

Українські Медичні Вісті

Т. 14 • № 1-2 (90-91) • 2022 НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

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



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

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

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВДУВАЧ РЕДАКЦІЇ
Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

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

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

Адреса редакції
01033, Київ, вул. Л.Толстого, 7
Тел.: (066) 59-63-2-63
е-пошта: nechajs@ukr.net

Підписано до друку
02.08.2022 р. Формат 60×84 1/8.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 20 прим.
Видруковано у ФОП Комісаров В.О.
02192, м. Київ, вул. Миропільська 23/16, кв.15

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

© ВУЛІТ, 2022

**МАТЕРІАЛИ
ХVІІІ З'ЇЗДУ
ВСЕУКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА (ВУЛТ)
5-6.11.2021
ТА
ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ
30.06.2021**

*Апанасенко Г.Л., Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Корніда Є.В.
м. Київ*

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я: НЕВІДВОРОТНІСТЬ НОВОЇ ПАРАДИГМИ

Сучасна парадигма охорони здоров'я не враховує фундаментальне положення біології про те, що людський організм являє собою відкриту термодинамічну систему, яка підпорядковується всім законам термодинаміки. Таким чином, енергопотенціал біосистеми є сутністю фізичного здоров'я і його фундаментом, а люди хворіють і передчасно вмирають від втрати енергопотенціалу.

Ніхто з водіїв не шукатиме безпосередню причину збоїв в роботі автомобіля, якщо розряджений акумулятор. А медицина досі шукає приховані причини хвороби, за які приймає ті чи інші ланки патогенезу. Хоча ось вони - лежать на поверхні: мітохондрії, тобто внутрішньоклітинні акумулятори, розряджені. Але медична наука не розглядає енергопотенціал біосистеми як основу здорового існування, а всі свої сили (і кошти!) віддає боротьбі з наслідками дефіциту енергії, щозабезпечує процес життєдіяльності.

Потенціал енергії організму характеризує максимальне споживання кисню на 1 кілограм маси тіла. Встановлено рівень аеробної здатності, вище якого немає ні ендогенних факторів, ні маніфестаційних форм захворювань – «безпечний» рівень здоров'я (12 МЕТ для чоловіків і 10 МЕТ для жінок). Зараз в Україні лише менше 1% населення перебуває в «безпечній зоні» здоров'я. Хронічні неінфекційні захворювання є наслідком виходу енергопотенціалу біосистеми за межі, зумовлені еволюцією, а його відновлення (зниження ентропії) здатне відновити здоров'я людини і попередити розвиток небажаних наслідків збільшення ентропії в системі. Суть нової парадигми полягає в переважному переході від дороговартісної, «Концепції сталого вдосконалення медичної допомоги населенню», але яка не виправдала себе з точки зору збереження здоров'я популяції, до «Концепції моніторингу, відтворення, збереження і зміцнення здоров'я». При цьому оздоровлення (підтримка енергопотенціалу в межах безпечної зони здоров'я) має здійснюватися постійно, а лікування при необхідності. З метою оздоровлення населення необхідно на додаток до «Індустрії хвороби» (лікувальні установи) формування «Індустрії здоров'я». Підвищення потенціалу енергії організму можливо тільки за рахунок фізичного навантаження або тренування гіпоксією. Тому «Індустрія здоров'я» передбачає розробку цілої серії заходів, що сприяють оптимізації рухової активності населення (насичення інформаційного простору відповідними матеріалами, підготовка медичного персоналу в ділянці «керування» здоров'ям, створення фізкультурно-оздоровчої інфраструктури, тощо). Рівень здоров'я, який визначається за нашою методикою – критерій необхідності залучення індивіда в сферу «Індустрії здоров'я», а також критерій ефективності зазначених заходів.

Доведено, що охорона здоров'я може вирішити найактуальніші проблеми, не використовуючи технології «управління» хворобою.

Неминучість нової стратегії охорони здоров'я визначається ще й тим, що на людство насувається еволюційна катастрофа (біологічна деградація виду *Homo Sapiens*), вартість лікувально-діагностичних заходів непомірно збільшується, а їх

ефективність недостатня. В основі біологічної деградації виду *Homo Sapiens*, - популяційне зниження енергопотенціалу біосистеми. Ортодоксальними методами медицини ця проблема не вирішується.

Формування нової парадигми охорони здоров'я вимагає політичного рішення, бо жоден міністр охорони здоров'я, який має ортодоксальну медичну освіту і мислення, а також відповідну психологію, не в змозі сприйняти нову парадигму, в основі якої лікувальні заходи не є головним її контентом.

При достатньому розвитку «індустрії здоров'я» роль «індустрії хвороби» в системі охорони здоров'я буде поступово зменшуватися, але збережеться, займаючи своє місце в ділянці надання медичної допомоги особам похилого та старечого віку, при травмах, інфекціях, генетичних захворюваннях, тощо. Вважаємо, що новий формат системи охорони здоров'я буде економічніший, гуманний і ефективний. І перехід на цю парадигму неминучий. Бо її альтернатива – вимирання людства.

Вирішення проблеми здійснюється зусиллями наукової школи управління здоров'я проф. Апанасенко Г.Л., яка створена на виконання наказу НМАПО імені П.Л. Шупика від 16.06.2016 № 2257 «Про введення в дію рішень вченої ради» (протокол № 7 від 15.06.2016).

Місія наукової школи: Україна – держава, де живе найздоровша та довгоживуча нація.

ЛІТЕРАТУРА:

Апанасенко Г.Л. Введение в новую парадигму здравоохранения. Управление здоровьем человека. - Киев, 2020, Изд-во Юрка Любченка, 288 с.

*Базика Д.А., Литвиненко О.О., Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф.
м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної
медицини Національної академії медичних наук України»*

РУБЦЕВА ТРАНСФОРМАЦІЯ ШКІРИ І ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

При променевому лікуванні раку виникає пошкодження тканин, яке призводить до рубцевої трансформації. Процес загоєння починається відразу після їх ушкодження і складається із трьох фаз: запальної, проліферативної і фіброзу. Фіброз – це надмірне накопичення колагену і інших компонентів позаклітинної матриці (ПМ) після поломки в нормальному балансі її синтезу і деградації. Тканина ПМ складається із суміші білків (колаген та еластин), глікопротеїдів і протеогліканів (фібронектин, ламін, тенасцин), глікозаміногліканів (гепарин, хондроїтинсульфат), що знаходяться в гелі гіалуронової кислоти. У людини відомі 42 гени, які відповідають за синтез колагену. Визначається 40 типів колагену, із найрозповсюдженіших у людини є тип I та III. При дослідженні шкіри через 1–5 років після променевої терапії (ПТ) в сумарній вогнищевій дозі 50 Гр за 25 фракцій, встановлено збільшення темпів синтезу колагену I та III у двічі, також як і ознаки деградації колагену. Про метаболізм основного білка шкіри колагену в умовах дії іонізуючого випромінювання (ІВ) можливо судити по кількості його маркерної амінокислоти

гідроксипроліну. Зміна рівня гідроксипроліну в сироватці крові може бути показником порушень обміну колагену. Після курсу ПТ відбувається достовірне підвищення всіх сироваткових фракцій гідроксипроліну на 25–45 %. Переважає збільшення кількості зв'язаного гідроксипроліну на 35,6–45,6 % відносно показників, що були до початку ПТ. Збільшення вмісту вільного гідроксипроліну демонструє руйнування сполучної тканини в зоні опромінення, а збільшення концентрації зв'язаного і загального гідроксипроліну може свідчити про активацію процесів колагенотворення з розвитком фіброзу. Неконтрольована активація синтезу і накопичення колагену в опроміненій шкірі і прилеглих тканинах призводить до розвитку променевого фіброзу шкіри, який часто є небажаним віддаленим наслідком дії ІВ.

*Базика Д.А., Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф., Жуков Ю.О.
м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної
медицини Національної академії медичних наук України»*

ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ПУХЛИН У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИМИ ФОРМАМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС

Відносно класифікації раку молочної залози на основі експресії імуногістохімічних маркерів розподіляють пухлини на люмінальні і базальні, залежно від того, які цитокератини в них експресуються. Для аналізу рівня проліферативної активності пухлинних клітин у пацієнтів з різними молекулярно-генетичними підтипами раку молочної залози (РМЗ) хворі розподілені на чотири підгрупи: хворі з Люмінальним А, Люмінальним В, базальноподібним (тричі-негативним) та HER-2/neu-позитивним підтипом. Першу підгрупу склали 15,5 % хворих з Люмінальним А підтипом РМЗ. Показники проліферативної активності у них знаходилися в межах 5–15 %, в середньому становили 8 %. До другої підгрупи ввійшли 48,5 % хворих з Люмінальним В підтипом, який розподілявся на два варіанти: HER-2/neu-позитивний та HER-2/neu-негативний фенотип. У нашому дослідженні 42,4 % хворих були з Люмінальним В HER-2/neu-негативним фенотипом, показники проліферативної активності у них були в межах 20–70 %, в середньому дорівнювали 39,3 %. Хворих з Люмінальним В HER-2/neu-позитивним фенотипом було 6,1 % і показники Ki-67 у них знаходились у межах 20–22 %, в середньому значення становили 21 %. Показники проліферативної активності даної підгрупи в цілому знаходилися в межах 20–70 % і в середньому становили 37 %. Третю підгрупу склали 21,2 % пацієнтів з базальноподібним фенотипом РМЗ. Показники проліферативної активності пухлин у них знаходилися в межах 12–80 %. Середні значення Ki-67 становили 46 %. Четверта підгрупа була найменш чисельна, її склали 12,1 % хворих з HER-2/neu-позитивним підтипом РМЗ. Показники проліферативної активності клітин пухлини знаходилися в межах 30–70 %, в середньому цифрові значення Ki-67 становили 45 %.

Андрій Базилевич, Анджей Войтила

*Світова Федерація Українських Лікарських Товариств,
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів),
Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego (м. Каліш, Польща)*

ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ТОВАРИСТВА УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ У ПОЛЬЩІ

Нині ми на порозі сторіччя в історії розвитку Українських лікарських товариств у світі, яка розпочалася зі спроби створення спілки українських лікарів Польщі [1]. Перша Світова війна призвела до Визвольних змагань (1918–1921 рр.) і багато українських лікарів разом з військовослужбовцями, політичними діячами, іншими українськими інтелігентами за складних політичних обставин покинули Україну й опинились в еміграції, найчастіше у Польщі, Чехословаччині та Румунії. У значній мірі вони перебували у таборах для вояків Армії Української Народної Республіки (УНР), яких було в Польщі майже два десятка.

У кінці 1921 року (точної дати встановити не вдалося) намагаючись відновити українські традиції у лікарів Каліського та Щипьорнівського таборів виникла ідея організувати «Українську спілку лікарів, перебуваючих на еміграції в Польщі» [1]. Це пояснюється тим, що саме в Каліському таборі знаходилась найбільша кількість українських лікарів, а також у Каліші був розгорнутий найбільший український військовий шпиталь. Неподалік від Каліша (всього за 3 км) розміщувався табір у Щипьорно – зараз на його місці старанням української громади та керівництва Каліської Академії ім. Президента Станіслава Войцеховського відновлено пам'ятник і хрести на військовому кладовищі, що був обабіч табору [2].

На перших загальних зборах головував Модест Левицький (екс-міністр здоров'я в Уряді УНР, завідувач у Закопаному санаторієм для хворих на туберкульоз вояків армії УНР), а 2-го дня роботи – Юрій Добриловський (начальник санітарної служби армії УНР). Крім того, в президію увійшли молоді лікарі Павло Сокологорський та Олександр Плитас [3].

Основними питаннями, які розглянуті в Спілці лікарів були наступні:

1. Скерування студентів-медиків до університетів для закінчення освіти.
2. Вихід військових лікарів на працю за межі таборів і оплата праці таборових лікарів.
3. Правове становище військових лікарів.

Перше питання було вирішене в життя досить добре. Студенти та молоді лікарі скеровувалися до Варшави, Праги, Відню, Грацу для продовження навчання. По другому питанню було прийнято рішення про згоду на вихід лікарів та працю поза межі таборів. Із тим, що такі лікарі будуть щомісячно давати в Спілку грошові внески – 5% від зароблених ними грошей лікарям, котрі залишаться в таборах. Що до правового стану військових лікарів, то Лікарська Спілка звернулася з меморандумом до вищих військових осіб Польщі. Визнали що необхідно прийняти Статут товариства. Також вирішили налагодити зв'язок з Українським Лікарським Товариством у Львові (на той час це теж була Польща).

На превеликий жаль спілка українських лікарів розпалася, так і практично не почавши працювати. Це сталося в зв'язку з роз'їздом багатьох лікарів із Польщі в інші країни Європи, в основній частині до Чехословаччини (Прага та

Подебради). Проте саме в Празі в жовтні-листопаді 1922 року ці ж лікарі в числі 33 українських лікарів, очолювані Борисом Матюшенком, створили з дозволу та підтримки президента Чехословаччини Т. Масарика Спільку українських лікарів (СУЛ) Чехословаччини [1].

До історії таборів – вони також були розформовані в 1923-1924 роках, а табір у Каліші було реорганізовано у так звану Українську станицю, в якій вже мешкало обмежене число колишніх вояків Армії УНР, яким було надано статус політичних емігрантів з дозволом вільного поселення у межах Польщі (за винятком Галичини) або виїзду за кордон.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бойчак М.П. Українські лікарі за кордоном (Польща 1920–1924, Чехословаччина 1922–1940 рр.) // М.П. Бойчак, Р.М. Лякіна. — К.: Медінформ, 2009. — 190 с.
2. Коляничук О. Незабутні могили. – Львів, 1993. – С. 59–60.
3. Енциклопедія Українознавства. – Том 2. – Львів, 1993.

*Борис Білинський,
Заслужений професор ЛНМУ ім. Данила Галицького,
Дійсний член НТШ,
м. Львів*

У ВІНОК НА МОГИЛУ ЛЮБОМИРА ПИРОГА

Закінчилося довге, непросте, високорезультативне життя Великої Людини – лікаря, науковця, політика, організатора, щирого патріота України Любомира Антоновича Пирого.

Народився він у першій половині минулого століття у Рогатині на Станиславщині (тепер Івано-Франківщина) в умовах польської окупації Галичини, пережив «золотий вересень» 1939 року, рясно скроплений кров'ю, II Світову війну з усіма її жахами і протиріччями (німецька і повторна радянська окупація, спроба Я. Стецька відродити Українську державу, відчайдушна боротьба Української Повстанчої Армії), післявоєнну складну історію України у складі СРСР, боротьбу українців за збереження своєї мови, культури, ідентичності. На межі XX і XXI століть дочекався здійснення мрій багатьох поколінь українців – здобуття нашої Незалежності – самостійної і соборної. Це – історичний фон життя покоління, до якого належав Любомир Пиріг. На цьому тлі проходило його дитинство у Рогатині, юність у Львівському медичному інституті, складне і одночасно прекрасне життя у Києві.

Я познайомився з Любомиром Пирогом у Києві у 1957 році, коли ми проходили навчання з різних спеціальностей у Київському інституті вдосконалення лікарів. Там склався гурт молодих україномовних курсантів, в основному із Західної України, яких об'єднувало бажання відшукати у столиці УРСР цей «золотоверхий Київ», про який ми ще з дитинства на чулися від своїх батьків. Ми спільно відвідували театри, музеї (в т.ч. музей етнографії Івана Гончара, який притягував нас своєю україноцентричністю), книгарні, зустрічі з київськими письменниками та письменниками у клубі Творчої молоді, який

збирався у Жовтневому палаці. Незабутнє враження залишив вечір пам'яті Василя Симоненка, що відбувся у приміщенні медичної бібліотеки (тепер Національний музей медицини України) у першу річницю смерті поета в грудні 1964 року.

Особливо поєднала нас з Любомиром історія написання російською мовою наших прізвищ у публікаціях у російськомовній періодиці (журнал «Врачебное дело»). Любомир писав своє прізвище ПЫРИГ, а я своє БИЛЬНСКИЙ. В українофобів це «Ы» викликало явну негативну реакцію, а для нас воно стало «маркером» нашої національної свідомості, що дозволило швидко зрозуміти «хто є хто» і перейнятися взаємною довірою. Ми часто зустрічалися на ниві наукового і громадського життя.

Любомир – людина надзвичайно принципова. У 50-80 роки у Києві бути україномовним інтелігентом межувало з героїзмом. У Львові це було простіше. Любомир ніколи не переходив на російську мову, чим давав позитивний приклад оточенню. Я не торкаюся лікарської і наукової діяльності Любомира Антоновича, бо у цьому аспекті ми діяли у різних сферах. Я завжди подивляв його організаторські таланти при відродженні Українського Лікарського Товариства в Україні у всеукраїнському масштабі, при успішному проведенні конгресів СФУЛТ і з'їздів ВУЛТ, при вдалих контактах і перемовинах із діаспорою.

Діяльність Любомира Пирого в критичний період між крахом СРСР і утвердженням незалежної України заслуговує високої оцінки і вдячності нащадків. Знаменитий факт: гімн «Ще не вмерла Україна» відкрито прозвучав у Київській опері підчас першого в Україні конгресу СФУЛТу у 1990 році при ще існуючій советській адміністрації. Серед організаторів конгресу був і Любомир Антонович. Будучи довголітнім очільником ВУЛТ і депутатом Верховної Ради України, він закладав фундамент модерної медицини у новій Україні.

Усе своє життя Любомир Пиріг органічно поєднував благородну працю лікаря з активною суспільно-політичною позицією. Це дозволяє нам на вічну пам'ять накреслити слова: **ВЕЛИКОМУ ГРОМАДЯНИНОВІ, ЛІКАРЕВІ І ПАТРІОТУ УКРАЇНИ – ЛЮБОМИРОВІ ПИРОГУ ВІЧНА СЛАВА І ПАМ'ЯТЬ ПОКОЛІНЬ.**

*Бодрецька Л.А., Шаповаленко І.С., Антонюк-Щеглова І.А.,
Бондаренко О.В., Наскалова С.С.
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ»,
м. Київ*

ЖОРСТКІСТЬ МІОКАРДУ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Розрахункові параметри жорсткості міокарду дозволяють виявити найбільш ранні ознаки субклінічного ураження серця ще до появи структурних змін міокарду.

Мета роботи вивчити пружно-еластичні властивості міокарду у практично здорових людей різного віку.

Матеріал та методи. Обстежені 75 людей у віці від 30 до 70 років, поділені на три групи за віком: I група – молоді (до 44 років) -18 чол., II група - середній вік (45-59 років) – 27 чол., III група - похилий вік (60 років та старші) – 30 чол. Проведено ехокардіографію (ЕхоКГ) на апараті "Хario SSA-660А" фірми "Toshiba" (Японія) за стандартною методикою з використанням датчика PST-30BT 3,0 МГц. До проведення ЕхоКГ вимірювали артеріальний тиск на симетричних ділянках плечових артерій на апараті OMRON M2. Жорсткість міокарду лівого шлуночку (ЛШ) оцінювали методом розрахунку вентрикулярного (Ees), діастолічного (Eed) та артеріального еластансу (Ea). Розраховували також вентрикуло-артеріальне зчеплення (ВАЗ), як співвідношення Ea/Ees.

Результати. Виявлено, що з віком, починаючи з групи II відзначається вірогідне зростання артеріальної жорсткості наприкінці систоли. Так в I групі Ea-1,81±0,11, в II-2,18±0,09, в III-2,27±0,12, Ees – 3,01±0,23, 3,92±0,19 та 4,05±0,14 в I, II та III групі, відповідно. ВАЗ вірогідно по групах не відрізнялось: 0,62±0,03, 0,59±0,04 та 0,62±0,06, відповідно. Діастолічний еластанс мав тенденцію до підвищення, але вірогідно по групах не відрізнявся: 0,10±0,01, 0,15±0,03, 1,13±0,01 відповідно. Серед обстежених I групи не виявлено порушень жорсткості міокарду. В II групі у 7,44% осіб виявлено збільшення Ees, в III групі у 36,7% осіб збільшення Ees та/або Ea.

Висновки. Виявлення ознак порушення систолічної жорсткості міокарду ЛШ є найбільш ранньою діагностичною ознакою початкового ураження серця, що з'являється у практично здорових людей вже в середньому віці.

Боженко Н.Л.,¹ Боженко О.Б.,² Боженко М.І.,¹

Львівський національний університет імені Данила Галицького,¹

Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер»,²

м. Львів

МІГРЕНЬ, ТРИВОГА, ДЕПРЕСІЯ - ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА КОМОРБІДНІСТЬ

Мігрень - це величезна проблема, яка вражає понад 1 мільярд людей у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), мігрень є третьою найпоширенішою хворобою у світі та шостою за кількістю втрати працездатності. Мігрень - це виснажливий головний біль, який, зазвичай, діагностується лікарями на основі клінічної історії та виключення інших типів головного болю. Загалом існує два основних типи мігрені – з аурую та без. Результати огляду в Європі показали, що поширеність мігрені становить близько 14,7%, майже вдвічі більше жінок, ніж чоловіків.

Мігрень - це багатофакторний неврологічний розлад, який пов'язаний з генетичними, гормональними, екологічними, дієтичними та психологічними факторами. Більшість мігрені носить епізодичний характер (<15 днів головного болю на місяць). Хронічна мігрень зустрічається рідше, але має сильний особистий, сімейний та соціальний вплив. Діагноз ставиться, якщо є принаймні 15 днів головного болю щомісяця, включаючи 8 днів мігренозного болю протягом

щонайменше 3 місяців. Поширеність у популяції становить 1,4–2,2 %. Згідно статті Dawn C Buse 2013 р., та клінічних досліджень відомо, що супутні психічні захворювання, особливо розлади настрою та тривоги, частіше зустрічаються серед людей з хронічною мігренню, ніж серед осіб з епізодичною мігренню. Додаткові дослідження показують, що супутні психічні захворювання можуть бути фактором ризику хронізації мігрени (тобто прогресування від епізодичної до хронічної мігрени). Враховуючи частоту інтенсивних головних болів, не дивно, що хронічна мігрень часто асоціюється з такими психічними розладами, як тривожні розлади.

Тривожний розлад характеризується неприємним та неконтрольованим станом внутрішнього неспокою і включає суб'єктивно неприємні відчуття страху перед майбутнім, невизначеність, очікуванням негативних подій. Фізіологічно тривога може проявлятися такими соматичними проявами: порушення травлення, біль у животі, нудота, діарея, сухість у роті; дихальними, як задишка або зітхання; серцевим, як відчуття серцебиття, тахікардія або біль у грудях; м'язовими, як втома, тремор або тетанія; дерматологічними у вигляді підвищеного потовиділення або свербіння шкіри, урогенітальними, як часте сечовипускання, імпотенція, синдром хронічного тазового болю, а також неврологічними, як головний біль, парестезії, фасикуляції, запаморочення або пресинкопе.

Згідно ВООЗ: депресія є поширеним захворюванням у всьому світі, від якого страждають приблизно 3,8% населення, у тому числі 5,0% серед дорослих і 5,7% серед дорослих старше 60 років. Приблизно 280 мільйонів людей у світі мають депресію. Депресія характеризується відчуттям зниженого настрою, підвищеною плаксивістю, сумними думками (про власну нікчемність, неспроможність,) відчуттям провини, суїцидальними ідеями, втратою сили, енергії працездатності протягом дня, більше зранку, відчуттям втоми, тривоги та соматично: головним болем, тиском в грудях, важкістю в кінцівках, зниженим апетитом, втратою ваги та зниженням лібідо.

Видатний американський лікар-епідеміолог Alvan R. Feinstein (1925–2001) увів поняття «коморбідність» (лат. со — разом, morbus — хвороба). У цей термін він вкладав наявність додаткової клінічної картини, що вже існує, або може проявитися самостійно, незалежно від основного захворювання, та завжди відрізняється від останнього. Коморбідність — сполучення в одного пацієнта двох і/чи більше хронічних захворювань, що патогенетично пов'язані між собою, чи зіставні за часом в одного пацієнта, поза залежністю від активності кожного з них (Краємер Н.С., 1995; van den Akker M., 1996). Таким чином, коморбідність — це не просто поєднання декількох хвороб, вона передбачає наявність нових механізмів розвитку хвороб, додаткової клінічної картини, ускладнень та перебігу, не властивих основній хворобі, а також суттєвий вплив на якість і тривалість життя.

Коморбідність мігрени та тривоги з'ясована як у клінічних, так і в соціальних умовах. Наприклад, особи з мігренню демонстрували більшу поширеність генералізованого тривожного розладу навіть після коригування демографічних змінних та больових станів, включаючи артрит та біль у спині. Канадські автори проаналізували вторинні дані, зібрані в результаті опитування населення Канади на основі охорони здоров'я громади, і виявили, що люди з генералізованим тривожним розладом хворіють на мігрень у 2,5 рази частіше, ніж

ті, хто її не має. Загальна тривога та соціальна фобія - це ті види тривоги, які демонструють найсильніший зв'язок з мігренню серед молодих людей .

У дослідженні Swartz, Pratt були знайдені значні асоціації між мігренню та депресією, панікою та фобією а також самогубством, навіть після коригування за віком та статтю. Пізніше Бреслау та ін. продемонстрували, що коморбідність мігрени та психічних розладів ще збільшує ймовірність інвалідності, ускладнює психіатричну та неврологічну допомогу. В іншому нещодавньому систематичному огляді також було підкреслено двосторонній зв'язок між мігренню, великою депресією та панічним розладом.

Якщо брати гендерне порівняння мігрени та тривоги Leila Karimi, Sheila Gillard Crewther, 2020 р., то основні висновки цього огляду вказують на те, що тривога є основною супутньою хворобою мігрени в усьому світі з широким діапазоном (16-83%) поширеності. Симптоми суб'єктивної тривоги, мабуть, більш виражені серед чоловіків з мігренню, ніж у жінок, що може бути пов'язано як із екологічною, так і/або гормональною та генетичною схильністю.

Дані про нейрофізіологію мігрени дали розуміння про її асоціацію з тривогою. Наприклад, дані свідчать про те, що змінені сигнальні механізми стовбура мозку відіграють життєво важливу роль у патофізіології мігрени, особливо, стосовно таких симптомів, як нудота, запаморочення та інші вегетативні симптоми. Ці симптоми також є характеристиками підвищеної тривожності. Роль тригеміно-судинної активації підтверджується впливом агоністів серотоніну, таких як триптани та антагоністи білка, пов'язаного з геном кальцитоніну, у боротьбі з мігренню. CGRP як потужний вазодилататор також функціонує в передачі ноцицепції, яка неминуче пов'язана зі стресом і тривогою, викликаними частими мігренозними нападами. Важливо відзначити, що гостра тривога - це вроджена біологічно адаптивна реакція на реальні потенційні загрози навколишнього середовища. Гостра тривога опосередковується віссю гіпоталамус-гіпофіз-наднирник та симпатичною медулярною віссю, і разом їх взаємодія впливає на поведінку та пізнання людини. Для порівняння, відомо, що тривала тривожність і надмірна активація НРА-осі є дезадаптивними, що призводить до порушення реакції на стрес. Дійсно, тривала тривога була запропонована як причинний фактор, що впливає на роль нейропатологічних процесів і призводить до підвищення ризику інших психічних розладів, а також трансформації епізодичних мігрених у хронічні події.

У даний час тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів. Поширеність тривожних розладів у хворих з мігренню удвічі більша, ніж асоційована з депресією. З точки зору подібності, і тривога, і депресія сильно пов'язані з негативною афективністю або переживанням дистресу та інших негативних емоційних станів.

Результати систематичного огляду продемонстрували сильний і послідовний позитивний зв'язок між мігренню та тривогою, мігренню та депресією. Очевидно, що мігрень і тривога є супутніми. А коморбідність цих станів може призвести до більшої тривалості лікування, накладає економічний та соціальний тягар, прямо чи опосередковано, на пацієнтів та їхні родини.

