнього світу.

Аутизм слід відрізняти від розумової відсталості, психозу, а своєчасна реабілітація дитини з ранніх років життя дозволяє у багатьох випадках досягнути позитивних результатів у соціальній адаптації, що сприяє більш повноцінній життєдіяльності.

## ДЕРЖАВОТВОРЧА ДІЯЛЬНІСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАДИ Й ГЕТЬМАНАТУ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

**Виконавець:** Плисюк Н.П. – студ. I курсу стомат. ф-ту

**Науковий керівник:** старший викладач Зінченко Н.О.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Історія українського народу багатогранна. XXI століття диктує свої умови існування та виживання. Перед молодістю Україною зараз постає важливе питання: пошуку методів та шляхів розвитку держави. Від вибору політичного вектора залежить майбутнє нації та наших дітей. Саме величезною заслугою Української Центральної Ради (далі – УЦР) та її проводу було те, що, вона поновила в Україні державницьку свідомість, приглушену двома віками російської окупації. Центральна Рада перейшла разом з усією Україною протягом року величезну еволюцію – від підданства – через автономію – до незалежної Української Держави. Головне, що зробила Центральна Рада – визнання прав українського народу на власну державу, культуру, мову: поклала фундамент для української школи, сприяла заснуванню українських університетів, забезпечила вихід України на світову арену як об'єкта міжнародного права, розробила першу Конституцію Української Народної Республіки (далі – УНР).

Актуальність обраної теми полягає у тому, що на початку XX ст. використовувалися різні шляхи й методи розбудови незалежності української держави. У політиці як Центральної Ради так і гетьманату П. Скоропадського можна виділити як позитивні, так і негативні моменти, які потрібно враховувати при розбудові молоді незалежної української держави.

Метою роботи є аналіз й порівняння державотворчої діяльності Центральної Ради та Української Держави Павла Скоропадського. Виходячи з мети, дослідник ставить такі завдання: розкрити питання про державний устрій України в засадничих документах Української Центральної Ради та Гетьманату; охарактеризувати політику відродження соборності України національних урядів; дослідити процес втілення концепції побудови правової держави.

Під час написання науково-дослідницької роботи було використано наступні методи наукового дослідження: аналізу інформації, порівняння, систематизації і узагальнення й принципи: історизму, об'єктивності, науковості тощо.

Українська гетьманська держава не була якимось збоченням на шляху української революції початку XX ст. За більшістю засадничих питань вона повністю успадкувала те, що було напрацьовано УНР доби Центральної Ради, відмовившись тільки від крайнощів її соціалістичних експериментів. Гетьман продовжив і розвинув державотворчі процеси, започатковані його попередниками у той момент, коли вони виявились неспроможними далі розбудувати державу, а Центральна Рада, як парламент і державна форма, практично вичерпала свої позитивні ресурси.

Отже, доба Центральної Ради та Української Держави П.П. Скоропадського – з березня 1917 по грудень 1918 років, - увійшла в історію української революції як уряди добрих намірів і великих задумів, внесок яких у національно-державницьку думку України та багатьох галузей господарства і життя держави важко переоцінити.

## ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ТА ОРІЄНТИРИ РОЗВИТКУ

**Виконавець:** Рожков В. О. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту.

**Науковий керівник:** к.н.держ.упр. Гладка Т. І.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Державна політика у галузі охорони здоров'я – це напрям дій держави щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян України. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Питання розвитку цієї сфери є актуальним, адже на сьогоднішній день наша країна намагається відповідати європейським стандартам. Одним із найголовніших завдань держави є забезпечення довгострокової політики формування сприятливого середовища для збереження здоров'я, підвищення якості та тривалості життя громадян.

У нормативно-правових актах зазначено, що державна політика в сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Але, на жаль, в Україні спостерігається найвищі темпи зменшення кількості населення в Європі. Зменшилась середня тривалість очікуваного життя на 5-10 років та збільшилась смертність серед працездатного населення від 25 до 45 років, виріс рівень захворюваності на інфекційні хвороби, та збільшилась дитяча смертність.

Серед основних проблем забезпечення охорони здоров'я громадян України є:

1) неналежне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; 2) провадження сучасних медичних технологій; 3) недосконала організація системи надання медичної допомоги; 4) недофінансування галузі та нераціональне використання бюджетних ресурсів.

Як бачимо, ситуація в Україні є досить критичною, і потребує спрямованого розвитку. Основними орієнтирами державної політики мають бути доступність і якість забезпечення рівного доступу всіх груп населення до медичної допомоги. Формування державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні повинно здійснюватись відповідно до міжнародних стратегій і принципів. Сьогодні необхідно посилити заходи з попередження захворювань, активно проводити соціальні реклами спрямовані на здоровий спосіб життя, та на збільшення народжуваності. Запровадити систему всебічного фінансування системи, та збільшення оплати медичним працівникам залежно від рівня кваліфікації. Також забезпечити кожного пацієнта кваліфікованою медичною допомогою.

Таким чином, існуюча система охорони здоров'я в Україні має багато проблем і потребує сучасних стандартів здоров'я та медичної допомоги.

## ЄВРОПЕЙСЬКІ ЦІННОСТІ У СПРИЙНЯТТІ СТУДЕНТАМИ М. СУМИ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

**Виконавець: Сай Б.М. – студ. I курсу стомат. ф-ту**

**Науковий керівник: к.н.держ.упр. Гладка Т.І.**

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава*

Нині надзвичайно актуальними для України є вирішення політичного питання щодо подальшого напрямку її розвитку. Як відомо, думки українських громадян відзначаються деякою поляристичністю: одні – прихильники входження до ЄС, інші – прагнуть в Митний Союз. Від правильності цього вибору залежить доля країни, її цілісність і добробут. Тому сьогодні особлива роль відводиться студентській молоді як будівничим майбутнього нашої держави.

В контексті цієї проблеми нами було проведено соціологічне опитування студентської молоді м.Суми. Завданням дослідження було виявити розуміння, сприйняття та ставлення студентства міста до європейських цінностей.

Європейські цінності в їх загальному вигляді зрозумілі кожному – це легітимність влади на основі її виборності; свобода політичної та економічної конкуренції; рівність перед законом, суд рівних; соціальна солідарність; громадянські свободи; захист навколишнього середовища; захист культурної спадщини європейської цивілізації; громадянськість; інтернаціоналізм.

Результати дослідження показали: близько половини опитаних (41,4%) вважає, що потрібно підписувати договір з Євросоюзом і лише 12,1% підтримує Митний Союз з Росією. 20,7% респондентів вважає, що Україна має зберегти свій суверенітет і не приєднуватися до жодних подібних міжнародних організацій.

Доволі показово, що ідентифікація себе як європейця пов'язана із ставленням до євроінтеграції. 63,8% респондентів вважають себе європейцями. Із них 51,4% є прихильниками євроінтеграції. У той час, як серед тих, хто такими себе не вважають лише 23,8%. Серед останніх значно більше прихильників Митного союзу (23,8% проти 5,4% серед "європейців") та позаблокового статусу України (28,6 проти 16,2% серед "європейців"). Для 58,6% респондентів поняття «європейські цінності» є невідомим.

Така ситуація, на нашу думку, викликана непослідовністю зовнішньополітичного курсу України, відсутністю цілеспрямованого проєвропейського курсу. Також це може бути свідченням недостатньо великої зацікавленості студентів європейським життям, елементарної необізнаності, пов'язаної з суто індивідуальними причинами.

З тих, хто чув, читав, бачив, уявляє що таке «європейські цінності», 55,3% вважає що це свобода, 47,4% – рівність, 44,7 – дотримання прав, 31,6% – справедливість. Щодо розуміння молоддю поняття «європейські цінності», то відповідь була передбаченою, що 60% не знають та не розуміють, що воно означає.

Саме такі показники підтверджують наукову новизну та практичне значення проведеного нами дослідження. Відповідно, ті студенти, які розуміють це поняття підтримують курс на євроінтеграцію або вагаються у відповіді, хоча навіть 45% тих, хто не зовсім розтлумачує цю дефініцію, підтримують ЄС.

Тому, стратегією подальшої державної інформаційної політики України щодо європейської інтеграції має бути активний перехід на сучасні європейські методи роботи, забезпечення вільного доступу до суспільної значимості, захист честі і гідності особистості, сприяння відкритості та прозорості в роботі органів державної влади, вивчення корисного досвіду інших європейських країн у сфері інтеграційних процесів.

Отже, інтеграція до Європейського Союзу є шансом для України остаточно перетворитися на стабільну державу, яка володіє незаперечними перспективами на майбутнє.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ В ТРУДАХ АВИЦЕННЫ

**Исполнитель: Салимов Г. – студ. II курса мед. ф-та**

**Научный руководитель: доц. Кустарева Л.П.**

**Кафедра философии и общественных наук**

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Проблема взаимосвязи философии и медицины не есть новой в истории человека культуры. Но в наше время проблема приобретает особую актуальность в наше время когда новые открытия в медицине по новому ставят проблему ответственности ученого его мудрости возможность понять взаимосвязь современного мира.

Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры; их тесная связь проявляется в близости предметов исследования (изучение человека, его личности и влияния общества на личность), сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностной ориентации. Несмотря на разные направления деятельности и разные пути поиска истины (медицина выбирает на заре своего существования путь практического действия, философия – путь теоретического обобщения и рефлексии), обе они решают одну и ту же проблему – проблему выживания человечества на Земле, проблему самоопределения человека как природного и культурного су-

щества. В этом вопросе философия и медицина не могут не объединить свои усилия, поскольку порознь они лишены цельности – философия удаляется от эмпирии, «витаает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях.

На всем протяжении истории культуры идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека претворялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей. В результате чего сложилась особая отрасль знания – философия медицины, которая призвана обобщить имеющиеся практические знания о человеке как биологическом и социальном, материальном и духовном существе и найти адекватные пути адаптации человека к окружающим условиям жизни.

Симбиоз философских и медицинских идей представляет собой древневосточная мудрость, заключенная в египетской книге мертвых, индийских ведах, в учении китайских даосов (учение о бессмертии), а так же в трудах врачей – философов Востока (например, Авиценна). Основой восточной философии медицины всегда оставался принцип системности в изучении микро- и макрокосма, особенностью – рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в которой неразрывно связаны дух и тело; болезни тела здесь рассматриваются, прежде всего, как болезни духа, соответственно лечение болезни – это прежде всего восстановление душевного равновесия и духовного здоровья. В Древней Греции – колыбели философского знания – философия и медицина так же тесно сотрудничают и взаимообогащаются. Их объединяет стремление разобраться в человеческой психике, попытка ответить на вопрос, что есть человек, какова (личная и общественная) ценность человеческого здоровья, является ли человек существом биологическим или социальным (эти вопросы рассматриваются в работах таких знаменитых древнегреческих врачей и философов как Эмпедокл, Аристотель, Гиппократ и др.)

## ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЇ САДИЗМУ І МАЗОХІЗМУ

**Виконавець:** Ткаченко Т. – студ. II курсу мед. ф-ту

**Науковий керівник:** к. філос. н. Ющенко Ю. П.

**Кафедра філософії і суспільних наук**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Садизм і мазохізм – явища, які, на перший погляд, відомі всім людям як два сексуальних збочення. Їм було присвячено безліч робіт психологів, істориків та сексологів. Проте навіть при такій широкій популярності люди, чиїми іменами були названі ці збочення, Маркіз де Сад і Леопольд фон Захер-Мазох, були забуті. Праці цих письменників широка аудиторія вважала нечитабельними, найчастіше через класичне уявлення про їх порнографічність. Чи справедливе таке ставлення? У чому причина критики праць цих письменників?

У своєму дослідженні ми мали на меті здійснити філософський аналіз психології садизму і мазохізму.

Ці поняття вперше було введено німецьким психоаналітиком Річардом Фрайхером фон Крафт-Еббінгом у 1886 році. Він використовував їх для характеристики перверсії, певної клінічної поведінки. Зігмунд Фрейд зауважив, що обидва явища поєднуються в одній і тій же людині. Звідси – поняття «садомазохізм». В цілому підхід Фрейда до розуміння сутності садомазохізму зводиться до уявлення про нього як про сексуальний феномен. Якщо садизм – це прояв активності, то мазохізм – перетворення активності у пасивність. Фрейд зазначав, що садистські і мазохістські прояви можна спостерігати не лише в невротиків, а й у здорових людей. Окрім того австрійський психоаналітик підкреслював деяку нечіткість вживання поняття «садизм», що стає причиною ототожнення його з агресивністю.

У наш час, коли мода диктує всюдозволеність, час неймовірного різноманіття субкультур, проблеми сексуальних відхилень стали дуже актуальними. Психічні розлади від перенасиченості життя приводять людину до пошуку нових способів розваги або розслаблення, часто такими стають занурення у світ садизму або мазохізму, хоча люди не до кінця розуміють сенс цих двох практик. Читаючи твори Сада, вони бачать тільки зміст, а читаючи твори Мазоха, тільки цікавий сюжет, забуваючи при цьому, що ці праці несуть у собі і філософський сенс, теорії ґрунтуються не тільки на отриманні задоволення від заповідання або отримання болю, а практика веде не просто до сексуального задоволення. Люди забувають, що садизм і мазохізм більш глибокі і цікаві явища, які мають багато питань, нерозгаданих до сьогодні.

Поняття садизму і мазохізму, вперше вживані у психіатрії для позначення певних сексуальних збочень, з часом проникають у буденну мову. Змінюючи семантичні відтінки, вони вживаються поза психіатричним контекстом. Відповідно змінюється і ставлення суспільства щодо цих феноменів та широке поширення їх і серед психічно нормальних людей, що викликає потребу у переоцінці існуючих наукових уявлень. Зокрема, сучасними психіатрами активно обговорюється питання про виключення садизму та мазохізму зі списку сексуальних девіацій.

## ФІЛОСОФІЯ ЗДОРОВ'Я

**Виконавці:** Федько М. В., Філімоненко К. О. – студ. III курсу відділення «Стоматологія»

**Науковий керівник:** викладач Рубан Л. С.

**Циклова комісія соціально-економічних та гуманітарних дисциплін**

*Медичний коледж №2, м. Харків*

По визнанню багатьох сучасних вчених, представників філософської, соціологічної думки, теоретичної й практичної медицини, людство прийшло до початку XXI в. у дуже нездоровому стані. На Всесвітніх конгресах філософів, соціологів, лікарів висловлені серйозні побоювання із приводу катастрофи, що насувається, погіршується здоров'я людей і обумовленого ними саморуйнування й самознищення людства. Називаються й строки повільного суїциду – по самих оптимістичних прогнозах – через 90-100 років.

Здоров'я – одна з найважливіших фундаментальних проблем, розв'язати яку людство прагнуло завжди, тому що мова йшла про життя й смерть, про стан людини між народженням і смертю. Цей стан дивний: коли є здоров'я – його не почувають; як тільки його втратили – з'являється біль – зла, підступна, нестерпна, вона сигналізує про неблагополуччя в нашій організмі. Цей стан – здоров'я людини, про який Сократ сказав так: «Здоров'я – усе, але без здоров'я – ніщо». Мудрість Сократа ще й в тому, що він мислив здоров'я на основі глибокого розуміння сутності і природи людини. Тому знаменитий філософ призивав: «Людина, пізнай себе».

Проїшло більш 1,5 тис. років, а людина як і раніше не може сказати, що вона пізнала себе, тому що ця задача встає знову й знову перед кожним з нас. І не тільки тому. Ще тому, що людство донедавна більше цікавило знання про відсталу речовину макро- і мікрокосмосу, якому присвячено 95% усієї письмової літератури. І тільки 5% наших знань відноситься до розуміння сутності живої планетарної речовини. При цьому щодо людини і його здоров'я знання складають менш 1%. Такий перекид у знаннях неминуче приведе людство до відставання у власній еволюції. Іс-



нують і більш категоричні висловлення вчених про те, що спостережувана тенденція до погіршення здоров'я жителів планети рано або пізно призведе до загибелі всього людства. Забруднення повітря, води, їжі, підвищена радіація, різке посилення психічних захворювань, погіршення генофонду людей – усе це загострює проблему виживання соціально-біологічного виду *Homo Sapiens*.

У цих умовах здоров'я перестає бути тільки особистою справою людини, воно стає проблемою життя й смерті етносу, соціуму в цілому. Тому потрібна нова філософія, що трактує цей стан як найважливішу людську цінність, що обумовлює більш повне й ціннісне осмислення природи й сутності людини як потенційної основи здоров'я. Згадаємо слова великого мислителя й художника Леонардо да Вінчі, що набагато випередили своє століття і передбачили проблеми XXI століття: «Треба зрозуміти, що таке людина, що таке життя, що таке здоров'я, і як рівновага, згода стихій його підтримують, а їх розбрат його руйнує й губить». Леонардо, високий, сильний і гармонічний проголошував: «Людина – це краса тіла й чеснота душі, у ній потрібно гармонізувати розум, почуття, здоров'я, силу, красу. Нехай кожний з нас щодня робить хоч маленьке добро, – тоді світ стане добрим і людським».

У Стародавній Індії й Китаї, Тибеті й на Середньому Сході наука про здоров'я ніколи не розглядалася окремо від філософії Всесвіту, Космосу. Здоров'я людини вважалося органічною частиною життєдіяльності, ритмів, «подиху» Всесвіту. І коли знаменитий лікар Авіценна пише про своє прагнення зайнятися медициною, він починає її вивчати поряд з філософією життя й логікою. Тільки цілісне уявлення про Всесвіт, природу, її ритми в житті людини дали можливість великому лікареві зрозуміти таємницю здоров'я.

Життєві процеси на нашій планеті піддаються впливу різних ритмів. Ритми живих істот взаємодіють із ритмами магнітного поля Землі, активності Сонця, космічних впливів. Ритм є невід'ємною частиною, істотним регулятором творіння, які живуть на Землі.

Переважає урбанізаційне середовище, напружений, не збалансований темп життя здатні привести до десинхронозу – неузгодженості споконвічно приписаних людині природою біоритмів і ритмів сучасного життя. Десинхроноз рано або пізно обертається розладами людської психіки – появою неврозів і неврозоподібних станів.

