

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ДЗ «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»**

**ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ:
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«Актуальні питання клінічної,
превентивної, реабілітаційної і
професійної медицини»**

21-22 березня 2019 року

Запоріжжя 2019

Редакційна колегія:

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко, академік НАНМУ, член-кореспондент НАН України, д.мед.н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:

- **С.Д. Шаповал**, д.мед.н., професор, перший проректор ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».
- **І.М. Фуштей**, д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:

- **О.І. Токаренко**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб, загальної практики - сімейної медицини, профпатології та медичної реабілітації ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

ЧЛЕНИ РЕДКОЛЕГІЇ:

Н.Г. Бараннік, д.мед.н., професор;	В.І. Кошля, д.мед.н., професор;
Н.М. Бучакчійська, д.мед.н., професор;	З.В. Лашкул, д.мед.н., доцент;
Л.Л. Воронцова, д.мед.н., професор;	О.О. Люлько, д.мед.н., професор;
Б.М. Голдовський к.мед.н., професор;	Н.С. Луценко, д.мед.н., професор;
С.М. Гриценко, д.мед.н., професор;	М.М. Милиця, д.мед.н., професор;
О.Д. Гусаков, д.мед.н., професор;	О.С. Семенцов, к.мед.н., доцент;
М.Я. Доценко, д.мед.н., професор;	Л.С. Овчаренко, д.мед.н., професор;
Д.Г. Живиця, д.мед.н., доцент;	Ю.В. Просветов, д.мед.н., професор;
О.О. Ковальов, д.мед.н., професор;	О.І. Токаренко, д.мед.н., професор;
І.В. Кочін, д.мед.н., професор;	В.Г. Ярешко, д.мед.н., професор.

Тези за матеріалами: Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання клінічної, превентивної, реабілітаційної і професійної медицини" (21-22 березня 2019 р. м. Запоріжжя) – Запоріжжя, 2019. - 96 с.

Періодичність – Згідно з планом проведення реєстрових науково-практичних конференцій, тираж - 500 прим. Ум.др. арк. – 5,58 Замовлення № 88

Адреса для листування: *бул.Вінтера, 20, м.Запоріжжя, 69096 тел.(061) 279-07-23, e-mail:naukazmapo@gmail.com, офіційний сайт академії: <http://www.zmapo.edu.ua>*

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.

купування загострення ХП були призначені дієт-стіл №5 (за Певзнером) і комбінована терапія, що включає в себе антибактеріальну терапію, спазмолітики, інгібітори протеаз і антиоксиданти. Больовий синдром (4,5-7 б. по ВАШ) був купований або значно знижений (до 1,5-3 б. по ВАШ) протягом перших 2-4 діб. Прояви синдрому диспепсії (нудота, блювання, флатуленція) поступово знижувалися в обох групах протягом 5-9 днів, але в 1й групі відновлення відбувалося швидше – зниження явищ диспепсії до 5-7ми діб проти 6-9ти діб у 2й групі. Суттєвою по групах виявилася різниця в пригніченні синдрому ЗНПЗ: до 10го дня лікування в 1й групі явища мальдигестії, поліфекалія і стеатореї знизилися в середньому на 68% в порівнянні з 27,5% у 2й групі; поліпшення за лабораторними показниками було досягнуто в 63,7% проти 22,4% у 2й групі. До кінця першого місяця спостереження у 33 пацієнтів 1-ї групи (89,1%) було відзначено відсутність симптоматики ЗНПЗ, а у 4 пацієнтів (10,9%) – значне її зниження в порівнянні з вихідним рівнем.

Висновки. Пацієнтам з ХП і доведеною ЗНПЗ при наявності клінічних симптомів або лабораторних ознак мальабсорбції показано проведення замісної терапії ферментами ПЗ. З ферментативних препаратів найліпше використовувати мікро- або мінімікросфери у рН-чутливій кишковорозчинній оболонці розміром <2 мм, яка надійно захищає ферменти від кислоти шлункового соку і швидко розчиняється при рН 5,5.

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ НА СИФІЛІС

Коваленко А.Ю.

*Запорізький державний медичний університет, кафедра
дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і
естетичної медицини ФПО*

науковий керівник – доцент, к.мед.н., Дмитренко І.П.