Боженко М.І., Боженко Н.Л.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів*

ЧИ НАСПРАВДІ ДЕЯКІ ВИДИ МІГРЕНІ Є РІДКІСНИМИ?

Мігрень - це поширене захворювання, яке вражає 12–15 % населення нашої планети. Частіше мігрень виникає у жінок, ніж у чоловіків, при цьому напади трапляються у 17 % жінок та 6 % чоловіків щороку. Мігрень без аури є найпоширенішим типом, на яку припадає приблизно 75% випадків. Це відповідає нашій клінічній практиці. Серед пацієнтів, яких нам довелося оглядати протягом останніх років, більшість людей з мігренню - приблизно 70% - 75% - хворіють на мігрень без аури. Мігрень найчастіше зустрічається у людей у віці від 30 до 39 років, при чому поширеність у чоловіків і жінок досягає 7% і 24% відповідно. Проте, володіючи інформацією про те, що мігрень у більшості випадків розпочинається в підлітковому віці, ми спостерігаємо, що діагноз мігрени вдається встановити в більш ранньому віці. Також характерною є картина, що більшість хворих на мігрень у віці понад 40 років звертаються за допомогою, маючи в анамнезі такі діагнози, як вегето-судинна дистонія, дисциркуляторна енцефалопатія та інші, які насправді є масками мігрени, що призводить до того, що дана група хворих на мігрень роками не отримує якісного лікування. Мігрень – сімейна хвороба, тому сімейний анамнез теж необхідно враховувати для раннього її виявлення. Постановка діагнозу мігрени без аури базується в першу чергу на типових характеристиках болю в поєднанні з супутніми симптомами.

Мігрень без аури - це клінічний синдром, постановка діагнозу якого, вимагає мінімум 5 нападів, які відповідають наступним критеріям B-D (ICHD-3 1.1):

B) Головний біль, який триває від 4 до 72 годин (без успішного лікування).

C) Має принаймні 2 з наступних характеристик:

1. однібічна локалізація,
2. пульсуючий характер,
3. помірної чи високої інтенсивності,
4. посилюється при рутинній фізичній активності або спричиняє її уникнення.

D) Як мінімум 1 з цих симптомів:

1. нудота і/або блювання
2. або обидва: фотофобія і фонофобія під час атаки.

Мігрень з аурою спостерігається у 25%-30% пацієнтів. Постановка діагнозу мігрень з аурою в першу чергу базується на характеристиках аури. Типова аура при мігрени характеризується поступовим розвитком, тривалістю не більше однієї години, поєднанням позитивних і негативних симптомів та повною оборотністю. Традиційне вчення полягає в тому, що аура мігрени, зазвичай, передує головному болю. Однак проспективні дані свідчать про те, що більшість пацієнтів з мігренню відчують головний біль уже під час фази аури.

Мігрень з аурою - це клінічний синдром, постановка діагнозу якого, вимагає мінімум 2 напади, які відповідають наступним критеріям B і C (ICHD-3 1.2):

В) Один або більше з цих зворотніх симптомів:

1. зорові,
2. сенсорні,
3. мовні.
4. моторні,
5. стовбурові,
6. ретинальні.

С) Хоча б 3 з цих 6 характеристик:

1. хоча б 1 симптом аури, який розвивається поступово протягом хоча б 5 хвилин,
2. два або більше симптоми, які настають поступово,
3. кожен індивідуальний симптом триває від 5 до 60 хвилин,
4. хоча б 1 симптом є унілатеральним,
5. хоча б 1 симптом є позитивним,
6. головний біль супроводжує, або настає через 60 хвилин після аури .

Найчастішим видом аури, який зустрічається в клінічній практиці є зорова аура. Зорова аура класично починається як невелика ділянка втрати зору, часто просто збоку від візуальної фіксації. Вона може проявлятися як світла пляма або різноманітні фігури та зигзаги. Серед мігрени з аурою виділяють види мігрени, які вважаються рідкісними. Це, зокрема, геміплегічна мігрень, мігрень з стовбуровою аурою та вестибулярна мігрень. Також можна виділити такий епізодичний синдром пов'язаний з мігренню, як абдомінальна мігрень. Попри те, що ці види мігрени вважаються рідкісними, в нашій клінічній практиці вони зустрічаються не так уже й рідко.

Основною ознакою, яка відрізняє геміплегічну мігрень від інших типів мігрени з аурою, є наявність рухової слабкості, як прояву аури, хоча б при деяких нападах. На додаток до рухової слабкості під час фази аури, яка зазвичай є односторонньою, прояви нападів геміплегічної мігрени можуть включати сильний головний біль, мерехтливу скотому, дефект поля зору, оніміння, парестезію, афазію, лихоманку, летаргію та судоми. Ця однобічна слабкість дуже схожа на те, що відбувається під час інсульту. Ця подібність може ускладнити діагностику. Якщо ці типи мігрени протікають у родині, вони називаються сімейною геміплегічною мігренню, і вони викликані мутованим геном (на сьогодні визначені такі основні гени асоційовані з цим видом мігрени *CACNA1A*, *ATPIA2*, *SCN1A*). Оскільки ці типи сімейної геміплегічної мігрени передаються за аутосомно-домінантним типом, дитина одного з батьків із сімейною геміплегічною мігренню має 50-відсотковий шанс успадкувати мутацію, хоча пенетрантність цих мутацій різна. Якщо це поодинокий випадок - це спорадична геміплегічна мігрень.

Найчастіше геміплегічна мігрень починається у дитинстві. Її симптоми включають симптоми мігрени та ауру, що проявляється двома наступними характеристиками:

1. повністю оборотна моторна слабкість,
2. повністю оборотні візуальні, сенсорні і/або мовні симптоми.

Здавалося б, є чіткі критерії діагностики та поставити діагноз не важко. Та для цього потрібне головне - щоб лікар знав ці критерії ,а також міг

віддиференціювати від інших захворювань, які можуть мати схожу симптоматику, наприклад, ТІА, інсультів, аневризм та інших. Зокрема, серед наших пацієнтів є 6 хворих, яким ми діагностували геміплегічну мігрень, з них - 5 - спорадичних, одна - сімейна форма. Усі ці пацієнти мали в анамнезі діагнози - ВСД (3), ГПМК (2), хоча підтвердження на МРТ не було, а це вело до стигматизації пацієнтів, які є молодими жінками. Відповідно, адекватного лікування дані хворі не отримували. На жаль, у однієї з пацієнок, якій понад 10 років виставляли діагноз ВСД такий розвинувся ішемічний інсульт, як ускладнення мігрені, тобто, мігренозний інсульт.

Ще один з цікавих видів мігрені - мігрень з стовбуровою аурою. Лікарі звикли називати цю мігрень базиллярною, тому що вважали, що вона викликана звуженням або спазмом базиллярної артерії мозку. Зустрічається частіше у жінок, ніж у чоловіків. Початок, зазвичай, у віці від 7 до 20 років. Аура складається з певної комбінації запаморочення, дизартрії, шуму у вухах, двоїння, атаксії, зниження рівня свідомості та гіпакузії. Напади майже завжди включають два або більше симптомів аури, пов'язаних зі стовбуром мозку. З віком напади можуть перерости в поширеніші форми мігрені. Симптоми мігрені з аурою стовбура мозку дуже подібні до симптомів геміплегічної мігрені але без м'язової слабкості. Вони, зазвичай, з'являються повільно, а потім виникає біль голови.

Критерії діагностики:

Напади, що відповідають критеріям 1.2 Мігрень з аурою та критерію В.

Аура з обома наступними характеристиками:

принаймні два з наступних повністю оборотних симптомів стовбура мозку:

А) дизартрія,

Б) запаморочення,

В) шум у вухах,

Г) гіпоакузія,

Д) диплопія,

Ж) атаксія, що не пояснюється сенсорним дефіцитом,

З) зниження рівня свідомості ($GCS \leq 13$),

відсутність моторних або ретинальних симптомів.

Ця рідкісна форма мігрені може імітувати інші стани, такі як транзиторні ішемічні напади (ТІА), інсульт, судоми та запаморочення, тому при появі тривожних симптомів необхідно провести ґрунтовне обстеження. Серед наших пацієнтів протягом останніх 2 років було 3 з мігренню з стовбуровою аурою.

Ще один з рідкісних видів - черевна мігрень. Хоча будь-яка людина може захворіти на абдомінальну мігрень, вона переважно вражає дітей віком 5-9 років. Більшість дітей виростають з них до 16 років. Зазвичай, відчувається біль прямо за пупком, що часто супроводжується багаторазовим блюванням. Це може відчуватися як легка хворобливість, а може бути серйозним нападом. Поряд з болями в животі відчувається нудота і блювання. Одна з наших пацієнок з 10 років лікувалася у гастроентерологів, а на біль голови ніхто не звертав уваги. Лише в 27 років їй поставили діагноз мігрень та пов'язали перенесені в дитинстві напади з цим захворюванням. Часто шкіра також може виглядати блідішою, ніж зазвичай. Напад черевної мігрені може тривати від 2 до 72 годин.

Критерії діагностики:

Принаймні п'ять нападів болю в животі, що відповідають критеріям Б – Д.

Б) Біль має принаймні дві з наступних трьох характеристик:

- 1) розташування по середній лінії, навколо пупка або погано локалізовані,
- 2) тупий характер болю,
- 3) помірної або вираженої інтенсивності.

В) Принаймні два з наступних чотирьох супутніх симптомів або ознак:

- 1) анорексія,
- 2) нудота,
- 3) блювота,
- 4) блідість.

Г) Напади тривають 2-72 години, якщо їх не лікувати або невдало лікувати.

Д) Повна відсутність симптомів між нападами.

Висновки: Мігрень – особливий головний біль! Вчасна діагностика та правильне лікування мігрені дадуть шанс контролювати це захворювання та його вплив на життя пацієнта. Також це важливо для профілактики інсульту та інших серйозних ускладнень. Рідкісні форми мігрені зустрічаються у реальній практиці не так уже й зрідка. Ознайомлення з діагностичними критеріями даних видів мігрені лікарів різних спеціальностей дасть можливість швидше виявляти даних хворих. Своєчасна діагностика є запорукою правильного лікування, що покращить якість життя даного контингенту хворих.

***Буцька В.Є., Тимченко О.Г., Кузнєцова О.В., Макачук О.О.,
Коханов І.В., Загорій В.А., Семенюк О.А.***

Національний університет охорони здоров'я України ім.П.Л.Шупика, м. Київ

ПОРІВНЯННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ СТРЕСАХ

При застосуванні метаболітотропних препаратів багатовекторної дії можна очікувати проявів антиоксидантної дії, органопротекції, наявності властивостей імуностимуляторів і актопротекторів, ефекту стресрезистентності. Вивчали окремо вплив профілактичного курсу протягом 10 днів армадину (Ар, таблетки, «Мікрохім») та карбонату (Кр, капсули, «Сперко Україна» при внутрішньошлунковому введенні в умовнотерапевтичних дозах шурам лінії Вістар одного віку масою 200-250 г перед моделюванням холодного стресу (ХС) та іммобілізаційного стресу (ІС) згідно методичних вказівок Державного фармакологічного центру. В міокарді та в тканинах печінки контрольних та дослідних шурів визначали: 1) показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): вміст дієнових кон'югатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА); 2) показники антиоксидантного захисту: активність супероксиддисмутази (СОД), каталази (КТ), вміст церулоплазміну (ЦП) та вільних токоферолів (ВТ)). Встановлено, що за ІС через 30 хвилин знижується вміст показників ПОЛ, проте через 2 години їх вміст суттєво зростає. При ХС через 30 хвилин (меншою мірою), а через 2 години більш суттєво, спостерігається вірогідне зниження показників ПОЛ. Паралельно пригнічується активність СОД, КТ та зменшується вміст ЦП, ВТ при всіх експозиціях і стресових моделях. Ці зміни біохімічних показників були більш вираженими в міокарді, ніж в тканинах печінки. У всіх тварин з метою функціонального контролю визначали ЕКГ і тривалість гексеналового сну.

Попереднє перед відтворенням ІС та ХС введення Ар та Кр сприяло уповільненню числа серцевих скорочень та зменшенню екстрасистолій. Тривалість гексеналового сну наближалася до контрольних показників. При застосуванні Кр прооксидантно-антиоксидантний гомеостаз зберігався надійніше в міокарді, його зсуви в тканинах печінки були більш помітними, але вірогідно менш вираженими у порівнянні з тваринами без терапії; препарат виявився ефективнішим при ХС. Щодо Ар - його стабілізуючий вплив переважав в тканинах печінки і для цього органу порівнюваним з Кр при ХС, та значно вищий (на 90%), ніж у Кр, при ІС, особливо через 2 години. Гальмування зсувів біохімічних показників при ІС в міокарді у тварин, які отримували Кр, значно поступалось (на 65%) Ар за іммобілізації через 2 години. Отже, застосування Ар і Кр при стресах є доцільним, якщо зважати на їхні фармакодинамічні особливості.

***Волосовець О.П., Науменко О.М., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я.,
Дзюба О.Л., Логінова І.О.***

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

ДО 180-РІЧЧЯ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

9 вересня 1841 року у м. Києві професором Козловим М.І. було прочитано першу лекцію з анатомії студентам 1 курсу Медичного факультету Університету святого Володимира. Саме з того часу почався відлік історії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, що нині святкує свій 180-річний ювілей. У його стінах працював цвіт української медичної науки: Пирогов, Караваєв, Козлов, Вальтер, Троїцький, Бец, Мерінг, Цицурін, Матвеев, Рейн, Мінх, Образцов, Підвисоцький, Скліфосовський, Стражеско, Волкович, Кисіль, Гедройц, Кримов, Яновський, Богомолець, Медвідь, Буйко, Підгаєцький, Губергриц, Іванов, Корчак-Чепурківський, Лур'є, Зазибін, Зайко, Комісаренко, Амосов, Ромоданов, Лаврик, Марзеєв, Коломійченко, Братусь, Маньковський, Спіров, Хохол, Кульчицький, Грандо, Мілько, Дяченко, Громашевський, Черкес, Гончарук, Возіанов, Грицюк, Бурчинський, Пелешук, Сідельников, Коляденко, Гудзенко, Чеботарьова, Андрущук, Концевич, Кісельова, Кабак, Бобрик, Кефелі, Мошич, Гоц, Сокол, Пятак, Земсков, Черенько, Усенко, Шанін, Чекман, Данилевський, Биць, Степанківська, Фомін, Глумчер, Майданник, Свінцицький, Черкасов та багатьох інших.

Наш Університет став провідним центром європейської медичної освіти. Створюються власні Університетські клініки, запроваджуються у практику викладання та лікування сучасні технології і започатковуються нові освітньо-наукові спеціальності. Науково-педагогічний колектив Університету нараховує близько 1,5 тисячі науковців, серед яких 224 доктори наук та 168 професорів, 900 кандидатів наук і докторів філософії та понад 420 доцентів. Щороку Університет приймає на різні форми навчання більш ніж 2 тисячі вітчизняних та іноземних студентів з більш ніж 70 країн. У кожній третій країні світу працює лікар із дипломом Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Гавалко А.В., Асанов Е.О.
*Державна установа «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМНУ»,
м.Київ*

СТІЙКІСТЬ ДО ГІПОКСІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОРУШЕНОЮ ТОЛЕРАНТНІСТЮ ДО ГЛЮКОЗИ

Порушення вуглеводного обміну є незалежними і значущими факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань. З віком зростає частота порушень вуглеводного обміну. Одним із важливих механізмів порушень вуглеводного обміну є гіпоксичні зміни.

Мета. З'ясувати особливості стійкості до гіпоксії у людей похилого віку з порушеною толерантністю до глюкози.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 63 людей похилого віку з порушеною толерантністю до глюкози та 60 людей похилого віку зі збереженою стійкістю до гіпоксії. Толерантність до глюкози оцінювали за результатами стандартного глюкозотолерантного тесту. Стійкість до гіпоксії визначали за рівнем зниження сатурації крові під час гіпоксичного впливу.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав, що у людей похилого віку з порушеною толерантністю до глюкози відбувається більш значне зниження сатурації крові при гіпоксичному впливі, в порівнянні з людьми похилого віку зі збереженою толерантністю до глюкози. Також у людей похилого віку з порушеною толерантністю до глюкози встановлено залежність між рівнем глюкози в крові після стандартного глюкозотолерантного тесту від зсувів сатурації крові в умовах гіпоксії.

Висновки. У людей похилого віку з порушеною толерантністю до глюкози знижена стійкість до гіпоксії, в порівнянні з людьми похилого віку зі збереженою толерантністю до глюкози. У той же час у людей похилого віку ступінь порушення толерантності до глюкози пов'язаний зі стійкістю до гіпоксії.

Галишич Н.М.,
*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Центр репродукції «Паренс-Україна», м. Львів*

ДИСФУНКЦІЯ ЯЙНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ

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

Метою роботи було підвищення ефективності діагностики та лікування ДЯ у поєднанні з дифузною фіброзно-кістозною мастопатією (ДФКМ) молочних залоз на основі вивчення клініко-ехографічних та ендокринологічних особливостей. Проведено обстеження 153 жінок з ДЯ у поєднанні з ДФКМ

молочних залоз. Патологія щитовидної залози була діагностовано у 11,8 % пацієнток, у 20,3 % спостерігалася лейоміома матки, у 17,6 % - ендометріоз, у 23,1 % - поліпи ендометрія. Залежно від результатів обстеження, пацієнткам проведено корекцію гормональних порушень. Виражений клінічний ефект від гормональної терапії спостерігався при ДФКМ з переважанням залозистого компонента дифузної мастопатії, ефективність лікування за клінічними критеріями у цій групі склала 88,6 %. Серед 37 жінок з ДФКМ з переважанням кістозного компонента в 27 (73,0 %) при пальпації молочних залоз відзначене клінічне покращення, при ДФКМ змішаного типу покращення виявлене в 37 (71,3 %). При ДФКМ з переважанням фіброзного компонента ефективність лікування була найбільш низькою - лише у 15 (52,0 %) пацієнток були позитивні зміни. Отже, у 113 (73,9 %) жінок з дифузною формою ФКМ через 6 місяців від початку індивідуально підібраної гормональної терапії виявлена позитивна ультразвукова динаміка. Рецидив захворювання за даними УЗД констатовано через 12 місяців у 14 (12,4 %) пацієнток.

Галюк У.М., Мота О.М., Покотило П.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.Львів

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КЛІТИН КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Вступ. Від початку пандемії Covid-19 минає два роки, але головні задачі щодо лікування і вакцинації, ще чекають на своє вирішення. На сьогодні відомо, що коронавіруси SARS-CoV-2 є внутрішньоклітинною вірусною інфекцією, яка має неминучий негативний вплив на усі клітини організму людини, в тому числі і на формені елементи крові.

Актуальність. У науковій літературі зустрічаються окремі дані про ультраструктурну організацію клітин крові пацієнтів з Covid-19. Повідомлення про ультраструктурні зміни клітин крові у пацієнтів з середньо-важким перебігом COVID-19 нами не виявлено.

Мета. Дослідити ультраструктурні зміни клітин крові у пацієнтів з COVID-19 із середньою важкістю перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Ультраструктурне дослідження клітин крові було проведено 30 пацієнтам, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній клінічній інфекційній лікарні (ЛОКІЛ) і мали підтверджений діагноз COVID-19 із середньо-важким перебігом цього захворювання. Забір крові у об'ємі (1 мл) проводився лаборантами ЛОКІЛ з дотриманням усіх обов'язкових протиепідемічних та етичних норм. Добровільну згоду щодо дослідження біологічного матеріалу пацієнти дали добровільно після роз'яснення мети даного дослідження. Зразки крові були доставлено в лабораторію електронної мікроскопії ЛНМУ ім. Данила Галицького, де з дотриманням усіх протиепідемічних заходів виготовлялись препарати. Вивчення і фотографування досліджуваного матеріалу проводили за допомогою мікроскопу УЕМВ-100К (Суми, Україна), при прискорюючій напрузі 75 кВ і збільшенні на екрані мікроскопа 2000X–12400X.

Результати власних досліджень. Результати електронно-мікроскопічного дослідження осаду крові пацієнтів з середньо-важким перебігом COVID-19 свідчить, що він в основному складається з еритроцитів, гранулоцитів і значно меншої кількості лімфоцитів. Більшість еритроцитів має неправильну форму та різні розміри. Серед еритроцитів наявні: планоцити, сфероцити, ехіноцити, стоматоцити та еритроцити іншої неправильної форми. Для цих еритроцитів характерна різна електронна щільність. Для еритроцитів з меншими розмірами характерна підвищена електронна щільність, що є ознакою апоптозу. Гіалоплазма ехіноцитів та півмісяцевих еритроцитів здебільшого має знижену електронну щільність. Для еритроцитів з підвищеною електронною щільністю характерна дезорганізована плазмолема з численними і неоднорідними за формою та розмірами дефектів. Для клітин гранулоцитарного ряду характерні наступні зміни, а саме: цитоплазма електронно-світла, з ознаками розпаду, містить краплини жиру, мікровезикули, ядерна оболонка в багатьох місцях дезорганізована, або відсутня. В цитоплазмі лімфоцитів також можна спостерігати ознаки розпаду, гіпертрофований апарат Гольджі, велику кількість мітохондрій, в тому числі і пошкоджених, лізосоми, мікровезикули. Ядерна оболонка цих клітин у багатьох місцях відсутня.

Висновки. У пацієнтів з COVID-19 спостерігаються різноманітні пошкодження еритроцитів, лімфоцитів та гранулоцитів. Вираженість ультраструктурних змін цих клітин крові напряму залежить від важкості перебігу Covid-19.

*Проф. Ганіткевич Я.В.
м. Львів*

ДО ІСТОРІЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ АКАДЕМІЇ НАУК ТА НАНУ

Українські вчені в Києві, члени Українського наукового товариства (УНТ, створене 1910 року), що повторяли досвід НТШ у Львові в Королівстві Галичини і Володимирії, при допомозі видатного академіка Вернадського (який 1905 р. звертався до царя з вимогою покращити стан української мови), при підтримці Гетьмана Павла Скоропадського заснували 1918 року Українську академію наук, в 1921 р. перейменовану у Всеукраїнську академію наук (ВУАН). За 10 років формування української науки в дуже важких умовах, після вікової заборони і переслідування української мови, науки і культури, за Президентів Липського, Заболотного добилися виразних успіхів «у всебічному вивченні України», обрали 79 академіків, уперше після тривалого поневолення почали наукові дослідження української мови, історії, літератури та ін. Довгий час суспільні науки стояли на першому місці, при українцях Президентах ВУАН (після Вернадського) першим з трьох відділів був Історично-філологічний, який займався розвитком українознавства.

Після передчасної смерті Президента ВУАН Заболотного режим Сталіна прислав з Москви партійного професора патофізіолога Богомольця, партійна влада поставила його Президентом Академії, його заступником на місце вбитого

Єфремова зробили партійного комісара Шліхтера. Наркомат УСРР став проводити «реформу» ВУАН, створено компартійне бюро і організацію та відділ НКВД, які перевіряли обрання академіків та усі рішення Президії. Повністю знищено українські установи в Академії, кілька сотень співробітників (найбільше – 1936–38) були безпідставно звинувачені як "вороги народу", академіки І.Агол, М.Кравчук, Є.Оппоков, М.Орлов, М.Світальський, С.Семковський, П.Супруненко, С.Співак та ін. були ув'язнені, заслані або страчені. Ліквідували «українських буржуазних націоналістів», запровадили російську мову, фальсифікували історію. У структурі Академії ліквідували українські секції, відділи, жодної української галузі науки у ВУАН партія не залишила. Гуманітарні і соціальні дослідження з першого місця перевели на останнє, на першому поставили технічні та теоретичні галузі. Рада міністрів вирішила (1934) перевести у ВУАН ряд інститутів та установ, створено 22 Інститути Академії. Створено Інститут електрозварювання, із майстрів, техніків, інженерів-електрозварників згодом обрали 16 академіків і член-корів. У 1936 р. виключили з назви Академії слово «Всеукраїнська», назвали по компартійному – АН УРСР.

Після Другої Світової війни режим комуністичної диктатури розширював АН УРСР на потреби СРСР, догнати і перегнати США, створити ядерну зброю, освоювати космос, відкривали нові інститути, відділи, лабораторії відкриті і засекречені, співпрацювали з АН СРСР. За 60 років складного важкого трагічного режиму за розпорядженням з Москви значно змінили структуру АН для виконання досліджень на оборону країни, розвитку промисловості, транспорту, аграрного виробництва, харчової промисловості, утримання міліції, концтаборів. Кажуть, що при виробленні працівником вартості 100 рублів віддавали зарплатою 20 рублів, а 80 рублів брали в руки партії і держави, в т.ч. на розширення і розвиток Академії наук. Присланий Сталіним Л.Каганович, 1-й секретар ЦК КП(б)У, заснував (1947) і очолив Комісію політбюро ЦК КП(б)У по науці, яка управляла Академією наук. Гуманітарно-суспільні галузі, поставили на останнє місце, в них працювали тільки 5% науковців, були змушені публікувати «псевдонауку», «розвивати теорії Маркса-Енгельса», перекручувати історію, в літературі приховувати заборонених авторів і т. п. Патону пропонували перейти в АН СРСР, оскільки він успішно виконував партійні доручення, розвивав не українську, а «советську», переважно технічну Академію.

У цивілізованих країнах різні вчені утворювали ряд вузько спеціалізованих Академії. У Німеччині та Іспанії існує по 10 Академії наук, у Франції – 11. Невелика Швейцарія має 4 Академії – гуманітарних і соціальних наук, природничих наук, медичних наук і технічних наук. Компартія СРСР розвивала в УРСР у своїх цілях сотні різноманітних наук в одній унікальній підпорядкованій їй Академії.

Партійне керівництво не допускало в УРСР українців до управління Академією, розвивало її як «отечественную науку» комуністичної імперії. Неукраїнську, зросійщену Богомольцем АН УРСР доручали очолювати членам партії біохіміку Палладіну, а з 1962 року – електрозварнику Б.Патону. У 1929 р. до ВУАН обрано академіком відомого Євгена Патона, він готував сина Бориса, після його вступу до партії та захисту кандидатської дисертації призначив його (1951) своїм заступником (директора Інституту електрозварювання) та як член Президії провів (1951) його як кандидата технічних наук у член-кор. АН! Будучи член-кором АН Б.Патон захистив (1952) докторську дисертацію. Є.Патон зі

смертю (1953) передав ще молодому (35 р.) сину директорство Інститутом, який він очолював 67 років. У 1958 р. Б.Патон став дійсним членом АН, а вже в 1962 р. його, члена ЦК КПУ, партія поставила Президентом АН УРСР. Б.Патон як постійний член ЦК КПУ (1960 - 1991), багато років член Верховної Ради УРСР, керував Академією 28 років в УРСР та 29 років в Україні, очолював розвиток кількох сотень наукових напрямків. В АН УРСР не реагували на жорстокий терор проти українців-інтелігентів, насильну колективізацію, Голодомор-геноцид 1932-1933 років, Великий терор проти українців у 1936 - 1938 роках, арешти і плановане Сталіним (1929 і 1953) вбивство лікарів. Хрущов, наступник Сталіна, на зібранні партії (1955) засудив злочинні дії Сталіна. Президент АН України Патон не засудив тоді злочинних порушень, які зробив Сталін щодо українського народу, українських вчених.