Соціально-філософська концепція здоров'я заснована на досягненнях природничо-наукових дисциплін (біології, фізіології, генетики, біоритмології), а також гуманітарних наук (антропології, валеології, етнології). Відповідно до цієї концепції, світ – це гармонія, але гармонія не статична, а динамічна, що змінюється, суперечлива, що безупинно зникає, але постійно прагне до відновлення й відродження. Тому здоров'я людини розуміється як стан відповідності життєдіяльності організму природної гармонії, а порушення цієї відповідності як дисгармонія (хвороба).

У людському організмі, як і в природі, спостерігаються суперечливі процеси, один з яких спрямований на руйнування гармонійного стану, другий – на його відновлення. Цими процесами керує, насамперед, дух, розум на основі усвідомлення зовнішнього для людини середовища.

Принцип саморегуляції в життєдіяльності людини, у його здоров'ї й хворобі визнається як найважливіший, але не єдиний. Крім того, саморегуляція відповідно до інстинкту самозбереження може бути спрямована на оздоровлення й продовження активного довголіття. І, навпаки, індивід може свідомо направляти свої життєво важливі процеси на руйнування власного фізичного, інтелектуального й духовного здоров'я. Є безліч чоловіків і жінок, молодих людей і навіть дітей, що повільно руйнують себе палінням, споживанням наркотиків і великої кількості алкоголю, неправильним харчуванням й нездоровими звичками.

Дослідники свідчать, що існує, як мінімум, три типи ставлення українського населення до свого здоров'я: самозберігаюче, байдуже й саморуйнівне. Вони породжують відповідні типи поведінки, зв'язані у своїх крайніх проявах зі здоровішим способом життя (оздоровчі вправи, нормальне харчування і т.д.) і руйнівним способом життя (наркоманія, алкоголізм, пияцтво і т.д.).

Ми маємо глибоке переконання, що існує реальний вихід із критичної ситуації, і бачиться цей вихід у керованій соціоприродній еволюції на базі суспільного інтелекту. Значні групи молодих людей просто не замислюються про своє здоров'я, вважають, що природа зробила такий «подарунок» на все життя. Яким би не було законодавство про здоров'я, фінансування системи охорони здоров'я, особистий матеріальний добробут, але найважливішим фактором для здоров'я є відповідальна поведінка особистості. Усвідомивши для себе, що тільки комбінація духовного й фізичного оздоровлення може бути надійним ключем до безцінного дарунка природи – до здоров'я, студент-медик у процесі практичної підготовки повинен донести думку про необхідність вибору творчої моделі поведінки стосовно свого здоров'я до свідомості інших суб'єктів діяльності.

## Зміст

### СЕКЦІЯ №1 КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: ТЕРАПЕВТИЧНІ ДИСЦИПЛІНИ

DYNAMICS TREATMENT OF SPASTICITY AT THE PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS Performer: Al Azzawi Bahaa Al Deen Fathel - students of the IV course medical faculty.....	4
MODERN CLINICAL PICTURE OF DRUG ALLERGY Executant: Chude James Obisie student of 27 group V course medical faculty.....	4
Клініко-епідеміологічні особливості хронічного гепатиту С у ВІЛ-інфікованих пацієнтів Виконавець: Бабенко В.І.-студ.5 курсу мед.ф-ту.....	5
АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ПРИ ТЕЛА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ Виконавці: Батура Н.О., Скорик І.О., Омелян І.А. – студ. 5 курсу мед. ф-ту.....	5
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОНАРТРОЗУ Виконавці: Батура Н.О., Скорик І. О., Омелян І. А. – студ. V курсу мед-ф-ту.....	6
ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ М'ЯКОТКАННОЇ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДРАБИНЧАСТОГО М'ЯЗА Виконавці: Бобко Є. М. – студ. 4 курсу мед ф-ту №1; Яременко О.О. – студ. 6 курсу мед ф-ту №1.....	6
Особливості Ремоделювання серця у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу Виконавці: Боровець К.В., Чижик М.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту № 1.....	6
Клінічна оцінка лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень методом розвантажувально-дієтичної терапії Виконавці: Бочкарьов М.О. – студ. III курсу мед. ф-ту.....	7
Порівняльна характеристика сучасних пероральних цукрознижувальних препаратів, ефективність використання їх комбінацій та вплив на розвиток серцево-судинних ускладнень Виконавець: Бубир Л.М. – студ. V курсу мед. ф-ту №2.....	8
Особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, поєднаної з хронічним панкреатитом Виконавці: Булатецький О.Л., Пушко О.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1.....	9
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Исполнители: Василенко М.С. - студ.III курса стом.ф-ту.....	10
МИТОХОНДРИАЛЬНА ТОКСИЧНІСТЬ КСЕНОБІОТИКІВ. ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ Виконавці: Васько М.Ю. – студ. I курсу стомат. ф-ту, Лимар М.А. – студ. IV курсу мед. ф-ту.....	10
НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРОМЕНЕВІЙ ДІАГНОСТИЦІ (РАДІОІЗОТОПНА ДІАГНОСТИКА, МРТ, КТ) Виконавці: Желіба Ж.В., Трубецький М.В. – студ. III курсу мед. ф-ту.....	10
визначення бронхіальної прохідності у курців Виконавці: Збарський Д., Соболев Р.О. – студ. III курсу мед. ф-ту.....	11
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ Виконавець: Корж Я.О. – студ. IV курсу, мед. ф-ту.....	12
Потенційні можливості використання $\alpha$ -ліпоєвої кислоти при вертеброгенних радикулопатіях Виконавці: Костенко К.О., Чернова Т.Р. – студ. IV курсу мед. ф-ту.....	12
ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН ЖОРСТКОСТІ СУДИН У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ Виконавець: Криворучко І.Г. – студ. VI курсу I мед. ф-ту.....	13
ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2011-2013 РОКАХ Виконавець: Кузьменко Д.В. – студ. V курсу мед. ф-ту.....	13
РОЛЬ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ Виконавці: Кулинич І.О., Федченко В.А. – студ. IV курсу мед. ф – ту №1.....	14
ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, АСОЦІЙОВАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Виконавець:Кулінка О.С. – студ.V курсу мед.ф-ту.....	14
АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТІЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ Виконавець: Лопушняк А.С.– студ. 4 курсу мед.ф-ту.....	15
СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗКИ З ЧИННИКАМИ РИЗИКУ – МОЖЛИВИЙ ШЛЯХ ДО ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ Виконавці: Медет А.Я., Саприкіна М.С., Селіщева Н.О., Таланкіна Є.О., Терех Д.І. – студ. від. «Сестр.справа-бакалавр» .....	15

Ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони у хворих на гострі лейкемії в динаміці поліхіміотерапії: фактори ризику Виконавці: Микитенко О.Ю., Муратова О.В., Савлук О.В.– студ. IV курсу II мед. ф-ту.....	16
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я Виконавці :Осипенко Є.В.– студ. II курсу мед.ф-ту .....	16
ПСИХОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ Виконавці: Павленко А.В.– студ. IV курсу мед. ф-ту.....	17
ЧАСТОТА ТА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТА РЕЦИДИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ Виконавці: Палько В.С., Кравцова К.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту.....	17
ЧАСТОТА Й ПРЕДИКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ Виконавець: Пушко О.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1 .....	18
ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ формування есенційної артеріальної гіпертензії та гіпертрофії лівого шлуночку Виконавець: Сидорчук А.Р. – студ. III курсу, 1-го мед. ф-ту.....	18
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК В ПОКЛ ІМ.М.В.СКЛІФОВСЬКОГО – АНОМАЛІЯ ДЕНДІ-УОКЕРА З ВИРАЖЕНОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ Виконавці: Скорик М.В.– студ. 4 курсу мед. ф-ту. ....	19
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ, ЯКІ УСКЛАДНЮВАЛИ ПАНДЕМІЧНИЙ ГРИП ТА ГРВІ Виконавці: Тимошенко А.А., Панасенко Т.О., Корпан А.С. – студ. VI курсу мед.ф-ту №1.....	20
хронічна ішемічна хвороба серця та поліморбідність: механізми, тригери, особливості діагностики Виконавець: Третяк І.М., – студ. IV курсу мед. ф-ту №1.....	20
ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Виконавець: Шинкаренко В.С.– студ. III курсу стомат. ф-ту.....	21
ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ Виконавець: Шкроб Я.М. – студ. V курсу мед. ф-ту № 2.....	22
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МЕТОДОМ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ Исполнитель: Яковлева Д.В., – студ. III курса стомат. ф-ту.....	22
 <b>СЕКЦІЯ №2 КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ</b>	
Оцінка стану нутритивної підтримки хворих, які перебувають на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Виконавець: Алекса Я.М., Коробенко А.А.- студ. V курсу мед. ф-ту.....	23
ВАГИНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ Исполнитель: Ананченко Ю.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата.....	23
СТРУКТУРА ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ Виконавці: Бабаєв Т.О.- студ. VI курсу мед. ф-ту .....	23
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПЕРЕЛОМІВ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ НА ФОНІ ОСТЕОПОРОЗУ В ЖІНОК Виконавці: Войтенко К. М., Руденко А. В. – студ. V курсу мед.ф-ту.....	24
особливості мікотичних уражень верхніх дихальних шляхів Виконавці: Говтвяниця Н.В., Кононенко С.В.– студ. IV курсу мед. ф-ту.....	24
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНА Виконавець: Гришина І.С.– студ. IV курсу мед. ф-ту № 1.....	25
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА. Исполнитель: Зайцева В.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата .....	26
ПОРІВНЯННЯ ДЕКСКЕТОПРОФЕНУ ТА РОФЕКОКСИБУ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНІЙ АНАЛГЕЗІЇ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТOMІЇ Виконавці: Климів І.О.- студ V курсу мед. ф-ту, Муковоз Б.Т.- студ III курсу мед. ф-ту.....	26
ПРОБЛЕМА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В УРОЛОГІЇ Виконавець: Литвиненко С. В.– студ. VI курсу мед. ф-ту №1.....	27
СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ Виконавці: Луксен В.Б., Олексієнко Б.О. – студ. V курсу мед.ф-ту №2.....	27
РОЛЬ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ І БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ДІАГНОСТИЦІ І ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Виконавці: Мазурок І.О., Голоднік О.Е. - студ. I курсу сестр. справа.....	28