Останнім часом змінюється епідеміологія, перебіг сифілісу. Відзначається не тільки збільшення пізніх форм, але й поступове зростання раннього латентного сифілісу в структурі захворюваності. Розвиток латентних, пізніх, серорезистентних форм спонукають до більш глибокого дослідження механізмів розвитку зазначеної

патології, пошуку нових фармакотерапевтичних препаратів, які дозволять вирішити вказані проблеми.

Останніми роками набуває масштабу питання дослідження рівня метаболітів вітаміну D у сироватці хворих як на інфекційну, так і неінфекційну патологію. На даний момент у світовій науковій літературі немає робіт стосовно дослідження рівня вітаміну D у хворих на сифіліс, його взаємозв'язку з клінічним перебігом захворювання. На нашу думку, дослідження у цьому напрямку може допомогти з'ясувати існування нових механізмів формування сучасного перебігу сифілісу.

Мета роботи – оцінити взаємозв'язок клінічного перебігу сифілісу і рівня сироваткового вітаміну D.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось в КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер». Під спостереженням знаходилося 48 осіб – 28 хворих на сифіліс і 20 практично здорових осіб (група контролю). Набір пацієнтів проводили у стаціонарному та диспансерному відділеннях, лабораторні обстеження для визначення стадії сифілісу проводили в серологічній лабораторії ЗОШВКД, рівня 25(OH)D – в лабораторії Сінево.

Результати. В результаті проведеного дослідження отримано наступні результати. У більшості пацієнтів основної групи виявлено зниження рівня 25(OH)D. Недостатність 25(OH)D була виявлена у 42,8% пацієнтів основної групи, дефіцит - у 28,6%, така ж кількість осіб мала оптимальний рівень — 28,6%. Якщо порівнювати показники сироватки крові у пацієнтів з ранніми та пізніми формами сифілісу, то видно, що при ранніх формах у більш значній мірі визначено рівень дефіциту вітаміну D.

Формування пізніх форм сифілісу не пов'язано з дефіцитом вітаміну D, а можливість інфікування сифілісом та розвиток його ранніх форм, не виключено, пов'язані з його дефіцитом або недостатністю. Ані стать, ані вік пацієнтів не мають статистично достовірного впливу на ступень дефіциту вітаміну D.

Висновки. У хворих на сифіліс визначено різні сироваткові рівні 25(OH)D. Переважаюча кількість пацієнтів (71,4%) мають недостатній його рівень або дефіцит, що може провокувати розвиток імунодефіцитного стану та формування стійких до терапії форм захворювання. Отримані дані можуть свідчити про необхідність

додаткової терапії хворих на сифіліс препаратами вітаміну D в залежності від ступеня зниження його сироваткового рівня.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ Ковалів М.О.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького, кафедра гігієни та профілактичної токсикології*

Здоров'я студентів формується під впливом факторів навчальної діяльності та способу життя, пов'язаних передусім з профілем навчального закладу. Найбільш уразливими до дії цих факторів видаються першокурсники, які зазнають високих для несформованого організму навантажень. Комплексний підхід до визначення рівня фізичного здоров'я дозволяє виявити слабкі його сторони і цілеспрямовано застосувати заходи щодо покращання адаптаційних можливостей студентів до навчання. Саме тому мета дослідження полягала у порівняльній оцінці показників фізичного здоров'я студентів медичного університету на початку та наприкінці першого року навчання.

Матеріали та методи. У ході дослідження обстежено 266 студентів вищого медичного навчального закладу віком 16-18 років (188 дівчат та 78 хлопців), у яких визначали масу тіла (МТ), зріст (ЗР), життєву ємкість легень (ЖЄЛ), мязову силу кистей рук (МС), систолічний артеріальний тиск (САТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС) у спокої та після виконання функціональної проби Мартінета (20 присідань за 30 сек) на початку та наприкінці першого року навчання. Згідно даних показників для кожного студента розраховували індекс маси тіла (ІМТ), життєвий індекс (ЖІ), силовий індекс (СІ), індекс Робінсона (ІР) та визначали час відновлення ЧСС після функціональної проби. Розраховані індекси та час відновлення ЧСС переводили у бали за спеціальною шкалою оцінки фізичного здоров'я. Згідно одержаної суми балів студентів розподіляли на рівні здоров'я: низький, нижче середнього, середній, вище середнього, високий.

Результати. У ході оцінки фізичного здоров'я на початку першого року навчання встановлено, що практично для всіх студентів характерний низький рівень здоров'я за СІ і майже для половини - за