Продовжували російщення Академії, останні українські журнали і видання в 1970-х роках перевели на російську мову. У Кремлі вирішували які науки потрібно розвивати в АН УРСР. За вказівкою партії після Голодомору (1934) Богомолець обрав академіком агронома Трохима Лисенка, якого партія підтримувала у поширенні біологічної псевдонауки – мічурінської агробіології. Палладін провів (1950) сесію із поширеної в СРСР «павловської фізіології», з критикою вчених-фізіологів, зняття їх з посад та висунення прихильників «павловського вчення», запровадили іспит з фізіології кандидатам наук, репресії проти багатьох об'єктивних вчених. Замовчували 100-річчя Президента ВУАН Липського, академіків Старкова, Корчака-Чепурківського, Омельченка та ін. Скільки українських вчених було обрано в АН УРСР з 1930 по 1991 роки? У 1951 р. у Львові відкрили Інститут суспільних наук, партія допустила обрання до Академії небагатьох вчених Західної України – Підстригача, Кучера, Голубця, Буряка, Крип'якевича, Ісаєвича, Юхновського (яких я знав) та ін. Скільки українців було допущено Патonom у Президію?

Після проголошення суверенної України Державний центр УНР на еміграції 1992 року передав повноваження УНР та атрибути державної влади УНР (прапор та президентські клейноди) новообраному Президентові України. В Україні відновлено Гімн та Герб України, українські банкноти, гетьманські столиці, Києво-Могилянську академію. Об'єктивно оцінили діяльність партійних, правоохоронних та інших органів, засудили Голодомор і Голокост, депортації населення, ГУЛАГ, арешти і репресії дисидентів. Відкрили доступ до секретних документів НКВД, у яких виявляють обставини загибелі тисяч жертв комуністичного режиму. У книзі «Українські лікарі», (2009) зібрано дані про репресованих в УРСР 612 невинних лікарів, 119 розстріляних лікарів, яких пізніше реабілітовано.

Президенти України Л.Кравчук і Л.Кучма в Указах (1993, 1994, 2000) вказували на значення Академії як головної наукової установи незалежної держави, на необхідність перебудови її діяльності відповідно до нових завдань, визначено «ключові завдання Академії на сучасному етапі». Надано статус Національної АН України. Верховна Рада України прийняла (2002) Закон України, в якому вперше визначено загальнодержавний статус НАНУ як вищої державної наукової організації України. Проте дослідження мови, історії, літератури України надалі, як в УССР після знищення ВУАН, залишалися на останньому місці. Не вказували на необхідність виправити злочинні порушення

комуністичного режиму, відновити структуру Академії, розвивати в незалежній Україні репресовані і заборонені компартією проблеми українізації.

У цей час на місце партійних керівників ставили нових голів, міністрів, обласних адміністраторів і т.д. Чи не велике упущення, що не поставлено українського вченого-академіка очолювати Академію, реформувати «советскую» Академію, яка працювала на потреби СРСР та знищення української нації, повернути їй традиції ВУАН в УНР і УССР. Поставленого партією Президента АН УРСР електрозварника, протягом 30 років члена ЦК КПУ Б.Є.Патона, в старшому віці (72 роки) об'єктивно не оцінили та не відправили у відставку (може в Інститут електрозварювання). Чи не слід було призначити тимчасово українського в.о. Президента відновлюваної реформованої Української АН?

Під керівництвом Патона в Академії наук не відновили ні назви, ні структури з часів УНР, Української Держави і перших років УССР. Академіки-українці та свідомі об'єктивні росіяни та інші національності не змогли повернути народу так як партійно-державне майно (лікувальні заклади, школи, університети, культурні заклади та ін.), так повернути Академію, засудити злочинні реформи компартії, відновити об'єктивні суспільні науки, реформувати подібно як у Європі, може окремо виділити технічну, природничу Академію та ін. Україна втратила ядерну зброю, багато союзного значення підприємств, заводів. Чи в АН України Патон і Президія розглядали установи союзного значення, чому не провели ніякого відкритого реформування, невже сподівалися повернутися в «русский мир», знаходилися під впливом 5-ї колони? Неприйнятною стала декомунізація НАНУ, яку відкрито не визнавав Патон.

Як приклад відродження науково-навчальної установи можна привести Львівський медичний інститут. У 1981 р. після директорів росіян призначили українця М.Павловського, талановитого хірурга, професора, заступника директора, який у зросійщеному «Всесоюзному» інституті став членом партії, російською мовою викладав, провадив хірургічне товариство, спілкувався в дирекції. У 1990 р. він на Вченій раді заявив разом з секретарем партбюро про вихід з партії, почав з професорами українцями повертати в інституті українську мову, ліквідував партійні дисципліни, відновлено Просвіту і українські організації, надавали посади і наукові звання переслідуваним місцевим українським вченим. В Україні за 8 років уперше повернено історію університету/інституту з часів Австрії, Австро-Угорщини і Польщі, відроджено ряд університетських традицій. «Львовский медицинский институт ордена Дружбы народов», перетворили в повністю український «Львівський медичний університет імені Данила Галицького».

А що виправлено за 29 років у НАНУ? Чому не знайшли і не поставили подібного М.Павловському Президента, щоб разом з академіками реформувати Академію загальносоюзного значення, відновити Українську Академію наук, створити українські секції, відділи, інститути, відновити об'єктивний розвиток суспільних наук, опрацювати і видати матеріали про діяльність ВУАН з перших років, про вбитих, репресованих і замовчуваних видатних українських вчених.

Після розпаду СРСР в Україні зроблено деякі зміни наукових установ, названо низку нових спеціалізованих академій. В АН України ліквідовано партбюро і відділ КДБ, частково повернуто українську мову. Обрано в Академію і поставлено директорами інститутів декількох українців-патріотів (Жулинський, 1992; Попович Мирослав, член-кор. 1992, акад. 2003; Дзюба, 1992; Струк, 1992;

Рудницький, 1994 та ін.). Повернено дату утворення ВУАН (може тому, що близька до дати народження Б.Патона). Постановою загальних зборів поновлено в списках академії академіка Тарановського та ін., надано відділенням назви Грушевського, Тимошенка, Птухи та ін. Не повернено (посмертно) виключених партією 1934 р. львівських академіків. Створений у Львові Інститут суспільних наук, який мав обмежені можливості досліджувати українські проблеми, перейменували (1993) в Інститут українознавства, дали ім'я І.Крип'якевича. Оформлено назву «Національна АН» (2004) але не повернули української назви ВУАН, тільки на місце «УРСР» поставили «України». У європейських країнах на першому місці назви Академії подають назву країни.

Повернувши дату відкриття Академії Патон далі, як за комуністичного режиму, замовчував перші роки діяльності ВУАН. Тільки МОН та Державна науково-технічна бібліотека України вперше за 80 років зібрали і видали до 100-річчя НАНУ Біобібліографічний покажчик «Перші академіки (дійсні члени) Української Академії Наук» (249 с.). Приховуючи в Україні по компартійному історію Академії Патон замовчував відкриття в жовтні 1941 р. в окупованому Києві Української Академії Наук (УАН), яка була визнана Українською національною Радою та Міською Управою. В окупованому Києві за різних причин не були евакуйовані та залишилися біля $\frac{3}{4}$ наукового складу Академії. Академіки і вчені намагалися зберегти приміщення і обладнання АН УРСР. В УАН працювали короткий час біля 150 науковців, були 4 відділи, 16 інститутів. Президентом був обраний академік В.Плотніков. У 1943 році частина вчених емігрувала на Захід, для уникнення репресій СМЕРШ. Патон за України не допустив описання діяльності українських академіків ВУАН, приховував у 2007 р. (як за партійної диктатури) 150-річчя академіка ВУАН Корчака-Чепурківського, першого довголітнього медика-академіка, 8 років «неодмінного» (вченого) секретаря ВУАН, засновника видатного видання «Вісті ВУАН», керівника Медичної секції, учителя українських професорів, автора першої української номенклатури хворіб, праць «Смертність в 4-х найбільших містах УСРР в 1923-1929 рр.», уперше описав розвиток української медицини, був приятелем Лесі Українки, Ольги Кобилянської, Миколи Лисенка, Івана Карпенка-Карого, Марії Заньковецької. Могила його на Звіринецькому кладовищі в занедбаному стані).

Після того як Богомолець за рішенням партії ліквідував у ВУАН усі українські галузі наук, у незалежній Україні Патон не відновив їх. У структурі НАНУ в списку «Галузі наук», на першому місці, як за СРСР, залишаються Математика, Інформатика, Механіка та ін., Історія..., Література, мова та мистецтвознавство займають останні 13 та 14 місце. Тільки в останній 14-й Галузі в Секції літератури, мови та мистецтвознавства, в її Відділенні літератури, мови та мистецтвознавства серед 9-ти Наукових установ знаходиться відкритий Інститут української мови, на останньому місці в НАНУ. Після тривікового переслідування і нищення української нації царським і комуністичним режимом у суверенній Україні в Академії українські питання знаходяться на останньому місці, нічого українського державного досі нема в основній структурі Академії. У Європі, в інших країнах Академії наук займаються насамперед дослідженням своєї історії, мови, культури.

В економічних умовах України значно погіршилося фінансування Академії. Далі продовжувалося обрання до Академії видатних вчених

походженням з інших народів. Після знищення партією «українських буржуазних націоналістів» скільки українців (з 80% українського населення) допускали до високих посад і наукового росту, скільки обрано до НАНУ і в Президію при Патоні за 29 років України? Чому не обрано таких як ректор М.Павловський? Українець, директор Інституту прикладних проблем механіки і математики ім. Підстригача з 2003 р. тільки за 15 років був обраний академіком. Зате «пісателя» Толочка, якому за антиукраїнські виступи партія дала Державну премію (1983) та поставила директором Інституту археології (1987), вже за 3 роки (1990) обрано академіком АН УРСР. В Україні, замість усунути пропартійного антиукраїнського псевдовченого з керівної посади, Патон обрав Толочка (1993) своїм віцепрезидентом (!), дав йому директорувати в Інституті за України 27 років! Досі такого діяча 5-ї колони тримають в українській Академії, підтримують пропагування антиукраїнських псевдонаукових ідей.

В УРСР партія і Богомолець ліквідували «Інститут наукової української мови» ВУАН. Патон відкрив (1991) Інститут української мови, проте не створив нового закладу з новими фахівцями, а зібрав у Інститут кілька давніх відділів, працівники яких змушені були виконувати партійну тематику. Президент АН України Патон і науковці Академії що зробили за 29 років після жорстокої тривікового російщення для подолання її в Україні, не провели знеросійщення нового українського правопису. Не брали активно участі у впровадженні закону про українську державну мову. В українській мові, часто з російським суржигом, стали замінювати українські терміни і слова сотнями англійських слів, неначе нав'язують англійський суржик. Замість відроджувати українську мову, Патон запровадив у Президії НАНУ «Текст отчёта на русском языке с 2006 по 2014 гг.»! Таким було його «реформування» НАНУ.

Відкрили (1992) Львівське відділення Інституту української археографії НАНУ, з 1995 р. - Інституту української археографії та джерелознавства, якому Патон допустив надати ім'я Грушевського, доручили керівництво Ярославу Дашкевичу (деякий час ми співпрацювали), одному з видатних українських істориків і археографів, відбулому ув'язнення сталінським режимом, професора, завідувача кафедри університету Франка, автора понад 1700 наукових і публіцистичних праць, глибоких і дуже актуальних. Проте Патон з Толочком не допустили обрання Дашкевича в НАН України. Це один із злочинних протиукраїнських комуністичних вчинків Патона.

АН УРСР організувала ліквідацію в 1940 р. НТШ, перейняла усе його майно. В Україні Патон не відновив зв'язків НАНУ з відродженим 1989 р. НТШ. АН України повернула НТШ лише один поверх триповерхового будинку з 1912 року. НТШ часто називають Академією наук Західної України, проте Патон за України далі не визнавав наукового доробку українського НТШ, не обрали в НАНУ голів НТШ член-кор. Романова та проф. Купчинського, із діаспори – Жуковського. Чи не сприяло би відродженню української науки обрання до Української АН за 29 років біля 20 видатних вчених НТШ?

Влада і суспільство не звертали уваги на те, що Патон як Президент Академії, засуджував поведінку академіка Сахарова, у складеному українофобами «Листі української інтелігенції» підтримував антиукраїнського Президента України Януковича. Жодної критики комуністичного режиму за злочинні дії Патон як колишній член ЦК КПУ, не висловив, ставився повністю негативно до декомунізації України. Перетворення структури «советской» компартійної

академії (подібної на філіал Академії СРСР) на національну українську Патон не допустив. Патон знав та інколи розмовляв українською мовою, але як Президент НАНУ давав інтерв'ю та в передачах виступав переважно недержавною мовою. Батьки Патона хрестили сина Бориса в Київській церкві, але він став відданим комуністом-атеїстом не лише в СРСР, але залишався таким в Україні на посаді Президента НАН України. Заповів себе поховати не з Великого Конференц-залу Академії, а по-комуністичному як члена ЦК КПУ, з колишнього «Октябрьського двorca», де в підвалах була катівня НКВД. У віці 14 – 15 років (1932-1933) Патон був сучасником запровадженої Сталіним голодної смерті мільйонів українських селян. 29 років в Україні він залишався «советским человеком», надзвичайний терор, Голодомор і Геноцид, переслідування і знищення української інтелігенції, репресії та вбивство українських дисидентів – усе це Патон не вважав заслуговуючим засудження і виправлення!

Чи справді Б.Патон автор 400 авторських свідоцтв на винаходи? Як директор Інституту та Президент АН УРСР чи міг він майже кожного місяця (біля 6 раз на рік) опрацьовувати разом із співробітниками-співавторами винаходи. Мабуть співробітники для швидшого отримання свідоцтв вписували у автори винаходу (за його згодою) директора Інституту та Президента АН УРСР.

У 1995 році Патон прийняв програму реформування НАН України, в 2005 році – «заходи з підвищення ефективності діяльності НАН України», але без врахування потреб України, без виправлення злочинних порушень і недоліків при партійному керівництві. Патоном прийнята «Концепція розвитку НАН України на 2014-2023 роки», у вступі сказано: «Результати діяльності Національної академії наук України протягом 95 років її існування засвідчують високу ефективність академічної системи організації науки... Реалізація цієї Концепції покликана сприяти зростанню ролі вітчизняної науки як важливого чинника модернізації країни». Невже Патон у 95 років своїм розумом вважав однаковими усі 95 років України та Академії, не був вже у стані відрізнити перші кільканадцять років ВУАН до Заболотного, пізніші 60 років партійного управління Академією на користь Союзу, тоді 24 роки продовження розвитку унікальної радянської Академії в суверенній Україні? У період СРСР Патон бачив тільки «високу ефективність» компартійного розвитку, повторював комуністичне твердження «вітчизняна наука» далі по партійному не визнавав в Україні «української науки»! Чомусь на це не реагували українці-академіки НАНУ.

Найпрестижніший науковий журнал світу «Nature» у кількох своїх матеріалах критично відгукнувся про сучасний стан НАН України. П'ять народних депутатів пропонують ліквідувати систему управління НАНУ через президію і замінити її радою директорів науково-дослідних інститутів та інших наукових установ, організацій, підприємств. Вважають, що сьогодні президія НАНУ є бюрократичною структурою зі штатом 280 чоловік (2017 р.), «функції якої зводяться до розподілу коштів Державного бюджету України, виділених НАН України та контролю за діяльністю наукових установ». Протягом 16 – 18 січня 2018 р. відбувався Всеукраїнський мітинг науковців під стінами Президії НАН України. Писали «Президиум НАН Украины уничтожает украинскую науку и создает угрозу национальной безопасности». «У Національній академії наук гроші витрачають не на науку, а на розваги. Більше мільйона гривень установа витратила на корпоратив». Неначе приховали приватизацію 80% Інституту електрозварювання, продажу будинку з жителями, працівниками інституту.

«Об'єкти Національної академії наук перетворені на звалища, а керівництво думає на чому заробити – держаудит». На прес-конференції було всебічно проаналізовано загрози, які несе Президія НАНУ національній безпеці України. Чи Президія при Патоні реагувала на вимоги науковців?

Необхідне дуже складне реформування після Патона радянської унікальної Академії. Можливо відбудеться виділення окремих академій як в цивілізованих країнах, реорганізація структури, ліквідація і передача непотрібних установ союзного і промислового галузевого значення, переведення Академії на розвиток галузей науки, потрібних Україні, на процеси українізації. Слід проаналізувати три періоди існування Академії, діяльність трьох партійних керівників, знищення ВУАН, ліквідацію української національної науки та розвиток суспільних переважно комуністичних «псевдонаук», поряд з розвитком численних теоретичних і технічних наук.

Важливо з великим запізненням повернути назву «Українська національна академія Наук», змінити запроваджену радянську структуру. На перше місце в Академії партія поставила Математику, Інформатику, теоретичні і технічні науки. Цензуровані дослідження історії, мови, літератури УРСР були поставлені в секціях і відділеннях на самому останньому місці. Тепер, після тривалого поневолення, ліквідації Гетьманської України, після короткого дуже трудного періоду УНР, необхідно повернути в УНАН на перше місце дослідження, важливі для розвитку нової Української Держави.

Потрібно переглянути підготовлену під керівництвом Б.Патона, 30-літнього члена ЦК компартії України, Програму (2005) реформування НАНУ, Концепцію розвитку НАНУ до 2023 року, Статут НАН України. Після відходу Б.Патона необхідно до 30-річчя України правдиво, об'єктивно розглянути злочини комуністичного режиму в ВУАН та АН УРСР, провести декомунізацію Української Академії Наук.

*Професор Ярослав ГАНІТКЕВИЧ,
Почесний член УЛТ у Львові
м. Львів*

ЛЮБОМИР ПИРІГ – ВЗІРЕЦЬ УКРАЇНСЬКОГО МЕДИКА-ПАТРІОТА

Відійшов у засвіти Любомир Пиріг - доктор медичних наук, професор, засновник і завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НУОЗ України, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, один із найвидатніших українських патріотів серед медиків-науковців. Він був найбільш активним у лікарських організаціях, в громадському житті.

Про Любомира Пиріга можна писати книжки, я ж хочу поділитись деякими своїми спогадами та роздумами про таку Особистість.

Після закінчення Львівського медичного інституту в 1954 році з дипломом з відзнакою молодий доктор був рекомендований на наукову роботу. Скерували Любомира аспірантом на кафедру загальної гігієни. Після року роботи на кафедрі

теоретичної медицини він все ж віддав перевагу практичній медицині, перейшов працювати лікарем санаторію «Мармуровий палац» у Моршині.

Зацікавлення клінічною науковою роботою привело його 1958 р. в аспірантуру кафедри терапії Київського інституту вдосконалення лікарів. Захистив кандидатську дисертацію (1962), працював асистентом, згодом доцентом кафедри терапії Київського медичного інституту. У 1973 році перейшов у Київський НДІ урології та нефрології, почав завідувати відділом терапевтичної нефрології. У 1978 р. захистив докторську дисертацію «Еволюція гострого і хронічного гломерулонефриту». Тільки за 10 років (1988) отримав вчене звання професора. Протягом 14 років був головним нефрологом МОЗ України. У роки диктатури комуністичної партії зумів з часом стати справді українським лікарем і викладачем, українським професором, проводив викладання українською мовою.

З проголошенням України Л.Пирога обрали у рідному Рогатині народним депутатом першого демократичного скликання Верховної Ради України. Став головою підкомісії збереження генофонду нації та надзвичайних ситуацій в комісії ВРУ з питань охорони здоров'я. Виступав на засіданнях Верховної Ради із своїми пропозиціями при обговоренні законів про освіту, науку, культуру, при обговоренні чорнобильської катастрофи. У 90-ті роки писав: «В Україні, на жаль, екологія і як наука, і як реальність, і як світогляд перебувають в зародковому стані». У 1993 році організував конференцію «Медицина і українська культура».

Л.Пиріг був членом Народного Руху України, очолював у Києві Медичну комісію (Комісію у справах медицини при Колегії з соціальних питань) Народного Руху України, був членом Великої ради Товариства української мови ім. Шевченка, членом президії та головою медичної секції Товариства «Україна-Світ», членом президії правління Івано-Франківського земляцтва в Києві.

У 1995 р. професор Л.Пиріг став завідувати кафедрою нефрології Медичного інституту післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика. У 1996 р. заснував Українську асоціацію нефрологів. Пізніше інститут перейменували в Національну медичну академію післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, а тепер це Національний університет охорони здоров'я України (НУОЗУ) ім. П.Л. Шупика, в якому з 2010 р. Л.Пиріг працював професором кафедри до кінця життя.

Л.Пиріг автор і співавтор понад 560 наукових праць з питань діагностики, профілактики й лікування хвороб нирок. Співавтори публікацій - понад 100 співробітників та учнів, більше 200 робіт він написав сам. Під керівництвом Л.Пирога підготували і захистили 3 докторські дисертації та 21 кандидатську. Для практичних лікарів видав 33 посібники і методичні рекомендації, 8 інформаційних листів, зробив 4 винаходи. Крім наукових медичних праць опублікував близько 200 науково-популярних публікацій, понад 50 загальних публікацій, біля 40 публікацій спогадів. Вийшла збірка його статей «Медицина і українське суспільство».

Під час VI-го з'їзду ВУЛТ він говорив: «Ситуація, що склалася в галузі через безгрошів'я, соціальну незахищеність медпрацівників, відсутність умов для підвищення їхньої кваліфікації, породжує апатію і синдром набутого дефіциту совісті».

У 2010 р. на конгресі у Львові президент СФУЛТ професор Павло Джуль із Детройта, уродженець Тернопільщини, передав президентство Любомиру Пирогу. Упродовж 16 років Л.Пиріг очолював СФУЛТ, організував 8 конгресів з участю багатьох лікарів української діаспори та з України. Обговорювали важливі

питання, приймали актуальні рішення для поліпшення охорони здоров'я та рівня забезпечення працівників медицини. Писав, що СФУЛТ – це ланка консолідації українців світу. «Майже на кожному конгресі звучать питання історії української медицини, внеску українських лікарів у світову медицину і їхньої подвижницької діяльності». У 2016 році він відмовився від очолювання СФУЛТ (у зв'язку з віком - 85 років).

Кілька разів Л.Піріг головував на з'їздах і конгресах лікарів у Львові, співпрацював з львівськими вченими медиками та з НТШ, був обраний дійсним членом НТШ, редагував видані у Львові НТШ і ВУЛТ книжки «Українські лікарі». Перебуваючи в Америці та в Австралії він встановив тісні зв'язки з тамтешніми українськими лікарями та громадськими діячами.

Л.Піріг приділяв багато уваги утвердженню української мови в державі та в медицині, часто публікував огляди української та російської літератури і преси. В 2010 році писав: «За майже два десятиліття незалежності за умови справді української влади в Україні можна було б досягти більше успіхів у розвитку українськості у сфері культурного життя». Його перу належать, зокрема, статті «Варто виховувати у співрозмовників повагу до себе», «Дерусифікація у сфері медицини», «Лікарю, будь інтелігентом!», «Ми не всесильні, але і не безсилі», «Основа лікарювання – любов».

Любомир Піріг надавав допомогу своїм землякам, його обрали почесним громадянином Рогатина. Дослідив генеалогію родини Пирогів у давній час у різних місцях, описав 6 поколінь свого родоводу, згадуючи слова Тараса Шевченка: «Історія мого життя складає частину історії моєї батьківщини».

Дуже урочисто і обширно відзначали 80-річчя Любомира Пирого. Про нього висловлювалися: «Академік є гідним представником тепер нечисленної когорти особливих лікарів України. У своїй роботі та житті він керується не лише усталеними принципами лікаря, а передусім тими особливими законами причетності та співпереживання, що їх віками творила людська мораль. Окрім високого лікарського професіоналізму він має авторитет і визнання як вчений, громадський діяч, публіцист тому, що завжди відчував громадянське затребування і відгукувався не словами а вчинками».

На жаль, у теперішніх умовах епідемії, корупції, кризи тільки ДУОЗ ім. П.Л.Шупика та Інститут урології повідомили - «Перестало битись серце Почесного Президента Всеукраїнського лікарського Товариства **Любомира Антоновича Пирого** - великої Людини, чудового Лікаря, справжнього патріота України та активного громадського діяча... Церемонія прощання відбудеться на Байковому кладовищі...».

Спомин про його добрі справи в житті назавжди залишаться у пам'яті та серцях усіх, хто його знав, любив та шанував.

Висловлюю співчуття рідним, дружині Тамарі Панченко, дочці Мар'яні, сину Олесю, усім близьким.

Вічна пам'ять.

*Гвоздецька Г.С., Генік Н.І., Левандівська О.О.
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ*

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВАГІТНИХ ІЗ РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ

Високий відсоток ранніх гестозів зумовлений дією стресових подразників, які посилюють механізми дезадаптації в процесі розвитку вагітності.

Мета дослідження: Визначити роль особливостей психоемоційного стану вагітних жінок у розвитку проявів раннього гестозу різного ступеня важкості у першому триместрі вагітності.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 105 жінок, з них 85 - із симптомами раннього гестозу, а 20 - з фізіологічним перебігом першого триместру вагітності (контрольна група). Для вивчення психоемоційного стану вагітних використовували тест Спілберга-Ханіна з метою оцінки рівня тривожності. Різниця між величинами, що порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення: Аналіз частотних характеристик факторів ризику в жінок з ранніми гестозами показав, що при розподілі величини стресогенного навантаження у 21(24,7%) вагітної виявлено низький рівень стресогенних навантажень, у 35(41,2%) - помірний, у 29(34,1%) - високий. Отже, значне стресогенне навантаження, яке може сприяти виникненню хронічного психоемоційного стресу, спостерігалось майже у 75,3% обстежених жінок.

Для встановлення рівня стресостійкості було визначено тривожність, емоційність, адаптивність у вагітних з ранніми гестозами у порівнянні із показниками у вагітних контрольної групи. У вагітних з ранніми гестозами зменшується адаптивність, підвищується тривожність на фоні підвищеної емоційності. Для уточнення ролі стресогенних факторів у формуванні передумов розвитку ранніх гестозів вивчалися особливості психоемоційного стану обстежених у залежності від їх стресостійкості. У 10(11,8%) вагітних з ранніми гестозами встановлено високу стресостійкість, у 25(29,4%) - середню, 50(58,8%) - низьку. Отримані дані свідчать про реальну можливість стресогенних порушень в обстежених вагітних. У жінок із ранніми гестозами спостерігається високий рівень стресогенного навантаження поряд із низьким або помірним рівнем стресостійкості, що реально обґрунтовує можливість виникнення хронічного психоемоційного стресу при даній нозології.

Висновки: Психоемоційний статус вагітних визначає адекватний стан нейрогуморальних адаптаційних систем. Розвиток хронічного психоемоційного стресу порушує їх функціонування і призводить до розвитку ознак ранніх гестозів. Визначення особливостей психоемоційного стану жінок із ранніми гестозами дає можливість розробити своєчасні заходи щодо попередження розвитку ранніх гестозів.

Голубова Ю.І., Асанов Е.О., Діба І.А.

Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ СТІЙКІСТЮ ДО ГІПОКСІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГІПОКСИЧНИХ ТРЕНУВАНЬ

Мета. З'ясувати вплив на функцію ендотелію інтервальних нормобаричних гіпоксичних тренувань (ІНГТ) у хворих похилого віку з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) зі зниженою стійкістю до гіпоксії.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 46 хворих з ХОЗЛ зі зниженою стійкістю до гіпоксії віком 60-74 років, серед них 19 осіб отримували ІНГТ, а 17 осіб – імітовані тренування (ІТ). Стійкість до гіпоксії визначали за допомогою гіпоксичної проби. Функціональний стан ендотелію визначали за допомогою проби з реактивною гіперемією шляхом оцінки об'ємної швидкості шкірною кровотоку (ОШШК) за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав, що у обстежених хворих після курсу ІНГТ покращився загальний стан перфузії тканин на рівні мікросудин та функція ендотелію. Так, відразу після курсу ІНГТ у них спостерігалось статистично значуще підвищення ОШШКу спокої та при постоклюзійній гіперемії. Позитивні зміни мікроциркуляції та функції ендотелію у хворих похилого віку з ХОЗЛ зберігались протягом місяця після курсу ІНГТ.