ПРОБЛЕМА СИНДРОМУ «ГОСТРОЇ КАЛИТКИ» У ДІТЕЙ	
<b>Виконавець: Максименко О.С. – студент IV курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>28</b>
ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В УРГЕНТНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	
<b>Виконавець: Максименко О.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>29</b>
Хірургічне лікування післяопераційних гриж черевної стінки методом «tension free» з використанням синтетичних матеріалів	
<b>Виконавець: – Мошура Д.В. студ. III курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>29</b>
Роль мікрофлори в розвитку різних форм дакриїциститів новонароджених	
<b>Виконавець: Наконечний Д.О. – студ. V курсу мед. ф-ту №1.....</b>	<b>30</b>
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ОСНОВНИХ ТИПІВ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ ВЕНОЗНОГО КРОВООБІГУ В СІТКІВЦІ	
<b>Виконавець: Нелень С.С. – студ. IV курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>30</b>
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ СОЧЕТАНИИ МИОМЫ МАТКИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ	
<b>Исполнитель: Сапрыкина М.А. – студ. I курса дневного отделения бакалаврата.....</b>	<b>31</b>
ВИКОРИСТАННЯ ЕФЕРЕНТНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ОПІКОВИХ ХВОРИХ	
<b>Виконавці: Солдатенко Л.П.-бак. 3 курсу сестр. справа, Добрева І.А.- бак. 2 курсу сестр. справа.....</b>	<b>31</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	
<b>Виконавці: Стародубова Л.М.– студ. 6 курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>31</b>
ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ	
<b>Виконавці: Филенко Я.М. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>32</b>
Тактика ЛІКУВАННЯ фронтитів із застосуванням малоінвазивних ендоскопічних технологій	
<b>Виконавці: Шульга К.Я. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>32</b>
УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ОПЕРАТИВНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ	
<b>Виконавці: Яременко О.О. – студ. VI курсу мед. ф-ту; Бобко Є.М. –студ. IV курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>33</b>

### СЕКЦІЯ №3 ПЕДІАТРІЯ

АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ СТАТУС ТА ОЦІНКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	
<b>Виконавець: Алекса Я.М., Кушніревич М.П. – студ. V курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>34</b>
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ НА ФОНІ АНТИСЕКРЕТОРНОЇ ТЕРАПІЇ	
<b>Виконавці: Бондарук В.В., Любич Ю.В. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>34</b>
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
<b>Виконавці: Бубир Л.М., Зимовець Л.Ю. – студ. V курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>35</b>
ВПЛИВ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА НЕГАТИВНИХ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ	
<b>Виконавці: Бубир Л.М., Зимовець Л.Ю.- студ. V курсу мед. ф-ту №2.....</b>	<b>35</b>
СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА	
<b>Выполнили: Грибовод В.В., Острополец А.С. – студ. IV курсу, мед. ф-ту №2. ....</b>	<b>36</b>
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ	
<b>Виконавець: Дем'янюк Я.Ю. – студ. V курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>36</b>
Результати мікробіологічного моніторингу пацієнтів з перинатальною патологією у Дитячій міській клінічній лікарні м.Полтави	
<b>Виконавці: Євтушина Г.П., Галайба О.В -студ. III курсу мед.ф-ту №2.....</b>	<b>37</b>
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	
<b>Виконавець: Куцик А.М. - студ. IV курсу мед. ф-ту №2.....</b>	<b>37</b>
Механізми формування гастроінтестинальної недостатності та її системні наслідки у новонароджених в критичних станах	
<b>Виконавці: Олексієнко Б.О., Лукзен В.Б. – студ. V курсу мед. ф-ту №2.....</b>	<b>38</b>
ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕМОРБІДНИХ ФАКТОРІВ ЯК ОСНОВИ РАННЬОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ	
<b>Виконавці: Паламарчук Д.В., Оскоменко М.М. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>38</b>
ВПЛИВ ПЕРСИСТУЮЧОГО ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6-ГО ТИПУ (HHV-6) НА ФОРМУВАННЯ ГРУПИ ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ	
<b>Виконавці: Резніченко Є.О., Статкевич Н.В. – студ. III курсу мед.ф-ту.....</b>	<b>39</b>
РОЛЬ ЗНАНЬ ЖІНКИ ЩОДО ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ЙОГО ПІДТРИМЦІ	
<b>Виконавець: Смолякова К.В. - студ. IV курсу мед. ф-ту.....</b>	<b>39</b>

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СУЧАСНОГО ПІДЛІТКА-КУРЦЯ	
Виконавці: Стародубова Л.М., Солоха А.Г. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....	40
ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ХОЛТЕР-МОНІТОРІНГУ ПРИ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНАХ У ДІТЕЙ	
Виконавці: Таран А.С., Трипольська К.І. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....	40

#### **СЕКЦІЯ №4 ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА**

STUDY OF UNDERSTANDING THE IMPORTANCE TO DEEP THE KNOWLEDGE ON HIV AMONG MEDICAL STUDENTS	
Performers Al Azzawi Bahaa Al deen Fathel, IV-th year, medical faculty.....	41
ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ М'ЯКОТКАННОЇ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДРАБИНЧАСТОГО М'ЯЗА	
Виконавці: Бобко Є. М. – студ. 4 курсу мед ф-ту №1; Яременко О.О. – студ. 6 курсу мед ф-ту №1.....	41
ПСИХОЛОГІЧНА І ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я ТА ЗАСОБИ ДО ЇЇ МОТИВАЦІЇ	
Виконавці: Бражник О.С.– студ.ІІ курсу, мед. ф-ту.....	42
ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	
Виконавці: Галько А.В., Дядькова В.С.- студ.1 курсу, мед. ф-ту.....	42
ДОСВІД ПОСТСОЦІАЛІСТИЧНИХ КРАЇН В ЕКОНОМІЧНОМУ РЕФОРМУВАННІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Виконавець: Гаркавенко М.О. – студ. 5 курсу, лікувальний ф-т.....	42
РОЛЬ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я	
Виконавець: Демиденко О.В.- студ. ІІ курсу стомат. ф-ту.....	43
Результати анонімного опитування щодо вживання тютюнових виробів, марихуани та ставлення до здорового способу життя	
Виконавець: Істратов Д.А., Телегань В.О.- студ. ІV курсу мед. ф-ту.....	43
ЖИТТЄВА ЄМНІСТЬ ЛЕГЕНЬ ЯК ПОКАЗНИК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ	
Виконавець: Коляда К. А. – студ. І курсу стомат. ф-ту.....	44
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ ЇЇ ВИВЧЕННЯ	
Виконавець: Коник Г. П. – студ. ІV курс мед. ф-ту №1.....	44
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДОРОСЛИХ З РІЗНОМАНІТНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Виконавці: Лаптева А.О., Васильчик А.А.-студ. ІІ курсу мед. ф-ту.....	45
ПОІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ З ПРОБЛЕМОЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	
Виконавці: Максименко Я.О. – студ. V курсу мед. ф-ту. ....	45
ІПОТЕРАПІЯ. АНАЛІЗ ПРОТИПОКАЗАНЬ ЗГІДНО МЕДИЧНИХ ПРОТОКОЛІВ В РІЗНИХ КРАЇНАХ	
Виконавець: Петреман Т.В. – студ. ІV курсу мед.ф-ту №2.....	45
АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ПОШИРЕННЯ ЗНАНЬ З ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ СЕРЕД СТУДЕНСЬКОЇ СПІЛЬНОТИ	
Виконавці: Просяник І.А – студ. курсу мед.ф-ту №2, Дейко І.А – студ. ІІ курсу мед.ф-ту. №1.....	46
ХРОНІЧНА ВТОМА І РУХОВА АКТИВНІСТЬ	
Виконавець: Саманова О.О.– студ. І курсу стомат. ф-ту.....	46
ПІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ГОСПОДАРСЬКО ПИТНОГО ВОДОПОСТАЧАННЯ В ГЛОБІНСЬКОМУ РАЙОНІ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Виконавці: Сінельник Ю.В, Борсук Ю.В. –студ. ІІІ курсу мед. ф-ту.....	47
РОЛЬ ЗНАНЬ ЖІНКИ ЩОДО ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ЙОГО ПІДТРИМЦІ	
Виконавець: Смолякова К.В. - студ. ІV курсу мед. ф-ту.....	47
ОЖИРІННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА	
Виконавець:Станіславчук Н.М.– студ. ІІ курсу стомат.ф-ту.....	48
ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ПРОФІЛАКТИКА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА	
Виконавець: Ткаченко Ю.С. - студ. І курсу мед. ф-ту №1.....	48
РОУП-СКІППІНГ ЯК ОДИН З НОВИХ ВИДІВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ	
Виконавець: Трибрат А.А. – студ. І курсу мед. ф-ту №1.....	49
ПІГІЄНІЧНА ОЦІНКА РАЗОВОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	
Виконавець: Трубецький М.В –студ. ІІІ курсу мед. ф-ту.....	49
ДИНАМІКА ТА ГЕОГРАФІЯ АБОРТІВ В УКРАЇНІ (2005-2012 РОКИ)	
Виконавці: Федченко В. А., Кулинич І. О. – студ. ІV курс мед. ф-ту №1.....	50
МЕТОД ПЛАНТОГРАФІЇ ЯК СКРИНІНГОВИЙ МАРКЕР ОРТОПЕДИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ	
Виконавець: Ярошенко П.В. – студ. 4 курсу, мед.ф-ту №1.....	50

## **СЕКЦІЯ №5 СТОМАТОЛОГІЯ ПІДСЕКЦІЯ №1 ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ**

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МІЦНОСТІ ФОТОПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ.