Було встановлено залежність між підвищенням сатурації крові та покращенням максимальної ОШШК після ІНГТ. У той же час використання ІТ не призводило до змін з боку функції ендотелію у хворих похилого віку з ХОЗЛ зі зниженою стійкістю до гіпоксії.

Висновки. Використання ІНГТ призводить до поліпшення функції ендотелію у хворих похилого віку з ХОЗЛ зі зниженою стійкістю до гіпоксії. При цьому покращення функції ендотелію у них залежить від підвищення сатурації крові.

Гречко С.І., Трефаненко І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ КІНЕЗІОФОБІЇ ПРИ ШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

В останні роки широко використовуються програми вторинної профілактики, орієнтовані на фізичну активність та реабілітацію серця, щоб запобігти всім причинам смертності та захворюваності, що пов'язані із серцевою діяльністю. Оцінка рівня кінезіофобії щодо функції серця, оціненої за допомогою інструментальних (ехокардіографії) та клінічних показників. Проведено аналіз клінічних, лабораторних, інструментальних, у тому числі ехокардіографічних (ЕхоКГ), 88 пацієнтів (34 жінки) у віці $62,7 \pm 7,48$ років госпіталізованих у

відділення гострої коронарної недостатності. Рівень кінезіофобії оцінювали за версією опитувальника Tampa Scale of Kinesiophobia Heart (TSK-Heart). Оцінка TSK у цих пацієнтів становила $41,6 \pm 5,39$. Це значення зростало з віком ($p < 0,05$), було вище у жінок, ніж у чоловіків ($45,71 \pm 3,14$ проти $38,11 \pm 2,19$, $p = 0,05$) та у пацієнтів з коронарним захворюванням артерій ($45,3 \pm 3,23$ проти $35,9 \pm 3,38$, $p < 0,05$). У пацієнтів із серцевою недостатністю він зменшувався зі збільшенням індексу маси тіла ($p = 0,05$). У пацієнтів з високим рівнем кінезіофобії було виявлено значно вищу наявність інфаркту міокарда в анамнезі ($p < 0,05$), та при супутньому цукровому діабеті ($p < 0,01$) та гіпертонії ($p < 0,05$) порівняно з пацієнтами з низьким рівнем кінезіофобії. У пацієнтів IV класу NYHA виявлено більш високе значення TSK, ніж у нижчих класів. Програма вправ добре переносилася і може бути використана як альтернатива традиційним програмам вправ у лікарні. Шкала для TSK-SV Heart може використовуватись як надійний опитувальник для визначення кінезіофобії у хворих на ІХС.

В. Гриновець, О. Ріпецька, І. Денега, М. Ренка

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів*

ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ВИДАТНОГО ЧЛЕНА СФУЛТ МОДЕСТА РІПЕЦЬКОГО

Модест Ріпецький народився у родині судді Теодосія та Кароліни Фріц у Львові 27 грудня 1921 року. Закінчив українську Академічну гімназію та у 1940 році розпочав медичні студії у Львівському медичному інституті, де навчався вісім семестрів.

У 1944 році Модест Ріпецький вступає в ряди Української Повстанської Армії (УПА), де надає та організовує медичну допомогу військовим, а згодом стає керівником санітарно-медичної служби на сході Лемківщини. Брав участь у подоланні епідемії тифу у вояків УПА. Проводилася активна робота з подолання тифу серед місцевого населення, для поширення якого загони НКВС використовували розкидання тифозних вошей, провокуючи епідемію.

У вересні 1947 року з рейдуючим відділом УПА Модест Ріпецький переходить до Німеччини, де продовжує навчання в університеті в Ерлангені та у 1951 році отримує диплом лікаря. Докторську працю захистив в університеті в Мюнхені. У 1957 році змушений покинути Німеччину і виїхати до США. Після нострифікації диплому Модест Ріпецький працював сімейним лікарем та був активним членом Українського Лікарського товариства Північної Америки. Справу батька продовжують його сини-лікарі, члени СФУЛТ.

Лікар, український патріот, Модест Ріпецький був ініціатором, редактором, видавцем двох надзвичайно цінних томів "Літопису УПА" про медичну опіку в УПА (т.23 і т.32). Меценат випусків "Лікарських збірників", присвячених Василеві Плющу, Мар'яну Панчишину, Юрію Липі.

Світла пам'ять про доктора Модеста Ріпецького завжди надихатиме молодих лікарів у їхній нелегкій роботі.

Гук Андрій Петрович*¹, Курікеру Михайло Анатолійович²

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ,

²Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м. Чернівці

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В УКРАЇНІ

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

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

Результати: Завдяки впровадженню стандартів надання медичної допомоги, клінічних протоколів з позицій доказової медицини у 2012 р. у порівнянні з 2007 р. загальна летальність від ЧМТ в Україні знизилась в 1,3 рази (з 4,5 до 3,4%), причому, зниження загальної летальності відзначене протягом всіх років реалізації програми (у 2007 р. — 4,5%, у 2008 р. — 4,4%, у 2009 р. — 3,5%, у 2012р. — 3,4%). Досягнуте суттєве зменшення кількості загиблих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, що супроводжувались переважно тяжкою ЧМТ - у 2,2 рази (у 2007 р. — 11 290, у 2012 р. — 5 094).

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

1. Згідно з чинними уніфікованими протоколами надання медичної допомоги всі хворі з гострою ЧМТ, незалежно від її тяжкості, мають проходити обстеження в нейрохірургічних, якнайкраще оснащених, стаціонарах.

2. Чинні уніфіковані протоколи надання медичної допомоги хворим з ЧМТ потребують чергового перегляду у 2021-2022 роках із введенням чітких критеріїв (індикаторів) якості.

3. Вивчення епідеміології ЧМТ є необхідною складовою оптимізації допомоги пацієнтам з ЧМТ і розробки заходів по первинній і вторинній профілактиці травматичних уражень центральної нервової системи.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, стандартизація, уніфіковані протоколи, індикатори якості.

Дуда О.К., Вега А.Р., Манжелєєва І.В., Журавель О.Д.
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕРДОСТЕЇНУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Вступ. У патогенезі COVID-19 певну роль відіграє оксидативний стрес, стан, що характеризується зміненим балансом між виробленням вільних радикалів або активних форм кисню (АФК) і антиоксидантним захистом. Надмірний оксидативний стрес може бути причиною пошкодження альвеол, тромбозу та порушення регуляції еритроцитів, що спостерігаються при COVID-19. Очевидно, дефіцит глутатіону (GSH), низькомолекулярного тіолу, який є найважливішою неферментативною молекулою антиоксиданту і має потенціал стримувати цитокінову бурю, може бути однією з причин серйозних проявів та смерті пацієнтів від COVID-19. Препарати, що містять тіоловий фрагмент (ердостеїн) мають потужні антиоксидантні та протизапальні властивості і можуть представляти собою новий терапевтичний підхід до блокування NF-κB та усунення синдрому цитокінового шторму та респіраторного дистресу, що спостерігається у пацієнтів з пневмонією COVID-19.

Мета дослідження: визначити ефективність використання ердостеїну у пацієнтів з COVID-19.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 56 пацієнтів віком від 19 до 65 років з тяжким перебігом COVID-19, які були госпіталізовані в КНП «КМКЛ№4». Учасники дослідження були поділені на 2 групи, одна з яких отримувала стандартне лікування, а інша - додатково приймала ердостеїн 300 мг 2 р/д 30 днів. Усі 38 пацієнтів у день виписування зі стаціонару заповнили власноруч опитувальники: якості життя Госпіталю Святого Георгія та модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (SGRQ та mMRC), рейтинг сприйнятливої навантаження Борга (RPE) для задишки під час навантаження та візуальну аналогову шкалу (VAS) для задишки у спокої. Оцінка проводилась у день виписки (T0) та на 30-ий день (T1)

Результати дослідження та висновки. У дослідженні спробували об'єктивно оцінити якість життя пацієнтів після COVID-19. Середній (SD) загальний бал SGRQ зменшився з 26,5 (14,5) при T0 до 16,9 (12,2) при T1 ($p < 0,01$); 65% пацієнтів досягли клінічно значущої зміни ≥ 4 балів. Оцінки домену SGRQ (симптоми, активність та вплив) також були значно знижені (усі $p < 0,01$). Середній (SD) показник VAS зменшився з 1,7 (1,8) до 1,4 (2,4); $p < 0,01$. Середній бал mMRC значно зменшився ($p = 0,031$), і 30% пацієнтів досягли клінічно важливої зміни ≥ 1 бала. Середня (SD) оцінка Борга зросла з 12,8 (4,2) до 14,3 (2,4); $p < 0,01$. Крім того, використання ердостеїну дозволило досягнути клінічно значущого (≥ 4 балів) покращення якості життя в кількох доменах, у порівнянні з даними групи контролю та T0. Результати потребують подальшого вивчення із залученням більшої кількості пацієнтів.

Зайцев Д.В.¹, Бучинський С.Н.²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ.

²Комунальне некомерційне підприємство "Консультативно-м.-діагностичний центр" Шевченківського району Києва

ПОТЕНЦІЙНІ ВИГОДИ ПНЕВМОКОМПРЕСІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ COVID-19

Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби» рекомендує пневмокомпресійну терапію (ПКТ) для тромбопрофілактики, якщо призначення медикаментів протипоказане. ПКТ може дати додаткові вигоди при COVID-19.

Для корекції дихальної недостатності щоденні процедури на спині й ногах тривають 20-60 хв, надув 1-2 с, 40-50 мм рт.ст., пауза 2-4 с. ПКТ збільшує венозне повернення, хвилинний об'єм крові, перфузію малого кола кровообігу, PO₂ артеріальної крові, відхаркування, полегшує дихання, не посилює набряк легень. При пневмонії застосовується від початку зниження температури.

Для корекції розладів адаптації процедури на спині й ногах тривають 25-40 хв, надув 1-10 с (оптимально 1-2 с), тиск 50-60 мм рт. ст., напрямок руху хвилі на ногах дренажний, для спини попеременно двосторонній. На курс 7-11 щоденних процедур. ПКТ зменшує м'язовий тонус, серцеве навантаження, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, напруженість регуляції; збільшує парасимпатикотонію, пропріорецепцію, нейрогуморальну регуляцію, компенсаторно-адаптаційні процеси, бажання рухової діяльності. Зменшує болі, покращує загальне самопочуття, емоційний фон, стійкість нічного сну, ранкове самопочуття та денну працездатність. Для адаптаційної терапії придатний будь-який апарат, зокрема й не сертифікований в Україні як виріб медичного призначення, якщо він дозволяє відтворити рекомендовані параметри впливу.

Для дезінтоксикації процедури на ногах тривають 20-60 хв, надув 1-2 с, тиск 50-60 мм рт. ст., напрямок руху хвилі дренажний, на курс 10-20 процедур щодня або через день.

Івасівка Р.С.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «МЕБІКАР ІС» ПРИ ПОСТКОВІДНОМУ СИНДРОМІ

Найважливішим викликом сьогодення стала нова коронавірусна хвороба. У багатьох хворих (незалежно від тяжкості перебігу) після зникнення усіх проявів та підтвердження негативних результатів лабораторних досліджень на SARS-CoV-2 протягом кількох місяців зберігаються синдром «хронічної втоми» та «мозковий туман», який лікарі та науковці описали як постковідний синдром (ПКС). Можливо, у деяких людей, інфікованих вірусом SARS-CoV-2, відбувається довготривала персистенція вірусу, яка не виявляється лабораторно, але викликає розвиток хронічного стресу з гіпоталамічною дисфункцією. Збій стрес-лімітуючих систем призводить до порушення когнітивного і

психоемоційного стану з розвитком клініки синдрому хронічної втоми. Оскільки вітчизняний адаптоген «Мєбікар ІС» має властивості селективного анксиолітика з антиоксидантною та ноотропною активністю, актуальним є вивчення його ефективності при ПКС.

Обстежено 24 пацієнти (10 жінок і 14 чоловіків, медіана віку $36 \pm 12,8$) на 12-13 тижнях після лабораторно підтвердженої коронавірусної хвороби. Усі пацієнти скаржилися на постійну втому, яка не минає після нічного відпочинку, виражену загальну слабкість, почуття неспокою, тривоги, поверхневий сон з утрудненим засинанням, емоційну лабільність, погіршення пам'яті, концентрації уваги та зниження інтелекту. «Мєбікар ІС» призначався по 300 мг тричі на добу впродовж 1 місяця. Після місячного курсу «МЕБІКАР ІС» в усіх пацієнтів нормалізувався сон, покращився когнітивний і психоемоційний статус, зникла загальна слабкість. Це дає підстави рекомендувати його пацієнтам з довготривалою фазою відновлення після перенесеної нової коронавірусної хвороби та проявами постковідного синдрому.

Івасівка Р.С.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів*

ЕФЕКТИВНІТЬ НЕАНТИБІОТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ НЕУСКЛАДНЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК

На сьогоднішній день вважається, що мікробіом – це потужний захисний механізм проти суперінфекції патогенними бактеріями, тому бактеріурія без клінічних проявів не тільки не є ознакою захворювання, але й може розглядатися як стабільна колонізація сечових шляхів, подібно до комєнсализму на інших слизових оболонках. Згідно нових настанов Європейської урологічної асоціації, постійне застосування протимікробних препаратів у низьких дозах рекомендовано лише за неефективності інших засобів профілактики з урахуванням імовірних побічних дій. Тому особлива увага прикута до імунотропних засобів, що дозволяють долати реінфекційний процес на ранніх стадіях за рахунок модуляції імунної відповіді та посилюють здатність організму протистояти факторам патогенності різних збудників.

Під нашим спостереженням перебувало 18 жінок (мінімальний вік - 18 років, максимальний - 39 років) з хронічним неускладненим циститом (ХНЦ) з двома і більше епізодами ІСШ протягом півроку. Пацієнтки приймали шестивалентний бактерійний лізат «урівак» (по 1 капсулі на добу натщєсерце, 3 курси по 10 днів з перервами між ними по 20 днів) та трьохкомпонентний екстракт журавлини, брусниці та малини «уріка беррі» (по 1 капсулі двічі на добу протягом 1 місяця). Оцінку ефективності профілактики ХНЦ проводили через 12 місяців.

При аналізі кількості рецидивів хронічного циститу протягом року тільки у двох з 18 жінок (на 9-му та 11 місяцях спостереження відповідно) зарєєстровано по 1 епізоду ІСШ.

Отже, імуно- та фітопрофілактика є ефективною альтернативою антибіотикопрофілактики хронічної ІСШ у жінок.

*Лідія Корнілова,
завідувач відділу наукової бібліографії Національної наукової медичної бібліотеки
України, м. Київ
Наталія Мамедова,
головний бібліограф Національної наукової медичної бібліотеки України*

БІОБІБЛІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ РЕФОРМАТОРА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВИДАТНОГО АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА ГЕОРГІЯ ЄРМОЛАЙОВИЧА РЕЙНА

Біобібліографічні дослідження дозволяють відобразити сутність наукового доробку вчених, які своїм життєвим прикладом закладали підвалини сучасної медицини й етичні принципи служіння пацієнту. Виданням “Рейн Георгій Єрмолайович. Лікар-реформатор” ми продовжуємо серію покажчиків “Товариство київських лікарів в особах” і висловлюємо шану та повагу непересічній особистості у світовій історії медицини, лікарю-реформатору, науковцю, засновнику Київського акушерсько-гінекологічного товариства, ідеологу та фактично першому керівнику державної системи охорони здоров'я академіку Георгію Єрмолайовичу Рейну. У цій книзі вперше зібрана така значна кількість різних відомостей про його діяльність, нових розвідок, світлин академіка, який 17 яскравих і насичених подіями років прожив у Києві.

Досліджувати науковий доробок Г. Рейна було дуже непростою справою, його ім'я тотально замовчували. Пізніше стало зрозуміло, чому – Георгій Єрмолайович був послідовним критиком Жовтневого перевороту, учасником “білого” руху. Репресії не минули його, але він зміг емігрувати та продовжити лікарську і педагогічну діяльність у Загребі, Софії, Ніцці, залишити мемуари “Из пережитого” (1935). У виданні вперше представлена титульна сторінка цієї книги з автографом автора для Миколи Булгакова.

Укладачами були досліджені каталоги та фонди рідкісної книги Національної наукової медичної бібліотеки України; Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського, Центральної наукової медичної бібліотеки Першого МДМУ ім. І.М. Сеченова; архівні документи Національного музею медицини України, енциклопедії, довідники, протоколи засідань Акушерсько-гінекологічного товариства в Києві, Товариства Київських лікарів, періодичні видання кінця ХІХ – початку ХХ століть. Загалом у покажчику поданий бібліографічний список 150 джерел з 1876 по 1935 рр.

Покажчик містить сканкопії: прижиттєвої біографії Г. Рейна з покажчиком наукових праць його та його учнів (1874-1909); двох доповідей на засіданні Акушерсько-гінекологічного товариства; статей вчених, які досліджували життєвий і науковий шлях професора.

Цікавим є розділ «Історичні пам'ятки про Г. Є. Рейна», що вміщує титульні сторінки праць з автографом автора, ілюстрації нагрудних знаків; його портрети, світлини з колегами, членами Державної думи від Волинської губернії, міста поховання Г. Є. Рейна з дружиною (православний цвинтар Кокад у м. Ніцца).

Праці Г. Рейна з організації охорони здоров'я, акушерства та гінекології не втратили науково-практичної актуальності та потребують подальшого детального вивчення.

Корчинська О.А., Корчинський Б.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

ВИВЧЕННЯ ІСТОРІЇ УКРАЇНИ УКРАЇНСЬКИМИ МЕДИКАМИ ПРИ ВІДВІДУВАННІ МУЗЕЙНОЇ СПАДЩИНИ

Розвиток нашої державної спадщини розпочався з дуже давніх часів. Свідченням цього є численні музейні комплекси, які не можна не відвідати. Ми починали відвідини нашими лікарями-інтернами та лікарями-курсантами найдревніших музеїв на наших територіях. Це прекрасний музей в Звенигороді, де кувалася наша історія. Наступним етапом був древній Галич, від глибини досягнень наших предків всі відвідувачі були в неймовірному захваті. Прекрасне враження на медиків справила церква Святого Пантелеймона, у якій проводяться прощі для лікарів. Не менш цікавою є музейний комплекс «Аскольдова могила» в Києві.

Особливо хочеться зупинитись на особистих досягненнях для України отця доктора Дмитра Блажейовського та засновника модерної скульптури Михайла Дзиндри. Ці обидва достойники, жертвуючи своїм особистим, проявили великий патріотизм, даруючи досягнення своєї праці Україні. Дмитро Блажейовський подарував нашій державі неймовірної краси вишивки, а скульптор Михайло Дзиндра – оригінальні модерні скульптури, в тому числі і на медичну тематику. Цьому патріотизму можна щиро позаздрити.

Таким чином, наші музеї збагачують нас надзвичайно цікавими історичними і патріотичними досягненнями.

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

ДІАГНОСТИКА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИМ МЕТОДОМ

Проблема мультирезистентного туберкульозу в Україні викликає значні труднощі у лікуванні, підтримує несприятливу епідситуацію щодо хіміорезистентного туберкульозу.

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

Проведено дослідження штамів *M.tuberculosis*, виділених у хворих з новими випадками та рецидивами туберкульозу, які впродовж 2017-2021 рр знаходилися на лікуванні для визначення медикаментозної чутливості до антимікобактеріальних препаратів I, II ряду та ін'єкційних за допомогою набору для гібридизації Geno-Тур MTBDRsl. При визначенні медикаментозної стійкості

штамів *M.tuberculosis* до рифампіцину виявлено високий відсоток співпадінь результатів до гену *groV*. Мутації, які асоційовані з резистентністю до ізоніазиду, найчастіше зустрічалися в гені *katG*, до фторхінолонів – з геном *gyrA* і *gyrB*, до ін'єкційних препаратів – з геном *rrs*, а до канаміцину – з геном *eis*. Для нових випадків виявлення штамів, стійких до ізоніазиду (93,6 %) і рифампіцину (88,8 %) одночасно. В штамів *M.tuberculosis*, що мають стійкість до фторхінолонів, основні мутації виявлені частіше в генах *gyrA*, ніж *gyrB*. Мутації у двох генах *rrs* і *eis*, що асоційовані з резистентністю до аміноглікозидів, виявлені лише в штамів *M.tuberculosis*, що мають стійкість до канаміцину.

Виявлення генетичних мутацій, що асоційовані з медикаментозною резистентністю штамів *M.tuberculosis*, гарантують високу діагностичну точність прогнозування резистентності до протестованих антимікобактеріальних препаратів.

Кравченко Г.В., Краснов В.В., Костюк О.І.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

ГАРЯЧА ЛІНІЯ LIFELINE Ukraine– СКЛАДОВА СИСТЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ ВЕТЕРАНІВ

Після повернення з війни щонайменше 20% ветеранів в Україні мають ПТСР. Переважна більшість їх родин мають вторинну травму. Відсутність системного підходу різних структур може звести на нівець усю роботу на шляху до зцілення.

Тому, з боку громадськості восени 2019 року, завдяки програмі реінтеграції ветеранів, була відкрита цілодобова національна професійна лінія з питань профілактики самогубств та підтримки психічного здоров'я Lifeline Ukraine. Це структура, що працює за принципом "рівний рівному".

Станом на 14 вересня до кол-центру надійшло 3630 звернень. Аналіз звернень показав, що серед цільової аудиторії - ветерани, близьке оточення, цивільні, ВПО, волонтери, призовники, військовослужбовці.

За останній рік із запитів, які є найчастотнішими (у відсотках) - суїцидальна поведінка або гострий суїцид (18,3), насилля (14,2), ПТСР (складнощі соціалізації, тривога, гострий стрес) (9,1), депресія, апатія, втрата сенсу (8,2), суїцид та інші складнощі у близьких (7,1), проблеми у стосунках, сімейні складнощі, залежності (3,9), здоров'я, втрата й горювання (1,8), проблеми на роботі тощо.

Залежно від ситуації консультанти надають кризову допомогу, психологічну підтримку, інформаційну, чи перенаправляють на державні та недержавні організації, які компетентні у вирішенні заявлених питань, як, наприклад, Центр психосоціальної реабілітації НАУКМА, СЕТА, «ЛіаСтрада-Україна» Центр психологічного консультування та травматерапії "Відкриті двері", Мінвет, ГО "Юридична сотня", ДЗ "Госпіталь ветеранів війни "Лісова поляна" тощо.

Цифри показують стан справ на сьогодні. Вивчення результативності координації та взаємодії організацій є наступним кроком дослідження, адже саме воно може показати системність та якість роботи з ветеранами в державі.

¹Кузик Ю.І., ²Семко М.Р.

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів

²Комунальний заклад Львівської обласної державної адміністрації
«Львівське обласне патологоанатомічне бюро», м. Львів

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ ХВОРОБИ ЗА ДАНИМИ М. ЛЬВОВА ТА ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Коронавірусна хвороба (КХ) – це нове інфекційне захворювання, що проявляється гострим респіраторним дистрес-синдромом із пневмонією.

Проведено патоморфологічний аналіз 1610 розтинів з КХ за період з березня 2020 по квітень 2021 року. Серед померлих – 872 чоловіків (54,2%) та 737 жінок (45,8%). Середній вік пацієнтів становив $\pm 66,9$ років. Серед супутніх захворювань – гіпертонічна хвороба (21,03%), цукровий діабет (11,34%), злоякісні пухлини (10,57%).

При патоморфологічному дослідженні визначено найпоширеніші зміни легень. По-перше, це вірус-індуковані зміни епітеліальних клітин трахеї, бронхів, бронхіол та альвеол. По-друге, різні фази дифузного альвеолярного ураження легеневої тканини, що залежали від фази хвороби. В ексудативну фазу – дифузний набряк, гіалінові мембрани та десквамація бронхіолярного й альвеолярного епітелію, виражене повнокрів'я. В проліферативній фазі – множинні інтраальвеолярні геморагії різної давності. У фазі організації виявлено інтраальвеолярний та інтерстиціальний фіброз. По-третє, прояви імунної реакції у вигляді інтерстиціальної мононуклеарної інфільтрації. У третині випадків при приєднання вторинної інфекції виникали мікро- та макроабсцеси. По-четверте, це судинні зміни у вигляді розповсюдженого тромбозу із ураженням макро- та мікроциркуляторного русла легень. Спостерігався поширений тромбоз – поєднання ДВЗ-синдрому із артеріальним тромбозом.

Отже, легені є головним органом-мішенню КХ. Поєднання вірусного ушкодження епітелію, дифузного ураження альвеол, запальної імунної відповіді та судинних змін легеневої тканини зумовлює важкий перебіг та є причиною летальних випадків при КХ.

Купновицька І.Г., Губіна Н. В., Данилюк О.І., Белегай Р.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
м. Івано-Франківськ*

ЕНДОТЕЛІН ТА РЕЗИСТИН ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБИ НИРОК

Захворювання нирок мають значний вплив на здоров'я населення різних країн світу як пряма причина глобальної захворюваності. Структурно-функціональні зміни нирок при ожирінні пов'язують з високою метаболічною активністю жирової тканини, за рахунок синтезу адипоцитокінів, зокрема

резистину. Окрім того, резистин активує функцію ендотелію, викликаючи одночасно запальні реакції судинної стінки.

Мета дослідження: вивчити зміни рівня резистину в крові хворих з початковими стадіями хронічної хвороби нирок (ХХН) та його зв'язок з рівнем ендотеліну-1.

Матеріали та методи: обстежено 70 хв. з I та 88 - з II стадією ХХН на тлі різних ступенів ожиріння. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) розраховували за формулою СКД-ЕРІ на основі рівня креатиніну, цистатину С та їх поєднання (СКД-ЕРІcysC/cr). Методом імуноферментного аналізу в крові визначали рівень резистину, ендотеліну-1 (ЕТ-1). Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювали за допомогою пакета статистичних програм Statistica 6,0.

Результати та обговорення: встановлено зростання у 1,3 рази рівня резистину в крові при ХХН I та у 1,6 – при ХХН II ст. на тлі ожиріння ($p_{1,2} < 0,05$), а між його концентрацією в крові та індексом маси тіла була слабка кореляційна залежність. 4% і 78,4%, відповідно, при I та II стадіях ХХН. Ендотелін-1 є потужним судинозвужувальним засобом, що виділяється ендотеліальними клітинами, і важливим регулятором роботи нирок. Його рівень прогресивно зростає в обох групах в міру зниження ШКФ та збільшення маси тіла – в 1,73 та в 1,54 рази у хворих I та II груп, відповідно, у порівнянні зі здоровими ($p_{1,2} < 0,001$). Рівень ендотеліну-1 також статистично значущо корелював із концентрацією резистину в сироватці крові в обох групах ($r_1 = 0,58$, $p_1 < 0,05$, $r_2 = 0,71$, $p_2 < 0,05$). Наші дані в певній мірі співзвучні з результатами досліджень [Samsamshariat S.Z.A. et al. \(2019\)](#), які вивчаючи дану проблему, довели, що резистин збільшує експресію судинозвужувального ЕТ-1, що вірогідно може сприяти дисфункції ендотелію.

*Купновицька І. Г., Микіла Ю.І., Калугіна С.М., Клименко В.І.
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ*

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ, ПОСДНАНА З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ: РОЛЬ МАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ІМУНОЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ПРОГРЕСУВАННІ ЦИХ КОМОРБІДНИХ ПАТОЛОГІЙ

Метою дослідження було вивчення рівнів ендотеліну-1 (ЕТ-1), С-реактивного білка (СРБ), фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) в сироватці крові та їх взаємозв'язок з кількістю сироваткового тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (Т4) у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН), поєднаною з гіпотиреозом (ГТ).

Обстежено 80 пацієнтів із ХСН, поділених на дві групи: I - 38 хворих з ГП, II - 42 без ГТ. Рівень ТТГ та Т4 визначався електрохемилюмінесцентним методом, ЕТ-1, ФНП- α , СРБ за допомогою імуноферментного аналізу. Установлено, що вміст ЕТ-1 у пацієнтів I групи був вищим, ніж у II групі, у 2,9 раза ($p < 0,05$), що перебувало в прямому середньої сили кореляційному зв'язку з кількістю ТТГ ($r = 0,43$, $p < 0,05$) і у зворотному слабкої сили зв'язку з рівнем Т4 ($r = -0,26$, $p < 0,05$). У II групі пацієнтів виявлено слабкий позитивний зв'язок між рівнем ЕТ-1 та ТТГ ($r = 0,18$, $p < 0,05$).

Рівень СРБ у хворих I групи був у 1,5 раза вищим, ніж у II групі, що перебувало у прямому сильної сили кореляційному зв'язку з ТТГ ($r=0,76$, $p<0,05$) та зворотному середньої сили кореляційному зв'язку з Т4 ($r=0,51$, $p<0,05$).

Кількість ФНП- α у сироватці крові пацієнтів I групи була вищою у 2,27 раза, ніж у II групі, що складало прямий середньої сили кореляційний зв'язок з ТТГ ($r=0,56$, $p<0,05$) та зворотний середньої сили зв'язок з Т4 ($r=0,47$, $p<0,05$).

Отже, існує тісний взаємозв'язок між показниками ендотеліальної дисфункції, імунозапальної реакції та окремими маркерами гіпотиреозу. У пацієнтів із гіпотиреозом дисфункція ендотелію та імунне запалення розвиваються швидше й інтенсивніше і в майбутньому можуть призвести до швидшого прогресування СН та розвитку ускладнень.

*Купновицька І.Г., Романишин Н.М., Клименко В.І., Вівчаренко М.П.
Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ*

УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ПІСЛЯ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (СІХС) після коронарного стентування (КС) шляхом застосування інгібітора І_f-каналів синусового вузла – івабрадину.

У дослідження включено 31 хворого на СІХС, яким показане стентування однієї коронарної артерії (КА). Для дилатації КА використовували стенти з лікувальним покриттям зотаролімус ResoluteIntegrity (Medtronic, США).

Хворі рандомізовані на дві групи: основну групу (ОГ), яку склали 15 осіб та групу порівняння (ГП), – 16 пацієнтів. Усі хворі після КС були ліковані препаратами базової терапії (БТ). Із метою потенціювання терапевтичної ефективності БТ лікувальний комплекс хворих ОГ доповнювали івабрадином. Досліджувалися добова потреба у застосуванні нітрогліцерину на фоні БТ, толерантність до фізичного навантаження (ТФН) за даними 6-хвилинного тесту ходіння (6-ХТХ), показники ехокардіографії (ЕхоКГ) до втручання і на 12 місяці терапії.

У порівнянні з вихідними даними у пацієнтів ОГ зникла потреба в додатковому застосуванні нітрогліцерину на противагу хворим ГП, в яких така потреба зменшувалась лише до 6 місяця лікування. На фоні прийому івабрадину в дозі $10,67 \pm 1,76$ мг/добу до кінця дослідження ЧСС знизилась на 22,8% і досягла цільового рівня проти 9,1% ($p<0,05$) у ГП. За даними 6-ХТХ пройдена хворими ОГ відстань зростала і в період завершення дослідження становила ($523,33 \pm 10,39$) м, що було більше на 53,0%, ніж до лікування проти 44,8% пацієнтів ГП ($p<0,001$). За даними ЕхоКГ на фоні терапії івабрадином покращилися всі структурно-функціональні параметри серця і до кінця дослідження були максимально наближеними до показника здорових, чого не відзначалося у пацієнтів ГП.

Отже, тривале лікування івабрадином у хворих на СІХС після КС підвищувало якість їхнього життя, ТФН та покращувало структурно-функціональні параметри серця.

Лисиця В.В.

*ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра хірургічних хвороб №1;
КНП «Київська міська клінічна лікарня №1»*

ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ НОВІТНІХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Вступ. Використання новітніх технологій при розлученні спайок, відкриває нові горизонти для вирішення цієї давньої проблеми.

Мета. Покращення результату хірургічного лікування гострої непрохідності кишечника внаслідок спайкового процесу.

Матеріали та методи. Загальна кількість пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з злуковою кишковою непрохідністю по всіх роках становить 592(100%). Контрольна група 305(51,52%) пацієнтів. В досліджуваній групі. Пацієнти за період з 2013 по 2019 рік в досліджуваній групі становить 287(49,31%). Загальна кількість прооперованих пацієнтів 314(53.04%).

Результати дослідження. При хірургічному лікуванні в контрольній групі використовувались стандартні методи розсічення злук: гостре розсічення, бі- та монополярна енергія. Загальна кількість прооперованих пацієнтів з 2006 по 2012 роки складає 163, що від n=314 (51.91%). Натомість досліджувана група становить 151(48.09%). В цій групі використовувались новітні технології: ультразвукова дисекція (Harmonic) 10(3.18%); високочастотна енергія (LigaShure) 21(6.69%); гідроструменевий скальпель 71(22.61%). Лапароскопічний метод лікування використано у 38(12.10%).

Висновки. Новітні хірургічні технології використані у 140 хворих, що складає при n=314(44,58%). З яких 10(3,18%), із яких ультразвукова дисекція (Harmonic); високочастотна енергія (LigaShure) у21(6.69%); гідроструменевий скальпель у71(22.61%). Лапароскопічний метод лікування проведено у 38(12.10%).

За результатами лікування встановлено, що новітні технології дозволили скоротити термін лікування в середньому з 12-14 діб до 8-10, за рахунок зменшення кількості ускладнень з боку черевної порожнини з 13-30% до 10-12%, з боку післяопераційної рани з 40% до 24%, як наслідок зменшення летальності з загальних 19-24% до 14-15%.

Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф., Жуков Ю.О.

м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

ЧИСТОТА КРАЇВ РЕЗЕКЦІЇ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ З ПРИВОДУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Чистота країв резекції – головний показник адекватності органозберігаючих операцій (ОЗО). Одним із головних факторів розвитку місцевих рецидивів після ОЗО у хворих на рак молочної залози (РМЗ) є стан країв резекції (КР). Стандартом є хірургічна практика досягти чистих КР шляхом

повторного висічення. КР – це ділянки тканин МЗ розміщені поряд з хірургічним розрізом. При гістологічному дослідженні надходять заключення: краї позитивні – ракові клітини виявляються в краях висічення тканини, краї негативні – ракові клітини не виявляються в краях висічення тканини. Є дані, що близькі краї, порівняно із широкими чистими краями ніяким чином не впливають на показники безрецидивної виживаності. Метааналіз 21 ретроспективного дослідження, які вивчали вплив різної ширини краю резекції на виникнення місцевого рецидиву не встановив статистичної значущості різниці в частці рецидивів при ширині краю > 1,2 і 5 мм після проведення променевої терапії (ПТ) локальної пухлини або гормональної терапії. З позиції біології раку наріжним каменем є розуміння того, що навіть досягнення чистих країв резекції не значить видалення абсолютно усіх пухлинних елементів, а скоріше говорить про те, що її кількість незначна і потенційно може контролюватися ПТ. Наявність негативних країв резекції і додаткова резекція в ділянці позитивних країв резекції не гарантує відсутність у подальшому розвитку рецидиву. Ряд авторів у різні роки повідомляли про розвиток рецидивів у 6–13,3 % випадків пацієнток з негативними краями резекції після широкої локальної ексцизії пухлини.

Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф.

м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

НЕОАД'ЮВАНТНА ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Під неoad'ювантною хіміотерапією (НАХТ) розуміють використання системного лікування до виконання хірургічного втручання, яка показана хворим з місцевопоширеним раком молочної залози. Головною метою НАХТ є зменшення розмірів пухлини, досягнення резектабельності і можливості виконання органозберігаючої операції, покращення віддалених результатів лікування (безрецидивної і загальної виживаності та визначення чутливості до цитостатичної терапії). Ефективність лікування і ступінь вираженості терапевтичного патоморфозу пухлини залежить від різних факторів, які можливо розділити на клінічні (вік пацієнтки, розмір пухлинного вузла, статус регіонарних лімфатичних вузлів), морфологічні (ступінь злоякісності пухлини, гістологічний підтип, наявність лімфоваскулярної інвазії, вираженість лімфоїдної інфільтрації пухлини), молекулярно-біологічні (рівень експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів, рецептор до епідермального фактору росту – HER2, рівень експресії Ki-67, ступінь вираженості гіпоксії тканин в пухлині, інтенсивності ангиогенезу, рівня епітеліально-мезенхімального переходу т.і.) і генетичні (наявність мутацій у генах BRCA 1/2, TP 53, MYC, PIK3CA т.і.). Досягнення за допомогою хіміотерапії повної клінічної регресії не означає патоморфологічного регресу первинної пухлини регіонарних метастазів. Показники повного патоморфологічного регресу ранжуються від 23 до 80 % у хворих з повною клінічною регресією.

Литвиненко О.О., Литвиненко О.О.

м.Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ

Меланома шкіри (МШ) відноситься до найбільш небезпечних з високим ризиком рецидивування, метастазування, агресивним і непередбачуваним за перебігом злоякісних пухлин. Меланома становить менше 10% серед злоякісних новоутворень шкіри та відповідає за 80% смертей даної групи, але ще 30-40 р, тому була порівняно рідкісним захворюванням у більшості країн світу. Впродовж зазначеного часу частота виникнення даної патології значно збільшилась і продовжує неспинно зростати. Середньорічний темп приросту захворюваності цією пухлиною в світі становить біля 5% і може вважатись одним із самих високих серед усіх злоякісних пухлин, крім раку легень. За прогнозом ВООЗ захворюваність на меланому в світі, протягом найближчих 10р зросте на 25%. П'ятирічна виживаність при МШ становить 91% в США, 81% в Західній Європі і біля 40% в менш розвинутих країнах включаючи Україну. Краща виживаність відзначена у жінок в порівнянні з чоловіками, можливо за рахунок ранньої діагностики. МШ характеризується резистентністю до стандартної цитостатичної терапії і саме тому 5-річна виживаність хворих з метастатичними процесами знаходиться в межах 10-15%. У 5-14% випадків МШ є спадковим захворюванням зумовленим гермінальними мутаціями. Ризик виникнення МШ підвищений у 8 разів у сім'ях, члени яких хворіли на меланому. Ризик розвитку другої первинної пухлини у пацієнтів з меланомою у 9 разів вищий, ніж у популяції. Основна роль у патогенезі меланоми належить MAPK – сигнальному шляху (RAS/RAF/MEK/ERK) – ключовому регулятору проліферації клітин, диференціюванню, виживаності і метастазування. Гіперактивація MAPK – сигнального шляху спостерігається у 80-90% меланоми шкіри, в першу чергу внаслідок мутацій BRAF та NRAS.

Литвиненко О.О., Литвиненко О.О.

м.Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

УЛЬТРАФІОЛЕТОВЕ ОПРОМІНЕННЯ І МЕЛАНОМА ШКІРИ

Під дією ультрафіолетового опромінення (УФО) в епідермісі відбувається утворення тимідинових димерів пов'язаних циклобутановим кільцем, або тимідин-цитидинових димерів, котрі призводять до утворення зшивок між двома нитками ДНК. Крім того, під дією променів жорсткого УФ-спектру утворюються кисневі радикали, які можуть призводити до зв'язування білків з ДНК, як це роблять гідроксил-радикали, ковалентно пов'язуючи між собою білки і білки з ДНК. Ці події можуть бути причиною мутацій в кодуючих ділянках онкогенів або у послідовностях кодуючих супресорні білки, що в кінці кінців може привести до розрегулювання механізмів диференціювання та проліферації клітин і в

подальшому закінчиться неопластичним трансформуванням клітин. Канцерогенна дія УФО не призводить тільки до мутагенного ефекту. Вважається, що певна роль у даному процесі належить запальній дії УФ променів так як процеси запалення супроводжуються виділенням цілого спектру факторів проліферації і утворюють сприятливе середовище для зростання маси клітин. Крім цього УФО має локальну імуносупресивну дію, що може допомогати «вислизненню» трансформованих клітин від захисних систем організму. При хронічній дії УФО підвищуються рівні матриксних металопротеїназ і відбувається деградація колагена IV та VI типу, що призводить до порушення організації базальної мембрани. В останні роки вказується на роль гена sFRP2 в розвитку УФ-індукованої гіперпігментації. Ген sFRP2 стимулює синтез меланіна за допомогою модулювання Wnt-сигнального шляху, який здатний стимулювати MITF-M, який регулює системи білків, що відповідають за меланогенез.

Літвак А.І.,

канд. мед. наук, доцент

*Одеського регіонального інституту державного управління
НАДУ при Президентіві України*

ВИЗНАЧЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ УПРАВЛІННЯ

У сучасних умовах постійних трансформацій і змін значно зростає роль і вага управлінської діяльності, правильних адміністративних рішень, прийнятих на підставі надійної інформації, на підставі фактів. Вдосконалення і розвиток управління вимагає від керівників усіх рівнів, які очолюють окремі напрями і рівні діяльності, оволодіння аналітичною компетенцією і вміле використання інформаційно-аналітичної функції управління. Актуальність знань і навичок інформаційно-аналітичної діяльності керівників пов'язана з тим, що «тільки володіння інформацією перестало бути чинником, що дає переваги». Ключовим чинником у сучасних умовах є уміння користуватися інформацією. Функція управління, пов'язана з аналітичною діяльністю керівників, характеризується вивченням об'єкту управління, внутрішнього і зовнішнього середовища організації, результатів діяльності для обґрунтування управлінських рішень, способів і засобів впливу на керований об'єкт з метою корекції його стану. Інформаційна складова повинна неодмінно бути поєднана із аналітичною складовою, бо вони доповнюють одна одну і розширюють уявлення про об'єкт дослідження. Володіння інформацією повинно поєднуватись із умінням її оцінювати і обробляти різними прийомами на підставі логічного мислення. **Інформаційно-аналітична функція управління характеризується збором, обробкою, аналізом і оцінкою даних про об'єкт управління і його структурні елементи, їх змінах у часі для підвищення результативності діяльності організації.** Ця управлінська функція, як правило, передуює усім іншим функціям управління, серед яких планування, організування, мотивування і контролювання, що забезпечує їх безпосередню реалізацію. Інструментарієм цієї функції є логічні і статистичні методи дослідження. Сам же аналіз – це вид розумової діяльності,

яким зайняті керівники і фахівці-аналітики. Слово аналіз походить від грецького слова (analysis), що означає розкладання. Аналіз – це операція уявного або реального розчленовування цілого (предмету, властивості, процесу або відношення між предметами) на складові частини, виконувана в процесі пізнання або предметно-практичної діяльності людини для вивчення цих складових частин, елементів системи, що вивчається. Результатом аналізу завжди є нове знання і уявлення про предмет дослідження, що дозволяє усвідомити і зрозуміти процеси, що відбуваються, і здійснити цілеспрямовану практичну діяльність. Інформаційно-аналітична компетентність відбиває усвідомлення керівником глибинної суті управлінського процесу, його цілеспрямована дія на об'єкт управління, обґрунтоване конкретною інформацією. Це здібності і особливості індивідуального мислення, які дозволяють керівнику бачити позитивне і відрізнити негативні явища, що можуть впливати на результат діяльності організації і системи, яку він очолює і керує. Ця компетентність керівника є інструментом, що забезпечує: управлінський процес, регулювання відносин в організації, ухвалення управлінських рішень на підставі необхідної об'єктивної інформації з аналітичним прогнозом і важливими оцінками змін, що будуть відбуватися. Інформаційно-аналітична діяльність є невід'ємною частиною управлінської діяльності. Ця діяльність передуює ухваленню управлінських рішень і допомагає обґрунтувати управлінські рішення, що приймаються.

Петро Мазур, Євгенія Горошко

м. Кременець, Тернопільська обл., Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського.

НАУКОВІ ТА НАРОДНІ НАЗВИ ЗАХВОРЮВАНЬ (ЗА АРСЕНОМ РІЧИНСЬКИМ)

З проголошенням Української народної республіки (1917-1920 р.р.) почався прилюдний вжиток української мови в освіті, медицині, науці. Українське Міністерство народного здоров'я та опікування створило термінологічну комісію. Лікарі-патріоти почали використовувати українську медичну термінологію.

Нами вивчено назви захворювань, якими послуговувався ізяславський лікар Арсен Річинський по його книзі «Курс гігієни (науки про здоров'я)» [1].

Слід зазначити, що поряд з науковими (міжнародними) назвами захворювань, які прийшли з латинської, автор наводить назви, перенесені з народної мови: туберкульоз (сухоти, чахотка); туберкульоз кісток (костоїда, «гостець»); туберкульоз шкіри («вовчий лишай»); туберкульоз лімфатичних вузлів у дітей («золотуха», «гулі», «жовна»); крупозна пневмонія (крупове запалінне легень); емфізема (розтяжінне (розширене) легенів); гнійний чиряк; трахома (сухий волос на очі); сифіліс (пранці, погана слабість); гонорея (наконечник, триппер); заражінне крові; висипний тиф (голодний, плямистий); черевний тиф (гарячка); малярія (пропасниця); дизентерія (крівава різачка, кривавниця, червінка); карбункул (огневик); паротит (свинка); віспа (оспа); грип (інфлюєнца); сап (косатизна); дифтерія (обклад, завалки); сказ (стеклизна); сибірка (телій); правець (остовпіння, стовпняк); актиномікоз (жовни); молочниця

(пліснявка); трихофітія(пархи чи шолуді); епідермофітія (печіночні плями); діарея (бігунка); анемія (малокровність); душевні розстрої(нервові з'явища, розстрої місячні); многопалість (шпетність); анемія вагітних (хирлявість (хлороз)); рак (погані нарости); склероз (затвердінне тканин); грижа (гила); блудяща нирка.

На нашу думку, низку зазначених назв варто повернути у сучасну медицину, що зробить професійну медичну мову багатшою, самобутнішою і соковитішою.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Річинський Арсен. Курс гігієни (науки про здоров'я). Пристосований до програми VII-VIII класів гімназій ухваленого Мін. Нар. Освіти 18 вересня 1906 року. / А. Річинський. – Ізяславль на Волині, додаток до «Нової дороги» - Вістника Ізяславської Повітової Народної Ради. – 1919. – ч. I – 151 с., ч. II – 228 с.

Марков Ю.І.

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л.Шупика,
м. Київ*

ТРОЦЕВИЧ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСІЙОВИЧ – ВИДАТНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ЛІКАР-АНЕСТЕЗІОЛОГ

3 квітня 2021 року виповнилося б 85 років Троцевичу Володимирі Олексійовичу (1936-1994 рр.) – доценту кафедри анестезіології-реаніматології (сьогодні анестезіології та інтенсивної терапії), к.мед.н., українському анестезіологу, який вніс значний внесок у становлення анестезіології в Україні та за її межами. В.О. Троцевич був яскравою неординарною особистістю. Він відрізнявся не тільки професійною ерудицією, працездатністю, але й дивовижною душевністю і добрим серцем.

Наслідуючи приклад великих лікарів всіх епох, які жертвували собою для встановлення істини заради зцілення хворих, В. О. Троцевич ще молодим лікарем на собі досліджував дію препаратів для анестезії.

В роки становлення анестезіології як спеціальності В. О. Троцевич організував і очолив службу анестезіології в Київській області. Колеги, яким доля подарувала можливість працювати разом з В.О. Троцевичем, згадують його як неймовірно талановитого організатора, діагноста, доброзичливу і мужню людину. Його життєвим девізом було – «неохідно робити людям добро і не чекати на вдячність від них – вдячність обов'язково прийде – через тиждень, через місяць, через рік, через багато років, але обов'язково прийде». Потім було запрошення в КІУЛ (сьогодні Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика) на кафедру анестезіології-реаніматології, яка тільки-но була організована Анатолієм Івановичем Тріщинським.

В 1969 році В. О. Троцевич захистив кандидатську дисертацію, яка була присвячена проблемі передопераційної підготовки до анестезіологічного забезпечення оперативних втручань, проблемі вибору оптимального різновиду премедикації.

З 1973 по 1976 рік В.О. Троцевич працював в закордонному відрядженні в Замбії (Африка). Після повернення на рідну кафедру був обраний доцентом.

З 1980 по 1982 рік В.О. Троцевич працює в непростих умовах Афганістану, який знаходився у стані війни. Він навчає місцевих лікарів анестезіології, надає медичну допомогу пораненим і хворим.

Після закінчення чергового закордонного відрядження В.О. Троцевич береться за нову справу – організацію Українського центра лікування гострих отруєнь на базі науково-практичного об'єднання швидкої медичної допомоги і медицини катастроф.

В 1985 році доцент В. О. Троцевич був призначений головним клінічним токсикологом МОЗ УРСР.

Токсикології були присвячені останні роки його життя. Завдяки його зусиллям було відкрите спеціалізоване токсикологічне відділення і токсикологічна лабораторія в клінічній лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва (сьогодні – КНП «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги»). Доцентом В.О. Троцевичем були розроблені навчальні програми і розпочата підготовка лікарів-токсикологів в Україні.

Мезенцева О.Ю.

КНП «Обласний перинатальний центр м.Краматорськ»

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕДСЕСТРИНСЬКУ ПРАКТИКУ

Пандемія COVID-19 детермінувала зміни у сфері охорони здоров'я, у способах надання медичної допомоги. На передовій цієї пандемії перебувають медичні сестри та медичні брати, виконуючі не тільки функції лікування та догляду за пацієнтами, але й інші, демонструючи професійні компетентності і виявляючи кращі людські якості. До проблем, пов'язаних з сестринською практикою (дефіцит медичного персоналу, напружений робочий графік, низька заробітна платня, втому, професійне вигорання, психологічне насильство з боку пацієнтів), додалися нові ризики, зокрема менша, ніж у лікарів, компенсація за небезпечні умови праці, стигма, психологічний дистрес, включаючи стрес від зараження сім'ї небезпечною хворобою.

У 2021 році Міжнародна рада медичних сестер у програмному документі визначила пріоритети щодо підтримки медсестер заради глобальної охорони здоров'я, яке має бути інклюзивним і доступним. Запропонована концепція трансформації системи ґрунтується на холістичній моделі здоров'я і спрямовує уряди країн і громади на досягнення стратегічних цілей: турбота про вразливих людей; надійна комунікація; доступ до послуг охорони громадського здоров'я та інновації; якість та доступна допомога; здорові сім'ї та здорові громади. Виголошені ініціативи мають стати основою національних політик з розвитку медсестринства за такими напрямками: створення безпечного місця роботи; визнання життєво важливої ролі медсестри у суспільстві і зміни її рольової позиції як активного партнера змін в охороні здоров'я; інвестиції у галузь; розвиток професії; освіта та безперервний професійний розвиток.

***Наконечний Й.А., Мицик Ю.О., Боржівський А.Ц., Воробець Д.З.,
Боржівський О.А., Дутка І.Ю.***

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОКАЗНИКА СМЕРТНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ПРОСТАТИ В УКРАЇНІ

Вступ. За даними ВООЗ рак простати (РП) займає друге місце серед злоякісних захворювань чоловіків, близько 12% злоякісних пухлин. Саме тому, аналіз показників захворюваності та смертності на РП в Україні зберігає свою актуальність для сучасної онкоурології.

Мета. Проаналізувати динаміку показників захворюваності та смертності на РП в Україні з 1999 по 2019 рік.

Матеріали і методи. Аналіз показників захворюваності та смертності на РП в Україні здійснювався за даними Бюлетеню Національного канцер-реєстру України з 1999 по 2019 рік. Проаналізовано наступні показники: грубі (звичайні) показники захворюваності та смертності – кількість нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (або, відповідно, випадків смерті від злоякісних новоутворень), які відбулися в популяції протягом року, віднесена до середньої чисельності цієї популяції в тому самому році, виражена через показник на 100 тис. населення; стандартизовані за віком показники захворюваності та смертності – показник захворюваності/смертності населення, розрахований за віковою структурою “стандартного населення” для нівелювання відмінностей у віковому розподілі різних популяцій.

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного аналізу грубого та стандартизованого показників захворюваності на РП в Україні з 1999 по 2019 рік було констатовано тенденцію до зростання обох показників. Так у 1999 р. грубий показник захворюваності на НКР складав 9,3, у 2004 р. – 12,3, у 2005 р. – 12,6, у 2006 р. – 12,8, у 2007 р. – 13,8, у 2008 р. – 141,5, у 2009 р. – 14,6, у 2010 р. – 15,8, у 2011 р. – 16,8, у 2012 р. – 17,8, у 2013 р. – 18,7, у 2014 р. – 18,9, у 2015 р. – 19, у 2016 р. – 19,1, у 2018р. – 22,1, у 2019 р. – 22,9. Подібна динаміка спостерігалась у зміні стандартизованого показника захворюваності на РП: у 1999 р. він складав 5, у 2004 р. – 6,2, у 2005 р. – 6,3, у 2006 р. – 6,5, у 2007 р. – 7, у 2008 р. – 7,4, у 2009 р. – 7,4, у 2010 р. – 7,8, у 2011 р. – 23,1, у 2012 р. – 24,5, у 2013 р. – 9,5, у 2014 р. – 9,7, у 2015 р. – 9,7, у 2016 – 9,7, у 2018 р. – 11, у 2019 р. – 11,3. Аналіз динаміки змін грубого показника смертності внаслідок РП в Україні продемонстрував його зростання у порівнянні із попередніми роками: у 1999 р. він складав 5, у 2004 р. – 6,1, у 2005 р. – 6,4, у 2006 р. – 6,6, у 2007 р. – 6,9, у 2008 р. – 6,9, у 2009 р. – 7,2, у 2010 р. – 7,3, у 2011 р. – 7,5, у 2012 р. – 8, у 2013 р. – 8,1, у 2014 р. – 8,6, у 2015 р. – 8,7, у 2016 – 8,9, у 2017 р. – 9,2, у 2018 р. – 9, у 2019 р. – 9,3. Стандартизований показник смертності з приводу РП зріс у період із 1999 до 2004 року, проте залишався майже незмінним із 2004 до 2014 року з незначною тенденцією до зростання: у 1999 р. він складав 2,7, у 2004 р. – 3,1, у 2005 р. – 3,1, у 2006 р. – 3,3, у 2007 р. – 3,4, у 2008 р. – 3,3, у 2009 р. – 3,5, у 2010 р. – 3,5, у 2011 р. – 3,5, у 2012 р. – 3,8, у 2013 р. – 3,8, у 2014 р. – 4,1, у 2015 р. – 4,1, у 2016 – 4,1, у 2017 р. – 4,2, у 2018 р. – 4,1, у 2018 р. – 4,2, у 2019 р. – 4,2.

Висновки. Аналіз динаміки змін стандартизованого показника захворюваності (український стандарт) на РП впродовж 1999 – 2019 років

продемонстрував зростання. Стандартизований показник смертності з приводу РП впродовж 2014 – 2019 років залишився практично незмінним.