**Виконавці:** Байдо О. С., Рубцов А. О. – студ. V курсу, стомат. ф-ту.....51

ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНОЇ КІСТИ МАТЕРІАЛОМ АПЕСКДЕНТ З ЙОДОФОРМОМ

**Виконавці:** Василенко М.С. – студ. III курсу стомат.ф-ту.....51

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ

**Виконавець:** Глущенко Ю.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту.....52

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

**Виконавці:** Давиденко А.А. – студ. III курсу стомат. ф-ту .....52

ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНАМАЛІЯМИ

**Виконавці:** Даніленко В.В. – студ.V курсу стомат. ф-ту.....53

ЗВ'ЯЗОК ТЕМПЕРАМЕНТУ ЛЮДИНИ З ФОРМОЮ ЇЇ ЗУБІВ

**Виконавець:** Дмитраш І.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту.....53

ВИЗНАЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У СТУДЕНТІВ ІНОЗЕМНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

**Виконавець:** Кавеліна А.І. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту. ....54

СПІВПРАЦЯ ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА І ПЕДІАТРА ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

**Виконавець:** Каптуровська Т. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту.....54

ВІРОГІДНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

**Виконавці:** Корогод Т. В., Сузачов Д. П. – студ. II курсу стомат. ф-ту. ....54

РОЛЬ ВИМІРЮВАННЯ ЕЛЕКТРИЧНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ ПОРОЖНИНИ РОТА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

**Виконавці:** Криворучко К.Ю., Бралюк Є.О. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту .....55

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

**Виконавець:** Літавіра С.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту.....55

порівняльна оцінка стоматологічного статусу у вітчизняних та іноземних студентів Вднзу “УМСА”

**Виконавці:** Тюлюпа І.В., Юркевич А.В. – студ. IV курсу стомат. ф-та .....56

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВІД СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА

**Виконавці:** Шинкаренко В.С., Михайленко І.М. – студ.III курсу стомат. ф-ту .....56

СТОМАТОЛОГІЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ

**Исполнитель:** Юрченко И.С. – студ. 4 курса, стомат. ф-та. ....56

ЯК «ПОПАСТИ» В КОЛІР ПРИ ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЯХ?

**Виконавець:** Яковишен В.М. – студ. 3 курсу, стомат. ф-ту. ....57

ЗМІНИ БІОФІЗИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

**Виконавець:** Яковлева Д.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту.....57

## **ПІДСЕКЦІЯ №2 ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ, ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОДОНТІЯ**

ВІДНОВЛЕННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗА РАХУНОК УДОСКОНАЛЕНОЇ КОНСТРУКЦІЇ БІОГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗУ ПРИ ДВОХСТОРОННІХ ЕКЗОСТОЗАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

**Виконавець:** Асанов С.С. - студ. III курсу стомат. ф-ту .....58

ВИВЧЕННЯ МІЦНІСНИХ ТА АДГЕЗИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СВІТЛОПОЛІМЕРНИХ КОМПОЗИТІВ

**Виконавці:** Бані Н.О., Гергель Д.О., Жуковська Д.Р., Марцинюк М.М., Сай Б.М. – студ. I курсу стомат. ф-ту.....58

Порівняння ефективності тунельної та відкритої методик вестибулопластики

**Виконавець:** Василенко М.С. – студ. III курсу стомат. ф-ту. ....59

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОКРЕМИХ ВИДІВ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

**Виконавці:** Губеня Д.О., Каптуровська Т.В.– студ. 5 курсу стомат. ф-ту .....59

ПОРІВНЮЮЧА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО ТА ЖИТОМИРСЬКОГО РЕГІОНІВ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО – ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Виконавець:** Гувовська І.О. – студ. 4 курсу стомат. ф-ту.....60

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	
Виконавці: Давиденко А.А.-студ. III курсу стомат. ф-ту .....	61
ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНАМАЛІЯМИ	
Виконавці: Даніленко В.В. – студ. V курсу стомат. ф-ту .....	61
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОДИФІКОВАНОГО СПОСОБУ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ	
Виконавці: Дмитраш І.В.- студ. 3 курсу стомат. ф-ту .....	62
Застосування комп'ютерного прогнозування в естетичній ринопластиці	
Виконавці: Довженко А.В., Дячук К.О. – студ. V курсу стомат. ф-ту.....	62
БІОМЕХАНІКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ЇЇ ДЕФЕКТАХ У РІЗНИХ ТОПОГРАФІЧНИХ ЗОНАХ	
Виконавець: Дроздов М. В.- студ. V курсу стомат. ф-ту .....	63
Виготовлення металокерамічної коронки з ретенційним отвором при протезуванні на імплантатах	
Виконавець: Жалій М.В. – студ. III курсу стом. ф-ту .....	63
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Исполнитель: Золотов Л. А., - студ. V курса стомат. ф-та. ....	64
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ КЛЕЙОВИХ КОМПОЗИЦІЙ В ХІРУРГІЧНІЙ ПАРАДОНТОЛОГІЇ	
Виконавець: Каплун Д.В. – студ. V курсу стомат. ф-ту.....	64
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСКЛАДНЕННЯ ГІПЕРДОНТІЇ У ПАЦІЄНТА 27 РОКІВ	
Виконавці: Кафка М.Є. – студ. 3 курса, стомат. ф-ту; Блаженець Б.О., Петренчук В.О., Бондарець Б.В., Фіненко А.Ю.- студ. 4 курса, стомат. ф-ту .....	65
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРОГО З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, ЯКА УСКЛАДНЕНА ВТОРИННОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗНИЖЕНИМ ПРИКУСОМ	
Виконавець : Конончук В. Ю. – студ. V курсу, стомат. ф-ту .....	65
СНЯТИЕ ОТТИСКОВ С ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ ОТРЫТОЙ ОТТИСКНОЙ ЛОЖКИ	
Исполнители: Коноплян В.А, Пашков В.В. –студ. V курса стомат. ф-та. ....	66
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ	
Исполнитель: Кочакова Л.М. – студ. 5 курса стом. ф-та .....	66
СИМПТОМАТИЧНЕ ДВОСТОРОННЄ ЗБІЛЬШЕННЯ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ	
Виконавець: Короленко І.А. – студ. V курсу стомат. ф-ту .....	67
ВЕГЕТОСОМАТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У БЕЗЗУБИХ ХВОРИХ ПРИ АДАПТАЦІЇ ДО ПОВНИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	
Виконавці: Лисенко Т.В., Іваненко О.С. – студ. V курсу стомат. ф-ту .....	67
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІНИ ВИСОТИ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ЗУБІВ ЗІ СТАНОМ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ	
Виконавці: Малюченко О.М. – студ. IV курсу, стомат. ф-ту.....	68
ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	
Виконавці: Мерсени Рабаб, Курбанов Хайрула-студ. 5 курсу факультету підготовки іноземних студентів.....	68
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ	
Виконавці: Наріманов О.С., Ширіпа Я.М. – студ. II курсу стомат. ф-ту.....	69
РОЛЬ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПРИКУСІ, ЩО ЗНИЖУЄТЬСЯ, НАЯВНОСТІ ВТОРИННИХ ДЕФОРМАЦІЙ, ПРИ СКЛАДНИХ УМОВАХ ПРОТЕЗУВАННЯ	
Виконавці: Онанко Н.В., Фурсов В.А., Чечель Є.О. – студ. V курсу стомат. ф-ту .....	69
ТЕРАТОМА ЯСЧНИКА: ЗУБНА ДИСТОПІЯ І КАРІЄС ЗУБІВ	
Виконавці: Павлюков О.О., Черніков О.М. – студ. I курсу стомат. ф-ту .....	70
СПОСОБИ УТВОРЕННЯ УСТУПІВ ЗУБІВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ РЕТРАКЦІЇ ЯСЕН ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ НЕЗНІМНИХ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ	
Виконавці: Палінкевич О.О., Орлов Д.В, Кушнір В.В. – студ. v курсу, стомат. ф-ту.....	70
КЛІНІКА І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯІН'ЄКЦІЙНОЮ КОНТРАКТУРОЮ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Виконавець: Полякова К.Д. – студ. 5 курсу, стомат. ф-ту. ....	71
ЛІНІЧНА ОБГРУНТОВАНІСТЬ ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ КОНСТРУКЦІЙ ПІСЛЯ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ	
Виконавець: Рамусь А.М. - студ. III курсу стомат. ф-ту .....	71
КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА	
Виконавець: Ратанчук В. – студ. IV курсу стомат. ф-ту.....	71