***Наконечний Й.А., Мицик Ю.О., Боржівський А.Ц., Воробець Д.З.,
Боржівський О.А., Дутка І.Ю.***

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ДИНАМІКА НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ПАЦІЄНТІВ НА РАК ПРОСТАТИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА ЇЇ ЗАЛЕЖНІСТЬ З ДОВЖИНОЮ МЕМБРАНОЗНОЇ ЧАСТИНИ УРЕТРИ ВИМІРЯНОЇ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ МРТ

Вступ. На сьогоднішній день золотим стандартом лікування локалізованого раку передміхурової залози (РПЗ) залишається радикальна простатектомія (РП). Проте, незважаючи на задовільні онкологічні результати, нетримання сечі (НС) та еректильна дисфункція досі залишаються найбільш поширеними та небажаними наслідками РП, які безпосередньо впливають на якість життя. Максимальне інтраопераційне збереження анатомічних структур, пов'язаних з утриманням сечі, таких як, шийка сечового міхура, нервово-судинний пучок, пубопростатичні зв'язки, рабдосфінктер та мембранозна частина уретри (МУ), залишаються ключовими факторами збереження адекватного утримання сечі.

Мета. Дослідити зв'язок частоти виникнення НС із довжиною МУ за даними МРТ у пацієнтів на локалізований РПЗ після РП.

Матеріали і методи. В дослідження увійшло 27 хворих на локалізований РПЗ, середнім віком $59,4 \pm 5,61$ р., яким було виконано відкриту РП, по причині Т2 стадії пухлинного процесу, 7 балів за Gleason. Об'єктивізація наявності НС проводилась методом анкетування на 3, 6 та 12 місяці після операції. Відсутність НС була визначена як відповідний бал при опитуванні та при використанні хворим ≤ 1 поглинаючого підгузка на добу. До операції вимірювання довжини МУ проводилось на основі Т2-зважених зображень МРТ у сагітальній проекції, як відстань від верхівки простати до входу уретри у цибулину пенісу.

Результати та їх обговорення. У ранньому післяопераційному періоді ускладнення не спостерігались у жодного пацієнта. Відновлення утримання сечі через 3, 6 та 12 місяців констатовано у 44,4%, 74% та 85,1% пацієнтів відповідно. Середня довжина МУ у всіх хворих на РПЗ складала $1,69 \pm 1,2$ см. Отримано достовірну різницю у частоті НС станом на 12 місяць після операції в залежності від довжини МУ. НС спостерігалось лише у 25% випадків серед пацієнтів з довжиною МУ $\geq 1,82$ см, станом на 12 місяць після РП. При довжині МУ $< 1,82$ см, НС через 12 місяців після операції констатовалось в 75%. Також визначено середній прямий кореляційний зв'язок між довжиною МУ та тривалістю явищ НС після РП (коефіцієнт кореляції Пірсона = 0,664, $p < 0,05$).

Висновки. Констатовано кореляційний зв'язок між довжиною МУ визначеної на основі сагітальних Т-2 зважених зображень МРТ та частотою НС після РП у пацієнтів з локалізованими формами РПЗ. Подальші дослідження взаємозв'язку між довжиною МУ та НС в контексті РП при різних Т-стадіях та ступенях пухлинного процесу зберігають свою актуальність.

*Станіслав Нечаїв,
м.Київ, голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ*

100 РОКІВ ПРЕЗИДЕНТОВІ СФУЛТ П.ДЖУЛЕВІ



Уперше я познайомився з П.Джулем іще до здобуття Україною незалежності у Києві в кабінеті тоді ще професора Любомира Антоновича Пирога, який з 1989 року очолював Медичну комісію (Комісію у справах медицини при Колегії з соціальних питань) Народного Руху України (за Перебудову). Тоді з нагоди приїзду із-за кордону американських лікарів українського походження Павла Джуля та Ахіля Хрептовського на тодішній вулиці Юрія Коцюбинського (нині Володимира Винниченка) в Науково-Дослідному Інституті урології та нефрології зібралися Всеволод Стеблюк, Костянтин Тринус, Станіслав Нечаїв, Сергій Гаврилюк, Віктор Маргітич, Валерій Городинський, Олекса та Людмила Соколюки, Едвін Задорожній, Володимир Погорелов (Погорілий) та Євген Білинський. Уже пізніше я дізнався, що у 1977 році було створено Світову Федерацію Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), яка стала об'єднуючою діяльністю Українських Лікарських Товариств (УЛТ) у еміграції. До складу першої управи СФУЛТу під орудою її президента Романа Осінчука увійшли також Ахіль Хрептовський – діловий віце-президент та Павло Джуль – редактор Лікарського вісника. На Другому науковому Конгресі СФУЛТу 1988 року, який проходив у Відні в готелі Інтерконтиненталь (Hotel Intercontinental Wien) серед доповідачів був також і Павло Джуль. Тоді під час офіційної частини Другого наукового конгресу СФУЛТу представники Українського Лікарського Товариства в Австрії проф. Олег Горникевич і медрадика Олександр Жупник вручили активним членам Управи СФУЛТ Почесні грамоти, серед яких був і Павло Джуль.

Влітку 1990 року на ювілей 80-річчя Руського (Українського) Лікарського Товариства та 40-річчя УЛТ Північної Америки (УЛТПА), у Києві та Львові ще за панування колишнього ССРСР, відбувся Третій від заснування і перший в Україні науковий Конгрес СФУЛТУ.

Оргкомітет III Конгресу СФУЛТУ включав: голову – А.Хрептовського, заступника голови – М.Коленського, голову УЛТПА – М.Клодницьку-Процик, редактора Лікарського вісника – П.Джуля, англомовного секретаря – Т.Трусевича, референта для особливих призначень – З.Матківського, представника Канади – Я.Барвінського і голову Наукової комісії – В.Трухлого.

На урочистому відкритті Конгресу СФУЛТУ в Київському театрі опери та балету 4 серпня у почесній президії поруч з партократами УСССР засідали і змусили їх співати наш гімн „Ще не вмерла Україна” Ахіль Хрептовський (Президент СФУЛТУ), Павло Джуль, Любомир Пиріг та інші українські патріоти.

Там було виголошено дві програмні доповіді: Юрія Спіженка “Система охорони здоров’я України” і Павла Джуля “Гуманізм і модерна медицина”.

1992 р. у м.Харків під час IV Конгресу СФУЛТУ на загальних зборах делегатів 12 серпня А.Хрептовський зрештитував з поста президента Федерації, а СФУЛТ очолив П.Джуль. Павло Джуль очолював СФУЛТ від 1992 до 2000 року (дві каденції по чотири роки).

1994 р. у Дніпропетровську (Січеславів, Дніпрі) в колишньому Єкатеринінському палаці (тепер – Палац Студентів) у парку ім.Т.Шевченка проходив V Конгрес СФУЛТУ, який відкрив його Президент П.Джуль.

Під час роботи Конгресу канадійські лікарі Волтер (Володимир) Максимович і Орест Талпаш представили українські переклади англомовних підручників «Основи медичних знань та методи лікування за Девідсоном» (Davidson’s Principles & Practice of Medicine) у двох томах та перший том «Хірургія. Основи та практика» А.П.Форреста, Д.С.Картера, І.Б.Маклеода (Principles and Practice of Surgery. A.P.M.Forrest, D.C.Carter, I.B.Macleod), які перед цим Голова Українського Лікарського Товариства у Києві Станіслав Нечаїв разом із Романом Жилою благочинно безкоштовно розповсюдили по книгозбірнях медичних вишів для навчання українських студентів-медиків.

Протягом урочистого закриття V Конгресу СФУЛТУ Президент СФУЛТУ П.Джуль висловив особливу подяку ректорці Дніпропетровської медичної академії Л.Новицькій-Усенко, професорці Н.Чухрієнко та докторові В.Чмиреві.

1995 року після закінчення Української Академії державного управління при Президентові України під час стажування в Мічиганському університеті (Енн Арбор) нас з Тетяною Бліхар Павло Джуль на кожні вікенди забирав до себе додому, знайомив зі своєю родиною, возив по українських місцях Детройта й усієї Мічиганщини аж до канадійського кордону.

1996 року у м.Одеса в приміщенні Одеського державного медуніверситету (ОДМУ) відбувся VI Конгрес СФУЛТУ. Урочисте відкриття Конгресу в Одеському театрі опери та балету здійснив Президент СФУЛТУ П.Джуль.

На Конгресі були представлені видання, спонсовані СФУЛТ-Фундацією: “Англо-український словник медичної термінології” авторства В.Запорожана і П.Джуля та кілька підручників для українських медичних вишів. Президент СФУЛТУ П.Джуль ознайомив делегатів зі статутом новоствореної організації СФУЛТ-Фундації, завданням якої є спонсування видавання українськомовних медичних підручників і часописів.

Наприкінці засідань Конгресу обрали нову управу СФУЛТу: Павло Джуль – президент, Юрій Грицеляк – президент-елект, Любомир Пиріг і Мирослав Коленський – віце-президенти, Василь Шеремета – генеральний секретар, Зірка Калинич – фінансовий секретар, Адріян Баранецький – секретар преси та інформації.

Ректор ОДМУ Валерій Запорожан від імені Вченої ради ввіреного йому університету вручив дипломи “Почесного доктора” членам Екзекутиви СФУЛТу: Павлові Джулеві, Василеві Зарічному, Михайлові Цегельському та Любомирові Пирогові.

1998 року у м.Ужгород урочисте відкриття нарад VII наукового Конгресу СФУЛТу в Закарпатському обласному музично-драматичному театрі відкрив президент Федерації П.Джуль. На закритті Конгресу президент СФУЛТу П.Джуль пообіцяв посилити роботу СФУЛТ-Фундації над виданням україномовних медичних підручників та осучасненням української медичної термінології (лікарського називництва).



2000 року церемонію відкриття VIII наукового Конгресу СФУЛТу у Львові та Трускавці провадив президент Світової Федерації УЛТ П.Джуль.

Делегати до десятиріччя незалежності України вирішили перенести осідок СФУЛТу з Чикаго до Києва, П.Джуль передав кермо СФУЛТу Л.Пирогові. Павла Джуля обрали Почесним президентом.

15 серпня було обрано нову управу СФУЛТу, до якої ввійшли: П.Джуль – почесний президент, академік Л.Пиріг – президент, М.Коленський і проф. М.Павловський – віце-президенти, відповідальний секретар: Є.Білинський /Київ/; Правління СФУЛТу на 4-річну каденцію обрали у складі 15 осіб: П.Бачинський /Дніпропетровськ/, Т.Бліхар /Київ/, В.Волянський /Одеса/, С.Гаврилюк /Київ/, Л.Максимець /Київ/, О.Мусій /Київ/, Б.Надрага /Львів/, С.Нечаїв /Київ/, Л.Попіль

/Івано-Франківськ/, Л.Порохняк-Гановська /Київ/, Б.Соловій /Львів/, О.Тілікін /Миргород/, О.Хонда /Київ/, О.Ціборовський /Київ/, В.Чмир /Київ/. Крайові представники: О.Лозинський /Австралія/, О.Горникевич /Австрія/, З.Бубняк /Болгарія/, О.Мулька /Великобританія/, І.Гарабач /Німеччина/, Л.Колянчук /Польща/, В.Антонів /Росія/, Я.Поповець /Словаччина/, А.Баранецький /США/, Р.Гой /США/, Р.Горбова /США/, М.Грицеляк /США/, Я.Бабюк /Чехія/.

Рада директорів Світової Фундації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ-Фундації) на засіданні у Львові 15 серпня 2000 року одностайно вирішила реорганізувати Фундацію під новою назвою Американсько-українська медична фундація (АУМФ). Це – гуманітарна організація, заснована в 1996 році у штаті Мічиган і там інкорпорована. Фундація є доброчинною установою, апробованою Податковою службою США. Спонукою до заснування АУМФ був брак сучасної медичної термінології. Головною метою АУМФ було видавання українських перекладів провідної американської медичної літератури, щоб дати поштовх до опрацювання власного сучасного лікарського називництва. Досягнення АУМФ: видання медичних підручників, переклади з англійської мови; закупівля англійських медичних підручників для навчальних закладів в Україні; закупівля комп'ютерів і поліграфічних устаткувань для медичних вишів і науково-дослідних інститутів. Головні меценати АУМФ: Г.Малиновський, Л. і Д. Курилки, П. й І. Джулі, М. й І. Цегельські, В. і С. Зарічні, Л. і Л. Яхницькі. Рада директорів АУМФ: Павло Джуль – президент, Любомир Липецький – віцепрезидент, Андрій Джуль – виконавчий секретар, Олександр Серафим – фінансовий референт, Любомир Яхницький, Богдан Піхурко і Борис Легета – директори.





10-12 травня 2007 року у м.Вінниці відбувся Дев'ятий всеукраїнський з'їзд ВУЛТу. Почесний президент СФУЛТу П.Джуль також взяв участь у з'їзді і подарував усім учасникам свій словник. Почесним Президентом обрали академіка АМН України Пирога Л.А., Президентом – Мусія О.С., Головою правління – Нечасва С.В. Тези доповідей налічували 504 роботи, які публікувались у науково-практичному часописі ВУЛТ «Українські медичні вісті». Головним редактором був Л.Пиріг, заступником головного редактора – С.Нечаїв. Редакційна колегія: Є.Білинський, С.Гаврилюк, О.Мусій, С.Мушак, В.Погорілий, О.Хонда, О.Ціборовський, В.Чмир, А.Яніна.

2014 року у м.Чернівці на базі Буковинського державного медичного університету (БДМУ) відбувся XV Конгрес СФУЛТ присвячений 70-річчю БДМУ та 30-річчю 1 Конгресу СФУЛТ. Тези доповідей налічували 949 робіт. Головним редактором був С.Нечаїв. Редакційна колегія: Є.Білинський, С.Гаврилюк, Н.Крушинська, О.Мусій, С.Мушак, Л.Пиріг, О.Хонда, О.Ціборовський, А.Яніна. У роботі Конгресу взяв участь син Почесного президента СФУЛТу Павла Джуля Андрій, який передав від нього вітання учасникам Конгресу.



Востаннє ми спілкувалися з Павлом Джулем телефонічно та е-поштою під час підготовки та проведення XV Конгресу СФУЛТ у Чернівцях протягом літа-осені 2014 року, так як мені було доручено бути Співголовою цього Конгресу. Він мене називав по-особливому, як ніхто інший, «Стах». Його зацікавлення Україною виходило далеко за межі СФУЛТ, але з ознаки того, що Олег Місій тоді був Міністром охорони здоров'я України і додзвонитись до нього було надзвичайно важко, тому зв'язок з ним Павло Джуль підтримував через мене, як Помічника міністра охорони здоров'я України.

2 листопада **2015** у місті Детройті, штат Мічіган, США, у віці 94 роки помер **Павло Джуль** — учений, громадський діяч, лікар отоларинголог, доцент Державного університету Вейну, Doctor Honoris Causa Одеського національного медичного університету та Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член Американської колегії хірургів, дійсний член Американської академії оториноларингології, Американського Лікарського Товариства (American Medical Association), Українського Лікарського Товариства Північної Америки (UMANA) та інших. Президент СФУЛТ (1992—2000), Почесний президент і президент Американсько-української медичної фундації (АУМФ), (від 2000). Дійсний член НТШ (1990). Редактор медичних статей у «Encyclopedia of Ukraine» Торонто, Канада (1998—2003), головний редактор часопису «Лікарський вісник» (1967-1999). Редактор українського видання ілюстрованого медичного словника Дорланда та член редакційної комісії українського видання атласу анатомії людини Неттера. Кавалер ордена «За заслуги» II ступеня (2001) та папської медалі Івана Павла II «Pro Ecclesia et Pontifice». Напрями його наукових досліджень: відновлювальна хірургія середнього вуха; онкологічні аспекти оториноларингології; медична етика та освіта; історія української медицини та українська медична термінологія (лікарське називництво). Учений активно займався громадською роботою. Упродовж понад 30 років Павло Джуль виконував обов'язки головного редактора часопису «Лікарський вісник» (1966—1999), відредагував 91 число цього видання. «Лікарський вісник» протягом 40 років минулого століття був єдиним джерелом вільної думки українських лікарів. Уже сама його поява на чужині була доказом самостійного існування української лікарської громади. Павло Джуль написав 20 наукових статей з медицини, 58 редакційних статей, 185 коротких медичних статей та 125 перекладів наукових статей, які публікувались на сторінках «Лікарського вісника». Він переклав на українську мову більш як 150 статей інших авторів та виголосив понад 30 наукових доповідей на лікарських з'їздах та конгресах. У 1972—1973 рр. П. Джуль очолював Комітет для влаштування «української кімнати» у Вейнському університеті, за що 1973 р. нагороджений грамотою «Українець року». Він також був членом Редакційної колегії ювілейного збірника «25-ліття УЛТПА», головним редактором збірника «Матеріали до історії української медицини» (1988, т. 2), ювілейного збірника з нагоди 40-ліття УЛТПА (1990), головним редактором «Пропамятної книги святкування 1000-ліття хрещення Руси-України в Детройті», членом редакційної колегії «Лікарського збірника», присвяченого 100-літтю УЛТ (2010). Протягом десятків років професор Павло Джуль працював над створенням української медичної термінології. Зорганізував переклад і видрук українських словників, очолив Американсько-українську медичну фундацію (АУМФ), яка для української медицини і науки зробила дар, а саме: переклади сімнадцяти

медичних підручників, крім того, Англо-український словник медичної термінології, Англо-український медичний словник Дорланда, українсько-англійську версію медичного словника Дорланда, видання «Анатомічного атласу людини» Френка Неттера, Медичної ембріології за Лангманом. Для навчальних закладів фонд АУМФ передала 5000 медичних книжок як подарунки українським студентам. Для бібліотек Львова і Києва здійснена передплата медичних часописів, закуплено 75 поліграфічних устаткувань для шкіл в Україні. Під його керівництвом проведено величезну роботу щодо розвитку контактів українських лікарів із світовою лікарською спільнотою. Павло Джуль неодноразово відвідував Україну, зокрема, у видавничих справах. Головна управа Українського Лікарського Товариства Північної Америки (УЛТПА) відзначила Павла Джуля почесною грамотою (1980), надала йому звання почесного члена УЛТПА (1985), Лікарська комісія Наукового товариства Шевченка (НТШ) у Львові відзначила вченого Почесною грамотою (2010). Управа Українського лікарського товариства у Львові нагородила Павла Джуля медаллю ім. Мар'яна Панчишина, як одного з найактивніших членів редакційної колегії Лікарської комісії НТШ за внесок у редагування і організацію видруку «Лікарського збірника», присвяченого 100-літтю створення УЛТ та вибрала його почесним членом після відновлення товариства в незалежній Україні. Окрім обов'язків президента Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), Павло Джуль був також президентом Мічиганського та Детройтського отоларингологічного товариств. У шлюбі був з Іриною з Бліхарів (1924—2013), донькою гімназійного професора з Тернополя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Грицеляк Юрій. Історія Українського Лікарського Товариства Північної Америки (УЛТПА). // Матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня – 03 жовтня 2010 р., місто Львів). – Львів-Київ-Чикаго: СФУЛТ, 2010 – 768с. – С.45-48. (№10).
2. Джуль П. III Конгрес СФУЛТ – Київ-Львів 1990. Лік. вісник 1991; 123:40-47.
3. Джуль П. IV Конгрес СФУЛТ – Харків 1992. Лік. вісник. 1993; 129:40-47.
4. Джуль П. VI Конгрес СФУЛТ – Одеса 1996. Лік вісник 1996; 141:272-274.
5. Джуль П. VIII Конгрес СФУЛТ – Львів 2000. Лік вісник 2001; 146:56-59.
6. Джуль П. Пропам'ятна книга, 25-ти ліття УЛТПА, Нью Йорк, 1975; с. 233-246.
7. Джуль П. Світова Федерація Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) 1977 – 2000. // Матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня – 03 жовтня 2010 р., місто Львів). – Львів-Київ-Чикаго: СФУЛТ, 2010 – 768с. – С.26-36. (№4).
8. Зарічний В. V Конгрес СФУЛТ - Дніпропетровськ 1994. Лік. вісник. 1995; 135:31-37.
9. Мусій О., Нечаїв С. Пам'ятний фотоальбом про лікарське товариство (Українське Лікарське Товариство). – Київ, Видавництво «Від «А» до «Я»», 2010. – 104с.
10. Нечаїв С.В. Медичні наукові товариства. Енциклопедія сучасної України. – Київ, Т.20, 2018. – С.22-23.

11. Нечаїв С. Історичний нарис Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. Українські Медичні Вісті. – Київ, Т.12, №2(85), 2020. – 80 с.(С.81-160). – С.115-126.
12. Осінчук Р., Джуль П., Ворох С. та ін. Пропам'ятна Книга, 25-ліття УЛТПА. Нью-Йорк, 1975, с.39-104.
13. ПИРІГ Любомир. ДО 25-РІЧЧЯ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ). // ІХ Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, (19-22 серпня 2002 р., Луганськ). Тези доповідей. – Луганськ-Київ-Чикаго: СФУЛТ, 2002. – С.3-4 (№1).

Нечай С.В.
м. Київ

ОУНІВЕЦЬ З КІРОВОГАДЩИНИ В ЧЕРНІВЕЦЬКОМУ МЕДИНСТИТУТІ

Масний Олександр Іванович, 1923 р.н., с.Троянка (тепер Голованівського району Кіровоградської області), українець, у липні 1942 року як вояк Червоної армії виходив з німецького оточення в районі м.Калач Сталінградської області, був тяжко поранений, потрапив у полон. Повернувшись у рідне село працював їздовим в агрошколі с.Лебединка, став членом ОУН, був озброєним особистою зброєю: пістолетом чи наганом; коли гітлерівці забирали на роботи в Німеччину, сім разів тікав прямо з ешелонів. У лютому 1944 року ще воював у загоні під командуванням тернополянина «**Чорноти**». Цей загін у грудні 1943 року переховувався від німців у агрономічній школі. У складі цього загону **Масний** брав участь у боях проти загонів німецької жандармерії та поліції і проти советських партизанів (диверсантів) у районі міста Умань. Двічі в цьому загоні бачився з керівником ОУНівців агрошколи **Ф.Хоменком**, який приходив до командира загону «**Чорноти**». У лютому 1944 р., коли інший ОУНівець **Яків Підлубний** проживав у своїй тітки Пугач в с.Смилівка Голованівського району, до нього приходив **Масний** і розповів йому про загін під командуванням «**Чорноти**». Коли Сталінська армія вибила німців з Голованівського району, **Олександр Масний** разом із **Яковом Підлубним** советською владою був призваний у «РККА» (Рабоче-крестьянскую красную армию) та направлений на передову у 110 дивізію, де служив із березня 1944 р. по грудень 1945 р., брав участь у боях до завершення війни з німцями та японцями, був тричі пораненим, нагороджений орденом “Красная звезда” та різними медалями. По війні вступив до Вінницького медінституту, а в 1947 році був вимушений переїхати з м.Вінниці до м.Чернівців по справі Лебединки. Листувався з членом ОУН **Яковом Підлубним**, який переховувався від каральних органів комуністів у м.Іркутську, Росія (останній лист восени 1947 р. з м.Чернівців). Заарештований 26.02.1948 р. УМГБ Чернівецької області, на момент арешту освіта незакінчена вища, проживав у м.Чернівці, студент медінституту; звинувачувався у членстві в ОУН та УПА, розповсюдженні націоналістичної літератури та агітації за вступ до загонів УПА. Засуджений 16.07.1948 р. трибуналом Одеського військового округу до 15 років ув'язнення з позбавленням прав на 5 років та конфіскацією майна. Реабілітований 29.07.1994 р. після проголошення Незалежності України.

*Островський М.М.,
голова Українського лікарського товариства у Львові (УЛТ у Львові),
керівник Львівського міського психотерапевтичного центру.*

РОЛЬ ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УПРАВЛІННІ ОЗ УКРАЇНИ НА ЕТАПІ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ САМОВРЯДУВАННЯ.

Ще раз про лікарське самоврядування. У Львові моментом наближення до самоврядування завжди вважалась участь представників лікарського товариства в атестаційних комісіях і в контрольно-експертних комісіях (КЕК) від Департаменту охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації. Тепер, вже понад 7 років, УЛТ у Львові працює у тісній взаємодії із Громадською радою при Львівській обласній державній адміністрації (ГР при ЛОДА). Найчисленніше представлення організації є в комісії з охорони здоров'я, а також в комісіях соціального захисту, культури, науки і освіти, допомоги бійцям АТО.

Але справжнім засобом впливу на управлінський процес у період реформи є участь членів Головної Управи (правління) УЛТ у Львові в роботі Госпітальної ради при Львівському госпітальному округу. Слід зазначити, що для того щоб “запросили” нас у роботу, необхідно було залучити і депутатський корпус, де є члени нашої організації, і заслуги в попередній роботі Громадської ради наших колег, і авторитет професорсько-викладацького складу Львівського Національного медичного університету імені Данила Галицького, членами нашої Головної Управи які також є.

Другим важелем впливу є робота в міжвідомчій Координаційній раді з питань психічного здоров'я, що створена Департаментом охорони здоров'я Львівської держадміністрації за участю Львівської обласної ради.

Третім – відкритий лист щодо проекту Постанови Кабінету міністрів України “Про спостережну раду закладу охорони здоров'я”, що опублікований для громадського обговорення на сайті МОЗ України від 28 серпня 2021 [1].

Отож, щодо першого питання – наша організація, УЛТ у Львові, безпосередньо має можливість спостерігати стратегію розвитку системи охорони здоров'я у нашому регіоні. А при назріванні зауважень, озвучити їх, чи навіть оголосити в медійному просторі [2, 3].

Участь у Координаційній раді з питань психічного здоров'я – це взірць селективного впливу на загальний процес, приклад, як діяти секторально [1]. Питання про чітке розмежування і належне правове оформлення взаємодії між соціальними і медичними структурами та умов співпраці між закладами охорони здоров'я і медичними навчальними закладами вже подані на обговорення та можливого прийняття до резолюції XVIII з'їзду ВУЛТу.

А щодо третього питання, то УЛТ у Львові виступило єдиним фронтом зі спільною заявою із Львівською обласною профспілковою організацією медичних працівників, Асоціацією медичних сестер Львівщини, депутатським корпусом Львівської обласної ради та Комісією з охорони здоров'я Громадської ради при Львівській обласній державній адміністрації [3].

Висновок. Напередодні законодавчого затвердження нашого професійного самоврядування проявляємо діалектику і пластичність, адаптуємось до реформ. А також формуємо сподвижників – медичні сестри, склад середніх медичних кадрів,

фармацевти, медичні психологи, соціальні працівники також, ймовірно, можуть і будуть формувати свої самоврядні інституції.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Постанова Кабінету міністрів України № 1018-р. від 27 грудня 2017 р. “Концепція розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року”.
2. Постанова Кабінету міністрів України № 1074 від 27 листопада 2019 р. "Деякі питання створення госпітальних округів".
3. Постанова Кабінету міністрів України № 1077 від 27 грудня 2017 р. “Про спостережну раду закладу охорони здоров’я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров’я”.

*Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С., Оконський Д.І.,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМНУ»
Відділення ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії
з групою ад’ювантних методів лікування*

МАКРО- ТА ВЕЛЕТЕНСЬКІ АДЕНОМИ ГІПОФІЗА. РАДИКАЛЬНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА

Вступ: Макро- та велетенські аденоми гіпофіза не є частими, однак виявляються у 17% (Debebe Theodros 2015), інвазивне параселярне поширення виявляють у 10% випадків. Ускладнення такі як гіпопітуїтарний синдром виявляється менш ніж у 10% випадків, назальна лікворея – 13,9%, ураження ококорухових нервів – у 6%, травма ВСА – у 2% випадків (Ajlan A 2017, Rutkowski M, 2019). Радикальність видалення АГ знижується при збільшенні їх розміру та інвазивності поширення в параселярні структури, у зв’язку з чим є необхідність в проведенні комбінованого лікування (Kyle Juraschka 2014).