ГІГІЄНИЧНІ ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ОПТИМІЗАЦІЮ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ Виконавці: Рибак Д.С. – студ. 4 курсу, Штірбу А.А. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту .....	72
РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРЕПА ПРИ ЛІКУВАННІ ГАНГЛІОНІТІВ ВУШНОГО ВУЗЛА Виконавці: Рясний С. С., Бойко А.О. – студ. 5 курсу стомат. ф-ту; Косар А.А. Дулич Ю.С. – студ. 4 курсу стомат. ф-ту	73
КІСТИ ЩЕЛЕП. СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ Виконавці: Рясний С.С., Бойко А.О.- студ. V курсу стомат. ф-ту .....	73
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЦИФРОВОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У ДИНАМІЦІ Виконавці: Семенюк А.П., Хрищук В. О., Томм Д. І., Маляр Г. О., Линовицька О.А., Белогурова В. Г. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту .....	74
ТЕРАТОМА ЗІВУ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ Виконавці: Черніков О.М., Павлюков О.О. – студ. I курсу стомат. ф-ту .....	74
Аналіз структури місцевих ускладнень ін'єкційного знеболення Виконавець: Шинкаренко В.С. - студ. III курсу стомат. Ф-ту .....	74
ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІКИ ВИГОТОВЛЕННЯ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ НЕПРЯМИМ ТА НАПІВПРЯМИМ МЕТОДОМ Виконавець: Яковишен В.М. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту. ....	75
АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ДЛЯ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТІН'ЄКЦІЙНИХ УСКОПЛЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ Виконавці: Байда О.С., Карпова Р.О. – студ. 3 курсу, стомат. ф-ту ; Косар А.А., Дулич Ю.С., Бордюг А.М. - студ. 4 курсу, стомат. ф-ту .....	75
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SOME KINDS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS Author: Waleed J. – student of IV course .....	76
Профілактика альвеоліту після операції атипичного видалення третіх нижніх молярів Виконавець: Яковлева Д.В. – студ. III курсу стомат. ф-ту .....	76

## СЕКЦІЯ №6 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

ВПЛИВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ НА МІНЕРАЛІЗУЮЧУ ФУНКЦІЮ РОТОВОЇ РІДИНИ Виконавець: Артишук О.Ю. – уч. 11 – Б класу Полтавської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 29 .....	78
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО МЕТОДУ ТЕРАПІЇ МЕХАНІЧНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ Виконавець: Багро Ю.С. – студ. I курсу мед. ф-ту .....	78
АКТИВНІСТЬ ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ФЕРМЕНТІВ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ ПРИ СТРЕСІ Виконавці: Булах О.А., Головка Д.В. – студ. I курсу мед. ф-ту; Маляр Г.О. – студ. II курсу стомат. ф-ту .....	79
ЗМІНИ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАТОГЕНЕЗІ СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ, ЗУМОВЛЕНИХ ХІРУРГІЧНОЮ ТРАВМОЮ Виконавці: Буцький В.С.- студ. III курс мед. ф-ту; Щербакова К.С.- студ. III курс мед. ф-ту. ....	79
ЗАСТОСУВАННЯ ВУШНИХ КРАПЕЛЬ «КАНДИБІОТИК» В МІСЦЕВІЙ ТЕРАПІЇ ЗОВНІШНІХ ОТИТІВ Виконавець: Веснянко Д.П. – студ. II курсу мед. ф-ту .....	80
ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВОГО КОМБІНОВАНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГЕЛЮ «РОТРИН-ДЕНТА» Виконавці: Гирман Г.І. – студ. IV курсу мед. ф-ту №1, Куцик А.М. – студ. IV курсу мед. ф-ту №2, Мазур В.В. – студ. III курсу мед. ф-ту №1 .....	80
ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ NO-СИНТАЗНОЇ ТА ЦИКЛООКСИГЕНАЗНОЇ СИСТЕМ НА ФЕРМЕНТАТИВНУ ТА НЕФЕРМЕНТАТИВНУ ЛАНКУ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКУ Виконавці: Дацко О.М. – студ. IV курсу мед. ф-ту; Дубас В.В. – студ. III курсу мед. ф-ту .....	81
ЗМІНИ ПРОТЕЇНАЗНО-ІНГІБІТОРНОГО БАЛАНСУ В ТКАНИНАХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОМЕПРАЗОЛ-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГАСТРИНЕМІЇ Виконавці: Карпенко І.О. – студ. IV курсу мед. ф-ту .....	81
НОБЕЛІВСЬКІ ЛАУРЕАТИ ХХІ СТОРІЧЧЯ В ГАЛУЗІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ Виконавці: Корж О. В., Сурмачевська О. С. - студ. III курсу мед. ф-ту .....	82
ВПЛИВ ПОХІДНИХ 2-ОКСОІНДОЛІНУ НА СНІДІЙНІ ЕФЕКТИ ТІОПЕНТАЛУ НАТРІЮ Виконавці: Ланько Л.Ф., Мугінова К.В., Скрипка Н.О. – студ. III курсу, мед. ф-ту .....	82
ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СКЛАДУ В ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ Виконавець: Левицький Г.О. – студ. III курсу мед. ф-ту .....	83
ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ Й УСПІШНІСТЬ НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВДНЗУ «УМСА» Виконала Липченко Т. О. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту .....	83



ВПЛИВ ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ НА ДІЮ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ Виконавці: Литвиненко С.С., Масич О.Б., Уразка Д.В. - студ. II курсу мед. ф-ту .....	84
ВПЛИВ НАНОЧАСТИНОК МАГНЕТИТУ, СТАБІЛІЗОВАНИХ МЕКСИДОЛОМ ТА ПОЛІВІНІЛПІРОЛІДОНОМ, НА ВМІСТ ЗАЛІЗА В КІСТКОВОМУ МОЗКУ ПРИ ГОСТРІЙ ПОСТГЕМОРАГІЧНІЙ АНЕМІЇ Виконавці: Лобурець М.В., Коровникова О.О. – студ. III курсу мед. ф-ту.....	84
ВІЛЬНО-РАДИКАЛЬНІ ПРОЦЕСИ В ТКАНИНАХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ЗА УМОВ ГЛУТАМАТ-ІНДУКОВАНОГО ОЖИРІННЯ Виконавець: Марченко М.В. - студ. III курсу мед. ф-ту.....	85
АКТИВАЦІЯ ПРОТЕОЛІЗУ ПРИ ГОСТРОМУ СТРЕСІ Виконавець: Мілявська Ю.Д. – студ. II курсу стомат. ф-ту.....	85
РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРЕФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ Виконавець: Морля М.Ф.- студ.V курсу мед. ф-ту.....	85
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАНІНУ ЯК НЕЙРОПРОТЕКТОРА Виконавець: Панасенко Т.О. – студ. VI курсу мед. ф-ту.....	86
АКТИВАЦІЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ – ПРОВІДНИЙ МЕХАНІЗМ УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА НА ТЛІ ГОСТРОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ Виконавець: Перфільєва І.В. – студ. II курсу стомат. ф-ту .....	86
ХАРЧОВІ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ Виконавець: Печеник Т.В.– студ. III курсу мед. ф-ту.....	87
ВПЛИВ “СТОМАТОФІТУ” НА МІКРОБНУ КОЛОНІЗАЦІЮ РОТОВОЇ РІДИНИ В РЕТЕНЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ Виконавець: Полянський О.О., Ваценко А.І. – студ. II курсу мед. ф-ту №1.....	87
ФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЦИПРОФАРМ» В ТОПІЧНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ Виконавець: Полянський В.О.– студ. II курсу мед. ф-ту.....	88
ВПЛИВ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЗАСОБУ “СТОМАТОФІТ” НА АКТИВНІСТЬ ЛІЗОЦИМУ ПОРОЖНИНИ РОТА Виконавці: Полянський В. О., Неженець М. Ю.– студ. II курсу, мед. ф-ту №1 .....	88
Мікробіота мокротиння хворих на негоспітальну пневмонію жителів північної буковини Виконавець: Сидорчук А.Р. – студ. III курсу, 1-го мед. ф-ту.....	89
ЧУТЛИВІСТЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ КОНДЕНСАТУ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ОКСИПІРИДИНУ Виконавці: Скрипник М.В., Пирогова К.І. – студ III курс мед. ф-ту .....	89
ФТОРХІНОЛОНИ У СУЧАСНІЙ ХІМІОТЕРАПІЇ Виконавець: Трюхань Ю.С. – студ. III курсу стомат. ф-ту .....	90
ЧУТЛИВІСТЬ ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ Виконавці: Чеботар О.В., Булатецька К.Л., Маніло Ю.В. – студ. II курсу мед. ф-ту.....	90
СТРЕСОРНЕ УШКОДЖЕННЯ СЛИЗОВОГО БАР'ЄРА ШЛУНКА ЗАЛЕЖИТЬ ВІД ТИПУ РЕАГУВАННЯ ТВАРИН Виконавець: Шимко К.В. – студ. II курсу стомат. ф-ту.....	91
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПО-ЕРГІЧНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СИМБІТЕР ОМЕГА» ПРИ ДИЗБІОЗІ ПОРОЖНИНИ РОТА Виконавець: Яковлева Д. – студ. III курсу стом. ф-ту.....	91
ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ІМУННІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ КОЛІТІ Виконавці: Яцканич Г.М. – студ. 5 курсу, мед. ф-ту; Чучман Н.Б.– студ. 4 курсу, мед. ф-ту .....	91

## СЕКЦІЯ №7 МОРФОЛОГІЯ

ДЕЯКІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХИЖИХ РИБ Виконавець: Барська Є.І. – студ. 2 курсу мед. ф-ту №1. ....	93
СПІВСТАВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМ АМЕЛОБЛАСТОМ З РЕНТГЕНДІАГНОСТИКОЮ Виконавці: Василенко М.С., Лях А.А. - студ.III курсу стом.ф-ту. ....	93
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ НА ТЛІ ГОСТРОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СІАЛОДЕНІТУ Виконавці: Гудімова Н. – студ. III курсу мед. ф-ту, Ваценко А. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	94
МІКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БУДОВИ МАТКИ БІЛИХ ЩУРІВ У НОРМІ Виконавці: Костюк В.В., Лиходій С.С. – студ. III курсу мед. ф-ту №1.....	94
УТВОРЕННЯ МЕТОПІЧНОГО КРАНІОСТЕНОЗУ НА ТЛІ ФОРМУВАННЯ ТІМ'ЯЧОК ТА КІСТОК ШВІВ ЧЕРЕПУ Виконавці: Левченко Л.В., Плисюк Н.П. – студ.I курсу стомат. ф-ту.....	95

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР СЛИВОВОЇ ОБОЛОНКИ ВОРОТАРНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ЛЮДИНИ	
Виконавці: Липченко Т. О., Романишина А. О. – студ. 2 курсу стомат. ф-ту.....	96
ЮВІЛЕЙ КАФЕДРИ МНС З ОПЕРАТИВНОЮ ХІРУРГІЄЮ І ТОПОГРАФІЧНОЮ АНАТОМІЄЮ ВДНЗУ "УМСА"	
Виконавці: Лопушняк А.С.– студ. IV курсу мед. ф-ту; Розиев А.Х. – студ. III курсу мед. ф-ту, Сліпуха Б.Л., Крамар А.Г. – студ. II курсу мед. ф-ту.....	96
БУДОВА ГАЙМОРОВИХ ПАЗУХ СВИНЕЙ У НОРМІ	
Виконавці: Мазур В.В., Гавриленко В.М. – студ. III курсу мед. ф-ту .....	97
використання методу пластинації для вивчення гістотопографії слинних залоз	
Виконавець: Опанасенко О.С. – студ. 3 курсу мед. ф-ту.....	97
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ З ОРОГОВІННЯМ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ	
Виконавці: Плохих В.В. – студ. IV курсу мед. ф-ту № 2 .....	98
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ЗОНИ ТОНКОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ У БІЛИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ХІРУРГІЧНОМУ ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ	
Виконавці: Прокопенко Д. В. – студ. III курсу мед. ф-ту; Борсук Ю.В. – студ III курсу мед. Ф-ту .....	98
ГІСТОТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЛОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НИЖНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ЛЮДИНИ В НОРМІ	
Виконавці: Скрипник Р.І., Островський В.Л. – студ. II курсу мед. ф-ту.....	99
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДАНИХ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ ЩУРА І КОТА	
Виконавці: Тимошенко А.В., Дяуленко Д.О., Люта Д.І., Ніжегородова М.С., Кутовий А.Н. – студ. II курсу мед. ф-ту.....	99
ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ ТА ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКУ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	
Виконавець: Трибрат А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	100
БУДОВА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДИНИ У НОРМІ	
Виконавці: Чеботар О.В., Яковенко М.В. – студ. II курсу мед. ф-ту .....	100
ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД ОТРУЄННЯ ПЕСТИЦИДАМИ	
Виконавці: Черняк А.В., Гербст І.О. – студ. V та VI курсу мед. ф-ту №1, 2.....	101
ПРИЧИНИ ТА ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ ЛЮДИНИ	
Виконавець: Шашкова О.В.– студ. I курсу мед. ф-ту.....	101
зміни представництва лейкоцитів в слинних залозах при різних функціональних станах	
Виконавці: Яковлева Д.В. – студ. 3 курсу стомат. ф-ту; Єрошенко А.І. – студ.4 курсу мед. ф-ту.....	102

## СЕКЦІЯ №8 ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ ПІДСЕКЦІЯ №1 ІНОЗЕМНІ МОВИ

АТЕРОСКЛЕРОЗ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ РЕЧОВИН У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
Виконавці: Білокінь Д.Ю., Чередниченко В.В. – студ. 1 курсу.....	103
PREVALENCE OF HEPATITIS C IN UKRAINE	
Виконавець: Боскіна М. Г., - студ. II курсу мед. ф-ту .....	103
10 TOP MEDICAL ACHIEVEMENTS	
Виконавець: Браїловська К.С. – студ. II курсу мед. ф-ту .....	103
DIE ZAHNARZTANGST ALS URSACHE DER NICHT RECHTZEITIGEN ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG	
Виконавець : Васько М.Ю. – студ. I курсу стом. ф-ту.....	104
ONCOMUNICABLE DISEASES	
Виконавці: Воропай Т.В., Масич О.Б.– студ. II курсу мед. ф-ту .....	104
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПОРОДІЛЬ: ПІСЛЯРОДОВИЙ СИНДРОМ ТА ПІСЛЯРОДОВИЙ ПСИХОЗ	
Виконавець: Данільченко В.Е. – студ. II курсу, мед.ф-ту .....	105
EUTHANASIA AS A TOPICAL ISSUE OF BIOETHICS	
Виконавець: Животовська А.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	105
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИЗУЧЕНИЯ ТИПОЛОГИЙ ЧЕЛОВЕКА	
Исполнители: Жуали Шуаиб, Азерли Ага, Аль-Рубайе Тарек – студ. II курса стомат. ф-та.....	106
MYSTERIES OF BLOOD GROUPS	
Виконавець: Лепа О.С.– студ. II курсу мед ф-ту .....	107
DIABETES MELLITUS	
Виконавець: Лєвшин А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	107

STEM CELL CONTROVERSY IN THE CONTEXT OF MODERN BIOETHICS Виконавець: Лумеровська В.С. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	108
ARTIFICIAL VALVES OF A HEART Виконавець: Люта Д.І. – студ. II курсу мед. ф-ту.....	108
HEALTH BENEFITS OF DONATING BLOOD Виконавець: Підтоптана Н.Ю.– студ. II курсу мед. ф-ту.....	109
THE ROLE OF VITAMINS IN OUR LIFE Виконавець: Постол А.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №1.....	109
SCHIZOPHRENIA IN MODERN SOCIETY Виконавець: Савицька В.Д. – студ. II курсу мед. ф-ту .....	110
PARANOID SCHIZOPHRENIA Виконавець: Цибенко Д.С. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	110
THE VARIETY AND THE THRESHOLD OF PAIN Виконавці: Черзорова О.В. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	111
BABY SKIN DISORDERS: HEMANGIOMAS Виконавець: Чуприна Є.О. – студ. II курсу мед. ф-ту №1 .....	111
<b>Підсекція №2 латинська мова</b> ОКТАВІАН АВГУСТ – ПЕРШИЙ РИМСЬКИЙ ІМПЕРАТОР Виконавець: Баранник А.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	112
ЛАТИНСЬКА МОВА І СУЧАСНІСТЬ Виконавець: Бородай В.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	112
РОЛЬ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ ТА ЛІТЕРАТУРІ Виконавець: Бредун Ю.Ю. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	112
ВТОРИННА НОМІНАЦІЯ: АНТИЧНИЙ ПОБУТ В АНАТОМІЧНИХ НАЗВАХ (НА МАТЕРІАЛІ ОДЯГУ / ЙОГО ЕЛЕМЕНТІВ) Виконавець: Ващенко А.І.– студ. II курсу мед. ф-ту №1 .....	113
ІСТОРІЯ СТАРОДАВНЬОГО РИМУ. ЦІКАВІ ФАКТИ ПРО ДЕРЖАВУ. ВИНАХОДИ РИМЛЯН Виконавець: Гавриленко Т.Г. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	113
АНЕСТЕЗІЯ: ПОГЛЯД З МИНУЛОГО Виконавці: Голубчук О.О., Решидов Е.Н.– студ. I курсу стомат. ф-ту.....	114
ІСТОРІЯ СТАРОДАВНЬОГО РИМУ І ТАРТАРІЇ Виконавець: Грицаєнко А.Ю. – студ. I курсу мед. ф-ту №2 .....	114
ШЛЯХИ ПОШИРЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ Виконавець: Затолочна М. А. – студ. I курсу стомат. ф-ту .....	115
ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА За часів СТАРОДАВНЬОГО РИМУ Виконавець: Коваль А.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1.....	115
РАЦІОНАЛЬНЕ харчування в античному світі Виконавець: Ковтун О.В. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	115
ГІППОКРАТ – БАТЬКО МЕДИЦИНИ Виконавець: Колотигін О.Л. – студ. I курсу стомат. ф-ту .....	116
ПОХОДЖЕННЯ ОЛІМПІЙСЬКИХ ІГОР Виконавець: Концур Д.І. – студ. I курсу мед. ф-ту №2.....	116
ДО ПИТАННЯ ПРО МОЖЛИВІ ЛАТИНСЬКІ НАЗВИ НОВІТНІХ І НЕЗВИЧНИХ СИНДРОМІВ І СИМПТОМІВ Виконавці: Мірзаєв А.Р., Мухаметшин Р.Р.– студ. I курсу ф-ту підготовки іноз. студ.....	117
ВІДОБРАЖЕННЯ МЕНТАЛЬНИХ РИС У ВЛАСНИХ ІМЕНАХ Виконавець: Рубаник Д. О. – студ. I курсу мед. ф-ту .....	117
ДАВНЬОГРЕЦЬКІ ОБРАЗИ В СТИЛІСТИЦІ СУЧАСНОЇ МОДИ Виконавець : Трибрат А.А. – студ. I курсу мед. ф-ту №1 .....	118
АСКЛЕПІЙ Виконавець: Федько В.М. - студ. I курсу мед. ф-ту.....	118
АБО З ЩИТОМ, АБО НА ЩИТІ Виконавець: Цибенко Д.С. – студ. I курсу мед. ф-ту.....	119
ОСОБИСТІСТЬ, МЕДИЧНІ ПОГЛЯДИ, ПЕРЕКОНАННЯ І ПОМИЛКИ ЗАСНОВНИКА СИЦІЛІЙСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ – ЕМПЕДОКЛА Виконавець: Шик К.О.– студ. I курсу мед. ф-ту №2 .....	119