Мета: Покращення результатів лікування макро- та велетенських аденом гіпофіза, досягаючи більшого об’єму резекції, знижуючи кількість ускладнень.

Матеріал та методи:

Проведено ретроспективний аналіз 167 пацієнтів з макро- та велетенськими аденомами гіпофіза (АГ). Макроаденом – 133, велетенських АГ – 34. Гормонально активних АГ – 54, гормонально неактивних АГ – 112 хворих. Інвазія кавернозного синуса виявлена у 85 хворих: Кносп 3 – 51, Кносп 4 – 33. Поширення АГ на 3-й шлуночок виявлено у 15 хворих. Інфраселярне поширення виявлено у 97 хворих. Стандартний ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний (ЕЕТ) доступ – 138 випадків, розширений ЕЕТ доступ - у 37 випадках. Інтраопераційна ультразвукова доплерографія (ІУЗД) застосована у 36 хворих. Багатоетапне лікування було виконано у 7 хворих. Післяопераційна променева терапія проведена у 4 випадках у хворих з соматотропними АГ.

Результати:

Тотальне видалення – 114 випадків, субтотальне 36, часткове – 17. Тотальне видалення при багатоетапному хірургічному лікуванні досягнуто в 1

випадку, субтотальне в 5 випадках, часткове в одному випадку. Тотальне видалення із застосуванням розширених ЕЕТ доступів досягнуто у 31 (з 37) випадку. Радикальність видалення при застосуванні ІУЗД - 75% (27 хворих), без використання ІУЗД - 28 (58,3%) випадків. Біохімічна ремісія досягнута у 34 хворих. Ускладнення у 16 (9,6%) хворих. В групі хворих з тотально видаленими АГ кількість ускладнень складала 10 (8,8%) випадків, при субтотальному та частковому видаленні – 6(9,4%). Назальна лікворея - 12 (7,2%) хворих, окорухові порушення - 2 (1,2%) хворих, гіпопітуїтарний синдром та нецукровий діабет – 2 (1,2%) хворих.

Висновки:

Ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний розширений доступ в поєднанні з інтраопераційною ультразвуковою доплерографією використовується у 97,3% є достатнім і ефективним в хірургії аденом гіпофіза із поширенням на кавернозний синус, інфраселярно.

Рецидив росту аденом гіпофіза та пов'язане з цим повторне ендоскопічне ендоназальне трансфеноїдальне видалення аденом гіпофіза проводилось у 77,8% випадках, які мали інвазивне поширення на печеристу пазуху Кносп 3 та Кносп 4.

Радикальне видалення латероселярного поширення аденом гіпофіза можливе у випадках коли пухлина не поширюється за межі печеристої пазухи. У випадках суттєвого латероселярного поширення аденом гіпофіза застосовувалась комбінація ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу та птеріонального доступу на стороні латероселярного поширення.

Ключові слова: аденоми гіпофіза, ендоскопічне ендоназальне видалення, комбіноване лікування.

*Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С., Оконський Д.І.,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМНУ»
Відділення ендоскопічної та краніофаціальної нейрохірургії
з групою ад'ювантних методів лікування.*

ПУХЛИНИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА. ТРАНСКРАНІАЛЬНА ХІРУРГІЯ, СУБКРАНІАЛЬНА ХІРУРГІЯ, ЕНДОСКОПІЧНІ МОЖЛИВОСТІ

Вступ: Інфра-, екстра- та параселярне поширенням пухлин на зовнішню поверхню основи черепа є завжди складними для хірурга. Складна хірургічна анатомія та розташування поряд критичних анатомічних структур, видалення кісткових структур, роблять хірургію пухлин зовнішньої поверхні черепа проблемною. (Jane J.A. et al 2001, Lobo B. et al 2015, Deganello A. et al 2019).

Мета: поліпшення результатів лікування хворих з інфра-, екстра- та параселярним поширенням пухлин на зовнішню поверхню основи черепа.

Матеріали та методи:

Проведено ретроспективний аналіз 39 пацієнтів за період 2013-2019 рр з пухлинами зовнішньої поверхні черепа та пухлинами хіазмально-селярної ділянки, у яких використовувались розширені ендоскопічні ендоназальні трансфеноїдальні (РЕЕТ) доступи. Пухлини крилопіднебінної ямки – 10, аденоми гіпофіза з інфра- та параселярним поширенням – 13, пухлини основної

пазухи – 8, пухлини петро-клівальної ділянки – 6, пухлина турецького сідла – 1. Хірургічні доступи: ЕЕТ трансптерігоїдальний – 22 (в 4-х випадках доповнений трансмаксиллярним доступом), ЕЕТ трансклівальний – 4, ЕЕТ транскавернозний доступ – 2, ЕЕТ трансетмоїдальний – 11.

Результати:

Радикальність видалення: 19 хворих – тотальне видалення; 11 – субтотальне видалення, 8 – часткове видалення, біопсія – 1 випадок.

Післяопераційна назальна лікворея спостерігалась в 1-му випадку. Нецукровий діабет – 2 випадки. Геміпарез – 1 випадок. Погіршення неврологічного дефіциту – 1 випадок. Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки:

1. Застосування розширеного ЕЕТ трансетмоїдального доступу дозволяє досягти латеральної стінки кавернозного синуса.

2. Використання розширеного ЕЕТ трансптерігоїдального доступу дозволяє візуалізувати пухлини, що мають поширення на параклівальні відділи ВСА та латерально на крилопіднебінну ямку.

3. Збільшене поле візуалізації та розширений доступ до важко досяжних пухлин основи черепа, в порівнянні з мікрохірургічним трансназальним доступом, покращують візуалізацію та поліпшують онкологічну виживаність.

4. Застосування розширених ендоскопічних ендоназальних доступів при пухлинах з параселлярним поширенням не збільшують рівень післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: пухлини основи черепа, транскраніальна, ендоскопічна хірургія.

*Паламар О.І., Гук А.П., Тесленко Д.С., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Відділення ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії*

**ХІРУРГІЯ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ ПУХЛИН. ЕНДОСКОПІЧНІ
МОЖЛИВОСТІ**

Вступ: Видалення внутрішньошлуночкових пухлин мають значні ризики хірургічних втручань та можуть приводити до значних хірургічних ускладнень. Важливі функціональні зони головного мозку в оточуючих ділянках та труднощі з отриманням хірургічної візуалізації під час видалення пухлини роблять ці операції ризикованими та складними.

Матеріали і методи: В період 2015-2021 рр. нами проліковано 49 пацієнтів з пухлинами шлуночкової системи (з них 20 інвазивних пухлин в шлуночкову систему). Неврологічно: загально мозкова симптоматика присутня у всіх пацієнтів, геміплегія – 5 пацієнтів, порушення оперативної пам'яті – у 6 пацієнтів. Оклюзійна гідроцефалія - у всіх випадках. При операціях на пухлинах шлуночкової системи у всіх випадках проведено 100% ендоскопічне видалення фронтальним транскортикальним доступом.

Результати: Радикальність видалення: Gross total resection (видалення в межах здорових тканин) - 23 пацієнта. Subtotal resection (видалення до 90% пухлини) - 26 пацієнтів. Гістологічний розподіл: low grade tumors – 18, high grade tumors – 31. Післяопераційний стан: додатково поява геміплегії – у 3 пацієнтів (15%), поява геміанопсії у 2 пацієнтів (10%), порушення оперативної пам'яті додатково появилось у 3 пацієнтів (15%). У всіх пацієнтів загальноомозкова симптоматика регресувала. Всім хворим після хірургічного лікування призначалась ад'ювантна терапія (променева терапія у всіх випадках, хіміотерапія тільки у high grade tumors). Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки:

- Радикальна ендоскопічна хірургічна тактика доцільна при пухлинах бічних шлуночків та неінвазивних пухлинах шлуночкової системи.
- Радикальна ендоскопічна хірургічна тактика при інвазивних пухлинах шлуночкової системи менш ефективна, враховуючи більшу кількість ускладнень, що робить хірургічну тактику більш стриманою.

Ключові слова: пухлини шлуночків головного мозку, ендоскопічна нейрохірургія.

Петренко О. В., Прусак О. І., Ганюк В.М.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м.Київ

ПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ ЛІКУВАННІ КОН'ЮНКТИВІТІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Актуальність. В умовах пандемії COVID-19 частота пацієнтів з кон'юнктивітами, асоційованими з SARS-CoV-2 (COVID-19) збільшилась як при зверненні до лікарів-офтальмологів, так і до сімейних лікарів, до яких хворі звертаються першочергово.

Ряд досліджень, проведених в Європі та за її межами показали, що понад 40% призначень антибіотиків при діагнозі – кон'юнктивіт були не відповідними. Результати ретроспективного дослідження американських науковців (N.S. Shekhawatatal 2017) за 14-річний період 2001-2014рр., які включали понад 300 000 пацієнтів з діагнозом гострий кон'юнктивіт свідчать про те, що у 60% випадків наявного аденовірусного кон'юнктивіту було призначено антибіотики, а 1/5 хворих призначалися комбіновані (антибіотик + кортикостероїд) краплі, які протипоказані при вірусній етіології захворювання.

Сьогодні вірна дифдіагностика і профілактика антибіотикорезистентності при лікуванні кон'юнктивітів в умовах пандемії COVID-19 є актуальною проблемою офтальмології.

Мета. Вивчити клінічні особливості і сучасні методи діагностики кон'юнктивітів з метою призначення етіотропної та патогенетичної терапії та профілактики антибіотикорезистентності в умовах пандемії COVID-19.

Матеріали і методи: науково-дослідний аналіз сучасних медичних публікацій по даній тематиці, Global Action Plan on Antimicrobial Resistance © World Health Organization 2015.

Результати дослідження:

В даний час опубліковано численні повідомлення про пацієнтів з COVID-19, в яких кон'юнктивіт був першим або єдиним симптомом захворювання, або спостерігався під час госпіталізації з приводу важкої хвороби COVID-19. У багатьох з цих повідомлень мРНК SARS-CoV-2 було ідентифіковано методом ПЛР на мазках кон'юнктиви. Клінічно найчастіше спостерігаються двосторонні (проте спочатку можуть бути й односторонні) легкі фолікулярні кон'юнктивіти без ураження рогівки, асоційовані з SARS-CoV-2, хоча опубліковано випадки двостороннього псевдомембранозного кон'юнктивіту.

Під час зовнішнього обстеження пацієнтів визначають симетричність ураження (двостороннє ураження характерне для вірусного, алергічного кон'юнктивіту, сухого кератокон'юнктивіту), стан повік (набряк супроводжує вірусний, алергічний кон'юнктивіт; наявність кірочок спостерігають при бактеріальній інфекції), лімфаденопатія характерна для вірусних, хламідійних, гонококових інфекцій. Виділення водянистого характеру типові для гострого вірусного та алергічного запалення, слизового – для весняного кон'юнктивіту й сухого кератокон'юнктивіту, а слизово-гнійні чи гнійні - для бактеріальних інфекцій. Під час біомікроскопії звертають увагу на яскраво-червону кон'юнктивальну ін'єкцію, найбільш виражену в склепіннях, наявність істинних мембран, при видаленні яких поверхня кровоточить, що характерно для бактеріальних кон'юнктивітів; субкон'юнктивальні крововиливи, псевдомембрани, які легко знімаються, залишаючи епітелій інтактним супроводжують вірусні інфекції. Для верифікації збудника захворювання застосовують лабораторні методи дослідження (слізна рідина, мазки з носоглотки, горла, верхніх дихальних шляхів, кров).

Висновки: Ретельний збір анамнезу, виявлення клінічних особливостей різних за етіологією кон'юнктивітів, додаткове лабораторне дослідження з метою призначення етіотропної та патогенетичної терапії є запорукою видужання хворих і профілактики антибіотикорезистентності в умовах пандемії COVID-19.

Полянська О.С., Гулага О.І., Москалюк І.І.

м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА НА ТЛІ COVID-19

Відновлення після перенесеної коронавірусної інфекції потрібно всім пацієнтам, незалежно від ступеня важкості захворювання і обсяг відновлювальних і реабілітаційних програм буде відрізнятися для кожної категорії пацієнтів. При змінах в легеневій паренхімі за типом «матового скла» необхідна респіраторна реабілітація під наглядом фахівця. Спеціальна персоніфікована реабілітація проводиться в стаціонарі і після виписки з стаціонару при поєднанні інфаркту міокарді (ІМ) на тлі COVID-19.

Пацієнтів на інфаркт міокарда на тлі COVID-19 оглядають спеціалісти мультидисциплінарної реабілітаційної команди: встановлення реабілітаційного діагнозу, визначення реабілітаційного прогнозу, складання індивідуальної програми реабілітації, оцінювання стану та можливості пацієнта отримувати

послугу з медичної реабілітації на амбулаторному або стаціонарному рівні. Реабілітація повинна починатись в гострому періоді хвороби, особливо, в палатах реанімації та інтенсивної терапії, навіть, коли пацієнт знаходиться на штучній вентиляції легень, для профілактики пролежнів, тромбозів, атонії м'язів. З пацієнтом проводиться лікувальна респіраторна гімнастика, позиціонування пацієнта, постуральний дренаж. Якщо у пацієнта на тлі COVID-19 виник ІМ, пацієнта треба вести за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми з застосуванням лікувальної гімнастики №1 та №2. В підгострому періоді ІМ застосовується режим напівліжковий та вільний з застосуванням лікувальної гімнастики №3 та №4.

Висновки. Медична реабілітація за участю лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, психолога, інфекціоніста, пульмонолога, кардіолога, психолога, дієтолога може нормалізувати стан пацієнта, попереджувати розвиток фіброзу в легенях, покращувати якість життя.

***Полянський І.Ю., Полянська О.С., Гулага О.І, Москалюк І.І.**
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет*

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З COVID-19 ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Ургентні оперативні втручання, які виконуються пацієнтам з COVID-19, супроводжуються суттєвим зростанням частоти післяопераційних ускладнень, у першу чергу, з боку дихальної та серцево-судинної систем, що знижує ефективність оперативного лікування. Це потребує розробки нового підходу до лікувальної тактики в післяопераційному періоді, направленою на реабілітацію порушених вітальних функцій. Нами розроблено комплекс реабілітації дихальної та серцево-судинної систем у пацієнтів з COVID-19 післяопераційних втручаннях на органах черевної порожнини. Реабілітацію розпочинали зразу після виходу пацієнта із наркозу. Пасивні і активні рухи кінцівками за визначеним напрямком, вправи з навантаженням певних груп м'язів давали змогу відновити тонус м'язів кінцівок і всього тулуба. Для попередження гіповентиляції легень використовували розроблений пристрій, за допомогою якого пацієнт робить 5-7 видихів під невеликим тиском через трубку, занурену у ємність з водою з періодичністю 20-30 хвилин за контролю сатурації. З другої - третьої доби після операції хворому рекомендували сидяче положення, а з третьої - четвертої доби - вертикальне положення з дозованою ходьбою, нахилами тулуба та присіданнями.

Абдомінальний бандаж, який пацієнти одягали для попередження евентерації, не перешкоджав екскурсії грудної стінки та посилював тонус м'язів черевної стінки.

Розроблений реабілітаційний комплекс дав змогу ефективно відновити порушені функції дихальної та серцево-судинної систем, запобігти виникненню післяопераційних ускладнень, скоротити терміни стаціонарного лікування.

Рибальченко В.Ф.¹, Борис Р.М.², Рибальченко І.Г.³

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.

²Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

³Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»

НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ СПАЙКОВОГО ГЕНЕЗУ.

Вступ. За даними літератури у 55 – 70% пацієнтів після інтраабдомінальних операцій розвивається спайковий процес, та гостра спайкова непрохідність.

Мета роботи. Покращити лікування за рахунок впровадження діагностичних та лікувальних технологій.

Матеріал та методи дослідження. Проліковано 136 хворих у віці від 3 до 18 років, із яких жіночої статі 76 (55,89%), а чоловічої 60 (44,11%). Променеове обстеження у 100%.

Результати дослідження. Причини розвитку недуги були: наслідки апендектомії у 55 (40,44%), дивертикулектомії Меккеля у 18 (13,23%), травми паренхіматозних органів у 5 (3,68%), апоплексії яєчників у 14 (10,29%), операції з приводу вад розвитку у 16 (11,76%), відновлення прохідності при інвагінації кишечника у 24 (17,64%), перфоративної виразки шлунка у 4 (2,96%). Всі хворі оперовані. Резекція тонкої кишки проведена у 27 (19,85%) з накладенням прямого анастомозу у 24 (17,65%), ілеостома у 3 (2,2%) хворих. Перитоніт різного ступеня у 27 (19,67%). Визначені стадії непрохідності: компенсована у 62 (45,59%), субкомпенсована у 47 (34,55%), декомпенсована у 25 (18,39%), поліорганна недостатність у 2 (1,47%). Поширеність спайкового процесу: I-ступінь у 54 (39,70%), II-ступінь у 36 (26,47%), III-ступінь у 34 (25,0%), IV-ступінь у 12 (8,83%). Странгуляційна непрохідність у 23 (16,91%). Павутинні спайки були причиною вузлуотворення та завороту.

Висновки. Верифікація непрохідності ґрунтувалась на результатах комплексного променевого обстеження. Метод лікування є хірургічний, а показом до операції є клінічна картина, результати обстежень та відсутність ефекту від консервативних заходів.

Рудницька Н.Д., Вольницька Х.І., Рак Л.М., Мандрига О.Я., Лагушняк О.Р.

м. Львів, Національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НОВОЇ ХВИЛІ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ ЗА ПЕРІОД СЕРПЕНЬ-ЖОВТЕНЬ 2021 РОКУ

За період серпня-жовтня 2021 року в пульмонологічному відділенні №1 Центру Легеневого Здоров'я було проліковано більше 300 хворих. Клінічний перебіг COVID-19 порівняно з попередніми хвилями значно змінився, розвивається швидше, скоротився інкубаційний період з 10-14 до 5-7 днів, а також помолодшав вік пацієнтів. Частіше хворіють молоді люди віком від 20-ти до 30-ти років у порівнянні з попередніми періодами.

У людей із груп ризику, що не хворіли та не вакцинувалися, перебіг захворювання може бути блискавичним. Через 5-7 днів після інфікування пацієнти стають кисневозалежними і госпіталізуються у лікарні із складними пневмоніями. Більша частка пацієнтів, що мають важкий перебіг хвороби це у першу чергу невакциновані люди, які мають супутні захворювання (надлишкову вагу, цукровий діабет, гіпертонічну хворобу, серцево-судинні захворювання та онкозахворювання).

При даному перебігу COVID-19 змінилися клініка. Захворювання починається здебільшого із підвищення температури, головного болю, болю у горлі та відчуттям першіння в горлі та закладеності носа. Часто бувають виражені симптоми інтоксикації, нудота, блювота, діарея.

У лікарні поступають також одиниці людей, які є вакцинованими, 1-2 дозами, проте перебіг захворювання у них легший і коротші терміни лікування, тоді як у невакцинованих людей спостерігається висока смертність. Як ускладнення часто спостерігаються спонтанні пневмоторакси, ТЕЛА, розвиваються гострі порушення мозкового кровообігу та інфаркти.

*Самчук О.О., Капустинська О.С., Яремкевич Р.В., Капустинський О.О.,
Садовий І.С., Склярів Є.Я.*

м.Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКОМ N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТУ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ І РИЗИКОМ СМЕРТІ У ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ ТА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Актуальність. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 стала масштабною, глобальною кризою, а також найбільшим викликом нашого часу в сфері охорони здоров'я. Попередні дослідження вказують на те, що пацієнти з раніше існуючими хронічними захворюваннями, в тому числі серцевою недостатністю, мають підвищений ризик важкого перебігу і летального результату COVID-19.

Мета роботи: встановити прогностичне значення N-термінального фрагменту мозкового натрійуретичного пептиду (NTproBNP) із госпітальною летальністю хворих із COVID-19 та серцевою недостатністю.

Матеріали та методи. Обстежено 89 пацієнтів хворих на коронавірусну хворобу COVID-19 та серцеву недостатність, які перебували на лікуванні в Комунальному некомерційному підприємстві "Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова" у січні та лютому 2021 року. Усім пацієнтам при поступленні у стаціонар визначали NTproBNP в сироватці крові ІФА методом. Протягом періоду спостереження пацієнти отримували стандартну терапію коронавірусної хвороби та серцевої недостатності. За кінцеву клінічну точку були прийняті всі випадки смерті з будь-якої причини.

Результати роботи та обговорення: За період спостереження отримано 17 кінцевих клінічних точок, що становило 19,1 % від загальної кількості хворих, залучених до дослідження. У пацієнтів, які досягли кінцевої точки був достовірно

вищий показник NTproBNP ($1030,67 \pm 294,2$ проти $276,68 \pm 60,36$; $p < 0,0001$) на початку госпіталізації не залежно від причин смерті. Отримані результати підтверджують гіпотезу про патогенетичний внесок серцевої недостатності в механізмах прогресування коронавірусної хвороби та істотне значення NTproBNP для подальшої стратифікації пацієнтів в групі дуже високого ризику.

Висновки: Хворих з коронавірусною хворобою і серцевою недостатністю, які мають високий показник NTproBNP, слід розглядати як групу з додатковим збільшенням ризику смерті.

*¹Середюк Н.М., ¹Фреїк С.П., ¹Белінський М.В., ²Матлах А.Я.,
²Королюк В.Д.*

м. Івано-Франківськ

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр

ФЕНОМЕН NO-REFLOW: МОЖЛИВОСТІ КОНТРАСТНОЇ ЕХОКГ-ДІАГНОСТИКИ

Оцінювання відновлення перфузії міокарда після успішного відкриття епікардіальної інфаркт-залежної артерії (ЕІЗА) за ангіографічними (TIMI, MBG) та критеріями ST-резолюції на ЕКГ є недостатнє для оцінки функціонального стану лівого шлуночка в зоні ураження.

Мета, матеріал та методи: встановити можливості використання для візуальної та кількісної оцінки динаміки розмірів нефункціонуючого міокарда в зоні NO-REFLOW методу контрастної ехокардіографії (КЕхоКГ). Опрацьовано 284 випадки інфаркта міокарда із та без елевації сегмента ST (STEMI/NSTEMI), яким проводилась реваскуляризація міокарда з оцінюванням результатів стентування за ступенями відновлення кровоплину у відкритій ЕІЗА (TIMI 0-3), перфузії міокарда в момент введення контрасту і протягом 3-х серцевих циклів після вимивання контрасту із стовбура ЕІЗА (MBG 0-3) та резолюції ST на ЕКГ.

Результати. Значення MBG та ST-резолюції доповнюють ангіографічний висновок за критеріями TIMI, однак є недостатніми для заключення щодо кількісної оцінки функціонального стану міокарда в зоні ішемії/некрозу (NO-REFLOW). Методика КЕхоКГ дає можливість отримувати візуальне зображення ділянки ЛШ, в якій відсутня міокардіальна перфузія та встановлювати її розміри в динаміці.

Висновки. Феномен NO-REFLOW є актуальною і не вирішеною проблемою сучасної невідкладної кардіології. Ангіографічні (TIMI, MBG) та ЕКГ-критерії (ST-резолюція) оцінки результатів реваскуляризації міокарда можуть бути доповнені даними КЕхоКГ, які дають можливість глибше оцінити ступінь міокардіального забезпечення та кількісно охарактеризувати розміри нежиттєздатного міокарда, що важливо для подальшого менеджменту таких пацієнтів.

***Скиба В.В.¹, Іванько О.В.³, Борис Р.М.³, Рибальченко В.Ф.², Лисиця В.В.³,
Дар Ясін Ахмед³.***

¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.

³Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРВИННИМИ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИМИ АБСЦЕСАМИ ТА ІНФІЛЬТРАТАМИ.

Вступ. Ургентна патологія органів черевної порожнини ускладнюється формуванням абсцесів та інфільтратів у 20-25% випадків.

Мета роботи: поразити результати хірургічного лікування хворих з первинними інтраабдомінальними інфільтратами та абсцесами.

Матеріал та методи дослідження. В центрі хірургії Київської міської клінічної лікарні №1 за 14 років лікувалося 191 хворий з первинними інтраабдомінальними інфільтратами та абсцесами. Вік пацієнтів складав від 16 до 85 років. Пацієнтів чоловічої статі 96 (50,26%), жіночої 95 (49,74%).

Результати дослідження. Хворі розподілені на 3 підгрупи в залежності від чинників недуги. Перша - 74 (38,74%) хворих на деструктивний апендицит. Друга - 48 (25,13%) хворих, що страждали на перфоративну виразку шлунка та 12 палої кишки. Третя - 69 (36,13%) хворих з ускладненим холециститом. Хірургічне лікування при деструктивному апендициті з 74 (38,74%) лапаротомний у 42 (21,99%), лапароскопічний у 32 (16,75%); перфоративній виразці шлунка та 12 палої кишки у 48 (25,13%) відкрита лапаротомія; при холециститі з 69 (36,13%) у 48 (25,13%) лапаротомно а у 21 (11,00%) лапароскопічно.

Висновки. Візуалізація інтраабдомінальних недуг ґрунтувалась на даних ультразвукового дослідження у 78 (40,84%), променевого дослідження у 85 (44,50%), термометрії передньої черевної стінки у 61 (31,94%) та ректального дослідження у 100 (52,36%) хворих. Використання новітніх хірургічних технологій та гідроструменевого скальпеля у 64 (33,51%) дозволило мінімізувати пошкодження серозної оболонки та очистити очеревину від гнійно-фібринозних утворень та мати кращі результати.

Зиновія Служинська

Членкиня Українського Лікарського Товариства у Львові

Дійсна членкиня НТШ

ПИРИГ. ЕПТАФІЯ

*Хто роботу зробив,
Хто відбув свою путь,
Хто свій вік пережив,
Хай чимскорше йде туг.*

*Тихо тихо кругом
На скалі смерті храм
Не доходять сюди
Ні любов ані гнів
Одинокий пором
Доїжджає до брам
Богдан Лепкий*

Легко і просто говорити про діяльність академіка Любомира Пирога, важко і не кожному по-справді вдається висловити біль втрати – відходу в інший світ автора неповторних автобіографічних, на фоні соціальних і національних війн і змін, книг-спогадів «Було колись...» (в Рогатині 2013 р.) і «День за днем... Рік за роком...» (2015 р.).

Любомир Пиріг – член клубу творчої молоді, один із засновників Товариства Української Мови, член Народного Руху України, перший довголітній президент ВУЛТ (1990-2007), президент СФУЛТ (2000-2016).

У жодній офіційній публікації не згадано про його здібності згуртувати і об'єднувати членів лікарського товариства з усіх регіонів України.

Кожна зустріч на конференціях – це планування роботи. Були суперечки і гарячі виступи, але завжди доходили до спільного знаменника.

Для львівського відділення ВУЛТ кожна зустріч з Любомиром Пирогом була святом, незабутнім святом, до якого заздалегідь підготовлялися. Славної пам'яті Любов Гоцко-Ней (відійшла у вічність 2021 р.) дбала, щоб наша делегація була підготовлена до розгляду всіх проблем, які вирішувалися за застіллям після офіційних доповідей. Незабутні зустрічі визначали напрямки роботи.

Любомир Пиріг не цурався музики і танців, за які діставав призові місця. З нього брали приклад. Поважали і любили.

Через багаторічні зустрічі членів лікарського товариства пропагувалось любов і згоду між українцями різних регіонів. Нашим гаслом було: «рідна матір і рідна мова – єдині». Їх не можна зрадити.

Сумуємо, жаль втрати в наших серцях.

***Соловійов С.О., Дзюблик І.В., Трохимчук В.В., Трохименко О.П.**
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ*

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ COVID-19

На початку 2020 року однією із найбільш актуальних проблем стала нова коронавірусна інфекція COVID-19, з якою людство раніше не зустрічалося. Для зупинки пандемії COVID-19 було досліджено, розроблено та проведено клінічні дослідження для багатьох вакцин-кандидатів з безпрецедентною швидкістю. Станом на кінець лютого 2021 року кілька вакцин були умовно схвалені до застосування, а інші близькі до такого схвалення. Тому метою роботи стало дослідження умов рентабельності впровадження вакцинопрофілактики населення на основі епідеміологічного та фармакоекономічного моделювання. Для визначення чисельних значень параметру передачі збудника SARS-CoV-2 була використана доступна на момент дослідження інформація щодо абсолютної кількості хворих на COVID-19 в Україні. Чисельне покрокове визначення показало його тенденцію до стабілізації з часом навколо середнього значення – 1.0227. Поточний аналіз даних щодо вакцинопрофілактики населення проти COVID-19 показав, що вакцинація населення має зростаючий характер. Оскільки

вакцинація є добровільною, доцільним було чисельне визначення інтенсивності вакцинопрофілактики на основі відповідного розрахованого параметра інтенсивності. Було встановлено, що інтенсивність вакцинопрофілактики коливається навколо середнього значення, що визначається параметром інтенсивності на рівні $2.9 \cdot 10^{-9}$. Проведене моделювання для часового інтервалу в один рік визначило, що за умови ефективності вакцини – 90% та швидкості втрати імунітету – 1% вакцинація буде рентабельною, якщо усі витрати на одну дозу вакцини, включаючи витрати на логістику, зберігання та адміністрування, не перевищать 153% витрат на лікування одного випадку COVID-19.

*Всеволод Стеблюк
м. Київ*

ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ СЕКЦІЇ ВУЛТ ТА УЧАСТЬ У РЕВОЛЮЦІЇ НА ГРАНІТІ

Історія створення студентської секції Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) нерозривно пов'язана з Медичною комісією Народного Руху України (НРУ) за перебудову. Наприкінці 1989 року я вирішив створити осередок НРУ в Київському медичному інституті (КМІ) імені О.О. Богомольця, за порадами прийшов на Музейний провулок, 8. Мене відправили в «Медичну комісію» (оргкомітет Української Медичної Асоціації, перейменованої на установчому з'їзді у ВУЛТ), де засідали такі молоді, завзяті медико-націоналісти Олег Мусій, Віктор Маргітич, Стас Нечаїв, Олег Гаврилюк, Костянтин Тринус... За «гуру» був тоді ще професор, потім академік Любомир Пиріг! Саме там розпочиналась робота по створенню Всеукраїнського Лікарського Товариства, українізації медичної освіти та науки, наближення їх до світових стандартів. Мені доручили очолити роботу з медичним студентством.

Перший осередок НРУ та ВУЛТ у Київському медичному інституті складався з 5 студентів (Всеволод Стеблюк, Юрій Житєєв-Романенко, Ярослав Півторак, Маріана Азарська, Іван Русин) та асистента кафедри нормальної анатомії Миколи Федосенка. Варто зазначити, що багато викладачів та студентів нас підтримували, але просто боялися наслідків такого співчуття. Ректор КМІ – академік Є.Г. Гончарук, який завжди тримав ніс за вітром, уже на весні 1990 року запросив мене на бесіду і сказав прямо: «Всеволоде! Тут така справа: в Університеті Шевченка є Студентське братство, Скопенко з ними дружить, скрізь запрошує, разом на мітинги ходить... Ти створив тут Народний Рух – це класно! Я буду всім розказувати, що в мене є Рух, що ми співпрацюємо! Я ж у душі – демократ! Але так: ми будемо з тобою дружити! Ніяких активних протиправних дій, нічого не ламаємо, а тільки створюємо! Фарбу на пам'ятник Леніну не ллємо, «Слава Україні» на стінах не пишемо! (я власне до таких дурниць і не додумався б). Давай, працюй, засідайте, співайте пісень, газети свої роздавайте (все одно на Хрещатику роздають безкоштовно!). Дам вам приміщення, друкарську машинку». І дійсно в Морфологічному корпусі була виділена кімната поруч з деканатом І лікувального факультету, і частими відвідувачами у нас стали Юрій Вороненко

(декан) та Анатолій Сенчук (заступник декана), заходили до нас почитати «крамольні» газети, випити чаю, поговорити за новини...

Восени 1990 року Революція на граніті розпочалася страйком студентів через затримання міліцією студентів Університету Шевченка. Їх тримали в міліції, студенти України починали страйкувати за їх звільнення. Ми теж гордо, рухівським осередком, усі 5 чоловік, вийшли під морфо-корпус з плакатами за волю студентам. А згодом очолили колону на студентській демонстрації яка закінчилася встановленням наметового містечка на Майдані та голодуванням протесту, який і увійде в історію як Студентська революція на граніті.

Медичне забезпечення організували представники ВУЛТ на чолі з Любомиром Пирогом, але безпосередньо в таборових медичних наметах працювали виключно студенти. Безумовно були постійні чергування бригад швидкої медичної допомоги біля табору, в готовності перебували лікарі тоді ще “Октябрьской” лікарні. Чи були небезпечні, трагічні епізоди в Революції на граніті? Дивлячись що вважати небезпекою?.. Були випадки тяжкого кетоацидозу, викликаного голодуванням... Забрала «швидка» Ніну Матвієнко – загострилась виразкова хвороба... Були випадки коли на другому тижні голодування студенти втрачали притомність, впадали в сопор... Таких одразу госпіталізували. Був випадок перфоративної виразки у хлопця з Тернополя. Згодом траплялися випадки кишкових інфекції (серед обслуговуючих).

Здається 14 жовтня стався марш під Верховну Раду з проривом міліцейського кордону. Під час прориву ніхто з міліціантів не бив студентів, намагалися триматися за руки, кордон прорвали, когось притисли до втрати притомності, я поліз рятувати – і опинився на площі перед парламентом, в оточенні міліції. Було там нас чоловік 30... Одразу взяв керівництво на себе: дівчат – геть! Уболівальників (не голодуючих) – геть! Депутати-демократи принесли з буфету пару ящиків мінералки, передали намети, ми утворили верхній табір. Разом з Ярославом Півтораком ми залишились у таборі під ВР УРСР на три доби, до Перемоги!

Мене часто питають, а в чому різниця між студентським Майданом та наступними?

Наш тодішній Майдан був не партійним проєктом. У нас не було розподілу на сцену та Майдан. Ми стояли за те, у що вірили. І ми вірили, що зможемо змінити світ. Усі великі події 20-го століття починалися зі студентських страйків. Тому що молодь – це рушійна сила оновлення. На той час піднялись проти системи, навіть такої хворої та вмираючої, потрібно було бути мужніми! Ми були такими. Ми такими залишились. Адже в більшості лідери тієї «Революції на граніті» залишились дійсно порядними людьми. Ми дійсно стояли за те, щоб змінити ту систему! І хоча першим гаслом студентства було «Геть Масола, Кравчука і Московського попа!» (не буду уточнювати, хто ким був), а вимоги були прості і зрозумілі: відмова від Нового Союзного договору, військова служба українських юнаків тільки в межах Української РСР та відставка уряду Масола...

І ми перемогли! Наші вимоги задовільнили! Що правда ні Кравчук ні “Московський піп” не зникли, проте після здобуття Незалежності “перевиховались”...

*Танчин І.А.**м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького***ДОСЛІДЖЕННЯ ОПТИЧНИХ СЕРЕДОВИЩ ОЧНОГО ЯБЛУКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ ЗАСТОЇ**

Порушення прозорості оптичних середовищ ока, зокрема рогівки, є несприятливим та грізним ускладненням великої групи захворювань органа зору. Однією з причин зниження прозорості трансплантата в післяопераційний період є васкуляризація рогівки. Ріст новоутворених судин супроводжує місцеве запалення септичної або автоімунної природи, посттравматичну регенерацію, гіпоксію переднього сегмента очного яблука. В літературі практично відсутні роботи, що стосуються дослідження стану оптичних середовищ очного яблука при порушенні венозної гемодинаміки.

Дослідження проводили на 30 кролях-альбіносах різної статі, віком 7-8 місяців, масою тіла 2,5-3,0 кг, у яких експериментальний венозний застій спричиняли методом діатермокоагуляції трьох вортикозних вен ока під тіопенталовим наркозом.

При експериментальному венозному застої в очному яблуці спостерігається процес васкуляризації рогівки. Цей процес у наших дослідках був пов'язаний з її помутнінням і жодною мірою не сприяв відновленню її прозорості та функції ока загалом. Проте, з погляду функціональної морфології, що вивчає пластичні зміни судинного русла за умов порушення венозної гемодинаміки, ми схильні бачити в процесі неоваскуляризації рогівки властивості, притаманні компенсаторній судинній реакції. За умов експериментального венозного застою настає різка деструкція судинного русла райдужки та війкових відростків, а отже, порушується біохімічний склад вологи передньої камери ока та метаболізм рогівки, і тому, на нашу думку, неоваскуляризація є чи не єдиним дієвим процесом, який сприяє збереженню цілісності цієї оболонки та очного яблука як органа.

***Тимченко О.Г., Макаруч О.О., Буцька В.Є., Коханов І.В., Загорій В.А.,
Чувашева І.К.***

м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

ВПЛИВ ТИВОРТИНУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГАЗООБМІНУ ПРИ ГОСТРИХ БРОНХІТАХ

При більшості захворювань бронхолегеневої системи (БЛС) необхідною є корекція як вентиляційно-перфузійних відношень у легенях, так і клітинного енергообміну, стану дихальних та серцевого м'язів. Відомо, що тивортину аспарат (Тв) позитивно впливає на клініко-імунологічні та метаболічні показники за різної патології, зокрема і БЛС. Вивчали тижневу динаміку ефективності альвеолярного газообміну (ЕАГ) під впливом Тв (Юрія-Фарм) у хворих на гострий бронхіт з наявним аускультативним феноменом локальної неконсонуючої або консонуючої крепітації (замість наявності wheezing та

свистячих хрипів високої тональності) за відсутності явних перкуторних та рентгенологічних ознак пневмонії і плевриту через 3 дні після виявлення крепітації (переважно т.з. «субкрепітації»). Обстежено 35 дітей 10-16 років, хворих на гострий бронхіт (в тому числі з клінічно невиразним обструктивним компонентом) середньої тяжкості (у всіх ідентична симптоматична терапія без антибіотиків і синтетичних протівірусних засобів). Тв (розчин) був призначений основній групі (n=24) на 7 днів внутрішньо по 7 мл/кг маси тіла на добу (за 3 введення) з 4-го дня від першого прослуховування. Реєстрували (у 1-й, 4-й (безпосередньо перед початком прийому Тв) та у 10-й день спостереження) на тлі нормальної температури тіла показники кислотно-основного стану, спірографії, пневмотахометрії, реографії та реопульмонографії, газовий склад альвеолярного, видихуваного повітря (маспектрометром) та капілярної крові; обчислювали альвеолярну вентиляцію (V_A), хвилинні об'єми кровообігу (Q) та дихання (V_E), дифузійну здатність для кисню (DL_{O_2}). Аналізували показники ЕАГ: 1) DL_{O_2} (мл/хв/мм рт.ст.); 2) ефективність вентиляції – V_A/V_E ; 3) величину загального шунтування крові в легенях Q_{sh} (% від Q); 4) DL_{O_2}/VC (де VC - життєва ємність легенів); 5) DL_{O_2}/Q – вирішальний критерій ЕАГ, зниження якого вказує на неповноцінність дифузії через аерогематичний бар'єр (АГБ). Кінцева величина DL_{O_2}/Q в основній групі виявилась вірогідно більшою (мінімально на 42,5%), що є доказом значного підвищення ЕАГ, а фактична нормалізація DL_{O_2} та DL_{O_2}/VC свідчить про збільшення площі функціонуючого АГБ та поліпшення його дифузійних властивостей. Отже, включення Тв до фармакотерапії при гострих бронхітах із передумовами розвитку пневмонії у дітей шкільного віку позитивно впливає на ЕАГ і стан бронхів завдяки багатовекторному впливу Тв на кардіореспіраторну систему.

Ткаченко М.М., Романенко Г.О., Миронова О.В., Макаренко А.В., Гороть І.В.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра радіології та радіаційної медицини

РАДІОНУКЛІДНИЙ МОНІТОРИНГ ПРИ КАРЦИНОМІ НИРКИ

В Україні показник захворюваності на карциному нирки (КН) серед чоловіків становить близько 10,1 на 100 тис. населення, серед жіночого – біля 6,2 на 100 тис. населення. Застосування комплексних радіонуклідних методів діагностики дозволяє удосконалити алгоритм обстеження таких пацієнтів.

Метою нашої роботи була оцінка використання комплексного радіонуклідного обстеження (динамічної реносцинтиграфії з наступною остеосцинтиграфією) у хворих на карциному нирки на всіх етапах встановлення діагнозу, лікування і в післялікувальному періоді.

На кафедрі радіології та радіаційної медицини НМУ імені О.О. Богомольця на базі відділення радіонуклідної діагностики КМКЛ № 18 було обстежено 10 хворих віком 50-69 років, з яких 3 пацієнта були на етапі встановлення TNM, 3 – перед операційним лікуванням, 4 – після радикального лікування. Використовували радіонуклідну оцінку функціональної здатності нирок і подальшу остеосцинтиграфію з пірофосфатними з'єднаннями мічених ^{99m}Tc ,

активністю 400-600 МБк, для етапного визначення функції ураженої і контрлатеральної нирки та подальшого виявлення метастатичного ураження кісток. Обробка результатів динамічної реносцинтиграфії включала якісну і кількісну оцінку. За 2-3 години проводили планарну сцинтиграфію скелету в режимі «все тіло», а потім доповнювали необхідною кількістю прицільних стандартних проєкцій.

Аналізуючи проведені комплексні радіонуклідні дослідження встановлено, що цей підхід є одночасно інформативним щодо оцінки фільтраційно-екскреторної здатності обох нирок і виявлення вторинного ураження кісток. Тому доцільно проводити подальші дослідження, щодо складання алгоритму використання комплексного радіонуклідного обстеження на всіх етапах ведення пацієнтів з КН.

*Ткаченко М.М., Морозова Н.Л., Танасічук-Гажисєва Н.В., Черкасова Л.А.,
Бессєдін О.О.*

м. Київ,

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

ТАКТИКА ПРОМЕНЕВОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ COVID-19

На сучасному етапі розвитку епідемії COVID-19 складно переоцінити роль променевих методів візуалізації в оцінці стану легень, що дозволяють виявити зміни на доклінічному етапі, оцінити тяжкість перебігу, провести диференціальну діагностику, дати попередню інформацію про ймовірність коронавірусної хвороби при відсутності результатів ПЛР. Ця роль зростає в умовах обмежених ресурсів діагностичних і лікувальних баз. До променевих методів дослідження, що застосовуються у пацієнтів з підозрою на COVID-19 відносять: рентгенографію, комп'ютерну томографію і ультразвукове дослідження легень. Рентгенографія органів грудної порожнини застосовується в амбулаторних і стаціонарних умовах при підозрі на наявність коронавірусної інфекції або вірусної пневмонії іншої етіології. В умовах стаціонару рентгенографія легень рекомендується до застосування тільки у пацієнтів, що знаходяться у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації, при неможливості їх транспортування, і при технічній неможливості виконання комп'ютерної томографії. Комп'ютерна томографія органів грудної клітки є найбільш інформативним з променевих досліджень. Ступінь ураження легень корелює з тяжкістю захворювання, в зв'язку з чим комп'ютерна томографія застосовується як для діагностики ураження, так і для оцінки динаміки процесу. Ультразвукове дослідження легень має допоміжне значення, може застосовуватися для сортування хворих при масовому надходженні, динамічному спостереженні за ступенем тяжкості і поширеності процесу, в умовах відділень інтенсивної терапії та реанімації, за технічної неможливості виконання рентгенологічних досліджень.

*Хоменко І.М., Івахно О.П., Козярін І.П., Першегуба Я.В., Авраменко Л.М.
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м.Київ*

СУЧАСНА СИСТЕМА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Сучасні реалії у поширенні неінфекційної патології серед населення України вказують на необхідність внесення коректив у національну систему епідеміологічного нагляду.

З липня 2021 року головні функції щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, просвітницьку роботу щодо здорового способу життя та запобігання факторам ризику покладено на Центри контролю і профілактики хвороб.

Високі показники смертності через неінфекційні захворювання, чинниками ризику яких визнано нездоровий спосіб життя населення, забруднене довкілля, потребують дієвих профілактичних заходів.

Пріоритет здоров'я у державній політиці є одним із механізмів його збереження та зміцнення.

Конструктивним напрямом у діяльності Центрів контролю і профілактики хвороб є зв'язок з первинною медико-санітарною допомогою, що залучена до скринінгу на онкологію, виконання програм імунізації, запобігання серцево-судинним, ендокринним захворюванням, хворобам органів дихання, формування здорового способу життя.

Дослідження, виконані на кафедрі громадського здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика у 2017 – 2021 рр, спрямовані на посилення і розвиток професійного потенціалу та ефективності надання профілактичних послуг у системі громадського здоров'я України, в тому числі за необхідності реалізації адвокаційної прихильності до здоров'я у всіх політиках суспільства.

Аналіз нормативно-правової бази, динамічне спостереження за станом здоров'я населення країни, соціологічні дослідження щодо функціонування системи громадського здоров'я допомогли сформувати компетентнісну модель фахівця громадського здоров'я та шляхи її досягнення, визначати комплекс провідних детермінант здоров'я населення країни на міжвідомчому рівні, установити роль епідеміологічного нагляду та системи аналізу благополуччя населення для соціальної мобілізації в інтересах здоров'я, визначити методичні підходи до розвитку компетентності фахівців громадського здоров'я з адвокації до соціальної мобілізації суспільства з урахуванням досвіду країн ЄС.

Аналіз результатів анкетного опитування 77 спеціалістів медико-профілактичного спрямування у 2021 році, які в основному задіяні у системі громадського здоров'я та лабораторних центрах МОЗ України, показав, що саме вирішення організаційних питань медичного і адміністративного значення відносяться до їхньої компетенції незалежно від підпорядкованості установ (89,61%, 54,55%, 33,77% відповідно). Із детермінант здоров'я, які потребують уваги фахівців, провідне місце посідають соціальні фактори: організація харчування, умови праці, медична допомога (позитивні відповіді одержані від 71,43 – 59,74% експертів). Важливим принципом забезпечення санітарно-

епідеміологічного благополуччя та збереження здоров'я населення мають міжсекторальні зв'язки з установами охорони здоров'я, Держпродспоживслужби, з питань праці (відповідно 93,5%, 72,73% і 64,94% позитивних відповідей експертів).

В Україні, незалежно від адміністративного рівня підпорядкованості Центрів громадського здоров'я, їх спеціалісти виконують усі оперативні функції, що забезпечують здоров'я і благополуччя населення. Зважаючи на епідемічну ситуацію в Україні та світі в цілому, основні послуги Центрів громадського здоров'я сфокусовано на протиепідемічних, організаційних та медико-санітарних функціях (75,32 – 71,43% позитивних відповідей) з використанням лабораторних досліджень.

Шило М.М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів*

ХВОРОБИ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ТЛІ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Соматичні захворювання у 85 % випадків є супутними та активізують патологічний процес у пародонті, що вказує на їх роль в етіології та патогенезі захворювань пародонта.

Метою даного дослідження було вивчення стану тканин пародонта у дітей на тлі неспецифічних запальних захворювань органів дихання.

Обстежено 75 дітей віком від 6 до 14 років з неспецифічними запальними захворюваннями органів дихання, серед яких у 48 діагностовано гостру позашпитальну пневмонію (I-а група), у 27 – бронхіальну астму (II-а група). Контрольна група – 15 практично здорових дітей. Стан тканин пародонта оцінювали на основі клінічних даних, також індексу РМА, індексу СРІТН, проби Шиллера-Писарева, індекса Федорова-Володкіної. Частота ураження тканин пародонта у I-й групі виявлена у 32 (68,0 ± 0,8 %) дітей, у II-й групі - у 14 (56,0 ± 0,14 %) дітей. Патологію тканин пародонта у вигляді катарального гінгівіту спостерігали у 20 (42,5 ± 2,16 %) дітей I-ї і 9 (36,0 ± 1,10 %) дітей II-ї груп, пародонтиту - у 12 (25,5 ± 2,2 %) і 5 (20,0 ± 2,10 %). У більшості катаральний гінгівіт мав хронічний характер і лише у 20,83 % - гострий. Індекс РМА зріс у 2 рази у дітей груп обстеження порівняно з контролем. Індекс СРІТН в обох групах становив в середньому 1 бал. Індексом Федорова-Володкіної був незадовільним у 19 (40,43 ± 1,12 %) дітей I-ї і 10 (40,0 ± 1,8 %) II-ї груп; поганим у 16 (34,04 ± 2,4 %) і 12 (25,53 ± 1,5 %) та дуже поганий – у 8 (32,0 ± 1,8 %) і 7 (28,0 ± 1,6 %) відповідно. Отримані результати свідчать про високу поширеність патології тканин пародонта при захворюваннях органів дихання та їх вплив на стан тканин пародонта.

РЕЗОЛЮЦІЯ

НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ «30-річчя Незалежності України і Всеукраїнське Лікарське Товариство»

30 червня 2021 року
Національна наукова медична бібліотека України
м. Київ, вул. Льва Толстого, 7

Наукова історико-термінологічна конференція Всеукраїнського Лікарського Товариства постановила:

1. поставити перед органами влади України питання необхідності якнайшвидшого прийняття Закону про лікарське самоврядування;
2. відновити фах «Історія медицини» в розділі «Медичні науки»;
3. об'єднати зусилля щодо узгодження української медичної термінології на національному рівні;
4. сприяти повноцінному перекладові українською мовою 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб;
5. перевидати напрацювання Історико-Термінологічної Комісії Всеукраїнського Лікарського Товариства та Термінологічно-тлумачний словник «Нефрологія» за редакцією Л.А.Пирога;
6. сприяти поверненню історичної назви Караваївська (на честь почесного киянина професора В.О.Караваєва) вулиці Льва Толстого.

Академік НАМН України Любомир ПИРИГ,
Почесний Президент ВУЛТ

Доктор Станіслав НЕЧАЇВ,
Голова Історико-Термінологічної Комісії ВУЛТ

ПОСТОРІНКОВИЙ ПОКАЖЧИК АВТОРІВ

А

Авраменко Л.М., 76
Аксьонов Р.В., 60, 61, 62
Антонюк-Щеглова І.А., 8
Апанасенко Г.Л., 3
Асанов Е.О., 17, 30

Б

Базика Д.А., 4, 5
Базилевич Андрій, 6
Белегай Р.І., 39
Белінський М.В., 68
Беседін О.О., 75
Білінський Борис, 7
Бодрецька Л.А., 8
Боженко М.І., 9, 12
Боженко Н.Л., 9, 12
Боженко О.Б., 9
Бондаренко О.В., 8
Боржівський А.Ц., 49, 50
Боржівський О.А., 49, 50
Борис Р.М., 66, 69
Буцька В.Є., 15, 7
Бучинський С.Н., 34

В

Вега А.Р., 33
Вівчаренко М.П., 41
Войтила Анджей, 6
Волгіна Л.М., 3
Волосовець О.П., 16
Вольницька Х.І., 66
Воробець Д.З., 49, 50

Г

Гавалко А.В., 17
Галишич Н.М., 17
Галюк У.М., 18
Ганіткевич Я.В., 19, 26
Ганюк В.М., 63
Гвоздецька Г.С., 29
Геник Н.І., 29
Голубова Ю.І., 30
Гороть І.В., 74
Горошко Євгенія, 46
Гречко С.І., 30

Гриновець В., 31
Губіна Н.В., 39
Гук А.П., 32, 60, 61, 62
Гулага О.І., 65, 64

Д

Данилюк О.І., 39
Дар Ясін Ахмед, 69
Денега І., 31
Дзюба О.Л., 16
Дзюблик І.В., 70
Диба І.А., 30
Дуда О.К., 33
Дутка І.Ю., 49, 50

Ж

Жуков Ю.О., 5, 42
Журавель О.Д., 33

З

Загорій В.А., 15, 73
Зайцев Д. В., 34

І

Іванько О.В., 69
Івасівка Р.С., 34., 35
Івахно О.П., 76

К

Калугіна С. М., 40
Капустинська О.С., 67
Капустинський О.О., 67
Клименко В.І., 40, 41
Козярін І.П., 76
Корніда Є.В., 3
Корнілова Лідія, 36
Корольок В.Д., 68
Корчинська О.А., 37
Корчинський Б.М., 37
Костик О.П., 37
Костюк О.І., 38
Коханов І.В., 15, 73
Кравченко Г.В., 38
Краснов В.В., 38
Кривопустов С.П., 16
Кузик Ю.І., 39
Кузнєцова О.В., 15
Кузьменко А.Я., 16

Купновицька І.Г., 39, 40, 41

Курікеру М.А., 32

Куртян Т.В., 3

Л

Лагушняк О.Р., 66

Левандівська О.О., 29

Лисиця В.В., 42, 69

Литвиненко О.О., 4, 5, 42, 43, 44

Літвак А.І., 45

Логінова І.О., 16

Луцишин Т. В., 37

М

Мазур Петро, 46

Макаренко А.В., 74

Макарчук О.О., 15, 73

Мамедова Наталія, 36

Мандрига О.Я., 66

Манжєлєєва І.В., 33

Марков Ю.І., 47

Матлах А.Я., 68

Мезенцева О.Ю., 48

Микула Ю.І., 40

Миронова О.В., 74

Мицик Ю.О., 49, 50

Морозова Н.Л., 75

Москалюк І.І., 64, 65

Мота О.М., 18

Н

Наконечний Й.А., 49, 50

Наскалова С.С., 8

Науменко О.М., 16

Нечай С.В., 58

Нечайів Станіслав, 51

О

Оконський Д.І., 60, 61, 62

Островський М.М., 59

П

Паламар О.І., 60, 61, 62

Першегуба Я.В., 76

Петренко О.В., 63

Піскур З.І., 37

Покотило П.Б., 18

Полянська О.С., 64, 65

Полянський І.Ю., 65

Прусак О.І., 63

Пурська М. Б., 37

Р

Рак Л.М., 66

Ренка М., 31

Рибальченко В.Ф., 66, 69

Рибальченко І.Г., 66

Ріпецька О., 31

Романенко Г.О., 74

Романишин Н.М., 41

Рудницька Н.Д., 66

С

Садовий І.С., 67

Самчук О.О., 67

Сахелашвілі М.І., 37

Сахелашвілі-Біль О.І., 37

Семенюк О.А., 15

Семко М.Р., 39

Середюк Н.М., 68

Скиба В.В., 69

Склярів Є.Я., 67

Служинська Зиновія, 69

Соловійов С.О., 70

Стеблюк Всеволод, 71

Т

Танасічук-Гажієва Н.В., 75

Танчин І.А., 73

Тесленко Д.С., 60, 61, 62

Тимченко О.Г., 15, 73

Ткаченко М.М., 74, 75

Трефаненко І.В., 30

Трохименко О.П., 70

Трохимчук В.В., 70

Ф

Фреїк С.П., 68

Х

Хоменко І.М., 76

Ч

Черкасова Л.А., 75

Чувашева І.К., 73

Чуловська У.Б., 37

Ш

Шаповаленко І.С., 8

Шахрай Г.Ф., 4, 5, 42, 43

Шило М.М., 77

Я

Яремкевич Р.В., 67