### **Підсекція №3 українознавство**

ПРЕЦЕДЕНТНЫЙ МИР «ДЕТСТВО» В СОВРЕМЕННОМ СЛЕНГЕ

Исполнители: Абдурахмонова Д., Мирзарахимова З. – студ. 1 курса стомат. ф-та ..... 120

ЛЕКСИЧЕСКОЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО

Исполнитель: Бабакулиева Г. – студ. I курса мед. ф-та ..... 120

Патріотичні мотиви у творчості В. Самійленка

Виконавець: Багро Ю. - студ. 1 курсу мед. ф-ту №1 ..... 121

ВПЛИВ ХАРАКТЕРУ НА ФОРМУВАННЯ ГЕНІАЛЬНОСТІ В. ВАН ГОГА І В.О.ВРУБЕЛЯ

Виконавець: Гук М. М. – студ. 1 курсу мед. ф-ту №2 ..... 121

ПСИХОЛОГІЯ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ

Виконавець: Дусько Д.М. - студ. I курсу мед. ф-ту №1 ..... 121

АНТРОПОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАВЛА ЧУБИНСЬКОГО

Виконавець: Колісник А.А. – студ. 1 курсу мед. ф-ту ..... 122

ВПЛИВ СІМ'Ї НА ОБДАРОВАНІСТЬ ОСІБ СТУДЕНТСЬКОГО ВІКУ

Виконавець: Овчаренко В. В.- студ. I курсу мед. ф-ту №1 ..... 122

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ТЕРМІН І ЙОГО ЛІНГВІСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Виконавець: Попович В.В. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту ..... 123

НАРОДНІ ЗАСОБИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ У ЕТНОГРАФІЧНИХ ЗАПИСАХ ПАВЛА ЧУБИНСЬКОГО

Виконавець: Постол А.І. – студ. 1 курсу, мед. ф-ту ..... 123

### **СЕКЦІЯ №9 КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО.**

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТЕРЕОТИПІВ ЩОДО РОЛІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Виконавці: Волинська В., Жук К. – студ. 2 курсу від. за спеціальністю «Лікувальна справа» ..... 125

СТРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Виконавець: Голубіхіна Т. – студ. 321 групи ..... 125

АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

Виконавці : Гончаренко А.С., Кравченко В.В., - студ. II курсу медсестринського відділення ..... 126

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ОСТЕОПОРОЗУ В М. ПОЛТАВА

Виконавці: Дерун С., Литвин О. – студ. 214 групи ..... 126

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ СМЕТАНИ ЛАБОРАТОРНИМИ МЕТОДАМИ

Виконавці : Журавльова Д.А. – студ. фармацевтичного відділення медичного коледжу ..... 127

АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ОЖИРІННЯ СЕРЕД ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ МАСИ ПРИ НАРОДЖЕННІ

Виконавці: Каленіченко Н.М., Мирошник О.В. - студ. III курсу медсестринського відділення ..... 127

РОСЛИННІ ОЛІЇ У КОСМЕТОЛОГІЇ

Виконавці: Кирик Г.С. – студентка II курсу фармацевтичного відділення медичного коледжу ..... 128

ВИЗНАЧЕННЯ СКЛАДУ ПИТНОЇ ВОДИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПОЛТАВЩИНІ

Виконавці: Мордик В.О., Поправка М.В. – студ. фармацевтичного відділення мед. коледжу ..... 128

ВИВЧЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ НА ПІДСТАВІ ДОСЛІДЖЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ХВОРИХ КИЇВСЬКОГО РАЙОНУ МІСТА ПОЛТАВИ

Виконавці: Овчаренко І. – студент 214 групи ..... 128

ЗАСТОСУВАННЯ ІМІТАЦІЙНО-ТРЕНІНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЦИНІ

Виконавець: Сидоренко М.В. – студ. 2 курсу сестринська справа ..... 129

ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ФЕРУМУ У РІЗНИХ ВИДАХ ФРУКТІВ

Виконавці: Скрильова В.О. – студ. I курсу фармацевтичного відділення мед. коледжу ..... 129

ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ДЕСМУРГІЇ В ХІРУРГІЇ

Виконавець: Шпола М.Г. – студ. II курсу медсестринського відділення ..... 129

АУТОТРЕНІНГ – ДІЄВИЙ ЗАСІБ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ТА РОЗУМОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ ЛЮДИНИ

Виконавці: Якушкіна О., Штанько Є. – студ. II курсу відділення сестринська справа ..... 130

### **СЕКЦІЯ №10 ФІЛОСОФІЯ**

ІСТОРИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ НА ПОЛТАВЩИНІ

Виконавці: Бутулай Б.І.- студ. I курсу стомат. ф-ту. .... 131

РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОЇ ПОЗИЦІЇ ЛІКАРЯ У РОЗБУДОВІ ДЕМОКРАТИЧНОГО СУСПІЛЬСТВА	
Виконавець: Васько М.Ю. – студ. I курсу стомат. ф-ту .....	131
ФІЛОСОФІЯ ТВОРЧОСТІ РІЧАРДА БАХА НА ПРИКЛАДІ ПОВІСТІ-ПРИТЧІ «ЧАЙКА НА ІМ'Я ДЖОНАТАН ЛІВІНГСТОН»	
Виконавець: Ващенко А.І. – студ. II курсу мед.ф-ту №1 .....	132
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФЕНОМЕНУ ЗАЗДРОСТІ В КОНТЕКСТІ ФІЛОСОФІЇ І МЕДИЦИНИ	
Виконавець: Григор'єва А.В – студ.II курсу мед.ф-ту .....	132
ІСТОРИЧНА ДОЛЯ КРИМУ: ВІД НАЙДАВНІШИХ ЧАСІВ ДО СЬОГОДЕННЯ	
Виконавець: Дондик К.В. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту.....	133
СТАН МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ У НАШ ЧАС	
Виконавці: Пацкевич Ю.С.- студ. I курсу стомат. ф-ту.....	133
ФЕНОМЕН АУТИЗМУ В МЕДИКО-ФІЛОСОФСЬКОМУ КОНТЕКСТІ	
Виконавець: Пінчук В.В. – студ. II курсу мед.ф-ту.....	133
ДЕРЖАВОТВОРЧА ДІЯЛЬНІСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАДИ Й ГЕТЬМАНАТУ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ	
Виконавець: Плисюк Н.П. – студ.I курсу стомат. ф-ту.....	134
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ТА ОРІЄНТИРИ РОЗВИТКУ	
Виконавець: Рожков В. О. – студ. 1 курсу стомат. ф-ту. ....	134
ЄВРОПЕЙСЬКІ ЦІННОСТІ У СПРИЙНЯТТІ СТУДЕНТАМИ М. СУМ: СОЦІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	
Виконавець: Сай Б.М. – студ. I курсу стомат. ф-ту.....	135
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ В ТРУДАХ АВИЦЕННЫ	
Исполнитель: Салимов Г. – студ. II курса мед. ф-та .....	135
ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЇ САДИЗМУ І МАЗОХІЗМУ	
Виконавець: Ткаченко Т. – студ.II курсу мед.ф-ту.....	136
ФІЛОСОФІЯ ЗДОРОВ'Я	
Виконавці: Федько М.В. ,Філімоненко К.О.– студ. III курсу відділення «Стоматологія» .....	136

Свідоцтво державного комітету телебачення і радіомовлення України  
Серія ДК №1691 від 17.02.2004р.

---

Редакційно-видавничий відділ  
Української медичної стоматологічної академії  
36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23